

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

O Risco e as Condições Sociais e Assistenciais da
Maternidade em Portugal

Sónia Isabel Gonçalves Cardoso Pintassilgo

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de
Doutor em Sociologia

Orientador:
Doutor Mário Manuel Leston Bandeira,
Professor Catedrático Jubilado,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Abril, 2014

O Risco e as Condições Sociais e Assistenciais da Maternidade em Portugal

Sónia Cardoso Pintassilgo

Abril
2014



Instituto Universitário de Lisboa

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**O Risco e as Condições Sociais e Assistenciais da Maternidade
em Portugal**

Sónia Isabel Gonçalves Cardoso Pintassilgo

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de
Doutor em Sociologia

Júri:

Doutora Ana Margarida de Seabra Nunes de Almeida, Investigadora Coordenadora, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa

Doutora Ana Maria Alexandre Fernandes, Professora Catedrática, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa

Doutora Maria Filomena Ferreira Mendes, Professora Associada, Escola de Ciências Sociais, Universidade de Évora

Doutora Graça Maria Gouveia da Silva Carapinheiro, Professora Catedrática, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Isabel Maria Brandão Tiago de Oliveira, Professora Auxiliar, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Abril, 2014

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, para além de tudo, trouxe-me um enorme sentimento de gratidão por tudo o que recebi. Gostaria, por isso, de deixar umas breves palavras de reconhecimento dessa gratidão.

Agradeço aos dirigentes e colegas do ISCTE-IUL a possibilidade que me deram de usufruir de dispensa de serviço docente em benefício da tese.

Agradeço ao Professor Mário Leston Bandeira o seu acompanhamento e orientação ao longo do trabalho, a sua presença, o seu respeito, o seu rigor, a sua mestria.

Agradeço à Professora Helena Carvalho a preciosa ajuda na análise estatística dos dados e todo o seu rigor e disponibilidade.

Agradeço a todos os meus colegas, amigos e familiares o apoio e incentivo constantes.

Agradeço o amor, o apoio, a confiança e a presença permanente e tranquila dos meus pais em todo este meu percurso.

Agradeço a entrega, o amor e a confiança do Pedro e dos meus filhos, que sempre me acompanharam.

A todos sou profundamente grata. E a Deus também.

RESUMO

O presente trabalho incidiu na análise do risco na saúde materna em Portugal. A manifestação desse risco está tradicionalmente associada a elevados níveis de mortalidade materna, fenómeno central mas não exclusivo da análise.

Com efeito, numa sociedade onde as características de modernidade são definidas pela noção de risco e de reflexividade, a mudança de padrão dos níveis de mortalidade materna veio sugerir a incidência do risco da maternidade noutros acontecimentos, nomeadamente ao nível da morbilidade materna.

Por outro lado, a ideia de que a maternidade continua associada a riscos remeteu a análise para as condições sociais e assistenciais do nascimento em Portugal. Esse enquadramento supõe que o nascimento assume novas características e o risco na saúde das mães adquire novas configurações.

Os resultados obtidos revelam uma descida acentuada dos valores da mortalidade materna no nosso país, a partir da década de 1940, para valores residuais na atualidade, acompanhando a evolução dos valores da mortalidade infantil.

Os avanços de natureza sociocultural e sanitária, o progresso em matéria de medicalização da contraceção e da assistência à saúde reprodutiva e as próprias características da população fecunda dão suporte a essa evolução. Mas também darão margem à expressão da morbilidade materna.

No atual contexto de universalização do nascimento hospitalar, os recursos crescentes da população fecunda são, sobretudo, mobilizados para escolhas na assistência ao nascimento, com tendência para a padronização e intervenção crescentes, com resultados muito controlados para a mortalidade materna mas menos assegurados ou conhecidos relativamente à manifestação da morbilidade materna.

Palavras-chave: risco, maternidade, mortalidade materna, morbilidade materna, capacitação

ABSTRACT

This study attempts to analyze the risk in maternal health in Portugal. The manifestation of that risk is traditionally associated with high levels of maternal mortality, which is central but not the exclusive phenomenon that we consider.

Indeed, in a society where the characteristics of modernity are defined by the notion of risk and reflexivity, the evolution of maternal mortality levels suggests that the risk of motherhood focus at other events, particularly in terms of maternal morbidity.

Moreover, the idea that maternity is still associated with risk conducted the analysis to the social and attendance conditions of birth in Portugal. This framework assumes that the birth acquires new characteristics and that the risk for the health of mothers purchases new configurations.

The results show a strong decline in maternal mortality, from the 1940s to residual values today, following the evolution of the values of infant mortality. The sociocultural and sanitary advances, the progress on medicalization of contraception and reproductive health care and the characteristics of the fertile population support this evolution. But these characteristics also give rise to the expression of maternal morbidity.

In the current context of universal hospital delivery, the growing resources of the fertile population are mainly mobilized for choices towards standardization and increasing intervention, with results very controlled for maternal mortality but relatively less known or secured with respect to the maternal morbidity manifestation.

Keywords: risk, maternity, maternal mortality, maternal morbidity, capacitation

ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Resumo.....	v
Abstract	vii
Índice	ix
Índice de quadros.....	xiii
Índice de Figuras.....	xvii
Introdução	1
1. Modernidade, saúde pública e risco	5
1.1. Risco, biomedicina e capacitação.....	10
2. Transição Demográfica e Transição Epidemiológica	13
2.1. Mortalidade diferencial.....	17
3. Risco e saúde materna	21
4. A evolução das condições de nascimento.....	25
4.1. A fisiologia do nascimento humano	25
4.2. As parteiras e as doulas.....	26
4.3. O fim da função da parteira?.....	33
4.4. O valor social do corpo e a obstetrícia	35
4.5. O controlo dos nascimentos.....	40
4.6. A contraceção moderna	42
5. A obstetrícia moderna e a evolução da mortalidade materna: desigualdades no contexto ocidental.....	45
6. Cultura assistencial do nascimento na atualidade.....	55
6.1. Características da medicina obstétrica moderna: rituais, protocolos e tecnologia.....	55
6.2. Intervenção obstétrica e Risco	68
6.3. Violência obstétrica ou <i>incapacitação</i>	72
7. Cultura médica e evolução do sistema hospitalar	77
8. Políticas para a saúde materna em Portugal.....	87
8.1. Políticas de saúde materna e hierarquias de decisão: fatores de conflito	99
9. Hipóteses e objetivos de trabalho.....	107
9.1. A desigualdade social no nascimento	107
9.2. O risco e a assistência no nascimento.....	109
9.3. Mortalidade e Morbilidade Materna: objetivos do trabalho e fontes de informação	113
9.4. Fecundidade e Condições de Nascimento: objetivos do trabalho e fontes de informação	118
9.4.1. Critérios de análise da população fecunda	120
9.4.2. Registo de partos e nascimentos – Análise da qualidade das fontes.....	123

10. Diferenças sociais face à procriação em Portugal – fecundidade diferencial	131
10.1. A evolução recente da fecundidade em Portugal	132
10.2. Análise transversal: Perfis sociais da população fecunda em 2010	135
10.2.1. Calendário e intensidade da fecundidade	135
10.2.2. Instrução e posição social da população fecunda	139
10.2.3. Padrões de homogamia na fecundidade	143
10.2.4. A profissão e a instrução da população fecunda	147
10.2.5. O indicador socioprofissional individual de classe e a população fecunda	149
10.2.6. Definição de perfis sociais na população fecunda	154
10.2.7. Idade e posicionamento social na fecundidade	159
10.3. Análise longitudinal: Perfis sociais, gerações e ordem de nascimento dos filhos	166
10.4. Os contextos assistenciais de nascimento e os contextos sociais da população fecunda	182
10.4.1. A duração da gravidez	182
10.4.2. O local de nascimento	187
10.4.3. A assistência no nascimento	192
10.4.4. Idade e condições de nascimento	195
10.5. Tipologia da população fecunda	199
10.6. Institucionalização e <i>instrumentalização</i> dos nascimentos	202
10.6.1. Partos e nascimentos: evolução e institucionalização	202
10.6.2. <i>Instrumentalização</i> dos partos	208
10.6.3. A assistência ao nascimento - Portugal no contexto internacional	221
11. O Risco na gravidez e no parto: Mortalidade e Morbilidade Materna	227
11.1. Características da evolução da mortalidade em Portugal	227
11.1.1. A sobre mortalidade masculina	228
11.1.2. A mortalidade infantil	230
11.1.3. A mortalidade feminina, as idades e as causas de morte	231
11.2. A mortalidade materna em Portugal	233
11.2.1. Definição e método	233
11.2.2. A evolução da mortalidade materna	235
11.2.3. Mortalidade geral e mortalidade materna	239
11.2.4. Mortalidade infantil e mortalidade materna	240
11.2.5. Mortalidade feminina e mortalidade materna	243
11.2.6. Mortalidade materna e fecundidade	246
11.2.7. Evolução regional da mortalidade materna	249

11.2.8. Mortalidade materna, natalidade e mortalidade – análise regional	261
11.3. Padrões internacionais de mortalidade materna.....	268
11.4. Causas de morte dos óbitos maternos.....	281
11.4.1. Evolução da classificação da mortalidade materna	281
11.4.2. A evolução da mortalidade materna por causas em Portugal	285
11.4.3. Tipo de nascimento e risco para a saúde materna	296
11.5. Mortalidade materna segundo a idade, o estado civil e a sazonalidade em Portugal	299
11.5.1. Distribuição etária dos óbitos maternos	299
11.5.2. Sazonalidade dos óbitos maternos	303
11.5.3. Mortalidade materna segundo o estado civil das mulheres.....	306
11.5.4. Indicadores de calendário e intensidade da mortalidade materna	307
11.6. A morbilidade materna em Portugal.....	311
11.6.1. A mortalidade materna como fenómeno evitável e a morbilidade materna como fenómeno sentinela	311
11.6.2. Internamentos por complicações da gravidez, parto e puerpério.....	315
11.6.3. Internamentos por complicações da gravidez, parto e puerpério – Regiões, Idade, Dimensão do Hospital	327
11.6.4. Internamentos em função da forma de nascimento	333
11.6.5. Consultas, urgências, procedimentos cirúrgicos e recursos em Obstetrícia.....	337
Conclusão	343
Premissas.....	343
Resultados	344
<i>Capacitação</i> das mulheres	349
Novas medidas políticas para a saúde materna.....	354
Limitações do trabalho e indicações para trabalhos futuros	356
Bibliografia.....	361
Anexos	I

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 5.1. Taxa de mortalidade materna em alguns países do mundo (por 100000 nados-vivos), 1920	46
Quadro 5.2. Número de partos, mortes maternas e mortalidade maternas em dois grupos de Cidades, Holanda, 1865-1895	48
Quadro 5.3. Mortalidade materna em dois grupos de partos, Holanda, 1900	49
Quadro 5.4. Taxa de Mortalidade Materna (TMM) (por 100000 nados-vivos) em diferentes países e cidades em 1875-79 e em 1900-04	50
Quadro 5.5. Peso das mortes devidas a febre puerperal e a acidentes no parto no conjunto da taxa de mortalidade materna, em diferentes países, 1900-1924	50
Quadro 10.1. Indicadores do calendário (idade média, mediana e modal) das Mulheres fecundas, 1988-2011, Portugal	137
Quadro 10.2. Mulheres fecundas em função do nível de instrução (%), 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, Portugal	140
Quadro 10.3. População, por sexo com ensino superior (%), nos censos de 1991, 2001, 2011, Portugal	141
Quadro 10.4. Homens fecundos em função do nível de instrução (%), 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, Portugal	142
Quadro 10.5. Mulheres e homens fecundos em função do indicador socioprofissional individual de classe (%), 2010, Portugal	149
Quadro 10.6. População ativa (%) em Portugal, por grupo socioeconómico e sexo, 2011	151
Quadro 10.7. Mulheres fecundas, segundo o grupo etário e grau de instrução (%), 2010, Portugal	159
Quadro 10.8. Mulheres fecundas, segundo o grupo social e o grupo etário (%), 2010, Portugal	160
Quadro 10.9. Mulheres fecundas, segundo o grupo etário e situação conjugal (%), 2010, Portugal	162
Quadro 10.10. Grupos sociais segundo as situações de conjugalidade, na fecundidade (%), 2010, Portugal	163
Quadro 10.11. População fecunda segundo os grupos sociais e em situação de coabitação, segundo a idade das mães, na fecundidade (%), 2010, Portugal	165
Quadro 10.12. Distribuição da população feminina fecunda pelos diferentes grupos sociais, em função da ordem de nascimento dos filhos, Portugal, 2010	167
Quadro 10.13. Distribuição da população feminina fecunda das gerações mais velhas (Ger. 1955 a 1970) pelos diferentes grupos sociais, em função da ordem de nascimento dos filhos, Portugal, 2010	169
Quadro 10.14. Distribuição da população feminina fecunda das gerações intermédias (Ger. 1971 a 1980) pelos diferentes grupos sociais, em função da ordem de nascimento dos filhos, Portugal, 2010	169
Quadro 10.15. Distribuição da população feminina fecunda das gerações mais jovens (Ger. 1981 a 1997) pelos diferentes grupos sociais, em função da ordem de nascimento dos filhos, Portugal, 2010	169
Quadro 10.16. População feminina fecunda em função da ordem de nascimento dos filhos, Portugal, 1990, 2000, 2010	170
Quadro 10.17. Distribuição da população feminina fecunda por três grupos geracionais, Portugal, 1990, 2000, 2010	170
Quadro 10.18. Distribuição da população feminina fecunda por grupos geracionais e nível de instrução, Portugal, 1990, 2000, 2010	171
Quadro 10.19. Distribuição da população feminina fecunda do grupo geracional mais jovem (com idades atingidas até aos 29 anos, no ano de observação), segundo o nível de instrução e a ordem de nascimento dos filhos (valores absolutos e relativos), Portugal, 1990, 2000, 2010	175
Quadro 10.20. Distribuição da população feminina fecunda do grupo geracional intermédio (com idades atingidas entre os 30 e os 39 anos, no ano de observação), segundo o nível de instrução e a ordem de nascimento dos filhos (valores absolutos e relativos), Portugal, 1990, 2000, 2010	178
Quadro 10.21. Distribuição da população feminina fecunda do grupo geracional mais velho (com idades atingidas a partir de 40 anos, no ano de observação), segundo o nível de instrução e a ordem de nascimento dos filhos (valores absolutos e relativos), Portugal, 1990, 2000 e 2010	179
Quadro 10.22. Taxa de variação total do período (%) das diferentes categorias de duração da gravidez, Portugal, 1988-2011	184
Quadro 10.23. Desvio-padrão (em semanas) das diferentes categorias de duração da gravidez, Portugal, 1988-2011	184

Quadro 10.24. Mulheres fecundas, segundo o grupo etário e assistência no nascimento (%), 2010, Portugal	196
Quadro 10.25. Distribuição da população fecunda dos diferentes grupos sociais em função da assistência no nascimento e da duração da gravidez, Portugal, 2010	197
Quadro 10.26. Distribuição da população fecunda dos diferentes grupos sociais em função do local de nascimento (percentagem em coluna), Portugal, 2010	198
Quadro 10.27. Distribuição da população fecunda dos diferentes grupos sociais pelo tipo de assistência nos nascimentos domiciliares (percentagem em coluna), Portugal, 2010	198
Quadro 10.28. Número de hospitais com partos, segundo a natureza institucional, por regiões, Portugal, 1994-2010	205
Quadro 10.29. Evolução do número de partos hospitalares instrumentalizados em Portugal (%), por regiões, 1999-2010	210
Quadro 10.30. Evolução do peso das cesarianas no total dos partos (%), Portugal, 1985-2010	211
Quadro 10.31. Evolução do número de cesarianas em Portugal (%), por regiões, 1988-2010	213
Quadro 10.32. Evolução do peso das cesarianas no total de partos em Portugal (%), segundo a natureza institucional do hospital (público ou privado), 1985-2010	214
Quadro 10.33. Dias com mais partos, por mês, Portugal, 1990 e 2010	218
Quadro 10.34. Percentagem de nascimentos em unidades de saúde com menos de 500 nascimentos por ano, em diferentes países europeus, 2004	223
Quadro 10.35. Percentagem de mulheres grávidas segundo o tempo de gestação na altura da primeira consulta pré-natal, em diferentes países europeus, 2004	224
Quadro 11.1. Taxa de Mortalidade Materna (por 100000 nados-vivos), Portugal, 1913-2010	236
Quadro 11.2. Contribuição (em anos) dos grupos etários quinquenais entre 15 e 50 anos exatos, para a evolução da esperança de vida, Portugal, sexo feminino	245
Quadro 11.3. Desvio-padrão e valores máximos da taxa de mortalidade materna (por 100000 nados-vivos), por distritos e ilhas, Portugal, 1913-1987	251
Quadro 11.4. Desvio-padrão e valor máximo da taxa de mortalidade materna (por 100000 nados-vivos), por períodos, por distritos e ilhas, Portugal, 1913-1987	252
Quadro 11.5. Variação da Taxa de mortalidade materna entre 1944 e 1963, por distritos, Portugal	255
Quadro 11.6. Taxa de mortalidade materna (por 100000 nados-vivos) e taxas de variação (%) nos distritos e ilhas nas datas limites das fases de evolução do fenómeno a nível nacional	259
Quadro 11.7. Taxa de mortalidade materna por local de residência (NUTS II), 1988-2010, Portugal	268
Quadro 11.8. Taxa de mortalidade materna por região do mundo (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010	270
Quadro 11.9. Taxas de mortalidade materna mais elevadas do mundo por país (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010	271
Quadro 11.10. Taxa de mortalidade materna mais baixas do mundo por país (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010	271
Quadro 11.11. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região de África (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010	273
Quadro 11.12. Limites e variações da Mortalidade Materna na região de África, 1990 - 2010	274
Quadro 11.13. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região da América (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010	275
Quadro 11.14. Limites e variações da Mortalidade Materna na região da América, 1990 - 2010	276
Quadro 11.15. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região da Europa (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010	276
Quadro 11.16. Limites e variações da Mortalidade Materna,	277
na região da Europa, 1990-2010	277
Quadro 11.17. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região do Médio Oriente (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010	278
Quadro 11.18. Limites e variações da Mortalidade Materna	278
na região do Médio Oriente, 1990 - 2010	278
Quadro 11.19. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região do Sudeste Asiático (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010	279
Quadro 11.20. Limites e variações da Mortalidade Materna	279
Quadro 11.21. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região do Pacífico Ocidental (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010	280
Quadro 11.22. Limites e variações da Mortalidade Materna na região do Pacífico Ocidental, 1990 - 2010	281
Quadro 11.23. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1913-1954, Portugal	287

Quadro 11.24. Proporção (%) de óbitos maternos devidos a infeção puerperal em diferentes países, 1920-24	289
Quadro 11.25. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1955-1970, Portugal	290
Quadro 11.26. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, segundo a classificação CID, 1971-1979, Portugal	293
Quadro 11.27. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1980-2001, Portugal	295
Quadro 11.28. Taxa de mortalidade materna (por 100000 nados-vivos) segundo o tipo de nascimento em alguns países europeus, 2004	298
Quadro 11.29. Indicadores da intensidade e do calendário da mortalidade materna, Portugal, 1920/21, 1930/31, 1940/41, 1950/51, 1960/61, 1970/71, 1980/81, 1990/91, 2000/2001	311
Quadro 11.30. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), Continente	315
Quadro 11.31. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), Nados-vivos e relação entre as doentes saídas e os nados-vivos, Continente, 1995-2009	316
Quadro 11.32. Doentes saídas discriminadas do grupo de patologias relacionadas com a gravidez, parto e puerpério, 2006, Portugal	318
Quadro 11.33. Doentes saídas discriminados do grupo de patologias relacionados com complicações da gravidez no período antenatal, 2006, Portugal	320
Quadro 11.34. Doentes saídos discriminados do grupo de patologia relacionadas com complicações da gravidez durante o parto, 2006, Portugal	322
Quadro 11.35. Doentes saídas discriminadas do grupo de patologia relacionadas com complicações do puerpério, 2006, Portugal	323
Quadro 11.36. Doentes saídas discriminadas do grupo de patologias relacionadas com a gravidez, parto e puerpério, 2007, Continente	325
Quadro 11.37. Doentes saídas discriminadas do grupo de patologias relacionadas com a gravidez, parto e puerpério, 2008, Continente	326
Quadro 11.38. Doentes saídas discriminadas do grupo de patologias relacionadas com a gravidez, parto e puerpério, 2009, Continente	327
Quadro 11.39. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), região Norte, 2000-2005	328
Quadro 11.40. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), região Centro, 2000-2005	328
Quadro 11.41. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), região de Lisboa, 2000-2005	328
Quadro 11.42. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), região do Alentejo, 2000-2005	329
Quadro 11.43. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), região do Algarve, 2000-2005	329
Quadro 11.44. N.º de consultas de obstetria, por Região de Saúde	329
Quadro 11.45. N.º de consultas de obstetria, por tipo de Hospital, Continente	331
Quadro 11.46. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), por grupo etário (idades completas), Continente, 2000-2005	332
Quadro 11.47. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), por tipo de hospitais agrupados pela lotação, Continente, 2000-2005	333
Quadro 11.48. Episódios de internamento em função dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) relacionados com gravidez, parto e puerpério, Continente, 2000	334
Quadro 11.49. Duração média (em dias) dos episódios relacionados com gravidez, parto e puerpério (em função dos GDH), em função da lotação hospitalar, Continente, 2000	335
Quadro 11.50. Diferença na duração média (em dias) dos internamentos decorrentes de cesarianas e partos vaginais sem diagnóstico complicado e respetiva variação, em função da lotação hospitalar, Continente, 2000 e 2005	337
Quadro 11.51. Consultas, doentes saídos e urgências em Maternidades, Continente	338
Quadro 11.52. Intervenções cirúrgicas em obstetria (% do total de intervenções cirúrgicas) (intervenções obstétricas, segundo a CID-9. cód.72-75), por regiões de saúde, 1995-1999, Continente	339
Quadro 11.53. Número de médicos e número de habitantes por médico na especialidade de ginecologia/obstetria e obstetria, Continente	339

Quadro 11.54. Número de procedimentos cirúrgicos obstétricos e respetivos indicadores, Continente, 2009.....	340
Quadro 11.55. Número de procedimentos cirúrgicos realizados em bloco operatório e respetivos indicadores, pelos 25 procedimentos do grupo Procedimentos Obstétricos, ordenados por ordem decrescente de grandeza, Continente, 2009	341

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 9.1. Verbete para nado-vivo, INE	126
Figura 10.1. Evolução do número de Mulheres fecundas por idade no nascimento do filho, 1988-2011, Portugal	135
Figura 10.2. Evolução do peso das Mulheres fecundas por idade no nascimento do filho (%), 1988-2011, Portugal	136
Figura 10.3. Idade média e modal (em anos) das mulheres fecundas, Portugal 1988-2010	136
Figura 10.4. Idade média das mães no nascimento do 1º filho (1960-2012) e no nascimento dos filhos (1990-2012), Portugal.....	138
Figura 10.5. Indicador Conjuntural de Fecundidade (1970-2012), Portugal.....	139
Figura 10.6.1. Mulheres e homens fecundos	142
Figura 10.6.2. Mulheres e homens fecundos	142
Figura 10.6.3. Mulheres e homens fecundos	143
Figura 10.7. Configuração topológica do espaço social da população fecunda.....	155
Figura 10.8. Perfis sociais da população fecunda, Portugal, 2010	157
Figura 10.9. Distribuição dos pais dos nados-vivos segundo o perfil social, Portugal, 2010	158
Figura 10.10. Grupos sociais e distribuição etária da população fecunda	161
Figura 10.11. Grupos sociais e situação conjugal da população fecunda	164
Figura 10.12. Grupos geracionais, instrução e ordem de nascimento dos filhos da população fecunda, 1990	173
Figura 10.13. Grupos geracionais, instrução e ordem de nascimento dos filhos da população fecunda, 2000.....	173
Figura 10.14. Grupos geracionais, instrução e ordem de nascimento dos filhos da população fecunda, 2010.....	174
Figura 10.15. Mulheres fecundas em função da Evolução da duração da gravidez (%), 1988-2011, Portugal	183
Figura 10.16. Mulheres fecundas em função da Evolução da duração da gravidez (%), 1988-2011, Portugal	183
Figura 10.17. Nados-vivos ocorridos em Hospitais (%), Portugal, 1988-2011	187
Figura 10.18. Nados-vivos ocorridos no domicílio (%), Portugal, 1988-2011.....	187
Figura 10.19. Número de nados-vivos e de nados-vivos ocorridos no domicílio: índices de base 100, 1988-2011, Portugal.....	189
Figura 10.20. Nados-vivos ocorridos no domicílio e noutro local: índices de base 100, 1988-2011, Portugal	189
Figura 10.21. Mulheres fecundas em função da Evolução da assistência no nascimento (%), 1988-2011, Portugal	194
Figura 10.22. Grupos sociais, assistência no nascimento e duração da gravidez, 2010	196
Figura 10.23. Caracterização dos grupos sociais de população fecunda, Portugal, 2010	199
Figura 10.24. Evolução do número de partos hospitalares, nascimentos e nados-vivos em Portugal, 1985-2010.....	202
Figura 10.25. Número total de partos e de partos em estabelecimentos de saúde, Portugal, 1960-2010	203
Figura 10.26. Número de hospitais com partos em Portugal, 1994-2010	204
Figura 10.27. Número de hospitais com partos em Portugal, por regiões, 1994-2010	204
Figura 10.28. Hospitais com partos em Portugal (n.º), por natureza institucional, 1994-2010.....	206
Figura 10.29. Evolução dos partos hospitalares no sector privado (%), por regiões (NUTS II), em Portugal 1988-2010	207
Figura 10.30. Evolução do número de partos hospitalares instrumentalizados em Portugal (%), por regiões, 1999-2010.....	210
Figura 10.31. Evolução das cesarianas em Portugal (%), 1985-2010.....	211
Figura 10.32. Evolução dos partos hospitalares, nados-vivos e cesarianas em Portugal - índices de base 100, 1985-2010.....	212
Figura 10.33. Evolução do peso das cesarianas no total de partos em Portugal (%), no total e segundo a natureza institucional do hospital (público ou privado), 1985-2010	214
Figura 10.34. Evolução das cesarianas em Portugal (%),segundo a natureza institucional do hospital (público ou privado), por regiões, 1988-2010.....	215
Figura 10.35. Frequência (%) dos nados-vivos por dia da semana, em cada mês, Portugal, 1990 ..	217
Figura 10.36. Frequência (%) dos nados-vivos por dia da semana, em cada mês, Portugal, 2010 ..	217

Figura 10.37. Assistência ao parto feita por médicos (%) em função do dia da semana, Portugal, 1990	219
Figura 10.38. Assistência ao parto feita por médicos (%) em função do dia da semana, Portugal, 2010	219
Figura 10.39. Frequência de cesarianas (%) em diferentes países europeus, 2004	225
Figura 11.1. Taxa de mortalidade materna, Portugal, 1913-2010	237
Figura 11.2. Evolução da Taxa de mortalidade materna, por quatro grandes períodos – 1913-1943, 1944-1959, 1960-1979, 1980-2010.....	238
Figura 11.3. Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) e Taxa de Mortalidade Materna (TMM), Portugal, 1913-2010.....	239
Figura 11.4. Taxa de Mortalidade Materna (Tmm) e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), Portugal, 1913-2010.....	241
Figura 11.5. Taxa de mortinatalidade (‰), taxa de mortalidade infantil (‰) e taxa de mortalidade materna (por 100000), Portugal, 1893-2010	242
Figura 11.6. Taxa de Mortalidade Materna (Tmm) e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) - índices de base 100, Portugal, 1980-2010	242
Figura 11.7. Proporção de óbitos maternos e Taxa de Mortalidade Materna (TMM), Portugal, 1913-2001	243
Figura 11.8. Risco de mortalidade entre 15 e 50 anos (35q15) e Taxa de Mortalidade Materna, 1940-2001, Portugal	244
Figura 11.9. Taxa Bruta de Natalidade (TBN) e Taxa de Mortalidade Materna (Tmm), Portugal, 1913-2010.....	247
Figura 11.10. Taxa de mortalidade materna por local de residência (distritos) 1913-1987.....	250
Figura 11.11. Evolução da taxa de mortalidade materna (por 100000 nados-vivos), por distritos, Portugal, 1913-1987	258
Figura 11.12. Índice de base 100 da Taxa de Mortalidade Materna (azul), da Taxa Bruta de Natalidade (vermelho) e da Taxa Bruta de Mortalidade (verde), por distritos, 1913-1987, Portugal	262
Figura 11.13. Taxa de mortalidade materna e Taxa Bruta de Natalidade (índices base 100), distrito Lisboa, 1942-1971	264
Figura 11.14. Índice de base 100 da Taxa de Mortalidade Materna (azul) e da Taxa de Mortalidade Infantil (vermelho e preto), por distritos, 1913-1987, Portugal.....	266
Figura 11.15. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1913-1951, Portugal	288
Figura 11.16. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, segundo a classificação CID, 1955-1970, Portugal.....	291
Figura 11.17. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1971-1979, Portugal	293
Figura 11.18. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1980-2001, Portugal	295
Figura 11.19. Proporção de partos em estabelecimentos de saúde face ao total de partos (%), Portugal, 1960-2009	297
Figura 11.20. Evolução da proporção dos óbitos maternos (%) segundo a idade da mulher, década a década, 1913-2007, Portugal	301
Figura 11.21. Evolução da sazonalidade dos óbitos maternos (%), década a década, 1913-2001, Portugal	304
Figura 11.22. Número de anos em que cada mês atingiu o valor máximo e mínimo no peso dos óbitos maternos, 1913-1959	305
Figura 11.23. Número de anos em que cada mês atingiu o valor máximo e mínimo no peso dos óbitos maternos, 1960-2001	305
Figura 11.24. Óbitos maternos (%) segundo o estado civil, Portugal, 1955-2001.....	306
Figura 11.25. Taxa Global de mortalidade materna (‰), Portugal, 1920/21 - 2000/2001.....	309
Figura 11.26. Taxas específicas de mortalidade materna (‰), Portugal, 1920/21 – 2000/01	310
Figura 11.27. Idade média (em anos) da mortalidade materna em Portugal, 1920/21 - 2000/01	311

INTRODUÇÃO

O trabalho que se apresenta tem como primeiro objetivo a análise das condições de nascimento no nosso país, na sua dimensão sociodemográfica e assistencial. Essa análise insere-se num cenário de transformações profundas nos níveis de fecundidade, de mortalidade e das condições sociais e assistenciais que os enquadram.

Os resultados do indicador conjuntural de fecundidade revelam que desde 1982 não se garante em Portugal um número de filhos suficiente para assegurar a substituição plena das gerações, sendo os últimos três anos bem reveladores do agravamento do decréscimo que se verifica na fecundidade desde há várias décadas.

No ano de 2011, o número de nados-vivos situou-se abaixo do limiar dos 100000, em 2012 registou um valor inferior a 90000 e em 2013 já se verificaram menos de 80000 acontecimentos. Estes valores absolutos correspondem a indicadores conjunturais de fecundidade francamente baixos, de que é exemplo o valor de 1,28 filhos por mulher correspondente a 2012.

São resultados relativos à fecundidade que acontecem num contexto de modernidade (Giddens, 1997), nomeadamente, no que diz respeito à multiplicidade e diversificação de dimensões que podem ser acionadas na caracterização dos indivíduos, às (re)configurações familiares, à centralidade da criança na família (Bandeira, 1996; Almeida, 2002, 2004; Cunha, 2005; Mendes, 2006; Oliveira, 2007).

Essa articulação sugere a existência de um modelo social que funciona como fator limitativo da fecundidade e como fator de definição de novos padrões fecundos, em termos sociais, isto é, uma fecundidade com novas especificidades. É uma fecundidade claramente reduzida e é também uma fecundidade mais tardia e mais favorecida em termos socioprofissionais, o que revela uma procura de descendência cada vez mais planeada e investida.

A regulação, o planeamento, o controlo do fenómeno da fecundidade, marcado por indicadores sociais que caracterizam a população, estende-se, também, de forma evidente, ao plano assistencial. O que significa que a discussão dos novos padrões de fecundidade, no sentido mais abrangente do termo, isto é, na consideração dos seus resultados e do seu enquadramento social, não pode dissociar-se da valorização crescente do risco (Beck, 2001) associado ao nascimento.

Nessa medida, a evolução decrescente da fecundidade acontece num contexto em que as marcas da modernidade se fazem sentir através de uma forte valorização do risco associado ao nascimento e de uma forte medicalização na gestão desse risco, conferindo ao nascimento um novo estatuto. Um estatuto medicalizado, institucionalizado, legislado,

recontextualizado, que sustenta a naturalização de um aumento de intervenção obstétrica, mensurável através de indicadores como a instrumentalização dos partos, por exemplo.

Daqui partimos para o segundo objetivo do trabalho, que se prende com a análise da manifestação do risco associado à gravidez e ao parto para a saúde materna, de acordo com as condições sociais e assistenciais em que ocorrem. Ou seja, procuramos medir os resultados que as mudanças nas condições sociais e assistenciais dos nascimentos implicam para a saúde materna, no nosso país.

A saúde materna diz respeito ao estado de saúde de uma mulher que vivencia uma situação de gravidez ou parto e a sua análise remete para o estudo de fenómenos de cariz demográfico e epidemiológico como a mortalidade ou a morbilidade maternas. Os resultados medidos a partir dos indicadores que operacionalizam a análise desses fenómenos serão condicionados por razões de ordem natural e fisiológica mas também por fatores de natureza social e demográfica.

A pertinência da análise desses resultados pode justificar-se com argumentos de vária ordem. Destacamos dois. O primeiro tem a ver com o facto de, no nosso entender, a residualidade dos níveis de mortalidade materna a que assistimos na atualidade poderem perigosamente encobrir outras formas de manifestação do risco para a saúde das mulheres, associado à gravidez e ao parto, nomeadamente, a morbilidade materna.

Quanto ao segundo, se se percebe, de uma forma cada vez mais categórica e cientificamente demonstrada, que a saúde individual é definida a partir do útero materno (Odent, 2010), torna-se evidente a importância de que se reveste a própria saúde materna e o bom acompanhamento de cada gravidez e de cada parto.

É nesta perspetiva que assumimos, como hipótese de trabalho, a transferência da manifestação do risco, na saúde materna, de um fenómeno mais visível (o da mortalidade materna) para outro menos visível (o da morbilidade materna). Assumimos, também, que essa transferência está associada a alterações nos padrões do nascimento e do parto, alterações quantificáveis através de indicadores referentes a esses acontecimentos.

Em termos teóricos, estas formulações sustentam-se num enquadramento de modernidade e risco, onde se verificam os efeitos da transição demográfica e da transição epidemiológica, no que diz respeito à evolução da mortalidade e suas componentes mas também da fecundidade e das suas características.

Esses efeitos, num contexto de modernidade, sugerem transformações em áreas como a da saúde, através, por exemplo, do surgimento de uma nova cultura médica, legitimada numa prática mais interventiva e protocolada, mas também pelo lançamento político da corrente da nova saúde pública que apela a uma nova forma de gestão individual dos comportamentos de proteção na saúde.

Assim, será interessante perceber como evolui a saúde materna em contextos onde se encontram alguns paradoxos que assentam no denominador comum da valorização do risco e dos seus efeitos na saúde dos indivíduos, decorrentes de processos como a transição demográfica e epidemiológica e as transformações sociais inerentes ou subsequentes a esses processos.

No nosso entender, a grande oportunidade deste trabalho é o de ensaiar a análise dos resultados da saúde enquanto se caracterizam algumas dimensões das condições sociais que os enquadram. E, sobretudo, fazê-lo numa valência da saúde, a saúde reprodutiva, em que a *capacitação* (Giddens, 1997) individual permite uma tomada de decisões que o protagonismo de acontecimentos não patológicos, como a gravidez e o parto, bem como a vivência do corpo na primeira pessoa legitimam.

Essa capacitação será socialmente desigual porque determinada pelas marcas distintivas dos indivíduos, e abre um campo de decisões próprias que reforçam a pertinência da análise da saúde em função dos determinantes coletivos e universais, como o enquadramento médico e as respostas do sistema de saúde, mas também específicos da condição individual.

Com efeito, a singularidade dos indivíduos que os caracteriza socialmente será razão das suas escolhas em matéria de saúde reprodutiva e essas escolhas ajudarão a delimitar os resultados de cada nascimento para a saúde materna.

Mas a ligação entre uma dimensão essencialmente médica e de saúde e outra, explicativa, que delimita os contornos sociais dos acontecimentos, não é uma ligação simples de estabelecer, desde logo por razões práticas e empíricas. As fontes de informação que utilizamos são exemplo disso mesmo.

Se, por um lado, podemos aceder às características dos nascimentos e dos seus progenitores, de uma forma detalhada, a partir da informação disponibilizada pelos verbetes de nados-vivos, inseridos no ramo das estatísticas demográficas, por outro, o cruzamento direto dessa informação com a referente à saúde materna não é possível de estabelecer.

De facto, apesar de a informação referente à mortalidade e à morbilidade materna ter cabimento, na organização da produção estatística, no mesmo ramo (estatísticas demográficas) e num ramo estatístico paralelo ao anterior (estatísticas da saúde), em ambos os casos a identificação das causas de morte ou morbilidade não permitem a articulação da informação recolhida com a do acontecimento que lhes deu origem. As análises permitem assim, por vezes, apenas o lançamento de hipóteses.

E sugerem que se trabalhe, no futuro, de uma forma empiricamente mais autónoma, embora menos exaustiva, a partir da recolha de informação primária que privilegie o seguimento de todo o percurso fecundo, dando mais cabimento e sustentação às

justificações encontradas para os resultados da saúde materna que não têm, de todo, um carácter simplesmente médico.

O próprio registo médico do percurso das mulheres fecundas, considerando diferentes dimensões, possibilitaria outros níveis de análise e de atuação de prevenção de possíveis casos de mortalidade e morbidade materna, no nosso entender.

A realização deste trabalho teve um suporte teórico-analítico assente em duas disciplinas próximas, a demografia e a sociologia, como procuramos ilustrar pela sua apresentação esquemática.

Assim, a estrutura do trabalho organiza-se em diferentes capítulos, sendo os primeiros de enquadramento teórico-conceptual. Consideramos, a esse nível, o contexto de modernidade das sociedades ocidentais, e o espaço e o significado, nesse contexto, das noções de risco e de saúde pública.

Procuramos, de seguida, dar conta dos marcos que a Transição Demográfica e a Transição Epidemiológica representam na passagem para a modernidade, através das transformações dos fenómenos que as caracterizam e das respetivas componentes.

Sendo um desses fenómenos a mortalidade e uma das componentes que mais beneficiou destas transições, no advento da modernidade, a referente às mulheres em idade fértil, introduzimos neste ponto o risco associado à saúde materna. A determinação dos contornos desse risco alia-se, por sua vez, à evolução das condições assistenciais do nascimento, que procuramos caracterizar, no que diz respeito aos protagonistas, contextos e tipo de assistência, culminando na cultura assistencial do nascimento na atualidade.

A este enquadramento segue-se um apontamento relativo à cultura médica e à evolução do sistema hospitalar, sendo a partir deste ponto que nos focamos de forma concreta no caso português porque é também a partir daqui que entramos na componente analítica do trabalho.

Em termos essencialmente analítico-empíricos, propusemo-nos trabalhar a matéria legislativa que, nas últimas décadas, foi produzida com vista à proteção da saúde materna e à salvaguarda das condições de nascimento no nosso país.

Apresentamos, de seguida, a formulação de hipóteses de trabalho, considerando diferentes dimensões de análise. Os capítulos seguintes procuram operacionalizar essas dimensões, a partir, respetivamente, da análise das condições sociais e assistenciais dos nascimentos e da análise da manifestação do risco no nascimento para a saúde materna, nomeadamente, através dos fenómenos da mortalidade e morbidade materna.

Por fim, damos conta das conclusões do trabalho, procurando, também, identificar algumas das limitações que encerra e pistas de análise para o futuro.

1. MODERNIDADE, SAÚDE PÚBLICA E RISCO

No contexto de modernidade atual, reflexiva (Giddens, 1997), de risco (Giddens, 1997; Beck, 2001), o estado de saúde e a vulnerabilidade do corpo são questões centrais para a existência humana, esperando-se dos indivíduos atitudes de prevenção e de responsabilidade no cuidado do corpo (Petersen e Lupton, 1996: ix).

A importância atribuída à saúde individual e comunitária não é um fenômeno recente¹ (Ferreira, 1990: 3) mas a atitude individual face à saúde ou o que se espera dela é algo novo.

Esta responsabilidade individual imputada aos cidadãos decorre de uma nova estrutura epidemiológica nas sociedades ocidentais caracterizada por novos padrões de doença². E remete, por um lado, para a sensibilidade e o saber de cada um na consideração de mecanismos que potenciem atitudes de cuidado com a sua saúde e, por outro, resulta em diferenças nesses cuidados, associadas a desigualdades no grau de conhecimento e de acesso a recursos que os facilitem e reforcem.

Com efeito, se, por um lado, cada vez mais a saúde e a sobrevivência dependem de comportamentos individuais, por outro, esses comportamentos derivam de atitudes mais abrangentes face ao corpo e à saúde que se ligam à cultura e à política (sanitária e social). Sendo que essas atitudes se traduzem em comportamentos em função dos recursos de que dispõem os indivíduos, condicionados pelo lugar ocupado na sociedade (Vallin *et al.*, 2002: 271).

As atitudes face à saúde e ao corpo estão, assim, ligadas a representações que são, antes de tudo, sociais. O próprio corpo, sendo uma realidade anatómica e fisiológica, é também uma construção social, determinada pelo conhecimento biomédico. “O saber

¹ De facto, a industrialização é o ponto de partida para a manifestação de preocupações sociais e políticas com a saúde “de um proletariado urbano, submetido a intensos níveis de exploração, [com resultados claramente nocivos para as] suas condições de saúde, conforme mostra Friedrich Engels em seu *As Condições da Classe Trabalhadora na Inglaterra*” (Almeida Filho, 1986), um texto político de crítica ao capitalismo, cuja primeira edição, em língua alemã, surgiu em 1845 (nos EUA foi publicado pela primeira vez em 1887 e em Inglaterra em 1892). Segundo Almeida Filho, foi nesse contexto que surgiu a noção de Medicina Social (em 1838), fortemente politizada, no sentido da preocupação com a saúde coletiva em que a política se via “como medicina da sociedade e a medicina como prática política”. Foi a Medicina Social que, “deslizando por uma vertente técnica”, deu origem à chamada Saúde Pública (Almeida Filho, 1986). Mas antes do texto de Engels, já tinham surgido outros dois na Europa, nomeadamente, o de Eugène Buret, *De la misère des classes laborieuses en Angleterre et en France*, publicado em Paris em 1840, e o de Louis-René Villermé, *Tableaux de l'état physique et moral des salariés en France*, também de 1840.

Foucault (1992) refere dois outros marcos históricos que terão ditado o surgimento da Medicina Social, nomeadamente, na Alemanha, desde o início do século XVIII, a existência de uma Polícia Médica que monitorizava a saúde da população e, em França, uma Medicina Urbana, focada nas implicações das grandes epidemias.

² Esses novos padrões de doença são caracterizados pela Teoria da Transição Epidemiológica (Omran, 2005), que apresentaremos num capítulo posterior.

biomédico, saber oficial do corpo nas sociedades ocidentais, é uma representação do corpo entre outras, eficaz no suporte das suas práticas” (Le Breton, 1992 cit. por Vallin, 2002: 271).

O corpo, a partir de um processo de *socialização da natureza*³, deixou de ser entendido como “um aspecto da natureza⁴ governado de modo fundamental por processos apenas marginalmente sujeitos à intervenção humana” para, a partir da sua “invasão (...) pelos sistemas abstratos”, se tornar “num local de interação, apropriação e reapropriação, ligando processos reflexivamente organizados com o conhecimento dos peritos, ordenado sistematicamente. [Nessa perspectiva,] (...) tornou-se mais disponível para ser “trabalhado” pelas influências da modernidade tardia e, como resultados destes processos, as suas fronteiras alteraram-se” (Giddens, 1997: 201).

O conhecimento biomédico de que falamos, enquadrado no desenvolvimento dos sistemas abstratos (Giddens, 1997) é reconhecido politicamente, nas sociedades modernas, por um ‘Estado’ que, aparentemente, procura posicionar-se de uma forma não dominadora, repressiva ou autoritária mas, sobretudo, como parte de um conjunto de instituições que se envolvem diretamente na garantia e reforço das liberdades individuais e no desenvolvimento individual⁵ (Petersen, 1996: 12).

Assim, a saúde pública⁶ e os respetivos especialistas, têm, no âmbito das sociedades atuais, desenvolvido um corpo de conhecimento e de atividades de ‘promoção da saúde’, muito centrados na identificação e na recusa de estilos de vida ‘pouco saudáveis’ ou ‘de risco’⁷, sendo, contudo, assumido que as decisões e responsabilidades relativas à

³ Giddens fala em *socialização da natureza* para explicar que a intervenção tecnológica na natureza permite o desenvolvimento de sistemas abstractos, afetando “muitos outros aspectos da vida social moderna”. (Giddens, 1997: 125)

⁴ A própria noção de saúde vai, atualmente, muito além da consideração de perturbações físicas objetivamente quantificáveis. A saúde é, atualmente, definida como um processo, “uma realidade dinâmica que diz respeito ao bem-estar global das pessoas e das comunidades e na qual estão implicadas as dimensões orgânica, psicológica e relacional das pessoas consideradas individualmente, bem como as condições sociais e culturais e do funcionamento das sociedades (in Silva e Alves, 2003: 9).”

⁵ Esta ideia remete para uma corrente onde se redefinem relações de poder, associadas a novas formas de conhecimento, (re)considerando a importância dos direitos e deveres dos cidadãos, seguindo os impulsos progressistas, democrático e humanista dos novos movimentos sociais, e onde são referência termos como ‘auto-ajuda’, ‘equidade’, ‘acesso’, ‘colaboração’, ‘empoderamento’, ‘participação’, ‘controlo comunitário’ (Petersen, 1996: 11).

⁶ A saúde pública distingue-se, aqui, da medicina, sobretudo no enfoque que a primeira vocaciona para a população como um todo, enquanto a segunda orienta para cuidados individualizados (Petersen, 1996).

⁷ A noção de risco pode assumir duas dimensões, permitindo, assim, defini-lo de duas formas: “1) [O risco] Quantificável – probabilidade [que varia de 0 a 1] de ocorrência de um determinado evento futuro; 2) [O risco] Não quantificável – elevado nível de incerteza sobre a eventual ocorrência de um evento futuro”, sendo que, em abstrato, pode dizer-se que “o risco é uma entidade neutra que necessita de estar ligada a uma situação concreta para ganhar sentido” (Areosa, 2008: 3). A dimensão demográfica do risco será a mais quantificável na medida em que em nenhuma ciência o risco é medido com tanto pormenor como na demografia. A medida que concretiza essa medição é o

preservação das suas capacidades físicas competem a cada indivíduo (Petersen, 1996: 14-16). É nesse contexto que emerge a designada *nova saúde pública*, decorrente da ciência epidemiológica.

Enquanto a saúde pública, retomando o seu surgimento associado à Medicina Social, tem um pendor iminente técnico, orientado pela medicina, podendo “ser compreendida como o somatório das múltiplas atuações que são empreendidas para melhorar a saúde e lutar contra as doenças, não apenas com a finalidade de curar os indivíduos atingidos, mas de as eliminar” (Ferreira, 1990: 3), a nova noção de saúde pública é definida como uma combinação da ciência e de práticas e crenças que promovam a saúde das populações, a partir do indivíduo.

A *nova saúde pública* é muito vocacionada para a ação preventiva, nomeadamente a que se dirige a grupos considerados vulneráveis, considerando uma abordagem que ultrapassa o âmbito meramente físico e individual da saúde. Com efeito, procura-se uma compreensão da biologia humana, reconhecendo os aspetos sociais dos problemas de saúde, determinados em grande parte pelos estilos de vida (Petersen, 1996: 3-4).

O conceito de *política emancipadora* aponta também neste sentido, sendo definido a partir da preocupação de libertar “os indivíduos e grupos de constrangimentos que afetem adversamente as suas hipóteses de vida” (Giddens, 1997: 194), com base em princípios como a autonomia e liberdade e na rutura com modelos antigos de controlo social. Atribui-se aos indivíduos uma “responsabilidade atuante” e a capacidade de “ação livre e independente nos ambientes da sua vida social” (Giddens, 1997: 196-197).

A intervenção política, presente desde o surgimento da noção de Medicina Social, está implícita em todas estas conceções. Aliás, no âmbito da *nova saúde pública* surgem novas políticas públicas. Estas, nesta corrente, podem ser vistas quer como condicionadoras quer como libertadoras, na medida em que, por um lado, e sob a bandeira da promoção da saúde, facilitam o acesso a práticas definidas como saudáveis e limitam o acesso a práticas consideradas perigosas (nomeadamente, através da regulação do custo de determinados bens ou serviços); por outro, assumem o indivíduo como um ser racional e

quociente, que “mede o risco de um acontecimento se produzir, numa geração, entre a duração x e a duração $x+a$ ” (Bandeira, 2004: 150).

Diferentes autores trabalharam sobre a teoria social do risco, contribuindo para uma diversidade teórica em torno desse objeto (nomeadamente, a perspetiva culturalista, o modelo da sociedade de risco, a abordagem sistémica e a governamentalização do risco). Mas há elementos comuns, na definição do risco, às diferentes perspetivas consideradas, como sejam a distinção entre possibilidade e realidade, sendo que a primeira pode ou não derivar na segunda (Areosa, 2008: 3). Assim, a noção de risco remete para cenários de incerteza (*incerteza fabricada*, segundo Beck, 2001), para probabilidades, possibilidades sobre a ocorrência de acontecimentos. Essa ocorrência é condicionada pela dinâmica do mundo social, assim como a própria definição de risco. Pelo que a perceção (social) do risco é um elemento decisivo para a sua definição, variando a noção de risco em função dos contextos em que essa noção é produzida (Areosa, 2008: 3).

autônomo com comportamentos racionalmente planejados e com obrigações e responsabilidades na relação com o estado de saúde do seu corpo. No limite, o objetivo das políticas públicas passa, agora, pela criação de ‘ambientes saudáveis’ para que ‘os indivíduos tenham condições para pôr em prática as suas próprias perspectivas de vida saudável’ (Petersen, 1996: 17).

Na Suécia, por exemplo, a nova estratégia da saúde pública vai no sentido de potenciar políticas e atuações, a nível social, que garantam boas condições de saúde a toda a população. Essa estratégia passa, em larga medida, pela mobilização de fatores definidos como determinantes sociais da saúde da população que devem ser articulados com cuidados médicos que promovam o bem-estar e comportamentos saudáveis.

Os fatores elencados – participação na sociedade, segurança social e económica, boas condições de vida na infância e adolescência, condições de trabalho saudáveis, promoção de ambientes e produtos saudáveis – remetem para a invocação da participação do Estado (por vezes de forma coerciva), na promoção da saúde da população, mas também, de forma clara, para a atuação individual, de forma ativa, no enalce desse objetivo (Marmot, 2005: 1103).

Esta nova perspectiva da saúde pública e das políticas que lhe estão associadas remete para o que Beck (2001: 43) designava de reorganização do poder e das suas atribuições, em termos sociais, nomeadamente, na dimensão política, científica e individual (ou pública) dessas atribuições.

O poder, na saúde, associado à ciência, remete para a ideia de que a medicina científica e a própria saúde pública são instituições associadas à modernidade pela sua capacidade de romperem com formas de poder assentes em superstições e mitos religiosos, como forma de controlo das populações e dos ‘caprichos da natureza’ (Petersen, 1996: 6).

A aposta, pela nova corrente da saúde pública, na capacidade de atuação individual e na adoção de práticas preventivas, responsáveis e racionais, promove, assim, o surgimento de uma nova *consciência social*, em que a noção de risco ganha uma nova e importante dimensão social. Pelo seu sentido global e pela perspectiva menos positiva a partir da qual passa a ser encarado (Beck, 2001: 39).

Ora, a saúde individual, num contexto cada vez mais global, tem como ponto de referência o corpo, que se quer saudável e que funciona, cada vez mais, como marca identitária, que nos distingue enquanto indivíduos (‘individual self’), em adequação com normas sociais (‘social self’) (Petersen, 1996: 23).

Nesse posicionamento contextual, o cuidado com o corpo é entendido como um processo, uma construção, onde entram outros processos e condicionantes de natureza social, cultural e económica (Petersen, 1996: 25). No âmbito desses processos, o corpo é definido como estando em risco e exposto a situações de risco, só por existir. Estar em risco

significa um estado de aparente saúde de um corpo que se move numa esfera de perigo. Uma avaliação condicionada pela subjetividade individual e pelo enquadramento especializado de que se dispõe ou a que se recorre (Petersen, 1996: 52).

O risco, na saúde, é assim, uma construção sociocultural para cujo significado concorre fortemente a investigação e a prática médico-científica e epidemiológica. Neste sentido, Gifford (cit. em Petersen, 1996: 49) refere-se a duas dimensões na conceptualização do risco: uma 'objetiva' e 'científica', decorrente da ciência epidemiológica, e outra decorrente da experiência pessoal e 'social'.

A vertente científica é apropriada pela profissão médica remetendo para o lado negativo do risco, sendo que esta compreensão do risco influencia as experiências individuais na vivência desse risco, o que origina que muitas pessoas não se vejam em situação de risco clínico, a menos que esse risco seja identificado e lhes seja transmitido pelo discurso médico e epidemiológico (Petersen, 1996: 52).

Por outro lado, se a capacidade de decidir e optar, no que concerne à saúde individual, é influenciada pela informação a que os indivíduos têm acesso (produzida por especialistas), e, se, por aí, as relações de poder se alteram, importa não esquecer que o acesso à informação é ainda desigual, mesmo em sociedades globais. Essa desigualdade, determinada pela pertença social dos indivíduos, condiciona o acesso ao conhecimento, a gestão do conhecimento e os estilos de vida de cada um (Petersen, 1996: 16).

Segundo Beck, apesar de o conhecimento e a informação assumirem uma nova importância política e se mostrarem mais acessíveis em contextos menos estritos, os debates em torno do risco continuam fortemente centrados no âmbito das ciências naturais, com argumentos tecnocráticos e naturalistas, opondo a ciência à natureza, e destituídos de sentido social, cultural e político. O que leva, ainda, à abstração, por parte dos indivíduos, das realidades e das consequências sociais, políticas e culturais dos riscos (Beck, 2001: 44).

Essa abstração, que sustenta ou reforça a ideia de que a visão dos atores sociais sobre os riscos que vivenciam é sempre parcial ou incompleta (Areosa, 2008:3), leva a uma dupla consequência: (1) o *desaparecimento do pensamento social* alia-se à (2) falta de noção desse desaparecimento (Beck, 2001: 46).

A evolução da biomedicina alimentará esse processo na medida em que se associa a uma noção social de risco *cientificizada* e alicerçada “numa abordagem e num entendimento racionalista da realidade que pressupõe o controlo da incerteza através do desenvolvimento de procedimentos estatísticos e de probabilidades matemáticas” (Raposo, 2009: 748).

1.1. Risco, biomedicina e capacitação

Em contexto de modernidade, a noção social de risco adquiriu uma nova centralidade. O risco perdeu o carácter neutro que o caracterizava até aí e, associado à ideia de perigo, assumiu uma conotação negativa, enquanto se criaram “instituições de controlo e regulação social [que] tornaram imperativa a necessidade de conhecimentos objetivos e o desenvolvimento do pensamento racional” (Raposo, 2009: 748).

É nesse sentido que Giddens refere que “os ambientes de risco institucionalmente estruturados são muito mais proeminentes nas sociedades modernas do que nas pré-modernas” (in Giddens, 1997: 109).

Nesse controlo, “a crescente capacidade técnica de domesticação do acaso, fortemente ancorada na expansão dos desenvolvimentos do cálculo probabilístico”, procura que o *acaso* dê lugar ao *controlo* e à *regularidade* (Raposo, 2009: 749).

O desenvolvimento da biomedicina⁸ chega a um modelo que, nessa perspetiva, interpreta “incertezas como riscos (na sua conversão em probabilidades)”, e privilegia “o geral e o universal em detrimento do particular e do existencial” (Raposo, 2009: 750, 761). “Os indivíduos tendem a ser vistos como casos ilustrativos das patologias, [quando] o objectivo original da medicina (...) [seria] o de lidar com doentes individuais através de faculdades de julgamento prudenciais que valorizam a diferença e a singularidade, (...) a sua *espessura antropológica*” (Raposo, 2009: 761-762).

Emerge, assim, um “modelo baseado num conhecimento científico de novo tipo em que o recurso à informação disponível surge ampliado por novas possibilidades tecnológicas que valorizam a procura das normas de orientação clínica e informação para a resolução concreta e padronizada dos problemas” (Raposo, 2009: 762).

É justamente na detenção desse conhecimento cientificamente válido e politicamente legitimado que assenta um forte poder social protagonizado pela profissão médica (Petersen, 1996: 7).

O que, considerando a “gradual importância atribuída à quantificação e à objectividade enquanto estratégias para a consolidação de uma conceção empírica e racional do conhecimento médico” (Raposo, 2009: 762) permite, por um lado, o crescente

⁸ Na década de 1940 um trabalho sobre estatística médica (desenvolvido por um estudante de medicina estatística, Austin Bradford Hill), com base em ensaios clínicos, nomeadamente relativos ao efeito da estreptomycina na tuberculose, abriu o campo para o desenvolvimento, nas décadas seguintes, dos estudos baseados em ensaios clínicos aleatórios. Nessa linha, o trabalho do epidemiologista Archie Cochrane (1972) dá origem à medicina baseada em evidências (*evidence-based medicine* – *MBP*), desenvolvida e fortemente reconhecida até aos dias de hoje, ilustrada pela investigação e publicações baseadas nessa metodologia, bem como pela crescente adesão a convenções e protocolos hospitalares que padronizam, objetivam, racionalizam e validam decisões terapêuticas e procedimentos e práticas médicas com base na evidência científica previamente verificada (Raposo, 2009: 756-759).

reconhecimento social do poder no campo do saber e da intervenção da medicina, por oposição ao conhecimento e capacidade de atuação de uma classe leiga e não especializada.

Por outro lado, sob o argumento da procura da *saúde perfeita*, quanto mais a saúde objetivável melhora (Vallin *et al.*, 2002: 272), mais se estende o campo da doença e, por aí, o campo de atuação da medicina.

Contudo, “a incerteza é uma dimensão constitutiva da medicina. Apesar de o desenvolvimento médico ser responsável pela resolução eficaz de vários problemas, não deixa, contudo, de ocultar incertezas não formalmente reconhecidas, ou até de criar novas áreas de incerteza através da sua ação” (Raposo, 2009: 762).

Ora, essa incerteza pode funcionar como a oportunidade de concretização da nova saúde pública, pelo desafio que lança à própria medicina e ao seu exercício na base de “uma relação dialética entre a prática clínica e o conhecimento científico”. Que se estabeleceria a partir de uma atuação médica, marcada pela “cultura da racionalização e pelo discurso da prova científica” (Raposo, 2009: 764) mas mais humanista e atenta à singularidade dos casos e podendo, inclusivamente, contribuir para a capacidade de decisões informadas dos indivíduos, assim protagonistas da sua saúde e do seu corpo.

Capacitação

A atuação médica suportada por essa relação dialética reforçaria a *confiança* dos indivíduos no próprio sistema (Giddens, 1997: 126), tirando até partido dos contornos funcionais da biomedicina na atualidade que, apesar de menos personalizada, tem a vantagem de disponibilizar o acesso à informação decorrente e cada vez mais divulgada pela medicina baseada em evidências (*MBP*).

A ‘reapropriação do conhecimento’, em contexto de emergência da nova saúde pública potencia o que Giddens define como *capacitação* dos indivíduos ou coletividades, não possível anteriormente. Essa capacitação passa por rentabilizar “a expansão dos sistemas abstratos” (Giddens, 1997: 128) de uma forma que diríamos potencialmente *empoderadora* (Petersen, 1996: 11) para os indivíduos ditos leigos e não apenas para os que se especializam no conhecimento em determinada área, na medida em que “o advento dos sistemas abstratos estabelece modos de influência social que ninguém controla diretamente” (Giddens, 1997: 128).

Assim, essa expansão dos sistemas abstratos que implica processos de descontextualização (das experiências), também cria “crescentes de poder – o poder dos seres humanos de alterarem o mundo material e transformarem as condições das suas ações”, configurando esta ideia o que Giddens designa de “dialética do controlo”.

Nessa perspetiva dialética, “quaisquer que sejam as competências e as formas de conhecimento que as pessoas leigas possam perder, elas permanecem qualificadas e

conhecedoras nos contextos de ação em que as suas atividades ocorrem e onde, em parte, essas atividades se reconstituem continuamente” (Giddens, 1997: 128).

A *capacitação* pode ser entendida como um processo que se autoalimenta no sentido em que se associa a momentos decisivos, que implicam novas exigências, novas possibilidades e funcionam como “pontos de transição que têm implicações fundamentais não só para as circunstâncias da conduta futura de um indivíduo, mas também para a autoidentidade. Isto porque as decisões consequentes, uma vez tomadas, dão nova forma ao projeto reflexivo da identidade através das consequências para o estilo de vida que se lhe seguem” (Giddens, 1997: 132).

Importa, ainda assim, considerar que, “num sistema sem autoridades finais”, no sentido da revisão permanente do conhecimento pericial e da própria coexistência de diferentes visões e crenças periciais sobre uma mesma questão, o exercício da *capacitação* – que está “à disposição dos leigos como parte da reflexividade da modernidade” – não é simples de concretizar (Giddens, 1997: 131).

Mesmo as escolhas informadas não escaparão a “padrões de comportamento relativamente preestabelecidos, talvez junto com certas formas de deferência”, misturando-se concepções de “fortuna, fatalismo, pragmatismo e risco consciente” (Giddens, 1997: 130-131).

Com efeito, há muitas variáveis envolvidas. A concepção socialmente construída do corpo e os desafios lançados pela nova corrente da saúde pública no sentido do exercício de *capacitação* dos indivíduos na gestão da sua saúde e do controlo do seu corpo, acontece em sociedades fortemente marcadas pelo avanço da técnica e da tecnologia e por uma medicina matizada por uma concepção empírica e racional. Mas também marcadas pela importância de uma nova consciência social acerca do risco e das novas formas de risco potenciadas por esses avanços pela especialização dos saberes e, finalmente, pela desigualdade social no acesso à informação.

A incerteza que daqui decorre não anula, apesar de tudo, os ganhos que algumas características da modernidade, como os avanços científicos e tecnológicos, mas também como as formas de gestão da saúde das populações, permitiram conquistar. A evolução de fenómenos socialmente determinantes como a mortalidade é disso exemplo.

2. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A evolução técnica e científica, característica, entre outras, das sociedades modernas, materializou-se, no campo da saúde, pela chamada transição epidemiológica, no sentido em que o controlo da mortalidade refletiu, por um lado, o aumento das probabilidades de sobrevivência e, por outro, a descida da prevalência de doenças infecciosas como principais causas de morte.

Assim, se a Teoria da Transição Demográfica (Notestein, 1945) assume um sentido mais abrangente, procurando explicar as mudanças associadas ao nascer e ao morrer, a noção de *transição epidemiológica*, proposta por Abdel R. Omran, surgiu no sentido de designar não só a passagem de uma estrutura patológica dominante a outra, resultante de alterações nos padrões sanitários das populações, mas também um processo de transformação radical das idades no momento da morte, onde se destaca a grande quebra da mortalidade nas idades mais jovens (nomeadamente da mortalidade infantil) (Meslé e Vallin, 2002: 440).

A diminuição da mortalidade por doenças infecciosas veio dar visibilidade, já no século XX, a outras causas de morte como as *doenças crónicas e degenerativas* (as doenças cardiovasculares, o cancro, a diabetes,...), passíveis de prevenção e dependendo a sua incidência não apenas dos progressos médicos (Meslé e Vallin, 2002: 451-452).

Pelo que, se, por um lado, a mortalidade se apresenta como o fenómeno demográfico mais dependente das leis da natureza e menos sensível às variações sociológicas (Lages, 2007: 395, 417), por outro, uma das questões centrais na discussão em torno da Transição Demográfica, cujo motor de arranque é justamente a alteração dos padrões de mortalidade (Notestein, 1945: 39) prende-se, justamente, com os fatores e a sua natureza que introduzem desequilíbrios na autorregulação demográfica das populações. Fatores que, cada vez mais, ultrapassam a esfera natural.⁹

Nesse sentido, a redução dos valores da mortalidade foi *conquistada* pela recusa da morte social, que surgiu pelo menos desde o século XVIII, e foi protagonizada pelas classes mais abastadas, através da procura social de cuidados médicos (Ariès, 1973, cit. por Bandeira, 1996: 76-77).

Por outro lado ainda, a ligação entre a Transição Demográfica e a Transição Epidemiológica e Sanitária pode ser atestada pela ligação entre a intensificação da redução

⁹ De facto, uma das principais manifestações da modernidade foi a revolução demográfica, associada à revolução contracetiva. Para esses processos terá contribuído uma mudança de mentalidades mas também a própria mudança de condições sociais e a tomada de consciência, por parte dos casais de que os seus filhos podem ter um futuro melhor, investindo na mobilidade social dos seus descendentes.

dos níveis de mortalidade em Portugal (a partir da década de 1920) e a alteração das principais causas de morte (Fernandes *et al.*, 2004: 92).

A esse propósito, Veiga apresenta a transição epidemiológica, associada a novos perfis sanitários da população, como o “corolário da transição demográfica a uma escala mais fina, em termos de morbilidade e causas de morte” (Veiga, 2004: 16), explicitando ainda que, nesse contexto, é a morbilidade, mais do que a mortalidade, o elemento central a definir o perfil sanitário das populações.

Omran refere-se à abordagem compreensiva da epidemiologia face à demografia e às dinâmicas populacionais, na medida em que os padrões de saúde e de doença são componentes fundamentais dessas dinâmicas, contribuindo, inclusive, para a formulação de hipóteses e teorias da população (Omran, 2005: 731-732).

E é com base nessa articulação que o autor apresenta a Teoria da Transição Epidemiológica (TTE), cuja formulação inicial foi publicada em 1971, onde se realçam complexas mudanças que os padrões de saúde e doença sofreram e as interações dessas mudanças com as dinâmicas demográficas, sociais e económicas (Omran, 2005: 744).

A TTE destaca o papel da mortalidade na dinâmica e no crescimento da população mas, sobretudo, realça e articula esse papel com a evolução dos próprios padrões de mortalidade.

O autor fundamenta a teoria a partir da apresentação de proposições. A primeira apresenta a mortalidade como o fator fundamental na dinâmica das populações, desde a fase de pré-transição demográfica (Omran, 2005: 733-5). A segunda refere que, a longo prazo, às mudanças na mortalidade correspondem mudanças nos padrões de doenças que lhe estão associadas (Omran, 2005: 732, 736-7).

Nesta segunda proposição são descritas 3 fases da transição epidemiológica que encontram paralelo nos estádios de crescimento apresentados na Teoria da Transição Demográfica (TTD).

Com efeito, a *Idade da Peste e da Fome (The Age of pestilence and Famine)* (Omran, 2005: 737-38), com muitas oscilações mas, sobretudo, altos valores de mortalidade que se concretizam em esperanças de vida ao nascimento na ordem dos 20 a 40 anos e que anulam, em termos de crescimento populacional, os também elevados níveis de fecundidade corresponderá à fase de *Alto Potencial de Crescimento (High Growth Potential)*, apresentada na TTD por Notestein (Notestein, 1945: 47-48).

Este estádio, situando-se em períodos de guerras, epidemias, fomes, caracteriza-se, em termos de padrões de causas, por mortes que se atribuem sobretudo a doenças infecciosas, má nutrição e complicações na saúde materna, associadas à gravidez e ao parto.

O segundo estágio, denominado na TTE por *a Idade do Retrocesso das Pandemias* (*The Age of Receding Pandemics*) corresponderá também à fase intermédia da TTD, designada de *Crescimento Transicional* (*Transitional Growth*), onde se verifica uma quebra nos valores da mortalidade, com subidas nos valores da esperança de vida no nascimento para idades entre os 30 e os 50 anos (Omran, 2005: 738), quebra essa que só mais tarde, como refere Notestein (1945: 46), e por força de novos impulsos de natureza social, é acompanhada pela quebra da fecundidade, o que deixa margem para um forte crescimento populacional.

A *Idade das Doenças Degenerativas e Doenças do Homem* (*The Age of Degenerative and Man-Made Diseases*), corresponderá, por último, ao estágio de *Declínio Incipiente* (*Incipient Decline*), apresentado na TTD. Esta fase caracteriza-se pela manutenção da quebra da mortalidade mas com tendência para a estabilização dos valores (já baixos), com reflexos no aumento da esperança de vida, ao mesmo tempo que os níveis de fecundidade começam, finalmente, a diminuir.

Mas, mesmo nesta fase, e apesar de lhe reconhecer importância, Omran não se concentra no papel da fecundidade na determinação das dinâmicas populacionais, seguindo, aliás, o que definiu na sua primeira premissa¹⁰.

Com efeito, Omran procura, sobretudo, aprofundar as mudanças de padrões que determinaram e acompanharam a evolução da mortalidade, centrando-se, em particular, na evolução das causas de morte. E, nesse sentido, o autor explica que os padrões de doença mudam significativamente com o aumento da esperança de vida (2005: 738).

Os determinantes das doenças que definem os novos padrões de mortalidade, e que levaram à transição epidemiológica são apresentados em diferentes dimensões que assumem importâncias diferentes em função das características dos países (mais ou menos desenvolvidos) e do próprio *timing* da transição em que atuam. As dimensões são de três ordens: ecológicas; socioeconómicas, políticas e culturais; médicas e de saúde pública.

Assim, se, por exemplo, nos países europeus a redução da mortalidade e a transição epidemiológica se deveu a causas sociais, já nos países em desenvolvimento as causas são, sobretudo, médicas e tecnológicas (Omran, 2005: 738-739).

¹⁰ Contudo, o autor (2005: 749) não deixou de realçar que, no decorrer da transição epidemiológica, como a probabilidade de sobrevivência das mulheres nas idades reprodutivas aumenta mais cedo do que a das crianças, nessa fase inicial de transição, a fecundidade poderá tender a aumentar. Sendo esse aumento, de seguida, corrigido por fatores biofisiológicos, socioeconómicos e psicológicos ou emocionais. A justificação do efeito dos mesmos na redução da fecundidade no decurso da transição epidemiológica aponta para aquilo que Notestein (1945: 41) designou de redefinição de metas sociais. Mas esta tese de Omran que situa as quebras da fecundidade e da mortalidade infantil em fases diferentes é muito criticável, na medida em que, na verdade, a análise evolutiva dos fenómenos deixa perceber, por exemplo, para o caso português (Bandeira, 1996) que a fecundidade e a mortalidade infantil se acompanham na quebra dos valores.

Para além dos determinantes, a temporalidade da transição e o grau de desenvolvimento dos países ou regiões são decisivos na caracterização dos diferentes modelos de transição formulados na TTE¹¹. Esses modelos são: o clássico ou ocidental, o acelerado e o contemporâneo ou atrasado (Omran, 2005: 751-752), cada um deles correspondendo a diferentes regiões¹².

Os fatores socioeconómicos são os primeiros determinantes da transição clássica, sendo impulsionados pela revolução sanitária, no final do séc. XIX, e pelos progressos médicos e de saúde pública, já no séc. XX. Na fase final deste modelo clássico, situada nas décadas de 1920-1930 por Omran, as doenças infecciosas foram substituídas por doenças degenerativas e “da sociedade” como causas maiores de mortalidade e morbidade.

O modelo acelerado apresenta características semelhantes às do modelo clássico mas com efeitos mais tardios e rápidos. Quer o período decorrido até se alcançarem níveis na taxa bruta de mortalidade de cerca de 10 por mil, quer a mudança nos padrões de doenças que determinam a mortalidade apresentam-se, neste modelo de transição, muito mais curtos e rápidos do que os do primeiro (Omran, 2005: 753).

No modelo contemporâneo, característico de países em desenvolvimento, verifica-se uma transição mais recente (desde a II Grande Guerra) e inacabada, com os níveis de mortalidade a decrescer lentamente e de forma instável, sendo o risco de mortalidade ainda elevado para os grupos considerados mais vulneráveis desde a época de pré-transição (Omran, 2005: 754).

De facto, o autor identifica grupos específicos particularmente vulneráveis ao risco de mortalidade no período anterior à transição epidemiológica, nomeadamente, as crianças de ambos os sexos e as mulheres adolescentes e em idade fértil. O que se justifica por uma maior vulnerabilidade destes grupos a doenças infecciosas e geradoras de deficiência. Serão esses os grupos a beneficiar de uma forma particular da transição epidemiológica.

Com efeito, e no que diz respeito à população feminina, o padrão do risco de mortalidade nas mulheres jovens e em idade fértil altera-se com a transição epidemiológica, isto é, na transição da predominância de doenças infecciosas para degenerativas, e quando os valores da esperança de vida ao nascimento aumentam, o risco de mortalidade do grupo

¹¹ No que diz respeito aos tempos associados à mudança de padrões, o autor considera dois grupos de países que, por um lado, registam momentos de entrada na transição diferenciados e, por outro, apresentam tempos de transição também diferenciados. A pertença a um ou outro grupo é, sobretudo, determinada pelo grau de desenvolvimento dos países. No caso dos países desenvolvidos, cujas referências são, no estudo, Inglaterra e Japão, os momentos de transição situam-se no final das duas Grandes Guerras, sendo que após a I Guerra Mundial se verifica uma diminuição das doenças infecciosas e, no seguimento da II Guerra Mundial, as mortes por doenças cardiovasculares assumem um peso cada vez mais forte (Omran, 2005: 738).

¹² Omran (2005: 754) reconhece que as diferenças existentes entre países justificariam, ainda, a definição de submodelos de transição.

de mulheres referido diminui de forma considerável, registando, inclusivamente, valores inferiores aos dos homens (Omran, 2005: 741-742). Revela-se, assim, um efeito etário e de género na constituição dos padrões de mortalidade, com repercussões na própria estrutura das populações.

Já em contexto de fracos índices de mortalidade, esses novos padrões identificados remetem para a importância dos comportamentos individuais, decorrentes dos estilos e modos de vida, como forma de prevenção das doenças crónicas e degenerativas e também das designadas *doenças de sociedade* (tabagismo, alcoolismo, acidentes de viação,...), como defende a atual corrente da *nova saúde pública*, com o suporte de uma ação interventiva e musculada do Estado.

Esses comportamentos diferenciam-se em função da pertença a grupos sociais distintos, pelo que a justificação do aumento das desigualdades sociais face à saúde e à morte será, assim, em princípio, decorrente do aumento das desigualdades sociais em si mesmas e da combinação complexa das tendências diferentes, senão opostas, que prevalecem nas diferentes categorias sociais.

2.1. Mortalidade diferencial

A influência destes 'novos' fatores de causalidade, as 'causas das causas' de morte, faz emergir as noções de *mortalidade diferencial* e de *mortalidade social*¹³ que se têm acentuado até aos nossos dias (Bandeira, 2004).

Na verdade, as diferenças sociais de mortalidade registam um aumento em todos os países desenvolvidos em que foram medidas (Valkonen, 2002: 366) contrariando o objetivo preconizado em 1985 pelo Gabinete da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Europa, onde se esperava que até ao ano 2000 as desigualdades sociais face à saúde entre e no interior dos países tivesse uma redução na ordem dos 25% ou mais (Valkonen, 2002: 367-368; WHO, 1985a: 41).

A análise da mortalidade diferencial remete para a consideração de subpopulações. O principal critério que, em termos demográficos, se utiliza na definição de subpopulações é a idade. "A idade atravessa todos os grupos, apoia todas as comparações e, por isso, ela extravasa o conceito de mortalidade diferencial" (Bandeira, 2004: 215).

¹³ A noção de *mortalidade social* não é nova, existindo estudos, já no séc. XIX, com análises comparativas da mortalidade entre diferentes bairros de Paris ou em Lyon (a partir de inquéritos de Villermé), na sociedade francesa, ou entre diferentes categorias profissionais e sociais, em Inglaterra (encetados por William Farr) (Bandeira, 2004: 223-224).

Para além da idade, outros critérios revelam como diferentes dimensões do social são passíveis de interferir com a saúde dos indivíduos e de estabelecer padrões na sua mortalidade.

O *sexo* e o *estado civil* remetem para a dimensão demográfica, social e familiar da mortalidade. O *nível de instrução* e a *categoria socioprofissional*, enquanto recursos socialmente construídos que permitem a diferenciação ao nível das perceções, dos comportamentos e das oportunidades, no acesso à saúde, remetem para uma dimensão sociocultural da mortalidade.

O *local de residência*, apontando para a dimensão territorial do fenómeno, remete para mortalidades desiguais, resultantes do cruzamento de fatores como os acima apontados mas também da existência de outros desequilíbrios que ultrapassam o plano individual, como desiguais níveis de desenvolvimento, fatores ambientais, entre outros.

No que diz respeito à variável *sexo*, aliam-se dois aspetos comportamentais que justificam uma reforçada sobre mortalidade masculina: por um lado, a nocividade de certas práticas mais típicas do sexo masculino e, por outro, uma maior apetência para o sexo feminino tirar partido do progresso sanitário.

Com efeito, Vallin (2002: 335-338) alerta para o facto de o extraordinário desenvolvimento da sobre mortalidade masculina decorrer em paralelo com o também extraordinário desenvolvimento do progresso sanitário e social do qual as mulheres tiram melhor partido, nos diferentes campos da sua vida, nomeadamente a nível profissional (com ocupações menos perigosas), e de saúde (o surgimento da especialidade médica de ginecologia e obstetrícia, exclusivamente orientado para o sexo feminino, fomentou um maior recurso das mulheres aos cuidados de saúde).

Ao que se junta, a partir da segunda metade do século XX, a vantagem ao nível da instrução, à qual a população feminina passa a ter acesso, com resultados, em geral, superiores aos do sexo masculino.

A instrução parece ter, na verdade, um efeito positivo nos níveis de mortalidade, desde logo pela visão mais abrangente que os indivíduos mais instruídos podem ter face à saúde e a comportamentos preventivos. Por outro lado, a relação entre mortalidade e nível de instrução remete para um maior acesso à instrução pelos indivíduos “mais capazes fisicamente” e, noutra perspetiva, para uma relação indireta entre instrução e saúde através de variáveis de contexto que condicionem uma e outra (por exemplo, as pessoas de categorias sociais desfavorecidas podem estar mais sujeitas do que as restantes a condições de saúde desfavoráveis e a dificuldades de acesso a níveis de instrução elevados) (Vallin *et al.*, 2002: 277-278).

O critério da estratificação socioeconómica, discriminando positivamente os mais favorecidos, parece, cada vez mais, revelador de diferenças na mortalidade, neutralizando até outros efeitos importantes, com os de género (Silva e Alves, 2003: 27, 47).

Quanto ao estado civil, verifica-se que as diferenças de mortalidade entre estados matrimoniais diferentes tendem a aumentar nos países europeus, sendo atribuível ao casamento um efeito de seleção dos indivíduos em função do seu estado de saúde. Por outro lado, o estatuto matrimonial parece remeter para comportamentos e estilos de vida que “protegem” a saúde dos indivíduos e para uma adoção precoce de comportamentos preventivos de estados de doença. A mudança de estado civil (ou, de forma mais abrangente, de situação conjugal) pode, pelo menos temporariamente, implicar alterações na saúde e, em última análise, nos riscos de mortalidade, penalizando a população viúva e separada (Vallin *et al.*, 2002: 281).

A consideração dos critérios que compõem os grupos sociais definidos para a análise da mortalidade implica, assim, entrar numa esfera não estritamente demográfica mas influenciada por razões de natureza, social, biológica, psicológica ou cultural (Bandeira, 2004: 215-216).

3. RISCO E SAÚDE MATERNA

O cruzamento das variáveis identificadas como determinantes de uma mortalidade diferencial permite chegar a subgrupos populacionais cuja análise, em termos de saúde e mortalidade, é mais fina, e cujos indicadores nos revelam particularidades das sociedades em que se inserem, com implicações na estrutura populacional como um todo e a diferentes níveis.

Isto é, a incidência de uma mortalidade mais ou menos elevada num subgrupo populacional determinado pela conjugação de diferentes variáveis, pode dizer-nos mais sobre o funcionamento do sistema a certos níveis (a montante e a jusante) do que a análise da mortalidade no seu todo, que permite análises mais abrangentes mas menos finas¹⁴.

Para além disso, se o risco, na saúde e na mortalidade é variável em função da pertença a determinado grupo (para além de variar no tempo e no espaço) quanto mais fina for a delimitação desse grupo, melhor pode resultar a análise das suas condições de saúde e da sua exposição a certos riscos, assim como o apuramento das respetivas causas e a identificação de eventuais perfis que introduzam novos critérios de diferenciação do grupo.

Ora, em termos naturais e biológicos, e considerando as variáveis clássicas da demografia, na constituição de subgrupos populacionais – a idade e o sexo – a mortalidade tende a afetar, de forma mais incisiva, os grupos etários extremos (mas, sobretudo, a população idosa) e ainda a população masculina (Vallin, 2002).

A superioridade feminina – que não é, obviamente, linear e que começa a atenuar-se – em tirar partido dos progressos sanitários é reveladora da diferença na gestão da saúde individual, entre sexos, ancorando-se, tradicionalmente, em duas dimensões, uma mais natural e outra social.

Em termos naturais, considerando a evolução da função reprodutora da mulher, a uma menor sobrecarga física decorrente do controlo dos nascimentos juntou-se um maior acompanhamento da saúde reprodutiva das mulheres, pela medicina, com o surgimento da especialidade ginecológica e obstétrica, visando gerir os riscos associados a esta fase da vida.

Em termos sociais, verifica-se a cultura da feminilidade, que se materializa nos cuidados com a beleza e o corpo e a procura de uma condição saudável pelo máximo tempo

¹⁴ Por isso mesmo, em Demografia, existem as chamadas medidas específicas, que trabalham com dados relativos a frações da população (determinadas, por exemplo, pelo sexo e pela idade) que, por sua vez, permitem calcular os indicadores mais finos e ricos associados a um fenómeno. No caso da mortalidade, são os quocientes (que podem ser calculados de forma direta ou indireta, a partir de taxas específicas) que medem o *risco* de mortalidade entre idades, permitindo, através da construção de tábuas, o cálculo da esperança de vida no nascimento (ou em qualquer idade) (Bandeira, 2004: 132-133, 150-158, 211-215).

possível, coexistindo com a tradicional imagem de virilidade masculina, associada à exposição do corpo a situações de prova e risco (Vallin, 2002: 338).

Esta diferenciação de género, na saúde e mortalidade, que se altera ao longo do tempo, remete para a questão etária, na medida em que os progressos sanitários, a transição epidemiológica e a adoção de novos comportamentos, na área da saúde, revolucionaram as idades da morte. O que tem influência no indicador mais fino da mortalidade (a esperança de vida no nascimento) mas é merecedor de uma análise específica da mortalidade em grupos etários onde as condições de saúde e, por aí, da mortalidade, sofreram (ou ganharam) as maiores mudanças.

Estas mudanças, que foram mais rápidas nas mulheres do que nos homens – porque as políticas de saúde se direccionaram mais para o feminino, pela sua especificidade biológica face à procriação e respetivo risco, e porque as mulheres também responderam mais cedo ao apelo no sentido da adoção de novos comportamentos – foram tendo implicações quer na vivência da sua vida reprodutiva quer na incidência da morbilidade e mortalidade associada a esta fase da vida.

Criaram-se, assim, condições para que o risco, na saúde, associado à idade fértil ganhasse uma nova condição, uma nova perceção e fosse sujeito a uma nova gestão. Esse risco manifesta-se cada vez menos na mortalidade feminina mas a mortalidade e a morbilidade, mesmo se nos centrarmos apenas no caso feminino, podem revelar comportamentos diferenciados.

Com efeito, o antagonismo de género na gestão da saúde que se associa a uma sobre mortalidade masculina, reflete-se, também, numa maior morbilidade declarada por parte das mulheres, associada a “mais sintomas, maior uso dos serviços de saúde e maior consumo de medicamentos” (Silva e Alves, 2003: 12). Parecendo paradoxal, este facto revela, antes, uma questão central para o nosso trabalho: a mortalidade e a morbilidade não andam necessariamente a par e uma será cada vez menos o efeito imediato da outra.

No caso feminino, a maior morbilidade declarada poderá advir de uma maior auto perceção subjetiva do estado de saúde, revelando uma diferenciação de género na consciência e vivência do corpo (concretizando-se em maior atenção e prevenção de situações de morbilidade, autoavaliações negativas do estado de saúde¹⁵ e o recurso a um maior número de consultas) (Silva e Alves, 2003: 144, 146, 148) e estando associada a uma “socialização específica das mulheres para a médico-dependência relacionada com a medicalização da função reprodutiva feminina no último século” (Silva e Alves, 2003: 13).

Ora, o risco relativo à saúde reprodutiva, ao longo da vida fértil de uma mulher, pode materializar-se de diferentes formas (cancro do útero, por exemplo). Aquele que aqui

¹⁵ Segundo dados de 1996 do Eurobarómetro (Silva e Alves, 2003: 146).

ganhará destaque é o risco associado às condições da gravidez e do parto, condições que, à partida, e paradoxalmente, não remetem para uma situação de patologia ou doença mas que, historicamente, se mostraram determinantes na saúde e mortalidade femininas¹⁶, concorrendo para muitas mortes em idades 'atípicas', porque precoces, e com implicações dramáticas na vida familiar e social em que as mulheres se inseriam¹⁷.

Essas razões justificariam por si só o estudo da saúde materna, que consideramos a saúde das mulheres relacionada com a gravidez e o parto, e dos indicadores que, de alguma forma, a monitorizam. Mas a importância de estudarmos um tema como este liga-se também à particularidade referida de a condição de gravidez e o acontecimento do parto não serem situações de doença e por isso mesmo constituírem um bom objeto na análise dos comportamentos de sociedades onde o risco é fortemente valorizado ou até instrumentalizado e, por aí, muito controlado.

O que nem sempre é compatível com o anúncio da corrente de saúde pública que faz apelo à responsabilização individual na gestão de comportamentos com impacto na saúde (nomeadamente, os chamados comportamentos de risco).

De facto, o estudo da noção de risco associada à saúde materna e suas implicações pode funcionar como um exercício de perceção sobre a gestão do risco nas sociedades atuais, porque este é um risco que interfere com um dos maiores valores das sociedades atuais, a vida humana, que é suportada pelos nascimentos e pela fecundidade. Esse valor reforça-se e justifica-se, ainda mais no contexto atual, se se considerarem os reduzidos níveis de fecundidade e o atual valor da criança e dos filhos, em termos familiares, mas também sociais e económicos (Mendes, 1987; Bandeira, 1996; Almeida, 1995, 2004; Cunha, 2005).

Nessa medida, um acontecimento à partida pessoal e familiar, que é o nascimento de um filho, implicando um valor tão grande como a garantia da reprodução e sobrevivência das populações, nomeadamente em contextos de baixos níveis de fecundidade, ganha um carácter cada vez mais social: não se perde a dimensão individual/pessoal e familiar, mas as dimensões institucional e política fazem-se cada vez mais presentes, legitimando a que se articula com a dimensão individual, a técnico-científica.

¹⁶ Como já se referiu, a Teoria da Transição Epidemiológica identifica como principais causas de morte nas mulheres, na época de pré-transição, as complicações decorrentes da gravidez e do parto, tornando o grupo feminino em idade fértil um dos mais vulneráveis à mortalidade.

¹⁷ Algumas dessas implicações foram inventariadas por Fortney e remetem, por exemplo, para um maior número de óbitos infantis nos casos de óbito materno, para o facto de grande parte das crianças de rua serem órfãs de mãe e para a associação entre a mortalidade materna e um abandono escolar precoce dos respetivos filhos (Fortney, 2002).

Assim, a componente médica da gestão do risco é legitimada pelas competências técnico-científicas dos profissionais de saúde que detêm essas competências e pelo reconhecimento político-institucional.

Esse reconhecimento passou, por exemplo, pela criação da especialidade médica da obstetrícia, no século XX (Vallin, 2002), e pela transferência do nascimento, em algumas décadas, de um contexto privado e doméstico para um para um contexto público, institucionalizado e medicalizado (Loudon, 1992; McLaren, 1990).

Ora, analisando a atual universalização dessa transferência à luz da emergência da corrente da nova saúde pública, diríamos que, nesta valência da saúde, a ideia da responsabilização individual sobre a saúde do próprio corpo, hasteada por esta nova filosofia na saúde, não implica necessariamente uma filosofia biopolítica, no sentido da entrega do poder sobre o corpo ao indivíduo, podendo ver-se antes reforçada pela necessidade do controlo médico e especializado dos respetivos riscos.

Os indicadores dos fenómenos associados à saúde materna dão suporte a essa necessidade. Com efeito, se considerarmos a quantificação do risco (máximo) na saúde materna a partir das taxas de mortalidade materna, como faremos num capítulo posterior, verificamos como, em menos de um século, a mortalidade materna, no contexto ocidental, quase desapareceu.

O que coincide e é tributário da transferência da assistência ao nascimento para o contexto institucionalizado e hospitalar que referíamos em cima. Mas coincide também com outras profundas alterações e dinâmicas sociais, familiares, culturais que, obviamente, pesarão na evolução dos indicadores que medem o *risco* associado ao processo de nascimento de um filho e em mudanças na manifestação desse risco.

Todas estas transformações pesam na evolução da perceção social do risco que, no seguimento da evolução da própria noção de risco em saúde, remete para uma valorização dos perigos inerentes à condição de grávida e à possibilidade de intervenção no controlo dos riscos, garantida pela especialidade médica dirigida à saúde reprodutiva das mulheres. São essas transformações que procuraremos caracterizar de seguida.

4. A EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

Uma breve pesquisa na internet em busca da definição do termo *gravidez* não remete, à partida, para o seu lado fisiológico, mas antes revela estados emocionais ligados ao fenómeno, implicações da sua prevalência em determinados grupos etários, assim como diretivas de instituições de saúde, a propósito da saúde reprodutiva das mulheres. O que é revelador de como a gravidez remete para uma condição especial, em termos fisiológicos mas, cada vez mais, sociais.

A própria fisiologia do nascimento humano lhe confere contornos particulares face ao de outras espécies, remetendo para uma dimensão social, no sentido da importância da assistência. Começemos por aí.

4.1. A fisiologia do nascimento humano

A espécie humana, na sua evolução, foi experimentando diferentes desafios e processos de adaptação que lhe permitiram assegurar a sua sobrevivência e capacidade de reprodução. Nesse processo, duas grandes mudanças foram determinantes na forma como evoluiu o nascimento humano.

Por um lado, o surgimento da bipedalidade e da utilização dos membros superiores como ferramenta sofisticada, provocaram fortes alterações anatómicas ao corpo humano. Por outro, a crescente especialização cerebral levou ao aumento da massa encefálica e ao aumento do volume craniano, criando uma desproporção cefálico-pélvica (desajuste entre os diâmetros da cabeça fetal e a ossatura pélvica materna) (Jones, 2010: 2-3).

Estas duas novas características combinadas tornaram-se determinantes na evolução do processo de parto (Jones, 2004: 239). De facto, “o acréscimo importante de massa encefálica no género *homo*, ocorrido nos últimos dois milhões de anos, acrescido da bipedalidade” (Jones, 2004: 239) agravou os desafios: a uma pelve estreita e com um trajeto sinuoso acrescentou-se um recém-nascido com um volume craniano demasiado grande.¹⁸

Ora, a garantia da nossa sobrevivência enquanto espécie, considerando estes desafios, implicou uma nova adaptação no processo de nascimento, através do fenómeno de *fetação*, que consiste na expulsão prematura do feto do útero materno, isto é, antes do

¹⁸ Com efeito, “se antes poderíamos supor que os partos eram fáceis, como os experimentados pelos pongídeos (gorilas, chimpanzés, gibões e orangotangos), a partir da nossa transformação postural eles passaram a ser muito mais complexos, demorados e difíceis” (Jones, 2010: 2). Ricardo Jones afirma mesmo que “provavelmente os sentimentos de apreensão experimentados por qualquer mulher que enfrenta uma gestação são decorrentes das marcas na ‘memória celular feminina’. Tais temores são de um tempo onde as possibilidades de sofrimento e morte por desproporção não eram incomuns e as consequências eram dramáticas” (Jones, 2010: 3).

final do desenvolvimento neuro-sensorial, implicando a maturação fetal após o nascimento, designada de *extergestação* (Jones, 2010: 3).

Este 'novo' fenómeno originou um outro, o de *altricidade*, que reflete a extrema dependência dos recém-nascidos face aos cuidados parentais e que, em termos antropológicos, é definido como tendo criado "as estruturas fundamentais do funcionamento social e psicológico, com a produção de elementos tão básicos para descrever a humanidade, como a família e o complexo de Édipo" (Jones, 2010: 4).

É nesse contexto que se dá o controlo dos processos reprodutivos, numa lógica patriarcal, com papéis de género bem demarcados e diferenciados, em termos comunitários, e onde a segurança feminina e das respetivas crias se fazia à custa da perda de autonomia (Jones, 2010: 5).

E é também nesse contexto de organização social e comunitária que a assistência ao nascimento, determinada pelas características anatómicas e fisiológicas da mulher e pelas características e necessidades do recém-nascido, ganha contornos bem estabelecidos, que se mantiveram até muito recentemente, e que passam por uma assistência assegurada entre mulheres, num universo exclusivamente feminino.

4.2. As parteiras e as doulas

De facto, quando, por razões de ordem natural, a necessidade de assistência ao nascimento humano se tornou fundamental, esta foi assegurada na esfera do universo feminino. Assim, se, por um lado, a cultura se assumiu, de uma forma geral, como patriarcal, e, por aí,

as regras que estruturam uma sociedade são masculinas (...), quem exerce diretamente essa atividade são as mulheres (...) já que o seu lugar na sociedade, o lugar que lhes é dado, é o de dentro dos corpos, dos quartos, das casas, em lugares de morte e vida a que os homens não assistem. São os homens que formulam / dão forma às leis que regem uma sociedade, eles são os «dizedores» de cultura, mas quem as exerce, as trabalha (imprime) nos corpos são as mulheres, nessa atividade a que chamam natureza (Joaquim, 1983: 33).

O lugar de nascer era o lugar da mulher: em casa. Lugar da sua função conjugal e materna, reproduzindo práticas e doutrinas ancestralmente estabelecidas. O nascimento, enquanto acontecimento social, era, também, carregado de rituais e superstições, naquilo que simboliza e concretiza a capacidade de uma população se reproduzir, como um todo, e garantir a sua sobrevivência (Joaquim, 1983; Laget, 1982: 322).

A presença no nascimento, tradicionalmente feminina, permitiu às mulheres um conhecimento profundo do corpo e, sobretudo, a noção de que nele tudo se pode 'imprimir', alterar e descontrolar, para lá das regras, tornando cada corpo individual e diferenciado de qualquer outro (Joaquim, 1983: 34).

Essa noção da especificidade dos corpos liga-se a uma visão intuitiva atribuída ao universo feminino que, entendendo cada corpo como único, também encara cada nova experiência de nascimento como única, diferenciada e individual, ainda que inserida num contexto socialmente determinado.

É nessa perspectiva que surgem as figuras de parteira¹⁹ e de doula²⁰, mulheres que, tradicionalmente, se ocupavam de outras mulheres durante a sua gestação, parto e pós-parto. Apesar dos papéis diferenciados, nas funções de ambas se ultrapassam as competências da esfera fisiológica, alcançando, também, as de natureza emocional, familiar, social e cultural no acompanhamento da mulher grávida.

Esse é um tempo e o espaço da *obstetrícia feminina*. É, sobretudo, o tempo da não interferência médica num processo encarado como fisiológico e natural, apesar do contexto sociocultural envolvente.

Das parteiras, mulheres vizinhas, próximas na comunidade, mães, por vezes viúvas, esperava-se mais do que uma assistência²¹ ao momento isolado do parto.

O sangue frio necessário para não se enternecerem com os gritos da parturiente, o jeito maternal para consolar e dar ânimo, a prática culinária dos caldos de unto, o conhecimento de rezas próprias para 'aliviar' ou 'livrar', a sabedoria das virtudes dos santos milagreiros e de mezinhas e, ainda, o à-vontade com que explicam ou discutem as dificultosas obras da natureza, conferem-lhe o título (Coelho, cit. por Joaquim, 1983: 82).

Aquela figura feminina pertencia, normalmente, à comunidade da gestante pelo que a sua integração no contexto sociofamiliar desta acontecia de forma “natural” e era nesse contexto que ocorria o nascimento. E o nascimento confundia-se, nas suas práticas, com os rituais, símbolos e rotinas da casa.

Joaquim (1983: 88) mostra, por exemplo, a associação entre o forno e o ventre materno, entre o nascimento de uma criança e o cozimento do pão, desejando-se que as

¹⁹ O termo grego para designar parteira é ‘maia’ que significa, primitivamente, avó, aquela que já foi mãe duas vezes. Essa noção remete para a importância da experiência das mulheres, como mães, e da estabilidade do seu corpo marcada pelo fim do seu ciclo biológico. “Por isso, não podem ser parteiras nem as mulheres solteiras, nem as mulheres estéréis, essas não «sabem», os seus corpos nunca passaram por esses acontecimentos, nunca foram *marcados* por eles, aí se faz também a partilha entre o trabalho dos corpos e das almas, ser parteira é um trabalho de corpos, de natureza” (Joaquim, 1983: 83).

²⁰ Doula é uma palavra grega, que designa mulheres capacitadas que prestam “apoio continuado a outras mulheres, (e aos seus companheiros e/ou outros familiares) proporcionando[-lhes] conforto físico, apoio emocional e suporte cognitivo antes, durante e após o nascimento de seus filhos” (Wikipédia, 2010: doula).

²¹ Falamos aqui de uma assistência direta que, por si só, já revela os contornos sociais do nascimento e o controlo social destes acontecimentos. Mas poderíamos falar do especto social mais abrangente deste controlo e acompanhamento com ilustrações do que tradicionalmente se fazia no desenrolar de um parto. Como, em algumas comunidades, o hábito de se tocar o sino da Igreja três ou nove vezes (números ímpares, com carácter místico), para que todas as mulheres participassem desse acontecimento social, através de orações (Joaquim, 1983: 74).

crianças nascidas junto do forno saíssem quentes (com vida) do ventre de suas mães, como sai o pão do forno, quando acabado de cozer.²²

O ambiente familiar em que ocorria o nascimento marcava também os procedimentos e os materiais utilizados. As parteiras socorriam-se de instrumentos e alimentos que estavam ao alcance de todos nas rotinas familiares (chás, mezinhas, caldos, vinho) para auxiliar no parto.

Na sua experiência, valorizava-se o facto de ser mãe, de ter uma certa idade e, normalmente, de já ter completado o seu ciclo fértil biológico (por já ter atingido a menopausa), o que lhe conferia a estabilidade emocional necessária para gerir a agitação, o imprevisto, os excessos da parturiente, em cada parto, com as suas especificidades.

A sua importância revelava-se, também, na associação do nascimento à morte, à proximidade da morte (Joaquim, 1983: 68), a lembrar o ciclo da vida, onde os extremos se tocam: a vida e a morte. Não só pelo risco deste acontecimento para a saúde, mas por representar o renascimento da mãe, como uma nova mulher, por altura do nascimento de um filho. São mudanças profundas que atravessam a mulher, a família, a comunidade.

Mas, sobretudo, o momento do parto não poderia ser deixado ao acaso.

Tudo o que envolve a gravidez e, sobretudo, o parto, como momento culminante desse período, é extremamente ritualizado porque daí depende a reprodução de uma sociedade, a sua existência ou a sua extinção. A dor pode ser considerada também como um ritual, como um *signal* daquela passagem em que se deita um outro ser vivo ao mundo, que a ele vai pertencer, por isso, a maneira de viver esse momento – o do parto – depende de cada sociedade (Joaquim, 1983: 69).

Dessa forma, nos nascimentos assistidos por parteiras há uma comunicação que permite a compreensão e a gestão da dor, dos gritos, da emoção, do inesperado, da presença de pessoas próximas que, aquando da entrada dos médicos no cenário do nascimento, deixou de ser tolerada²³ (Joaquim, 1983: 83-84).

Mas a figura da parteira não é una e linear, sobretudo se a perspetivarmos no tempo. Carneiro, que se debruça sobre a evolução do papel das parteiras em Portugal²⁴, introduz a noção de “parteiras” e não a de “parteira” remetendo para a “pluralidade de situações e de

²² A autora refere-se, também, ao simbolismo associado aos nados-mortos que, colocados junto ao forno, terão a luz que não chegaram a ter (“nascer é vir à luz e ver”) podendo aí renascer, no sentido de que se o feto “não «chegou a seu termo», à vida, colocá-lo junto do forno é uma maneira de acabar o seu cozimento, para que ele viva” (Joaquim, 1983: 88).

²³ Para a classe médica, o descontrolo é visto como ignorância, como algo excessivo, que deve ser combatido com intervenção baseada no *rigor técnico* (Joaquim, 1983: 83-84).

²⁴ No seu trabalho, Marinha Carneiro, cobre a evolução das práticas obstétricas no nosso país, desde o século XV até à segunda metade do século XX (Carneiro, 2008). Também Maria Renilda Barreto (2005; 2007), que trabalhou sobre a medicina luso-brasileira, deu um forte contributo para o conhecimento sobre a assistência ao nascimento, nomeadamente, através da análise dos manuais de obstetrícia usados em Portugal. Outras referências revelam estudos internacionais sobre o papel histórico das parteiras no processo de nascimento (cf., entre outros, *Revista de Estudos Femininos*, vol.10, n.º2).

tipos de protagonistas institucionais que surgem, nomeadamente, na sequência de diferentes modelos de formação que lhes subjazem e que, frequentemente, coexistem” (Carneiro, 2008: 25).

Nessa pluralidade de modelos encontra-se como fator de clivagem a valorização da experiência ou da formação como requisito de reconhecimento das funções de parteira. Assim, recuando à Idade Média, é definida a atuação da parteira a partir do “primado da experiência” (Carneiro, 2008: 21). A presença das parteiras no nascimento, reproduzindo práticas ancestrais, fundamentais e vitais para as comunidades onde se inseriam, acompanhou um longo período da história do Ocidente, sem qualquer controlo formal (Laget, 1982: 202).

Dessa forma, o reconhecimento social das funções da parteira acontecia, como a sua atuação, de forma natural e informal. Como símbolo desse reconhecimento, não raras vezes, era a parteira que entrava com a criança na igreja, por altura do seu batismo (Joaquim, 1983: 84).

Foi justamente, a Igreja que, em primeira instância, e já no final do século XVII, reconheceu a importância do trabalho da parteira, passando a exercer um controlo sobre as suas práticas²⁵. Nesse sentido, o momento do batismo atestava uma aceitação não só comunitária mas também clerical das funções desempenhadas por aquelas mulheres, o que tinha um peso simbólico muito forte, em termos sociais (Laget, 1982: 202).

Os Estados populacionistas do século XVIII seguiram, também, esse caminho. A lógica populacionista definia as parteiras como disponíveis, virtuosas, devendo repudiar e reprimir todas as tentativas de aborto, encaminhar com humildade os casos mais difíceis para os cirurgiões, assim como aderir à formação disponibilizada por estes (Laget, 1982: 204-205).

Em ambiente urbano começou mais cedo a valorização da formação, formalmente legitimada a partir do momento em passou a requerer-se obtenção de licença e estatuto de “parteira examinada”. Essa formação consistia numa aprendizagem do ofício junto de outras profissionais, reconhecidas institucionalmente, sendo o saber adquirido posto à prova antes da obtenção de licença que tinha, também, um custo monetário.

Essas mudanças implicaram um decréscimo claro do número de parteiras declaradas, sobretudo nos contextos rurais e mais desfavorecidos, onde muitas não recebiam qualquer contrapartida pelo seu trabalho (Carneiro, 2008: 21; Laget, 1982: 202-203, 205).

²⁵ Procurando, inclusivamente, precaver práticas de bruxaria, imputadas ao ambiente tão exclusivamente feminino, fechado, mágico, cheio de rituais, que se criava no momento do nascimento. A esse propósito, Laget dá conta de um texto muito normativo preparado por um pároco para ser lido pelas parteiras, comprometendo-se com o exercício de ‘boas práticas’ (Laget, 1982: 203-204).

A valorização do saber-fazer da parteira implícita à formação exigida, desde o século XVII, perdeu valor face a um saber-saber detido não só por parteiras com formação mas também por uma nova figura da assistência ao nascimento, a do cirurgião-parteiro (Laget, 1982).

Um exame para parteiras diante do cirurgião-mor ter-se-á tornado também obrigatório a partir de 12 de Dez. de 1631, começando por aplicar-se, sobretudo, às parteiras da cidade (Joaquim, 1983: 84-85).

Laget, para o caso francês, refere que o protagonismo dos cirurgiões parteiros se afirmou na década de 1780 (Laget, 1982: 202). A descoincidência de datas pode significar para o caso português, um aperto no controlo das funções das parteiras mas não a sua perda de protagonismo, sobretudo em meios rurais.

Para além disso, nessa época, finais do século XVII, os procedimentos de médicos e cirurgiões não diferiam muito dos das parteiras (Laget, 1982: 324).

Desde o surgimento dos cirurgiões-parteiros, a sobreposição e transferência de competências e de legitimidade no exercício da profissão de parteira e cirurgião foi acontecendo muito por força da divulgação de manuais de obstetrícia, alguns dos quais traduzidos para português a partir das versões originais em francês ou alemão (Barreto, 2007).

Nesses manuais, elaborados por médicos e cirurgiões²⁶, procurava-se uma auto legitimação da profissão dos cirurgiões-parteiros, sendo corrente o discurso pejorativo sobre as parteiras, desqualificando o seu saber e a sua atividade, que se dizia ser apoiada em ‘crendices’.

A adjetivação das parteiras – definidas como ignorantes, imorais, incapazes, violentas, más, perigosas – assim elaborada e depois reproduzida quer pela Igreja, quer pelos homens de poder, opunha-se à ideia do conhecimento e do progresso. E terá contribuído para a definição de uma clara dicotomia entre a figura das parteiras e dos cirurgiões, bem como condicionado o panorama da assistência ao nascimento no contexto ocidental, a partir do fim do século XVIII (Laget, 1982: 207).

O conteúdo dos manuais baseava-se, sobretudo, no conhecimento da anatomia feminina e na fisiologia do parto (mas também nos diferentes aspetos da vida reprodutiva da mulher, como as questões associadas à menstruação), com recurso a imagens, atribuindo, em definitivo, a este acontecimento, uma conotação fisiopatológica.

²⁶ A distinção entre médicos e cirurgiões revela também uma hierarquização de funções que coloca estes últimos no patamar imediatamente mais próximo do das parteiras, no que diz respeito à assistência ao parto e coloca os médicos muito distantes de uma assistência direta, pelo menos numa fase inicial. De facto, aludindo à prática médica do século XVIII, Jean-Charles Sournia refere que “O médico não toca com a sua mão no corpo doente; qualquer gesto deste tipo, considerado vulgar, pertence apenas ao cirurgião que, etimologicamente, trabalha com as mãos” (Sournia, 1992: 209).

Em Portugal, inicialmente em Lisboa e com esse suporte, foi-se substituindo, desde o início do séc. XIX, o trabalho das parteiras pelo dos cirurgiões (muitos deles habilitados para o ofício em Inglaterra e na Dinamarca) (Barreto, 2007: 218-219).

Definem-se, na maioria dessas obras, de forma mais ou menos direta, perfis diferenciados da parteira e do cirurgião, apelando, para estes, à necessidade de um conhecimento aprofundado da anatomia feminina mas, também, de práticas cirúrgicas, de técnicas, instrumentos e remédios adequados a diferentes situações e que viabilizem a utilização de certos instrumentos como o fórceps. O perfil das parteiras é definido ao nível técnico mas, sobretudo, ao nível cognitivo e moral (Barreto, 2007: 218-225).

Essa diferença de perfis operacionaliza-se numa clara divisão do trabalho, remetendo as parteiras para o que se pode designar de trabalho de primeira linha, de assistência a partos sem complicações, e para os cirurgiões-parteiros os partos considerados complicados, nomeadamente, aqueles em que era necessário o recurso a instrumentos que as parteiras não manuseavam (Barreto, 2007).

Entra-se, aqui no tradicional confronto de representações entre as figuras masculina e feminina que opõe uma figura cujo papel se espera que seja, sobretudo, de passividade, inatividade e, aparentemente, de pouca relevância, a uma figura de ação e autoridade (autoritarismo, até), reforçando-se a divisão social e sexual do trabalho, através da desvalorização do papel e do trabalho das parteiras e da naturalização e legitimação de uma nova forma de fazer nascer. Mais medicalizada e intervencionada.

Mas entra-se, também, no que Ana Nunes de Almeida (1986: 517) refere como a prática, que contradiz a representação, o fazer *versus* o dizer, isto é, entra-se na perceção de uma “hierarquia entre os sexos bem mais incerta e maleável”, em que, na verdade, os homens se situam mais do lado do «dizer» e as mulheres do lado do «fazer».

No fundo, o discurso popular encerraria a mulher em categorias inferiores para ocultar ou libertar-se da sua real superioridade, pois (...) o seu corpo guarda o segredo máximo, que é o da criação. Como se, na sociedade, as regras masculinas que a estruturam fossem discreta, mas fortemente desobedecidas pelas mulheres no seu trabalho direto sobre os corpos e sobre as coisas (Almeida, 1986: 519).

Passividade significa, nesta perspetiva, no trabalho da parteira, o exercício da capacidade de conhecer e respeitar o ritmo do corpo das mulheres que acompanha, carregado de sentimentos, de emoções, de histórias individuais que o particularizam em relação a todos os outros. De fazer tudo, parecendo nada fazer.

Às parteiras é atribuída a capacidade de respeitar a individualidade dos corpos femininos e a singularidade e o momento único e poderoso de cada parto, os médicos parecem anular essa individualidade e toda a singularidade do acontecimento²⁷.

O que o saber médico, científico, não pode perceber é a *função* que do ponto de vista individual, social, essas mulheres tinham – elas rodeavam, permitiam o grito das mulheres como uma das maneiras da mulher poder «viajar» no seu imaginário, nesse corpo-a-corpo, como momento de renascimento que é para a mulher deitar ao mundo, dar à luz: «Ao mesmo tempo que ele estabelece o seu poder, o médico estabelece a distância entre ele e a mulher. O saber médico do séc. XVIII não pode tomar em conta a angústia feminina, o desejo, as obsessões e os delírios que as parteiras – matronas – sabiam pacientemente despistar e tecer nas suas mãos de partilha» (Joaquim, 1983: 84).

A afirmação do cirurgião foi, sobretudo, conseguida, ao longo do século XVIII, quando se dirigiu a um público abastado, urbano, definindo um modelo de assistência socialmente segregado, entre contextos urbano e rural, socialmente favorecido e desfavorecido (Laget, 1982: 211-212).

Fascinados pelas invenções que podiam transformar a prática do nascimento, suportados pelas formações que, em França, tiveram início na década de 1730 (no Colégio de Cirurgia de Montpellier, nomeadamente) e pela partilha de práticas e decisões clínicas, os cirurgiões tiveram, a partir dessa altura, uma ascensão profissional e social que transformou a obstetria já não numa ‘prática empírica’ mas numa ‘ciência aplicada’ (Laget, 1982: 212-213).

Com ascensão perderam-se vidas e comprometeu-se a saúde de muitas mulheres e crianças assistidas por estes profissionais, pela forma precipitada, impaciente e experimental com que aplicaram os procedimentos e instrumentos mais inovadores (Laget, 1982: 212-213).

De facto, os resultados da intervenção dos cirurgiões, apesar de dificilmente mensuráveis (porque os registos da sua atividade eram diminutos, feitos pelos próprios e, em muitos casos, enganosos), seriam, pelo menos numa primeira fase, francamente maus. Para o que contribuía o facto de intervirem, essencialmente, nas situações mais difíceis, muitas vezes sendo chamados tarde de mais, mas também por não terem “a prática, a habilidade, a intuição e a presença das parteiras” (Laget, 1982: 210).

²⁷ A rigidez com que os partos são encarados pelos médicos atesta-se por aspetos práticos relacionados com o parto, como seja, por exemplo, a posição da parturiente. Se tradicionalmente, a mulher devia procurar a posição mais confortável para parir (de pé, de cócoras, sentada, deitada), sendo a cama pouco recomendada (“*na cama é para os fazer: no chão é para os ter*”), a partir dos finais do séc. XIX, a posição definida pela classe médica passa a ser, por regra, a do decúbito (deitada na cama de barriga para cima), mantendo-se essa prática até hoje (Joaquim, 1983: 87).

4.3. O fim da função da parteira?

Tradicionalmente, o trabalho das parteiras distinguia-se do das aparadeiras, ocupando-se estas das situações de abortos (provocados e espontâneos) e de partos de nados-mortos, enquanto as parteiras se ocupavam dos partos que se esperavam bem-sucedidos.

A aparadeira era remetida para um papel que se atribuía ao domínio da esterilidade, do desconhecido, do impuro, ficando para a parteira as tarefas que pertencem ao domínio oposto, da vida, da pureza, da fecundidade e fertilidade, não podendo estas dimensões e estes papéis tocar-se, para não misturar morte com vida. Essa distância criava um fosso na valorização social do papel destas duas figuras de uma mesma comunidade (Joaquim, 1983:40-44).

E essa distinção, na verdade, encontra paralelo com a que se estabelece, posteriormente, entre as parteiras e os cirurgiões-parteiros. Assim, se à aparadeira é dado um papel obscuro e desvalorizado socialmente, também as parteiras, mais tarde, face ao cirurgião, perdem valor e estatuto, sendo remetidas para uma dimensão menos relevante.

É curiosa a constatação da redefinição dos lugares e papéis sociais das parteiras, no plano da assistência ao nascimento, tornando-se menor (como antes fora o das aparadeiras) com o aparecimento do cirurgião-parteiro, associado ao desenvolvimento da medicina.

O que significa que, em termos de reconhecimento social, em ambas as circunstâncias, quanto mais próximo da natureza e do reconhecimento do corpo da mulher como único e carregado de sentimento é o trabalho desempenhado, mais desvalorizado é esse trabalho, na medida em que os corpos se querem sociais e não naturais.

Para além disso, subjaz aqui uma questão de género. Os exemplos francês e alemão, bem documentados, revelam como a questão da afirmação de género no que ao nascimento diz respeito ganha novos contornos com a medicalização da maternidade (no sentido mais abrangente do termo, em termos cronológicos, isto é, desde a concepção ao desmame) e vem alterar, de forma radical, práticas milenares de assistência às grávidas e parturientes (Thébaud, 2002).

Em França, no final do século XVIII, “a rede de cirurgiões e de parteiras por eles formadas era [já] consideravelmente densa” (Laget, 1982: 227). Esse fim de século funcionou, justamente, como um marco para o início da libertação do carácter oculto que era atribuído aos partos e nascimentos nas sociedades cristãs ocidentais (Laget, 1982: 227).

As melhorias nas condições de vida, de higiene, de trabalho e alimentação da população urbana, o número mais reduzido de filhos traduzem-se em mais e melhor saúde para as mulheres e para as condições do nascimento dos seus filhos, sendo também esta

uma fase em que muitas podem já pagar a um cirurgião, procurando uma assistência entendida como ‘segura’ que substitui a ‘tradição’ das parteiras.

As próprias características das novas gerações de parteiras, agora com competências mais alinhadas com as dos cirurgiões (algumas até preparadas para fazer face aos casos difíceis), lhes conferem uma imagem menos nítida e definida, comprometendo a sua aceitação social.

De facto, não tendo, por um lado, a aura do poder ancestral, adquirido pela experiência, nem requisitos fundamentais para a sua inserção em meio rural como a pertença à comunidade ou a aprendizagem com outras parteiras, nem tendo a mesma notoriedade social dos cirurgiões, cada vez mais aceites em contexto urbano favorecido, a categoria das parteiras começa a perder lugar para uma classe cada vez mais emergente dos cirurgiões da obstetrícia que vai fazendo progressos, contrariando cada vez mais a ideia do fatalismo associado ao parto (Laget, 1982: 226-227).

A obstetrícia moderna e respetivos manuais, sob a cortina da formação e instrução dirigida às parteiras, foi reforçando o seu papel de supremacia no conhecimento e capacidade de atuação face à saúde reprodutiva da mulher e a todo o processo de nascimento, culminando no parto (com apresentação de tipologias de partos, indicações específicas sobre o que as parteiras deviam e não deviam fazer²⁸,...).

Para além disso, a contextualização da formação das parteiras em ambiente hospitalar (onde cada vez mais passaram a ocorrer, em simultâneo, como noutras especialidades, o ensino, a investigação e a prática da ciência obstétrica²⁹) foi legitimando a medicalização e institucionalização do parto e a mudança definitiva dos cenários do nascimento.

Assim, segundo Carneiro, o “primado da escolarização”, que se sobrepôs ao “primado da experiência” surge a partir do séc. XIX e estende-se até aos nossos dias, consistindo numa formação escolar das parteiras, nomeadamente, em contexto hospitalar. Este modelo assumiu diferentes formas ao longo do tempo.

Desde 1836 existiram “cursos de partos”, formando “parteiras diplomadas”, que eram lecionados em Lisboa, Porto e Coimbra nas respetivas Escolas Médico-Cirúrgicas ou Faculdades de Medicina³⁰.

²⁸ Um manual francês, do médico Joseph Raulin, apresentava indicações específicas para as parteiras, separando e definindo limites entre a sua atuação e a dos médicos e cirurgiões. Para além disso, apresentava uma classificação de partos, apresentando três tipos de partos (natural, difícil e trabalhoso), com indicações claras sobre o que fazer em cada um dos casos (Barreto, 2007:225).

²⁹ Na Alemanha, por exemplo, o parto hospitalar aumentou consideravelmente logo no início do séc. XIX (décadas 20 e 30) (Barreto, 2007: 228).

³⁰ Em França, o início de um ensino formalizado e reconhecido pelo governo remontará à década de 1760 (Laget, 1982: 217)

Já no séc. XX, a partir de 1919, surge a figura da “enfermeira-parteira”, assimilando a atividade da parteira a uma especialização da área de enfermagem, sendo estabelecido como pré-requisito para o curso de parteira, o de enfermagem.

Nas décadas de 1940/50, no âmbito de uma política de criação de redes de serviços de apoio à saúde materno-infantil, surgiu, nas escolas de enfermagem do ‘Instituto Maternal’, a figura da “enfermeira puericultora” e, mais tarde, cursos de especialização de “enfermeiras parteiras puericultoras”. Estes cursos passaram para a tutela das escolas de enfermagem em 1967, com a designação de “Especialização em Obstetrícia”, indo ao encontro das recomendações da OMS.

Em 1983 criou-se o “curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica” que, no âmbito da integração dos cursos de enfermagem no ensino politécnico, em 1988, se assumiu como curso de estudos superiores especializados (Carneiro, 2008: 21-23).

A formação que foi sendo requerida ao longo do tempo para o exercício de funções num ofício tradicionalmente vinculado à experiência tem, na verdade, um sentido e um significado que ultrapassa a mera transmissão de saberes e de técnicas, procurando, sobretudo, uma identificação dessas profissionais com diferentes paradigmas da saúde e uma renúncia a paradigmas anteriores.

A partir do momento em que a formação das parteiras passa a ser tutelada e ministrada por médicos, assiste-se a um esforço de conversão identitária, ajustando as candidatas a uma nova visão do mundo, através de preleções teóricas e, sobretudo, nos longos estágios inerentes ao modelo de formação, os quais decorriam em espaços hospitalares, onde a cultura médica era hegemónica (Carneiro, 2008: 25).³¹

Se a figura da parteira não desapareceu do campo da assistência ao nascimento, ela foi-se moldando de uma forma inequívoca à própria evolução e progresso da obstetrícia. Essa mudança revela o desaparecimento de uma função assistencial e social, dificilmente substituída pelos novos protagonistas do nascimento e respetivos contextos institucionalizados.

4.4. A cesariana e a obstetrícia instrumentalizada

Apesar das características próprias do trabalho das parteiras, que lhes permitem entrar no ambiente da mulher, em sua casa, nos seus objetos, nas suas rotinas e aí assistir o seu parto, apesar de parecer ser a parteira a entrar no universo da parturiente, toda a

³¹ Segundo a autora, a preocupação de moldar culturalmente as parteiras assumiu contornos extremos quando, já no séc. XX, os cursos de partos aconteciam em regime de internato, no sentido de “isolar as parteiras do seu mundo profano e das suas ligações à realidade anterior” (Carneiro, 2008: 25).

ritualização associada ao longo percurso da vida fértil da mulher permite perceber que não é nova a necessidade de controlo do corpo feminino, transformando-o num corpo social, sujeito a padrões e às necessidades reprodutivas da comunidade ou sociedade em que se insere³².

Esse corpo social, naturalmente descontrolado, é encarado como um corpo muito permeável, moldável ao exterior, daí ter que ser sujeito a regras, a uma ordem socialmente imposta e exteriormente definida. Como se a mulher e o seu corpo fossem demasiado frágeis e fracos (ou pelo contrário...) e, por aí, excecionalmente vulneráveis a toda a envolvente, e, no limite, à ordem que lhes é imposta. No que diz respeito à gravidez³³ e ao parto, essa ordem ganhou a forma de ritualização.

A verdadeira entrada da figura médica masculina no cenário da assistência ao nascimento, aconteceu, justamente, na época em que o carácter heroico e redentor do nascimento, acompanhado pela possibilidade de uma morte piedosa, começava a dar lugar à salvaguarda do corpo como um valor fundamental, alterando a própria noção social do risco associado ao nascimento (Laget, 1982: 230, 325).

A recusa social e a domesticação da morte expressas por Ariès (1981, 1988) e a nova confiança na vida ancoram-se na esperança de uma prática médica e obstétrica competente e masculina (Laget, 1982: 230, 325).

Assim, em meados do séc. XVIII, dá-se o surgimento da obstetrícia, como um ramo da cirurgia, afirmando-se como uma especialidade médica no final do séc. XIX (Barreto, 2007: 217).

Ainda no século XVIII, os procedimentos e as técnicas terapêuticas desenvolvidos, capazes de interferir nos riscos corridos pela mãe e pelo filho no momento do nascimento, fintando a morte no início da vida, revelam a evolução do pensamento sobre o corpo e os seus mecanismos vitais (Laget, 1982: 325).

Nessa evolução, as representações face ao corpo, por parte dos profissionais emergentes implicam, apesar de tudo, a passagem por uma fase de alguma ambivalência

³² Tradicionalmente, acreditava-se, até, que a menstruação, “*as regras*”, seria uma forma de controlo natural da insubordinação fisiológica da mulher, a juntar-se ao controlo social, efetivado pela educação e pela ordem definida pelo homem. Esse controlo, curiosamente, é aliviado por altura da gravidez, em que não há *regras* e em que os desejos estranhos (manifestações do descontrolo natural feminino) são tolerados e satisfeitos em nome da proteção da criança que está para nascer (Joaquim, 1983: 54-55).

³³ As crenças associadas à permeabilidade do corpo da mulher são tão fortes que ainda hoje circulam os simbolismos de determinados gestos e práticas que ocorram durante a gravidez. Diz-se, por exemplo, que se a mulher tocar um animal ou uma flor, a criança nascerá com a forma desse animal ou dessa planta. Se a mulher comer coelho, a criança poderá nascer com a boca semelhante à do coelho (lábio leporino). Também não deve usar colares para a criança não nascer com o cordão umbilical à volta do pescoço. Outro exemplo extremo da vulnerabilidade da mulher grávida é a crença no facto de a aproximação de uma mulher grávida a uma mulher em trabalho de parto não poder acontecer, sob pena de o seu parto se desenrolar também (Joaquim, 1983: 55-61).

na afirmação moral masculina na assistência ao nascimento, face ao 'medo da carne' (Laget, 1982: 209).

Verifica-se, por outro lado, alguma regressão de mecanismos inibidores das próprias mulheres que se sentem mais confiantes e combativas, no conhecimento e na gestão do seu próprio corpo (Laget, 1982: 226-227). Nesse processo, "o discurso sobre o bem-estar, a longevidade e a reprodução da espécie humana desliga-se de anteriores tabus de natureza moral, religiosa ou cultural", possibilitando às mulheres uma nova forma de conhecimento, vivência e responsabilidade face ao seu próprio corpo (Laget, 1982: 227) e relacionando-se, inclusivamente, com o aparecimento de movimentos feministas e novas formas de encarar a contraceção (McLaren, 1987).

É nesse contexto, também marcado pelo início do esbatimento das fortes desigualdades sociais na assistência ao nascimento que, no final desse século, se verifica a valorização de aquisições recentes nas práticas de assistência, como a versão externa das crianças (realizada com a segurança dos gestos masculinos), a utilização de fórceps, o recurso a cesarianas, a previsão da dificuldade dos nascimentos (Laget, 1982: 325-326).

Mas este progresso, na verdade, não traz resultados imediatos no controlo da mortalidade materna e infantil, para o que Laget aponta duas razões essenciais. Por um lado, pela propagação da infeção puerperal, decorrente da hospitalização dos nascimentos nas cidades, a partir do século XIX. Por outro, porque a obstetrícia se mantém uma prática urbana até à altura da I Guerra Mundial (Laget, 1982: 326).

Mais do que as práticas obstétricas propriamente ditas, serão as mudanças nas condições de vida das mulheres e o reforço das condições de higiene, estas também incentivadas pela profissão médica, o primeiro fator a interferir na mudança nas condições de nascimento e, por aí, nos resultados para a saúde materna e infantil. Razão pela qual os resultados da mortalidade materna não favoreciam necessariamente as classes abastadas, como veremos de seguida (Laget, 1982: 227; Loudon, 1992).

Não havia ainda, no início do século XX, forma de combater a insegurança que traziam para a saúde da mãe e do feto situações como hemorragias, infeções, asfixia,... (Laget, 1982: 229).

A morte das mulheres durante o parto assumia um simbolismo forte, era vista como "uma morte fecunda, assimilada à terra que morria dando fruto, que assim terminava o seu ciclo de vida. A mãe, entregando a sua riqueza, podia ela própria desaparecer" (Laget, 1982: 229).

As próprias causas de mortes mais comuns transportavam o seu próprio simbolismo, como forma de consolação. A morte por hemorragia, por exemplo, pela perda de sangue que implicava, assimilava as mulheres aos homens guerreiros, fortes, sendo vista como um fim nobre, e sendo essa analogia tão marcante que obviava até a procura, por parte dos

médicos, das causas do problema. Já a morte por eclâmpsia, pelas convulsões que originava, era 'lida' como devendo-se à natural histeria feminina, potenciada pelo trabalho de parto.

As verdadeiras causas de muitas mortes ficavam assim por perceber embora, ainda no final do século XVIII, já começassem a surgir em manuais de obstetrícia explicações que associavam situações de morte por hemorragia, convulsões (por eclâmpsia) a uma assistência desajustada, ligada à falta de conhecimento, à falta de meios ou, mais tarde, ao efeito de intervenções inadequadas (Laget, 1982: 233-234).

A essas explicações juntou-se o reconhecimento de que algumas das causas de morte materna pertenciam ao domínio da medicina e não particularmente da obstetrícia, como as aparentes crises epiléticas em situação de eclâmpsia. E levou, na época, muitos cirurgiões a chamarem médicos a partos difíceis. Uma cooperação que potenciou decisões concertadas e um desenvolvimento e progresso mais rápidos da obstetrícia (Laget, 1982: 236).

Até essa concretização, era sobretudo frequente que quem assistia o parto lidasse com os casos mais difíceis através de uma intervenção precoce, procurando acelerar o desenrolar do parto. Essa intervenção manual, praticada por parteiras e cirurgiões foi sendo substituída, a partir do século XVIII, por técnicas instrumentais, com materiais de ferro ou madeira que, mais tarde, derivaram nos modelos de fórceps³⁴. Em 1750, surgiu uma versão aperfeiçoada de *fórceps*, adquirindo uma forma arredondada e mais longa, para acompanhar a curvatura da pelve, e a sua utilização banalizou-se (Laget, 1982: 242-243).

Mas a sua aceitação não foi imediata porque implicava, em muitos casos, a morte da mãe e do bebé, a infertilidade subsequente da mãe e outros danos resultantes da precipitação e instrumentalização do parto mal conduzidas. Músculos rasgados, órgãos descaídos, dificuldade em sentar, dores, incontinência, infeções, eram muitas vezes ocultados e definidos à época como *incomodidades* (Laget, 1982: 245-246).

Incomodidades que configuravam situações de morbidade materna, derivando as mais graves em óbitos maternos. As menos graves comprometiam, frequentemente de forma crónica, a saúde das mulheres, a sua fertilidade e a sua vida sexual (Laget, 1982: 247-248).

Os primeiros ensaios descritos de instrumentalização do nascimento por via da cesariana remontam ao início do século XVI (Laget, 1982: 254-255). A possibilidade de abrir o ventre materno para dar lugar a um nascimento, veio aumentar o poder humano sobre a

³⁴ Os primeiros *fórceps* surgiram ainda no final do século XVII, em Inglaterra, pelos irmãos Chamberlain. No início do século XVIII, os *tira-cabeças de Palfyn*, uma alavanca em madeira e couro ou metal, com duas colheres articuladas, foram propostos pelo holandês Roonhuysen (Laget, 1982: 243).

vida e a morte, conferindo a esse acontecimento o estatuto de “milagre, através do qual o homem se sente próximo de Deus” (Laget, 1982: 248).

Essa forma de nascimento, libertando o bebê da *prisão* que poderia ser o útero da mãe, nos partos difíceis, permitia, também, o nascimento de crianças puras, intactas, imaculadas, não precisando de se sujeitar à passagem pelo canal de parto e vaginal, próximo das impuras e sujas funções anais (Laget, 1982: 248-249) (que, na verdade, sabe-se agora, são a primeira grande proteção das crianças que nascem pela via vaginal, assim colonizadas e protegidas pelas primeiras bactérias da mãe).

Mas a magia da cesariana, cuja origem semântica remete para o verbo cortar, não anulava a sua associação a um ato de barbárie e contra natura. Sobretudo a partir do momento em que os cirurgiões se depararam com o dilema de operar a mãe antes ou depois da sua morte.

Fazer uma cesariana a um cadáver, como aconteceu ao longo dos séculos XVII e XVIII, não era o mesmo que o fazer a uma mãe que se sabia que não sobreviveria mas cujo filho podia ter essa hipótese se fosse retirado antes da morte da progenitora. Neste caso, antecipava-se a morte materna ditando o momento desse acontecimento, mas seguia-se a imposição moral ditada pela Igreja Católica que conferia ao batismo dos nados ainda vivos um valor maior: o acesso à vida eterna (Laget, 1982: 249-250).

A possibilidade de salvar as duas vidas só surgiu mais tarde, perto do século XIX, com o avanço das práticas obstétricas e despoletou uma nova aceitação social e médica da prática da cesariana. As novas práticas, associadas à experiência, como o recurso a anestésicos e a localização criteriosa da linha de incisão no sentido de poupar a invasão de músculos e órgãos que não interferem com o processo de nascimento, entre outros, tornaram a cirurgia viável, apesar dos seus contornos aparatosos e do envolvimento de diferentes cirurgias em cada caso (Laget, 1982: 250-259).

A cesariana deixou de ser uma fatalidade óbvia e imediata para a mãe mas os riscos decorrentes da operação não diminuíram. Muitas mulheres não sucumbiam à cesariana mas às subseqüentes hemorragias e infeções puerperais (estas mais frequentes em contexto hospitalar, pelo efeito de contágio) que só começaram a ser debeladas com práticas de salubridade e higiene como a lavagem das mãos dos profissionais, a utilização de éter e, já a meio do século XX, o recurso a antissépticos e antibióticos. O que não impediu, apesar de tudo, a difusão da prática que só muito tarde se tornou exclusivamente hospitalar (Laget, 1982: 259-282).

A cesariana é, talvez, a marca mais evidente da prática da obstetrícia moderna e da institucionalização dos nascimentos. Mas a dissociação da sua frequência da evolução do controlo do risco associado à gravidez e ao parto mostram que os resultados dos progressos obstétricos não são lineares na determinação de melhorias para a saúde

materna (e infantil). De facto, são precisos outros progressos para o combate à mortalidade materna.

4.5. O controlo dos nascimentos

O século XX foi atravessado por fortes mudanças nos padrões fecundos das populações dos diferentes contextos de desenvolvimento. No contexto ocidental, sobretudo na segunda metade do século, a designada segunda revolução contracetiva (Leridon, 1987) foi fortemente marcada por novas formas de regulação dos nascimentos, assistindo-se, nesse contexto, a uma diminuição sustentada e consolidada da intensidade da fecundidade.

Essas mudanças decorrem, como o nome indica, do surgimento e adesão a novos e modernos métodos contraceptivos que, por sua vez, se inserem num modelo mais abrangente de medicalização do nascimento e de transformações sociais profundas.

A regulação da fecundidade a partir do recurso à contraceção não é, no entanto, nova. Já na fase demográfica pré-moderna, a fecundidade era regulada por práticas como o casamento tardio, o aleitamento prolongado e pelo uso de métodos contraceptivos arcaicos.

Em França, ainda no século XVIII, terá começado uma nova fase de regulação dos nascimentos (McLaren, 1997: 205), tendo sido a sua emergência noutros países permeável à especificidade do contexto (Notestein, 1945; Coale, 1984; Coale e Watkins, 1986; Bandeira, 1996). Mas essa nova fase terá acontecido a partir da tomada de consciência da “ideia do corpo como objeto de conhecimento positivo e de intervenção racional” (Ariès, 1979: 372 cit. por Bandeira, 1996: 78), decorrente, por sua vez, de uma nova consciência face à família e à criança na família (Ariès, 1979: 343, cit. por Bandeira, 1996: 79).

Esta nova consciência social face ao corpo e à intervenção a que pode ser sujeito mas também face a um novo sentimento e sentido de família, pode manifestar-se em novas formas de proteger a saúde materna, com implicações na redução da fecundidade.

McLaren refere-se a novos movimentos de solidariedade feminina (McLaren, 1997: 205) mas também a uma nova preocupação sentida pelos maridos face às mulheres. É nesse sentido que diz que, em França

os maridos procuravam proteger as esposas, que se defrontavam com 10% de probabilidades de morrerem de parto. O mesmo não se passava em Inglaterra porque, em resultado de um declínio das doenças infecciosas e dos progressos nos cuidados obstétricos, a mortalidade materna era mais baixa. (...) É igualmente provável que um declínio do risco de morte de parto, em vez de aumentar a confiança das mulheres, tenha reforçado a sua determinação de evitarem tais perigos (McLaren, 1997: 188).

McLaren refere, também, a propósito da invenção do preservativo, a existência de um forte controlo e policiamento sobre o corpo da mulher, protagonizado por um novo poder

masculino sobre a contraceção e pela domesticidade que quer o catolicismo quer o protestantismo impunham ao feminino, enquanto se definia muito claramente a divisão entre as esferas pública e privada (McLaren, 1997: 178).

Até ao século XX ir bastante avançado, a profissão médica foi também relutante em aceitar métodos tradicionais e arcaicos de controlo dos nascimentos, apesar de os descrever nas suas publicações desde o final do século XIX. Os argumentos usados no combate à contraceção eram de natureza moral e médica (os métodos estariam ligados a «fraudulência sexual, onanismo conjugal» e «infanticídio indireto», e provocariam doenças como o cancro, a leucorreia, a ovarite, a mania e a neurastenia), desarmando a classe leiga desinformada, mas nem por isso potenciando a diminuição do recurso à contraceção (McLaren, 1997: 219).

Talvez por esses constrangimentos, a forma de limitar os nascimentos dos casais consistiu, durante muito tempo no celibato e casamento tardio (Dupâquier, 1972) e na castidade, nomeadamente, em alturas específicas dos calendários litúrgico e agrícola, tendo o preservativo um efeito mais claro na prevenção de doenças venéreas (McLaren, 1997: 173,177).

O início do século XX foi uma fase de libertação face a valores mais conservadores, possibilitando uma nova legitimação do desejo e prazer femininos. É disso exemplo a caracterização de comportamentos sexuais baseados no prazer como normais, feita por sociólogos como Havelock Ellis e até então já proclamados dessa forma por movimentos feministas (McLaren, 1997: 252).

Não sendo os médicos os interlocutores privilegiados em matéria contracetiva, era às vizinhas e aos farmacêuticos que recorriam sobretudo as mulheres da classe trabalhadora, pelo menos até à Segunda Grande Guerra (McLaren, 1997: 250).

Já os casais com mais recursos tenderiam, na mesma altura, a procurar a ajuda médica para a regulação da sua fecundidade, sendo “mais recetivos do que os da classe trabalhadora a empregarem métodos que requeriam a aplicação por um profissional e a adotá-los cedo dentro do casamento para adiarem ou espaçarem os nascimentos” (McLaren, 1997: 254-255).³⁵

Se pensarmos que a afirmação dos cirurgiões-parteiros na assistência ao parto, em detrimento do papel das parteiras, se deu junto da classe mais abastada e urbana, vamos percebendo como a medicalização da fecundidade se vai materializando de forma desigual

³⁵ “Em Inglaterra a percentagem de casais da classe média que utilizavam métodos de controlo da natalidade com dispositivos subiu de 9% para 40% entre 1910 e 1930, ao passo que entre a classe trabalhadora o aumento foi de apenas 1% para 28%. (...) Na década de 30 os métodos mais populares na Grã-Bretanha eram, por ordem, o coito interrompido, o preservativo, o período de segurança e os pessários [cervicais]” (McLaren, 1997: 266).

em função da pertença de classe, incidindo, em primeiro lugar, sobretudo na população mais favorecida.

Com o intuito de alcançarem a universalização da aceitação da contraceção por parte dos médicos, alguns movimentos feministas, nos dois lados do atlântico (protagonizados por mulheres como Marie Stopes e Margaret Sanger) fomentaram a sua medicalização, com algumas iniciativas polémicas, porque acusadas de eugénicas e racistas.

Mas nas escolas médicas de Inglaterra só na década de 1930 se começou a aflorar o assunto e na América na década de 1950. Entretanto,

uma das maneiras de os médicos evitarem a questão da contraceção era afirmarem que as taxas de mortalidade materna e de morbilidade podiam ser diminuídas pela medicalização dos nascimentos. Esta campanha teve um êxito notável. Em Inglaterra os partos assistidos em hospitais subiram de 15% em 1927 para 54% em 1954; na América o índice foi ainda mais elevado. As mulheres, informadas de que essas instituições ofereciam cuidados de categoria superior, procuraram naturalmente o acesso a elas. Os médicos acreditavam poderem minimizar os riscos de parto nessas instalações; na realidade, dada a maior probabilidade de intervenção instrumental, é duvidoso que os partos no hospital fossem mais seguros do que em casa (McLaren, 1997: 262).

4.6. A contraceção moderna

Só com o surgimento da pílula anticoncepcional, em 1960, se deu a verdadeira adesão da profissão médica à ideia do controlo da fecundidade, “e não uma conversão a raciocínios feministas, neomalthusianos ou eugénicos” (McLaren, 1997: 272).

A pílula foi uma descoberta particularmente importante, pela capacidade de consensualizar posições até então divergentes, em torno da necessidade de regulação dos nascimentos. Assim, por um lado, a “contraceção bioquímica e hormonal agradava à ideia que os médicos faziam da «verdadeira» ciência médica e complementava a sua opinião acerca da necessidade de serem peritos científicos a controlar os nascimentos” (McLaren, 1997: 272).

Por outro lado, no casal, o seu aparecimento foi visto como uma forma de libertação da responsabilidade contracetiva para os homens e, para as mulheres, como uma forma segura e prática de evitar a gravidez, apesar dos efeitos secundários inerentes (McLaren, 1997: 272).

No contexto ocidental, a universalização da contraceção moderna (a pílula mas também o DIU) aconteceu a partir do final da década de 1960. Em Portugal, a massificação

do conhecimento da contraceção moderna, aconteceu, sobretudo, a partir da década de 1970, mas a implementação do seu uso foi mais demorada³⁶.

De facto, se “a contraceção moderna é uma condição necessária para a queda da fecundidade, ela não é, certamente, uma condição suficiente. [No caso português], a diferenciação regional da evolução da fecundidade sugere precisamente a interferência de outros fatores” (Almeida *et al.*, 1995: 27), que não anulam mas antes sentimentalizam a importância da procriação.

Estas descobertas possibilitaram, também, a sedimentação de uma ideologia [de] (...) igualdade entre homens e mulheres que os movimentos sociais dos anos 60 popularizaram na Europa (...) [e que] deu, por seu turno, um forte impulso a uma nova representação do corpo e da sexualidade, que se traduz numa reivindicação crescente do direito ao prazer – dentro ou fora do casamento. A contraceção é o instrumento tecnológico que permite a concretização deste ideal, sem os custos de uma gravidez indesejada. Os universos identitários, para as mulheres, não podem deixar de ser profundamente afetados por estas mudanças: dissociam-se sexualidade e casamento, sexualidade e procriação, casamento e fecundidade. (...) Ora, a racionalização da sexualidade, que a técnica e o saber médico possibilitam, encoraja também uma atitude de previsão controlo e planeamento individual sobre a fecundidade e a reprodução (Almeida *et al.*, 2004: 30).

Criam-se assim, novas redes de influências na gestão da vida familiar e reprodutiva, tendencialmente privatizada e nuclear. E a uma nova liberdade individual na gestão do corpo e dos seus processos biológicos associa-se uma reforçada medicalização da saúde reprodutiva da mulher, pela apropriação da profissão médica das ferramentas contraceptivas e da tecnologia inerente à função reprodutora (McLaren, 1997: 289).

É nesse contexto que surge uma nova vaga de feminismo, defendendo o regresso aos partos naturais e realçando os perigos da contraceção moderna mas, sobretudo, sublinhando a importância do resgate do poder feminino sobre o seu corpo face à crescente dependência da intervenção médica (McLaren, 1997: 291).

De facto, o seu efeito não é neutro em termos médicos mas também sociais, e revela implicações claras na determinação e reprodução de papéis sociais e de esferas de influência. “Mas as mulheres não são mais nem menos vítimas das novas tecnologias reprodutoras do que o eram das antigas. Trata-se de uma questão do que se faz delas” (McLaren, 1997: 297). O que se faz delas é uma variável que depende do poder individual, para o qual as mulheres de hoje têm recursos e possibilidades *capacitadoras* que as antigas não teriam.

Nesse sentido,

³⁶ No final da década de 1980, a generalidade das mulheres casadas dizia conhecer algum tipo de método contraceptivo, ¼ das mulheres dizia não usar nenhum, 20% dizia ter cuidado, 31% tomava a pílula, “7% o DIU e 6% o preservativo” (Almeida *et al.*, 1995: 16).

embora o controle da fecundidade seja essencialmente um produto, e não a causa, da alteração de relações sociais e culturais, não pode negar-se que ocorreu efetivamente um *feedback*. A estrutura da família moderna criou uma procura de formas de contraceção altamente eficazes; os contraceptivos e as tecnologias reprodutoras a que se encontram ligados servem as necessidades atuais, mas também criam opções futuras. As futuras formas familiares e os papéis sexuais virão a refletir a sua influência (McLaren, 1997: 299).

5. A OBSTETRÍCIA MODERNA E A EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA: DESIGUALDADES NO CONTEXTO OCIDENTAL

No limiar do século XX, a mortalidade materna era conhecida para um número restrito de países, sobretudo do contexto ocidental. Sabe-se, por exemplo que, entre 1880 e 1910, países como a Suécia e a Holanda registaram uma forte quebra na mortalidade materna, ao invés de outros como Inglaterra e Gales, Austrália e Nova Zelândia, cuja diminuição da mortalidade materna terá sido muito modesta. Depois dessa data, e até meio da década de 1930, o fenómeno registou, na generalidade dos países, uma tendência de subida, em alguns casos muito forte (como na Escócia, Estados Unidos e na Suécia) (Loudon, 1992: 151-152).

Ainda em 1920, encontramos um conjunto de países geograficamente próximos, localizados no Norte da Europa, com as taxas de mortalidade materna menos elevadas (não ultrapassando as 300 mortes maternas por 100000 nados-vivos) (quadro 5.1.). Logo seguidos de um país americano, o Uruguai, e de Portugal que se revela, neste contexto internacional, numa boa posição, face à maior parte dos países analisados por Loudon para este ano (Loudon, 1992: 153). Contudo, este valor, se enquadrado num contexto temporal mais alargado, pode revelar, sobretudo, um atraso do nosso país no acompanhamento das tendências internacionais. Para além de que todos os valores que aqui apresentamos possam pecar por defeito, em função da subestimação do fenómeno e da fraca qualidade dos dados³⁷.

De facto, nesse ano, Portugal ainda não tinha entrado na fase de tendência de subida dos valores da mortalidade materna que noutros países terá acontecido logo a partir de 1910 e que, no nosso caso, ganha expressão apenas a partir do final da década de 1920 e se consolida ao longo de toda a década de 1930, quando, a nível internacional, a mortalidade materna já se encontra em fase descendente.

Em posições intermédias temos países dos diferentes continentes e nas piores posições também, sendo que o Chile e os Estados Unidos da América registam valores para o indicador da mortalidade materna mais de três vezes superiores aos da Dinamarca, que regista o valor mais baixo.

³⁷ Em Portugal, a obrigatoriedade do registo civil ainda recente (com início em 1911), assim como a especificidade da causa de morte, eram fatores que comprometiam a qualidade dos dados relativos à morte materna para o nosso país. É disso exemplo a elevada percentagem de casos sem causa atribuída, subestimando potencialmente a frequência todas as causas de morte (Bandeira, 2007).

Quadro 5.1. Taxa de mortalidade materna em alguns países do mundo (por 100000 nados-vivos), 1920

País	Tmm
Dinamarca	235
Holanda	242
Suécia (1918)	258
Noruega (1919)	297
Uruguai	338
Portugal*	348
Japão	353
Finlândia	360
Itália	367
África do Sul	410
Inglaterra e Gales	433
Espanha	501
Austrália	501
Alemanha (1919)	515
Irlanda	553
Bélgica	609
Escócia	615
Nova Zelândia	648
França	664
Chile	748
Estados Unidos	799

Fonte: Adaptado de Loudon, I. (1992), 153

Até à década de 1980, a evolução da mortalidade materna segue uma quebra abrupta e sem interrupções em todos os países analisados, sendo que, já na década de 1960 os valores dos diferentes países convergiam em mínimos históricos, mudando o paradigma internacional de uma mortalidade materna muito elevada e muito diferenciada de contexto para contexto para um modelo homogêneo situado em valores francamente baixos, mudanças que em alguns casos durou apenas duas décadas e meia (de 1935 a 1960), situando-se em valores mínimos no início da década de 1980 (Loudon, 1992: 152-153).

As diferenças nos resultados da mortalidade materna de diferentes países do contexto ocidental, encontradas nas últimas décadas do século XIX e nas primeiras do século XX são particularmente acentuadas, como se vê pelos valores do quadro relativo ao ano de 1920. Ora, sendo, como se disse, uma realidade de países do contexto ocidental, alguns até geograficamente próximos, encontramos características comuns que, por isso mesmo, não justificarão a diferença nos padrões da mortalidade materna entre os países. Na análise dos elevados padrões e na busca das causas que potenciavam as razões dessa diferença, Loudon (1992: 434-462) percorreu países, décadas, caminhos e contextos.

No século XIX, a mortalidade e morbidade materna elevadas em contexto hospitalar em países como a França decorriam, em grande medida, da incidência de febre puerperal, cuja causa se percebeu ser contagiosa e recorrente, criando situações epidémicas e endémicas. A utilização de instalações hospitalares recentes ou a pintura das mais antigas, a lavagem rigorosa dos instrumentos utilizados nos partos, a mudança de roupa pelo pessoal hospitalar foram mostrando efeitos pouco permanentes no tempo mas indicando o caminho a seguir na assistência ao parto.

Phillipp Semmelweiss (1818-1865), médico húngaro, determinou como regra a lavagem das mãos e a aplicação de compostos de limpeza antes do atendimento às parturientes, com fins profiláticos. A esta juntaram-se as descobertas de Louis Pasteur (1822-1895) na identificação de bactérias e meios de contágio e de Joseph Lister (1827-1912), cirurgião inglês que, desde 1865, introduziu na sua prática, ácido carbólico (fenol) como antisséptico e ainda as de Coze e Feltz que, entre 1867 e 1869, identificaram a bactéria responsável pela febre puerperal e concluíram que a mesma era responsável por uma inflamação da pele, designada de erisipela, outra doença também muito contagiosa.

Estas descobertas foram abrindo espaço à introdução de novas rotinas hospitalares, nomeadamente, de medidas de higiene e de utilização de antissépticos (ainda mais consistentes quando o fenol foi substituído por sublimado de mercúrio, na década de 1880 em diferentes países europeus) e vieram determinar uma quebra substancial no número de mortes maternas, fazendo aumentar, em simultâneo, o número de pacientes a recorrer a partos hospitalares.

O aumento de partos hospitalares foi acompanhado por um aumento, mais lento e menos oscilante do que o anterior, de mortes maternas, devendo-se estas agora sobretudo a outras causas e menos à febre puerperal. Causas como complicações associadas ao parto e ao aborto séptico (ou com infeção), sendo justamente o aborto uma das principais causas responsáveis pelo aumento da mortalidade materna até ao período entre guerras (Loudon, 1992: 434-438).

O aumento de mortes maternas decorrentes de outras causas de morte no seguimento do maior número de partos hospitalares veio tirar visibilidade à importância e ao impacto das medidas antissépticas introduzidas na assistência ao nascimento na redução da mortalidade e morbidade materna. Um estudo feito sobre a evolução da mortalidade materna na Holanda (Catharine van Tuessenbroek, 1911, cit. por Loudon, 1992: 438-439), sobre a evolução da mortalidade materna e publicado em 1911 revela isso mesmo, assim como o facto de os partos em casa (vs. hospitalares) e os assistidos por parteiras (vs. médicos) revelarem, também, melhores resultados no que diz respeito aos níveis de mortalidade materna (quadro 5.2. e quadro 5.3.).

Na comparação entre países, Loudon constata que se é claro o efeito da introdução dos antissépticos na redução dos níveis globais de mortalidade materna nos diferentes países europeus para os quais existem dados (na Suécia, por exemplo, a taxa de mortalidade materna decresceu de 420 mortes maternas por 100000 nascimentos em 1875-80, para 230 em 1900-04), já o seu impacto varia de país para país em função do local e do protagonista na assistência ao nascimento, revelando que, em análises mais finas e para outros contextos temporais, estas duas variáveis (causa de morte e assistência) se afirmam importantes na diferenciação dos resultados para a saúde materna sendo muito pertinente a sua consideração em análises para períodos mais recentes.

No caso da Holanda, como dissemos e como podemos atestar pelos resultados que se apresentam nos dois quadros, os partos em casa e os assistidos por parteiras, revelaram melhores resultados para a saúde materna, ainda no decorrer do século XIX e já no início do século XX.

O que se justifica, por um lado, pelo facto de as parteiras, ajudadas por uma cultura e tradição holandesas de forte preocupação com a limpeza, quer em meios públicos quer privados, terem aderido de uma forma quase absoluta a medidas de higiene e desinfeção eficazes e decisivas no combate a casos de infeção puerperal. Por outro, pelo facto de as situações complicadas, e com maior probabilidade de incorrerem em óbitos maternos, serem encaminhadas para os hospitais e respetiva assistência médica (Loudon, 1992: 439-444).

Quadro 5.2. Número de partos, mortes maternas e mortalidade maternas em dois grupos de Cidades, Holanda, 1865-1895

	Grupo A (Médicos) ₁	Grupo B (Parteiras) ₂
Número de partos	33757	18736
Número de mortes maternas	209	81
Taxa de mortalidade materna	62	43

₁ Cidades onde a totalidade dos partos era assistida por médicos

₂ Cidades onde a grande maioria dos partos era assistida por parteiras

Fonte: Tuessenbroeck (1911), cit. por Loudon, 1992: 441

Quadro 5.3. Mortalidade materna em dois grupos de partos, Holanda, 1900

	Grupo A (Hospitais) ₁ 1104	Grupo B (Domicílio) ₂ 61726
Total de partos		
Número de mortes maternas (todas as causas incluídas)	8	258
Taxa de mortalidade materna	72	42
Mortes por infecção	3	91
Taxa de mortalidade materna por infecção	27	17

₁ Partos em maternidades ou escolas de parteiras

₂ Partos domiciliares em 4 grandes cidades, 13 cidades secundárias e 46 pequenas cidades

Fonte: Tuessenbrooek (1911), cit. por Loudon, 1992: 444

Já em Inglaterra e Gales, por exemplo, as medidas de higiene e antissépticas, talvez pela sua melhor utilização, revelaram-se mais eficazes em ambiente hospitalar do que em contexto domiciliar assistido por parteiras e médicos menos experientes. Deste modo, se em 1880 a taxa de mortalidade materna em contexto hospitalar era francamente mais elevada do que a referente a partos no domicílio, já em 1900 a situação era inversa (Loudon, 1992: 443).

O que nos leva a concluir que, apesar da absoluta importância da descoberta dos antissépticos, estes tornam-se um elemento muito dependente de outros fatores, como as condutas e práticas seguidas no local do nascimento e pelos protagonistas da assistência. Revelam-se, neste sentido, fundamentais os aspetos de cultura médica e assistencial nos resultados para a saúde materna, a par das descobertas científicas.

O quadro 5.4. mostra, para diferentes países e cidades europeias, como evoluiu a mortalidade materna num curto período de tempo cujo início é imediatamente anterior à introdução dos antissépticos e cujo final, coincidente com a viragem de século, é uma fase em que a importância da desinfeção e do recurso a determinadas medidas de higiene na prática médica estaria já totalmente estabelecida.

O que os valores revelam, ainda assim, é que, apesar desse reconhecimento, a evolução nos resultados da mortalidade materna era bastante mais favorável em alguns países e cidades do que noutros (em Inglaterra e Gales e na Escócia, a evolução foi nula), reforçando o que vimos dizendo (Loudon, 1992: 448-450).

Quadro 5.4. Taxa de Mortalidade Materna (TMM) (por 100000 nados-vivos) em diferentes países e cidades em 1875-79 e em 1900-04

	TMM 1875-79	TMM 1900-04	Percentagem da taxa de 1900-04 relativa à taxa de 1875-79
Inglaterra e Gales	44	44	100
Escócia	47	48	102
Irlanda	66	58	88
Bélgica	74	57	77
Dinamarca	50	38	76
Holanda	41	24	59
Suécia	89	23	26
Paris	74	35	47
Amesterdão	51	19	37

Fonte: Loudon, 1992: 449

O reforço é ainda maior quando se percebe que a diminuição da mortalidade materna mais evidente em países como os do Norte da Europa, quando analisada por causa, revela um efeito menos expressivo do que o expectável (nomeadamente face a outros com valores mais elevados da taxa de mortalidade materna) da influência da diminuição da mortalidade por febre puerperal na evolução do fenómeno como um todo (quadro 5.5.).

Isto é, em países com uma influência semelhante da febre puerperal na mortalidade materna, terá sido um conjunto de outros fatores a influenciar uma evolução diferencial da taxa de mortalidade materna. Segundo Loudon, o claro declínio de mortes maternas devidas a febre puerperal provocado pela introdução de antissépticos foi acompanhado, em alguns países, pelo declínio da mortalidade materna devida a outras causas, eventualmente, uma maior experiência e formação e melhores cuidados assistenciais (Loudon, 1942: 448-451).

Quadro 5.5. Peso das mortes devidas a febre puerperal e a acidentes no parto no conjunto da taxa de mortalidade materna, em diferentes países, 1900-1924

	Taxa de mortalidade materna (por 100000 nv)	% de mortes devidas a febre puerperal	% de mortes devidas a acidentes no parto
Inglaterra e Gales	240	33	67
Escócia	246	46	54
Irlanda	271	37	63
Bélgica	390	36	64
Dinamarca	496	34	66
Holanda	534	35	65
Suécia	576	46	54
Amesterdão	689	37	63

Fonte: Loudon, 1992: 450

A inesperada subida da mortalidade materna, quando se começavam a controlar algumas das suas causas, a partir da segunda década do século XX, aconteceu na generalidade dos países para os quais dispomos de informação, e só foi controlada na década de 1930 ou de 1940, consoante os países e, em alguns casos, consoante a influência da II Grande Guerra na história de cada um deles³⁸, só havendo total convergência de valores na década de 1960.

A explicação da tendência de subida a partir de 1910 encontra-se, segundo Loudon, na influência de causas de morte específicas como o aborto séptico e a infeção pós-parto na mortalidade materna global, em face do aumento da virulência estreptocócica. Mas o autor sublinha, também, com surpresa, a não diminuição da mortalidade materna por causas não relacionadas com infeções, apesar do desenvolvimento dos países e dos cuidados direcionados à saúde materna nas décadas de 1920 e 1930, revelando problemas que persistiram no período entre Guerras (obviamente agravadas nos anos referentes à II Guerra Mundial nos países afetados, em particular na Holanda e com exceção da Grã-Bretanha) (Loudon, 1992: 452-454).

Na procura da justificação dessa tendência, Loudon (1992a) ilustra, com alguns exemplos, as situações de países com realidades diferentes na saúde materna, no período anterior à quebra generalizada dos valores relativos ao fenómeno.

Em Inglaterra, ao contrário da evolução positiva verificada nos valores da mortalidade infantil, verificou-se uma subida dos valores da mortalidade materna, a partir da década de 1920, face aos níveis mais baixos alcançados em 1910. Esses valores verificavam-se em contexto de francas desigualdades nas práticas de assistência às gestantes, cujo acompanhamento ora era feito por parteiras, ora por médicos assistentes ou de clínica geral, ora por especialistas em obstetria.

Na profissão médica, a prática também era desigual, sendo visível a emergência de uma filosofia da medicina obstétrica que – no âmbito de serviços hospitalares mal distribuídos pelo território, desorganizados, pouco recetivos à nova especialidade e atribuindo-lhe financiamentos marginais – procurava afirmar-se. Nessa procura de afirmação e de ‘resultados’, era recorrente o uso de fórceps, clorofórmio, com vista a atendimentos mais sistemáticos e rápidos.

Num depoimento de 1931, um médico assistente escrevia, sobre como assistia os partos: “Fizemos, aproximadamente, 250 casos num ano, a maioria com clorofórmio e fórceps e o meu superior defendia que isso nos permitia libertar uma cama mais depressa” (Dr. J. Finer, 1990, cit. por Loudon, 1992a: 1558). Mas os resultados eram preocupantes:

³⁸ Portugal, sem a influência direta da Guerra, junta-se, ainda assim, em termos cronológicos, aos países cuja descida da mortalidade materna foi mais tardia e se iniciou apenas na década de 1940.

numa série estudada de 100 casos de fórceps falhados, 12 mulheres morreram, 19 sobreviveram mas em estado mórbido, e apenas 38 crianças sobreviveram.

Já nos EUA, a maioria dos obstetras atribuía ainda a culpa dos elevados níveis de mortalidade materna à prática das parteiras, que ridicularizavam, considerando-as sujas, ignorantes, selvagens e antiamericanas. Mas, segundo Loudon, a principal causa da elevada taxa de mortalidade materna era a 'orgia de interferência' pela qual se pautava a obstetrícia cirúrgica.

Em 1920, um médico de Chicago publicou um relatório dando conta de que 'operações profiláticas com fórceps', com anestesia geral, partos vaginais com fórceps e a extração manual da placenta constituíam prática de rotina, exceto nos casos em que a rapidez de um parto espontâneo não o permitia.

A propósito da atuação generalizada, imprudente e perigosa de alguns obstetras em procedimentos cirúrgicos, referindo-se a um estudo sobre a mortalidade materna levado a cabo em Nova Iorque, no período de 1930-32, George Kosmak, o editor do *American Journal of Obstetrics and Gynecology* escrevia:

É espantoso pensar que qualquer homem, um graduado de um hospital, poderia fazer algumas das coisas de que ouvimos falar. Por exemplo, um homem faz uma versão, separa o corpo da cabeça, e a cabeça fica no útero. De seguida, rapidamente faz uma cesariana, com a ajuda do seu irmão, e tira a cabeça para fora. Este não é um caso isolado, mas um exemplo entre muitos (Loudon, 1992a: 1559)

A necessidade de validar, naquele país, a atuação da profissão médica e os procedimentos cirúrgicos potenciou a iniciativa privada e a hospitalização dos partos (abolindo os partos domiciliares assistidos por parteiras ou médicos assistentes), sendo que, entre 1920 e 1950, se garantiu que a generalidade dos partos ocorresse em hospitais, com acompanhamento de um médico obstetra.

O último exemplo refere-se aos países do Norte da Europa, onde, havendo a percepção de que aí se registavam os níveis mais fracos de mortalidade materna do mundo, a parteira se foi mantendo a figura central nos cuidados obstétricos.

As parteiras eram reconhecidas como bem treinadas e experientes, com relações cordiais e de ajuda mútua com a profissão médica, atuando em maternidades estatais, e contribuindo para o registo de níveis de intervenção muito baixos nos partos, por comparação com o caso americano. Em 1933, por exemplo, 20% dos partos em Nova Iorque implicaram uma intervenção cirúrgica, face a 3,2% na Suécia e menos de 1% na Holanda. A este propósito, um professor dinamarquês de obstetrícia, em 1929, dizia a um especialista Americano em cuidados maternos: "É fácil de perceber qual é a causa da elevada mortalidade materna nos Estados Unidos. Vocês interferem e operam demasiado. Nós damos uma chance à natureza" (Loudon, 1992a: 1559).

A baixa mortalidade materna na Escandinávia levou a algumas especulações sobre fatores raciais e genéticos. Foi sugerido que as mulheres escandinavas sofriam menos de raquitismo, tinham um temperamento mais sólido, e eram melhor habilitadas para o parto, com músculos poderosos e pélvis alargada, através da qual um bebê pode deslizar facilmente. Essa noção caiu por terra quando foi demonstrado que a mortalidade materna entre os recentes imigrantes escandinavos, nos Estados Unidos, era tão alta como a verificada entre os "nativos da população branca".

Na verdade, segundo Loudon, foi o sistema de cuidados maternos - não um conjunto especial de atributos favoráveis física e mentalmente – que permitiu que, no conjunto do mundo ocidental, fossem as mulheres do noroeste da Europa a correr o menor risco de morrer no parto (Loudon, 1992a: 1559).

Com efeito, o autor sustenta que a desigualdade nos padrões da mortalidade materna verificada até à generalização da prática obstétrica, não teria que ver com atributos físicos das populações nem mesmo com desigualdades sociais dentro das populações, mas antes com os padrões da prática obstétrica, sendo que a maior intervenção protagonizada pelos médicos era, tradicionalmente, prejudicial à saúde materna (e infantil) (Loudon, 1992a: 1557).

Os fatores a marcar claramente a regressão dos valores da mortalidade materna, de uma forma generalizada e definitiva, terão sido, a partir de meados da década de 1930, a introdução do antibiótico (descoberta de Fleming em 1929), a prática rotineira de transfusões de sangue, bem como a existência de sistemas de saúde com uma boa integração de cuidados na assistência ao nascimento e educação/formação obstétrica (Loudon, 1992: 452-454).

A evolução do fenómeno teve características inesperadas. Não só a sua quebra foi muito rápida, como, em 1960, os países atrás referidos (outrora com valores tão distantes entre si) apresentavam uma incidência do fenómeno muito semelhante, apesar das diferenças nos cuidados maternos entre esses países.

Misturam-se, aqui, na determinação da evolução da mortalidade materna, o que Meslé (2002: 53) identifica como *causas médicas de morte* e o contexto social, económico e cultural em que se dá essa evolução, não sendo fácil definir a fronteira entre estes dois grupos de causas.

Revelam-se, neste sentido, fundamentais os aspetos da cultura médica e assistencial nos resultados para a saúde materna, a par das descobertas científicas.

A importância desses aspetos mantém-se atual. Numa altura em que, nos países ocidentais, em termos médicos e tecnológicos existirão praticamente todas as condições para anular a mortalidade materna enquanto fenómeno, o que será fortemente determinante

na sua tendência é a forma como essas condições são utilizadas, ou seja, a cultura assistencial associada ao nascimento.

6. CULTURA ASSISTENCIAL DO NASCIMENTO NA ATUALIDADE

A evolução da assistência ao nascimento remete para um enquadramento contextual que evoluiu no sentido da institucionalização medicalizada do nascimento, com protagonistas, procedimentos e normas bem estabelecidos e socialmente aceites, o que se pode aferir pela universalidade das práticas.

Essa evolução, impulsionada por políticas dirigidas à saúde materna e infantil, teve um forte impacto nos resultados dos indicadores da mortalidade materna e infantil que, atualmente, no contexto ocidental, apresentam níveis residuais.

Ainda assim, permitimo-nos fazer uma leitura crítica da atual cultura assistencial do nascimento em países como Portugal, a partir da análise de algumas das suas características, assumindo o surgimento de novos riscos associados a uma intervenção excessiva nessa assistência.

6.1. Características da medicina obstétrica moderna: rituais, protocolos e tecnologia

O surgimento da especialidade médica de ginecologia e obstetrícia fez substituir o tradicional acompanhamento feito por parteiras às mulheres grávidas ao longo da gravidez e no parto por um novo apoio, médico, mais formal, interventivo e institucionalizado, no âmbito dessa nova especialidade (Vallin, 2002: 338).

O risco³⁹ associado à gravidez e ao parto, neste âmbito mais medicalizado, assume uma dimensão patológica, remetendo para o discurso negativo em torno do conceito de risco (Petersen, 1996: 52) (Loudon, 1992), na medida em que se cria uma pré-noção social da gravidez como doença, associada, porventura, a uma ambiguidade mais geral em que todos os problemas que derivam da saúde reprodutiva feminina se enquadram no patamar de doença (Miles, 1991: 49).

Alguns estudos revelam, por exemplo, que as jovens mulheres, quando iniciam a sua vida fértil (durante a adolescência) projetam a condição de grávida como uma condição de saúde. Essa representação é ajustada com as 'mensagens' opostas que recebem ao longo da sua própria gravidez, vigiada e controlada por médicos⁴⁰, em ambiente hospitalar, onde as mulheres se sentem tratadas como se estivessem doentes (Miles, 1991: 49).

³⁹ Os riscos para a mulher, associados à gravidez, e ao parto, remetem para os conceitos de mortalidade e morbidade já referidos (Bandeira, 2004: 189-237 e Mausner *et al.*, 2007) sendo que, neste caso particular, falamos de mortalidade e morbidade materna.

⁴⁰ Nomeadamente, mas não só, na prescrição de medicação por rotina, que estudos recentes revelam já não ser sempre necessária (como a administração de ferro, na segunda metade da gravidez) (Odent, 2005).

Assim, o poder e o controlo médico face à mulher e ao seu corpo devem, obviamente, ser entendidos na consideração da própria medicina como uma instituição de controlo social (Miles, 1991: 182), sendo que a legitimação social desse controlo é muito naturalizada. A vivência da gravidez pode ser vista como um caso particular, não sendo esta uma experiência patológica à partida mas em que essa naturalização e legitimação do controlo médico se consolida também neste caso, se não antes, pelo menos, durante a gravidez.

Um conjunto de mulheres analisadas num estudo no Reino Unido (que chegavam, em média, a ter 13 consultas, ao longo da gravidez) sentia um conflito de representação da noção de gravidez entre a ideia de esse ser um estado 'natural', um processo biológico saudável e a ideia de ser uma condição médica tipificada. Miles alerta para o facto de essa condição médica da gravidez ser definida *fora* gravidez, sendo esse um pressuposto 'alimentado' e reforçado durante a condição de grávida (Miles, 1991:49).⁴¹

Nesse sentido, mais do que uma questão médica, esta é uma questão social, onde o poder médico é legitimado. É por aí que Oakley justifica a medicalização do nascimento a partir da consideração da mortalidade materna (em contexto de uma forte incidência deste indicador) como um problema social, justificando novos cuidados pré-natais. Esses cuidados, segundo a autora, ter-se-ão tornado uma forma de controlo das mulheres, catalogadas de incapazes, por si só, de gerirem as suas gravidezes e partos e, assim, pressionadas para aderirem a uma nova forma de gestão do nascimento, onde perdiam controlo e protagonismo (Oakley, 1984: 33).

É nesse sentido que vão as conclusões de outros estudos como o de Arney (1982) que encontram, contudo, posições críticas. Shorter (1982), por exemplo, apresenta a evolução tecnológica e a sua incorporação nas práticas médicas da obstetrícia, assim como os procedimentos interventivos e instrumentalizados associados a esta especialidade e ao contexto hospitalar, não como formas invasivas ou violentas de assistência às mulheres grávidas mas como procedimentos importantes na salvaguarda da saúde das mulheres e das crianças.

Ora, numa e noutra perspetiva, é consensual a ideia de que a mais recente gestão da assistência ao nascimento, em contexto ocidental, é, essencialmente, medicalizada e ocorre em contexto hospitalar. Os resultados dessa medicalização e intervenção na saúde materna e infantil, esses sim, não são consensuais. É evidente a redução da mortalidade materna mas, de facto, outros efeitos mais subtis e menos mensuráveis podem ganhar

⁴¹ Por outro lado, a autora refere que a própria classe médica tem que ser analisada considerando diferentes abordagens práticas, na medida em que existem profissionais que, desligando mais a obstetrícia da ginecologia (onde se verificam, de facto, mais situações de patologia), optam por procedimentos mais naturais e menos interventivos na forma como seguem a gravidez (Miles, 1991: 52-53).

expressão, a partir da vivência de um novo risco, associado à medicalização e hospitalização.

A preocupação com os efeitos iatrogénicos da intervenção obstétrica em mulheres sem indicação clínica nesse sentido, traz à discussão a noção de 'parto normal' e tem levado, inclusivamente, à construção de indicadores 'positivos' que procurem contrariar práticas que furem essa 'normalidade' (Europeristat, 2008: 63), práticas estabelecidas por rituais 'modernos' da assistência ao nascimento.

Na verdade, os rituais⁴² que conformam todos os acontecimentos associados ao nascimento dão-lhe sentido, segurança e cristalizam pertenças sociais que se veem reforçadas nesse acontecimento tão importante como o nascimento (Laget, 1982: 322). Os rituais implicam, também, manifestações de poder que se exercem, dessa forma, com maior eficácia e invisibilidade, por isso, com maior aceitação, por quem a eles é submetido (Davis-Floyd 1993).

A ritualização do nascimento e da maternidade modernizou-se com a introdução de novos atores e agentes na gestão da saúde feminina, em geral, e da saúde reprodutiva feminina, em particular. Assim, tradicionalmente esse controlo era marcado por práticas visando a estimulação da fertilidade e da conceção ou forçando a menstruação em situação de gravidezes não desejadas, sobretudo pela utilização de receitas naturais⁴³, no sentido de se alcançar o número de filhos socialmente estabelecido ou definido (Joaquim, 1983: 37-38).

Atualmente verificamos, sobretudo, a existência de rituais estabelecidos através de protocolos hospitalares (no que diz respeito à gestão da gravidez e do parto) (Jones, 2010: 19) ou nas práticas médicas que seguem os guias do planeamento familiar (no que diz respeito à contraceção).

Antes e agora, nesse processo de ritualização fica implícita uma mensagem da dependência da mulher para parir, desde logo, pelo facto de, fisicamente, este ser um acontecimento muito forte a dois níveis - o da separação e o da dor.

Esta dimensão física e individual projeta-se na dimensão social do acontecimento, conferindo-lhe um carácter extremo, em que se assume a passagem para um estado novo,

⁴² Um ritual pode ser definido como um ato repetitivo, padronizado e simbólico, de uma crença cultural ou um valor, concretizando-se em atitudes que podem ser simultaneamente ritualísticas e técnico-rationais (Davis-Floyd, 1992).

⁴³ São práticas que Joaquim adjectiva de mágico-religiosas, com um forte simbolismo fálico, muitas vezes. De que são exemplo as peregrinações a locais simbólicos e promessas a santos, cujo nome é depois atribuído ao filho; a utilização de chás com raízes em forma de homem ou de mulher ou de plantas associadas ao fogo (como o loureiro ou a figueira), estando este associado ao ato da geração, da conceção; a utilização da romãzeira ou da romeira, cujas sementes carnudas simbolizam a semente do homem e que, por isso, ajudam a fecundar a mulher; a própria simulação do ato sexual através do roçar do ventre da mulher em penedos com protuberâncias, (em locais como o monte de Santa Luzia, as serras da Lapa, do Penedo, da Rocha); ou até a simulação do parto (Joaquim, 1983: 42-45).

uma nova condição, a condição de mãe, e em que se reforça a condição de mulher (Joaquim, 1983: 68).

Nesse sentido, a criação de rituais na assistência ao nascimento, na atualidade, reproduz o papel social da mulher no contexto particular que é o hospital.

São rituais modernos que podem levar-nos à compreensão de valores culturais profundos, principalmente no que diz respeito ao feminino, à mulher e à própria posição que esta ocupa na cultura. O momento do nascimento é de profunda abertura sensorial, e o melhor momento para que se determine o específico lugar que a mulher ocupa na sociedade (Jones, 2010: 19).

Atualmente existe um padrão de práticas obstétricas, cada vez mais regulamentadas em protocolos hospitalares, com o intuito de normalizar e legitimar procedimentos e rotinas nos serviços de obstetria. Como é o caso, em Portugal, do documento publicado em livro *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*, da responsabilidade do Serviço de Obstetria e Ginecologia do Hospital de S. João, no Porto (Campos *et al.*, 2008).

Outros exemplos serão os protocolos de vigilância materno-fetal que encontramos noutros serviços hospitalares (ARS Centro) de diferentes pontos do país, bem como circulares normativas e orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde, ou a referência a legislação relativa à saúde reprodutiva em Portugal, sugerindo a adoção de critérios de base comum no que toca à assistência materno-fetal e respetivos procedimentos hospitalares.

A nível internacional vão surgindo bibliotecas, bancos e bases de dados *on-line* (entre outras, a Biblioteca Cochrane e a Primal Health Research Databank), que reúnem inúmeros estudos sobre procedimentos obstétricos e as suas implicações e que, em função disso, postulam uma prática da medicina baseada em evidências (Raposo, 2009).

Procuram, assim, rebater uma prática de ‘saberes’ alicerçados em culturas e ideologias de perpetuação do exercício do ‘poder’, defendendo a prática a partir dos ‘saberes’ cientificamente determinados.

Já em 1979, a OMS, a partir da constatação das práticas rotineiras consideradas no acompanhamento da gravidez e do parto, criou o Grupo Europeu de Estudos Perinatais (*European Perinatal Study Group*), composto por profissionais de diferentes áreas científicas, nomeadamente das ciências naturais e sociais, no sentido de criar um modelo de suporte ao acompanhamento de gravidezes saudáveis (Jones, 2010: 17).

O grupo então criado, a partir de um estudo “da literatura mundial sobre práticas obstétricas e perinatais (...) demonstrou que apenas 10% das intervenções médicas tinham uma base satisfatória de evidências” (Fraser, 1983 cit. por Jones, 2010: 18) sendo que a grande maioria das práticas se baseava nas “opiniões e crenças dos médicos locais, especialmente na figura do ‘chefe de serviço’” (Bergsjö *et al.*, 1983, cit. por Jones, 2010: 18).

Segundo Jones (2010: 18), o que atualmente compromete a ponte entre evidência e assistência no modelo contemporâneo de assistência ao nascimento é o centramento na

figura do médico e não na paciente e a existência de práticas que favorecem estes profissionais, em múltiplos sentidos.

O autor elenca, para caracterizar esse modelo contemporâneo de assistência obstétrica, um conjunto de razões que reforçam a naturalização do poder médico, num domínio cada vez mais especializado que é o da intervenção no nascimento humano. Essas razões centram-se no hábito, na conveniência, no medo dos processos e nos interesses comerciais (Jones, 2010: 18-23).

O documento *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* apresenta-se como sendo destinado a todos os profissionais de saúde desta especialidade⁴⁴, no sentido de regular práticas com base em evidências científicas, a partir de um trabalho de “pesquisa e atualização permanente e com isso contribuindo para a melhoria da formação e dos cuidados assistenciais a prestar às mulheres grávidas, parturientes e puérperas” (Campos *et al.*, 2008: prefácio).

Nesse sentido, define-se que a vigilância pré-natal se deve basear no risco associado a cada gravidez, entendendo-se por gravidez de risco a mais propensa a “uma maior incidência de desfechos adversos (para a mãe e/ou feto) do que na população geral” (Campos *et al.*, 2008: 1).

Ora, esta noção de gravidez de risco que obedece a uma classificação específica, apesar de não se aplicar a todas, abrange um número muito considerável de fatores que não se cingem a questões físicas, o que alarga o leque de possibilidades de uma gravidez aparentemente normal, leia-se saudável, se enquadrar na classificação de gravidez de risco e é revelador da margem de atuação/ocupação da medicina obstétrica no espaço social.

Assim, apesar de a gravidez ser entendida como “um processo fisiológico” (Campos *et al.*, 2008: 5), uma vez que “o nível de vigilância pré-natal é classicamente baseado no risco que [lhe] está associado (...)” (Campos *et al.*, 2008: 3) e que esse risco se baseia em fatores muito abrangentes, alguns até de avaliação muito subjetiva – demográficos e socioeconômicos⁴⁵, comportamentais⁴⁶, antecedentes relacionados com complicações obstétricas⁴⁷, patologias maternas associadas à gravidez atual⁴⁸, patologias própria da

⁴⁴ Não fica excluída, obviamente, a possibilidade de outros protocolos serem adotados noutros centros hospitalares e de as diferenças de procedimentos se acentuarem, por exemplo, entre o contexto público e o privado.

⁴⁵ Os fatores aqui elencados são “Condições sociais muito adversas; Grávidas adolescentes ou com idade superior a 40 anos; Grávidas com obesidade (Índice de Massa Corporal – IMC \geq 35kg/m²) ou baixo peso (IMC \leq 18 kg/m²)” (Campos *et al.*, 2008: 3).

⁴⁶ “Grávidas fumadoras ($>$ 10 cigarros por dia); Hábitos alcoólicos moderados a graves; Toxicodependentes” (Campos *et al.*, 2008: 3).

⁴⁷ “Abortamento de repetição (\geq 3 consecutivos) ou abortamento tardio; Parto pré-termo; Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia; Diabetes gestacional; Isoimunização Rh ou de um outro grupo com significado clínico; Hemorragia antenatal ou pós-parto em duas ocasiões; Placenta prévia; Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida, Grande múltipara (\geq 6 partos); Morte fetal ou neonatal; Recém-nascido (RN) leve para a idade gestacional (IG) ($<$ P5) ou com baixo peso ($<$

gravidez atual⁴⁹ – podemos perceber que a possibilidade e a probabilidade de intervenção médica ao longo do processo de gravidez são elevadas.

Se nos centrarmos apenas nos fatores demográficos e socioeconómicos considerados neste protocolo para a definição da gravidez de risco podemos fazer várias leituras. Em primeiro lugar, não fica claro que instrumentos são usados para a avaliação das condições sociais de uma mulher e o que se entende por ‘muito adversas’. Não fica claro, também, se é o próprio médico quem faz essa avaliação e que recursos tem para o fazer.

Em segundo lugar, ao considerar-se gravidez de risco a de adolescentes ou de mulheres com mais de 40 anos, atendendo a que o intervalo da idade fértil, em termos etários, se situa entre os 15 e nos 50 anos (critérios biológicos adotados pela análise demográfica), então temos quase metade do intervalo etário total coberto com o ‘chapéu’ de gravidez de risco.

Para além disso, a própria vigilância de rotina na gravidez de baixo risco implica um conjunto de consultas e procedimentos (Campos *et al.*, 2008: 5-6) não negligenciáveis.

Nesse caso, as consultas previstas são até dez (antes das 12 semanas⁵⁰, às 16, 22, 28, 32, 35, 37, 39, 40, 41 semanas⁵¹), para além das, pelo menos, três ecografias (às 11-

2500 g); RN pesado para a IG (>P95) ou macrossómico (> 4500 g); Filho anterior com anomalia estrutural ou cromossómica ou história familiar de doença genética; Psicose puerperal; Uso de técnicas de reprodução medicamente assistida na presente gravidez; Doença neoplásica do trofoblasto; Insuficiência cervical” (Campos *et al.*, 2008: 3-4).

⁴⁸ “Doença cardíaca; hipertensão arterial crónica; Doença renal crónica; Diabetes *mellitus* ou outra patologia endócrina (nomeadamente doença de Cushing, hipo e hipertiroidismo); Patologia psiquiátrica; Doenças hematológicas: anemia (Hg < 10 g/dl), hemoglobinopatias (talassemia, drepanocitose), tromboembolismo, púrpura trombocitopénica idiopática e síndrome antifosfolipídica; Doenças neurológicas: epilepsia necessitando de terapêutica e miastenia *gravis*; Neoplasia; Asma brônquica grave; Doenças autoimunes (lúpus eritematoso disseminado e outras colagenoses); Malformações uterinas e/ou cirurgia uterina ginecológica prévia; Doença inflamatória intestinal crónica (Doença de Crohn e colite ulcerosa); Infecção por VIH, hepatite B ou C, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus ou sífilis; Outra patologia materna grave” (Campos *et al.*, 2008: 4).

⁴⁹ “Malformação fetal, hidrôpsia fetal, alterações do ritmo cardíaco fetal; Rastreo de cromossomopatias positivo (ou opção de grávida com > ou = 35 anos por amniocentese); Hemorragia do 2º e 3º trimestres; Restrição de crescimento fetal; Isoimunização Rh; Doença hipertensiva da gravidez; Diabetes gestacional; Gravidez múltipla; Ameaça de parto pré-termo; Placenta prévia após as 30 semanas; Alterações do líquido amniótico (oligoâmnio e hidrâmnio); Suspeita de colestase gravídica; Apresentação pélvica após as 35 semanas” (Campos *et al.*, 2008: 4).

⁵⁰ Nesta primeira consulta prevê-se a “Identificação de grávidas que necessitem de cuidados adicionais; Informações gerais (suportadas por informação escrita); Suplementação com ácido fólico; Exame vaginal; Citologia cervico-vaginal – se não tiver citologia normal há menos de 1 ano; determinação do IMC; Informação sobre rastreo de cromossomopatias; Preenchimento do boletim de Saúde da Grávida” (Campos *et al.*, 2008: 5).

⁵¹ Em cada consulta prevê-se a *avaliação* fetal e materna. Na avaliação fetal considera-se a “Frequência cardíaca fetal (Doppler), a partir das 11 semanas; Avaliação da altura uterina, a partir das 25 semanas; Cardiotocografia, a partir das 37 semanas; Situação e apresentação fetal, às 35-37 semanas” (Campos *et al.*, 2008: 5). Quanto à grávida, avaliam-se os “Sintomas de condições que possam afectar a mãe e o feto; Pressão arterial (medição automática, braço direito, sentada); Peso actual e variação ponderal; Análise sumária de urina com fita-teste (proteinúria); Suplementação com ferro, se hemoglobina < 11 g/dl; Imunoglobina anti-D às grávidas Rh negativas às 28 semanas; Proposta de versão cefálica por manobras externas, se apresentação pélvica às 36-37 semanas; Pesquisa de grávidas portadoras de estreptococos B às 35-37 semanas; Toque vaginal a partir das

13⁵² semanas, às 20-22⁵³ e às 30-32⁵⁴ semanas, podendo ser ainda indicada uma ecocardiografia fetal), das análises previstas para três momentos (até às 14 semanas⁵⁵, às 24-26 semanas⁵⁶ e às 32-34 semanas⁵⁷) e do rastreio de cromossomopatias.

As análises ao sangue nos três momentos sugerem a repetição de marcadores, assumindo a possibilidade de risco iminente em cada fase da gravidez, mesmo se não detetado anteriormente e justificando a necessidade de controlo vigiado do início ao fim do processo.

Ora, umas e outras (gravidezes de baixo e de alto risco), no conjunto perfazem o universo possível de gravidezes pelo que, segundo o documento referido, é expectável que todas tenham um forte acompanhamento médico, do princípio ao fim.

Para além das definições e da avaliação pré-natal que estão previstas em situações de gravidezes acompanhadas desde o início, o documento que referimos indica os tratamentos e intervenções necessários para as diferentes “patologias da gravidez” (Campos *et al.*, 2008) mas, também, os “Cuidados assistenciais de rotina durante o trabalho de parto” (Campos *et al.*, 2008: 157) e os “Factores de risco para o trabalho de parto” (Campos *et al.*, 2008: 161). Cria-se, assim, um novo conceito, associado a uma outra fase do nascimento, a do parto: o conceito de parturientes de “risco alto” (Campos *et al.*, 2008: 161).

Este último revela que gravidezes não consideradas de risco (e cujos partos, por isso mesmo, seriam à partida vigiados por enfermeiros parteiros especialistas em saúde materna e obstétrica) podem, por altura do parto, em função da consideração de certos fatores, assumir uma nova condição, catalogada de risco, justificando a “orientação médica do trabalho de parto” (Campos *et al.*, 2008: 161). Desse conjunto de fatores fazem parte fatores sociais como uma insuficiente vigilância da gravidez (com menos de três consultas pré-natais).

37 semanas, descolamento de membranas a partir das 39 semanas; proposta de indução de parto às 41 semanas de gestação” (Campos *et al.*, 2008: 5).

⁵² Onde se avalia a idade gestacional, a translucência da nuca e se procede à determinação da corionicidade (Campos *et al.*, 2008: 6).

⁵³ A designada ecografia morfológica (Campos *et al.*, 2008: 6).

⁵⁴ Para “avaliação de crescimento fetal e perfil biofísico” (Campos *et al.*, 2008: 6).

⁵⁵ “Hemograma com contagem de plaquetas; Bioquímica (glicemia em jejum, ácido úrico, creatinina); Grupo de sangue, factor Rh e teste de Coombs indirecto; Toxoplasmose, rubéola, VDRL, VIH 1 e 2, hepatite B, hepatite C (se toxicodependente ou antecedentes de transfusão), CMV (se profissão de risco); Exame bacteriológico de urina; Prova de O’Sullivan para rastreio de diabetes gestacional (se factores de risco)” (Campos *et al.*, 2008: 6).

⁵⁶ “Hemograma com contagem de plaquetas; Teste de Coombs indirecto (se incompatibilidade Rh); VDRL e Toxoplasmose (se não imune na avaliação anterior); Exame bacteriológico de urina; Prova de O’Sullivan” (Campos *et al.*, 2008: 6).

⁵⁷ “Hemograma com leucograma e contagem de plaquetas; estudo mínimo de coagulação; VDRL, VIH 1 e 2, toxoplasmose (se não imune na avaliação anterior) e hepatite B (em casos de risco); Exame bacteriológico de urina” (Campos *et al.*, 2008: 6).

Os cuidados assistenciais de rotina previstos para o decurso do trabalho de parto dividem-se em “Cuidados prestados na admissão da parturiente à unidade”⁵⁸; “Cuidados de rotina na fase latente do trabalho de parto”⁵⁹, “Cuidados de rotina na fase ativa do trabalho de parto”⁶⁰, “Cuidados de rotina no período expulsivo”⁶¹ (cuja duração máxima também é

⁵⁸ “Avaliação da temperatura axilar/auricular; Avaliação da tensão arterial (TA) no braço direito com grávida sentada – esfigmomanómetro de hg nas grávidas com antecedentes de hipertensão, medidor automático nas restantes; Avaliação de proteinúria (excepto nos casos de rotura de membranas); Informação à parturiente e família dos regulamentos do bloco de partos; Se a dilatação for inferior a 7 cm, explicar vantagens da administração de microclisteres e se a grávida desejar, administrar 180 mg de citrato de sódio (Microlax)” (Campos *et al.*, 2008: 157).

⁵⁹ “Avaliação da temperatura axilar/auricular, pulso radial e TA de 4/4 h; Exame tocológico de 2/2h se ocorrerem contracções rítmicas; Exame tocológico imediato após suspeita de rotura de membranas; Avaliação cardiotocográfica durante 30 min em cada 2 h, se não tiver havido recentemente utilização de ocitocina e/ou prostaglandinas (se a parturiente não tiver assinado consentimento informado para o feto ser monitorizado com auscultação intermitente). Nas restantes parturientes preconiza-se a cardiotocografia (CTG) contínua; Nas parturientes sem rotura de membranas e que ainda não foram submetidas a analgesia epidural não se preconiza a restrição de mobilização se não estiverem a realizar CTG; Registo no partograma de todos os dados recolhidos; Líquidos claros (água, gelo, chá com ou sem açúcar) se a parturiente desejar; Não se preconiza a administração por rotina de soros. Após as 6h de jejum, mantendo-se o diagnóstico de fase latente do trabalho de parto, preconiza-se a cateterização de veia do antebraço com agulha de 18 ou 20G e administração de soro fisiológico com glicose 1000 ml EV ao ritmo de 100 ml/h (se a parturiente não tiver pedido para não receber soros)” (Campos *et al.*, 2008: 157-158).

⁶⁰ “Cateterização de veia do antebraço com agulha de 18 ou 20 G e administração de soro fisiológico com glicose 1000 ml EV ao ritmo de 100 ml/h (se a parturiente não tiver pedido para não receber soros); Avaliação da temperatura axilar/auricular, pulso radial e TA de 4/4 h; Exame tocológico de hora a hora se nada ocorrer que justifique exame imediato; Monitorização cardiotocográfica externa contínua excepto nas parturientes obesas e/ou quando existe elevada perda de sinal que fazem monitorização cardiotocográfica contínua interna (se a parturiente não tiver assinado consentimento para o feto ser monitorizado com auscultação intermitente); Preconiza-se a rotura artificial de membranas por rotina após os 5 cm de dilatação nas situações de apresentação cefálica insinuada, excepto se houver indicação anterior para monitorização interna; Registo no partograma de todos os dados recolhidos; Não se preconiza o decúbito obrigatório, podendo a parturiente sentar-se na cama, desde que não interfira com o registo cardiotocográfico. Deve ser evitado o decúbito dorsal prolongado. Em parturientes submetidas a analgesia epidural alteram-se os seguintes cuidados: Cateterização de veia do antebraço com agulha de 18 ou 20 G e administração de soro fisiológico com glicose, 1000 ml EV ao ritmo de 100 ml/h; Avaliação do pulso radial e TA com medidor automático – cada 10 minutos na 1ª hora e cada 15 min nas seguintes; Avaliação da temperatura axilar/auricular de 2/2 h; monitorização cardiotocográfica contínua; decúbito lateral obrigatório” (Campos *et al.*, 2008: 157-158).

⁶¹ “Presença sempre que possível de 3 profissionais de saúde; responsável pelo parto, ajudante e responsável dos cuidados ao recém-nascido (RN). Presença no mínimo de 2 profissionais de saúde: responsável pelo parto e responsável dos cuidados ao RN; Posicionamento da parturiente em posição ginecológica, com pernas, e elevação da cabeceira da cama a 30º (excepto se a grávida referir que prefere outra posição); Desinfecção vulvar e perineal com solução iodada, excepto se houver antecedentes de alergia; Colocação de protecções esterilizadas à volta dos membros inferiores e por baixo do períneo; Preparação do responsável pelo parto com máscara, bata cirúrgica esterilizada e luvas esterilizadas; Avaliação da FCF até ao momento do nascimento da cabeça com cardiotocografia externa e avaliação frequente do pulso materno. Em alternativa pode-se optar pela cardiotocografia interna contínua ou auscultação fetal a seguir a cada contracção; Tricotomia local e episiotomia mediolateral esquerda selectiva, apenas nas situações de eminência de laceração (não realizar se a parturiente tiver assinado o consentimento informado para a não realização da episiotomia); Registo da hora de nascimento pelo responsável dos cuidados ao RN (relógio apropriado em cada sala de partos); Colocação do RN ao nível da pelve materna após o nascimento; Aspiração da orofaringe, nas situações em que o RN não chora logo a seguir ao nascimento e quando existe mecónio espesso; Laqueação tripla precoce do cordão umbilical, primeiro com pinça

definida e varia em função do número de filhos anteriores – nulípara vs. múltipara – e da administração, ou não, de analgesia epidural); “Cuidados de rotina no pós-parto imediato”⁶²; “Cuidados de rotina no pós-parto cirúrgico”; “Cuidados de Rotina ao recém-nascido”.

Estas indicações remetem para as diferentes fases do parto – definido como “a saída do feto do útero materno” – que, de facto, se considera, habitualmente, dividido em três fases ou até em quatro. A primeira fase corresponde ao período de contrações do útero, que poderão ser até 3 em cada 10 minutos, com duração aproximada de 40 segundos. A segunda fase corresponde ao período expulsivo, do nascimento propriamente dito, acontecendo com a cérvix completamente dilatada (10 cm). A terceira fase corresponde à expulsão da placenta e membranas. Pode ainda considerar-se uma quarta fase que tem início imediatamente após a saída da placenta (até cerca de uma hora depois) e que se designa de período de Greenberg, definido como o mais crítico para a ocorrência de hemorragias (Wikipédia, 2010: *Parto*).

Ora, a consulta desta definição de práticas obstétricas bem delimitadas e protocolarmente enquadradas, não obstante a importância do seu suporte em evidências científicas, remetem-nos para uma reflexão de Lobo Antunes (1998) que identifica três áreas para ilustrar como a nova cultura tecnológica veio alterar a essência do ato médico.

A primeira, que aponta para “as tecnologias de informação, que permitem o saber imediato e universalmente acessível, a notícia de novas modalidades de tratamento, tantas vezes ainda em fase de mero ensaio clínico, e a identificação de centros de excelência (...)” (Antunes, 1998: 566), pode ser ilustrada com a forma como atualmente se acompanha uma gravidez (de baixo risco).

de Kocher próximo da vulva, segundo com pinça de Kocher a cerca de 4 cm do abdómen fetal, terceiro com *clamp* apropriado a cerca de 3 cm do abdómen fetal. Secção do cordão entre a 2ª e a 3ª laqueações (poderá ser realizada pela parturiente ou pelo acompanhante se a primeira manifestar vontade)” (Campos *et al.*, 2008: 158-159).

⁶² “Nas situações de índice de Apgar baixo, colheita pelo responsável do parto de sangue umbilical para gasimetria (...); Colheita de sangue do cordão umbilical de acordo com protocolos de incompatibilidade Rh e ABO; Início imediato (antes da dequitação) de perfusão ocitócica com 10 UI em 500 ml de soro polielectrolítico ao ritmo de 250 ml/h, se a grávida estiver sem soros 10 UI de ocitocina IM; Aguardar até 1 h após o nascimento pela dequitação espontânea, desde que a hemorragia seja escassa e exista estabilidade hemodinâmica; Extração placentária por tracção controlada do cordão umbilical e pressão suprapúbica moderada após assegurar que existe descolamento placentário; Avaliação da formação do globo de segurança e quantidade de sangue perdido cada 15 min nas primeiras 2 h; Avaliação do pulso radial e TA cada 15 min com medidor automático, nas primeiras 2 h; Desinfecção vulvar e perineal com solução iodada, excepto se houver antecedentes de alergia; Restrição da alimentação até às 2h pós-parto; Colocação do RN junto da mãe e início da amamentação logo que possível (excepto se contra-indicado); Remoção do cateter epidural, 2 h após o parto; Remoção do cateter de perfusão EV, 2 h após o parto, se não houver prescrição de medicamentos por via EV; Passagem ao Sector do Puerpério, 2 h após o parto. Se houver lugar a episiorrafia ou correcção de lacerações perineais: Colocação de protecções esterilizadas à volta dos membros inferiores e por baixo do períneo; preparação do responsável pelo parto com máscara, bata cirúrgica esterilizada e luvas esterilizadas; Episiorrafia/correcção de laceração perineal (...); Desinfecção vulvar e perineal com solução iodada, excepto se houver antecedentes de alergia” (Campos *et al.*, 2008: 159-160).

Contra as 3 ecografias (cujos efeitos para o feto não são, ainda, suficientemente conhecidos) que a OMS (e, em Portugal, a própria Direcção-Geral da Saúde) recomenda que se façam ao longo de toda a gravidez⁶³, estas podem acontecer tantas vezes quantas as consultas a que for a gestante, consultas essas que também se generalizaram e não raramente acontecem todos os meses da gestação (o documento que consultámos sobre protocolos hospitalares referia-se, no caso de gravidezes de baixo risco, a um número de consultas que poderia ir até 10).

As ecografias apresentam cada vez mais particularidades (sem benefícios diretos para o bem-estar da mãe e do feto) como o recurso a 3 e 4 dimensões, o que aguça ainda mais o apetite dos ‘consumidores’, que passam a encarar a ecografia não só como uma forma de avaliar o bem-estar fetal mas antes como uma forma de contacto com a criança (minimizando o facto de se desconhecerem os efeitos da mesma), o que potencia a sua multiplicação.

Esse contacto, através de ecografias, permite a identificação do feto como sujeito socialmente construído, subjetivado, identificado e ‘generificado’ pelos atores exteriores. Neste processo de personificação do feto, como uma entidade exterior à mãe, é reforçado o papel de poder e protagonismo do profissional que manuseia a tecnologia e que permite esse contacto, secundarizando o papel social e fisiológico da mulher mãe, ali mera consumidora e espectadora de um espetáculo a que também assiste de fora (Chazan, 2005).

As ecografias, nos casos de gravidezes de baixo risco, podem funcionar como um instrumento de medicalização do nascimento e de sujeição ao controlo médico, através do não reconhecimento da capacidade da mulher conhecer o seu corpo e de o saber avaliar.

Já vimos atrás como são rotineiras, também, práticas onde a tecnologia é um recurso indispensável como a realização de CTGs no final da gravidez, para avaliar o ritmo das contrações uterinas, a monitorização fetal no trabalho de parto e a indução artificial para provocar, estimular e apressar as contrações do útero e, por aí, o trabalho de parto.

Ora, de acordo com as evidências científicas, as recomendações da OMS apontam para um uso moderado desses procedimentos que deverão ser usados apenas em casos com indicação específica (Enkin *et al.*, 2005: 46-49).

Em segundo lugar, Lobo Antunes refere-se à tecnologia da imagem, que tornou muitas doenças imediatamente apreensíveis, pelo reconhecimento visual do inimigo, cara a cara, estabelecendo coordenadas epistemológicas

⁶³ Há, aliás, recomendações recentes que se revelam ainda mais prudentes. A Autoridade Sueca para a Segurança Radiológica recomenda, a este propósito, que, salvo indicações médicas precisas, a avaliar caso a caso, não seja feita qualquer ecografia no decurso da gravidez, pelos efeitos que as mesmas podem ter nos fetos, nomeadamente a nível neurológico e de aquecimento (Sverigesradio, 2010).

lineares, mas também demasiado simplistas e redutoras do fenómeno complexo que é a *doença no doente*, (...) [transformando] o doente de pessoa em caso (Antunes, 1998: 566).

No caso da obstetrícia, voltamos às ecografias. Mas, também, aos partos, que são, por natureza, acontecimentos únicos, aqui encarados de forma padrão, atuando-se no sentido de evitar desvios. São disso exemplo a indução ou aceleração do trabalho de parto e as cesarianas eletivas. Mas também as próprias rotinas associadas a todo o processo hospitalar associado ao parto, desde a admissão da parturiente.

No caso da indução ou aceleração do trabalho de parto (indicada para situações definidas e classificadas como “trabalho de parto em fase ativa inadequada”) (Campos *et al.*, 2008: 170-171), está previsto que estes procedimentos possam originar o que, em gíria, é referido como ‘efeito de bola de neve’ de intervenções obstétricas, segundo o qual as intervenções no nascimento potenciam novas intervenções podendo, por exemplo, um nascimento com condições aparentes para acontecer via vaginal, terminar em cesariana, após uma ‘cascata’ de intervenções.

Essa possibilidade é aliás prevista no documento protocolar que consultámos onde se prevê a existência de casos de hiperestimulação uterina (em que se registam mais de 5 contrações em cada 10 minutos, durante um período superior a 20 minutos ou contrações com duração superior a 2 minutos) decorrentes, justamente, de indução ou aceleração de trabalho de parto e cuja terapêutica começa pela suspensão do estímulo medicamentoso mas pode implicar nova terapêutica farmacológica e, no limite, a realização de cesariana de emergência (Campos *et al.*, 2008: 172).

Outro exemplo do encadeamento de intervenções é o facto de “cerca de 30% das cesarianas [serem] condicionadas pela existência de uma cesariana prévia”, sendo que diferentes instituições internacionais de saúde recomendam a realização de partos vaginais após uma cesariana (PVAC), cujo sucesso se situa entre os 60 e 80% (Campos *et al.*, 2008: 168).

Outro exemplo ainda passa pelos procedimentos previstos no seguimento da administração de analgesia epidural.

No caso das cesarianas eletivas, estas últimas são mensuráveis, pelo menos de forma relativa, se se avaliar a frequência de cesarianas ao longo dos diferentes dias da semana e do fim de semana. Jones (2010) mostra como entre sexta-feira e domingo, em diferentes hospitais brasileiros, o seu número tende a ser substancialmente inferior ao verificado nos restantes dias da semana.

Ora, o aumento da frequência das cesarianas torna mais previsível o decurso dos acontecimentos, possibilitando a consideração dos nascimentos como acontecimentos-padrão mas podendo trazer, ironicamente, efeitos perversos.

É o que se explica no livro “Emergências Obstétricas” (entendidas como “complicações agudas da gravidez que põem em risco a vida da mãe e/ou do feto e cuja resolução exige uma resposta quase imediata (habitualmente em minutos) por parte da equipa de saúde”), redigido por profissionais de obstetrícia, quando se diz que “a crescente subespecialização nas áreas da Ginecologia e Obstetrícia” e “a crescente taxa de cesarianas [que] levou a uma redução da incidência [de situações de emergência obstétrica] mas não [as] eliminou completamente (...) contribuíram para que exista atualmente algum receio em relação à ocorrência de situações de emergência obstétrica, juntamente com uma relativa inexperiência na sua resolução, sobretudo pelos profissionais mais novos” (Campos *et al.*, 2011: 3).

Neste enquadramento, os autores referem resultados de estudos sobre a mortalidade materna e perinatal, no Reino Unido, a partir da aplicação de inquéritos confidenciais, que revelam indícios “de cuidados obstétricos inadequados em cerca de 50% dos casos” (Campos *et al.*, 2011: 3). A própria prática de cesarianas associa-se a uma maior morbidade materna (Campos *et al.*, 2008: 168).

Ainda neste ponto, em que Lobo Antunes refere a assimilação da pessoa em caso, encontramos ilustrações de como se naturaliza a supremacia da tecnologia face ao bem-estar materno-fetal. Como a indicação, no decurso da fase ativa do trabalho de parto, para o não decúbito obrigatório, desde que não haja interferência no registo cardiotocográfico. Sendo que este registo pode ser dispensado mas para tal exige-se o consentimento informado e assinado da parturiente para uma monitorização fetal com auscultação intermitente.

Esta questão, como outras (a parturiente pode pedir para não receber soro, por exemplo) remete para duas questões importantes. Por um lado, para a abertura que se encontra, mesmo a nível protocolar, para a partilha de decisão entre o pessoal hospitalar e a mulher parturiente, dando margem a um menor nível de intervenção e, sobretudo, ao poder de escolha da mulher, à sua *capacitação* nas decisões relativas a um acontecimento em que é protagonista.

Mas, por outro, para a necessária informação de que a mulher deverá dispor para se sentir capaz de assumir esse poder escolha, de ter capacidade de decisão, num ambiente que não é o seu e em contexto emocional claramente alterado.

Por outro lado ainda, esta delegação de poderes pode ter uma leitura que remete para a prática de uma medicina defensiva, na medida em que a não utilização de tecnologias que controlem de forma muito apertada o decorrer do trabalho de parto são remetidas para uma exclusiva responsabilidade materna. O *medo dos processos* é, justamente, um dos fatores que Jones (2010:18) aponta como obstáculo para uma prática médica pautada pelo equilíbrio entre evidência e assistência.

Em terceiro lugar, Lobo Antunes aponta para a introdução de tecnologias que designou de “bélicas, destinadas à eliminação imediata, à redução ao nada, do agressor. (...) É, pois, bem compreensível o sucesso das técnicas chamadas minimamente invasivas, que eliminam a doença quase sem deixarem marca visível. Daí o extraordinário apelo popular das terapias por laser” (Antunes, 1998: 566).

E, acrescentamos nós, o apelo das cesarianas, cada vez mais incisivas, com sinais exteriores cada vez menos evidentes (as cicatrizes remetidas para uma fina linha junto à zona púbica não ensombra a imagem que se quer do corpo idealizado, intocado e jovem⁶⁴) num processo que se procura cada vez mais alheado do natural, e cada vez mais controlado, higienizado, asséptico e isolado.

Mas esta aparente não invasão não deixará cicatrizes bem mais profundas a outros níveis? Quando se invade cada vez mais o corpo quando menos ele espera e se prepara para o efeito, a suposta eliminação de marcas, não estará antes a potenciá-las? A um nível bem mais profundo que o físico?

No que diz respeito à intervenção excessiva, Jones refere mesmo que com uma formação cada vez mais centrada na patologia e na resolução de problemas e doenças, o obstetra (...) perde o contacto com a fisiologia do nascimento, (...) afastando[-se] das habilidades múltiplas necessárias para a prática obstétrica fisiológica. (...) A “redução” do nascimento a uma série previsível de eventos mecânicos retirou dos profissionais que o atendem as capacidades de entendimento psicológico, afetivo, emocional e espiritual, elementos fundamentais para uma compreensão ampla do processo (Jones, 2010: 21).

Essa intervenção pode justificar-se cada vez mais pela segurança que se atribui aos procedimentos obstétricos tal como são praticados hoje em dia, em hospitais modernos e bem equipados onde, em situações de baixo risco, uma cesariana pode ser considerada tão segura como um parto vaginal para a saúde materna e fetal (Odent, 2005: 34).

A questão deve colocar-se, então, não apenas na segurança mas, cada vez mais, na necessidade desse tipo de intervenções, em situações de baixo risco, e nas consequências dessas intervenções. O que remete, entre outras, para questões éticas que surgem por parte da profissão médica face ao apelo de muitas parturientes no sentido de cesarianas a pedido (Odent, 2005. 19-20).

E remete para o desconhecimento geral de muitas das implicações das escolhas feitas pelos diferentes protagonistas do nascimento, pela sua não revelação imediata. Ora, muitos dos estudos que começam a surgir sobre as implicações dos procedimentos obstétricos (divulgados, por exemplo, no Primal Health Research Databank) e que dão conta

⁶⁴ Não será por acaso que esta evolução nos resultados estéticos da cesariana ocorre numa altura em que, na praia, se dá a revolução do biquíni (Odent, 2005: 25).

dessas implicações, referem-nas como atuando na saúde da mãe e do feto, a curto mas, também, a médio e longo prazo.

Para as mulheres, um exemplo será o maior número de situações de depressão pós-parto nos casos em que há mais intervenção (nomeadamente com recurso a tecnologia) e em que a mulher tem menos controlo no processo (Miles, 1991: 195), bem como o facto de, no hospital, o desconforto psicológico (que pode ter diferentes designações, desde “baby-blues” a “depressão pós-parto” e costuma ser atribuído a alterações hormonais que decorrem do parto) ter uma incidência superior ao que verifica em casa (Miles, 1991: 194).

A essas situações, que variam em função do contexto e não só em função da situação clínica, é atribuída uma terminologia médica que as enquadra (cataloga) numa patologia específica, sujeita, mais uma vez, ao controlo médico e a respetiva intervenção, eventualmente desajustada do enquadramento individual da mulher (Miles, 1991: 196).

No caso dos bebés, Odent (2010), usando as expressões ‘ecologia do útero’ e ‘interação gene-ambiente’, refere que a nossa saúde é, em boa medida, moldada no útero e na altura do nascimento, sendo que se está a definir cada vez melhor qual é o momento para a interação gene-ambiente, em relação à determinação de certas doenças e traços de personalidade.

Segundo o autor, na análise do período crítico de interação gene-ambiente, têm sido detetados fatores de risco associados à vida fetal, o que dá um novo entendimento da própria noção de saúde. Determinadas doenças como a asma, por exemplo, revelam uma incidência claramente superior em crianças e adultos nascidos de forma específica, como a cesariana (Odent, 2010).

6.2. Intervenção obstétrica e Risco

Em diferentes países para os quais existem dados, como Inglaterra, Estados Unidos e Brasil, a especialidade da obstetrícia é aquela cujos médicos são mais vezes alvo de processos jurídicos, sendo que a sua maioria se deve a complicações na assistência a partos ‘normais’, ou naturais, sendo diminutos os casos decorrentes de nascimentos por cesariana. Com base, também, nessa informação, a atual medicina obstétrica assume contornos claramente ‘defensivos’, sustentando-se em práticas intervencionistas.

A este propósito, Jones vai ao encontro do que Antunes considerava ser a existência de uma medicina da tecnologia pela tecnologia, quando diz que os profissionais “estão protegidos por um manto de proteção, através do *‘imperativo tecnocrático’*, que diz que ‘se houver tecnologia ela *deve ser usada*’” (Jones, 2010: 21-22).

O reconhecimento social e cultural que existe ainda de forma bastante enraizada face à profissão médica não parece permitir, contudo, um questionamento profundo sobre a

intervenção médica no processo de nascimento nem mesmo sobre os riscos criados nessa política de intervenção.

A medicalização do nascimento (Silva e Alves, 2003: 53) estruturou-se, justamente, em torno de um discurso de risco, mas no sentido inverso, tornando um fenómeno anteriormente encarado como natural, como um fenómeno com uma carga potencialmente patológica e patologizante. E é em torno desse discurso de risco que parece assentar a atual filosofia obstétrica, culminando na ideia da gravidez como doença, como algo que exige um acompanhamento em contexto hospitalar, de forma regular, sistematizada, documentada, como outra qualquer patologia.

Ora, a assunção de outros riscos, os da medicalização e hospitalização, provocados por esta nova postura face à gravidez e ao nascimento será, também, de considerar. De facto, a transferência de contexto não poderá simplesmente ter anulado todo o risco associado ao nascimento porque, por definição, qualquer situação implica risco.

A medição desses 'novos' riscos é comprometida pelo facto de muita da informação necessária estar sujeita ao registo de procedimentos médicos e técnicos que não acontece de forma sistemática e organizada.

Na própria comunicação médico-paciente parece haver uma predisposição para a comunicação e transmissão de informação por parte da profissão médica variar em função do perfil do paciente, nomeadamente, no que diz respeito a variáveis como a classe, o género (favorecendo a população trabalhadora e os homens) ou a nacionalidade (Miles, 1991: 177), mas, também, pela deliberada utilização de terminologia demasiado técnica na linguagem médica, que reforça o fosso entre médicos e pacientes e inibe o surgimento de questões (Miles, 1991: 179-80).

Ora, se o acesso à informação parece ser determinante no conhecimento e gestão do risco (Beck, 2001), se a falta de informação se associa a falta *capacitação no poder de decisão* (Miles, 1991: 177-179), e havendo uma discriminação positiva face a um perfil de indivíduos que, por si só, também já teriam um acesso privilegiado à informação sobre as condições da gravidez e do parto, parece então aqui haver um reforço de condições para que esses acontecimentos sejam vividos por esses indivíduos de forma mais informada, mais preparada para os riscos e com mais garantia de que as decisões ou vontades individuais sejam consideradas para o decurso dos acontecimentos.

Um estudo recente (Nieuwenhuijze *et al.*, 2011) revela, por exemplo, a importância do nível de escolaridade, do local do parto e do profissional de saúde que acompanha o parto (médico vs. parteira) como determinantes na capacidade de decisão materna face ao decurso do parto que protagoniza e consequentes experiências positivas de partos.

É nesse sentido que surge o conceito de *humanização do nascimento* (ou até *desmedicalização* ou *naturalização do parto*) (Neves, 2011), com movimentos associados

(em Portugal temos o exemplo da criação da Associação pela Humanização do Parto, a Humpar, em 2006) que reclamam um novo contexto de nascimento e cuja ideologia central é a de ‘devolver’ à mulher o protagonismo do parto e do nascimento dos seus filhos e do poder de decisão em torno do mesmo.

São movimentos que preconizam a assistência ao nascimento centrada no respeito pelo bem-estar holístico da mulher e da criança e que se baseiam em critérios da OMS que possibilitem um parto designado “normal”. Esses critérios, citados pela Humpar, no quadro das recomendações da OMS no “Atendimento ao Parto Normal” ordenam-se da seguinte forma: Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas⁶⁵; Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas⁶⁶; Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada⁶⁷; Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado⁶⁸.

⁶⁵ “1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado ao seu marido/companheiro e, se aplicável, à sua família; 2. Avaliar os factores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contacto com o sistema de saúde e no momento do primeiro contacto com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto; 3. Monitorizar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como no final do processo de nascimento; 4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto; 5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações; 6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante; 7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; 8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto; 9. Respeito pela escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto; 10. Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem; 11. Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento; 12. Fazer monitorização fetal com auscultação intermitente; 13. Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto; 14. Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebé e na dequitação da placenta; 15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; 16. Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto; 17. Monitorizar cuidadosamente o progresso do trabalho de parto, por exemplo, pelo uso do partograma da OMS; 18. Utilizar occitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue; 19. Esterilizar adequadamente o corte do cordão; 20. Prevenir hipotermia do bebé; 21. Realizar precocemente contacto pele com pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme directrizes da OMS sobre aleitamento materno; 22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.” (OMS cit. por Humpar)

⁶⁶ “1. Uso rotineiro de enema [clister]; 2. Uso rotineiro de raspagem dos pêlos púbicos; 3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto; 4. Inserção profiláctica rotineira de cânula intravenosa ; 5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto; 6. Exame retal; 7. Uso de pelvimetria radiográfica; 8. Administração de occitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o seu efeito não possa ser controlado; 9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto; 10. Esforços de ‘puxo’ prolongados e dirigidos (manobra de Valsava) durante o período expulsivo; 11. Massagens ou distensão do períneo durante o parto; 12. Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias; 13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação; 14. Lavagem rotineira do útero depois do parto; 15. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.” (OMS cit. por Humpar)

⁶⁷ “1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa; 2. Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d’água) durante o início do trabalho de parto; 3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto; 4.

As condutas que a OMS apresenta como úteis e a encorajar remetem, sobretudo, para a importância de, avaliados os fatores de risco associados a cada gravidez e garantindo uma vigilância profissional e preparada para situações de risco, respeitar as escolhas da mulher, o seu direito à informação, à privacidade e intimidade, bem como a não utilização de procedimentos invasivos desnecessários no decurso do parto, naturalizando este acontecimento o mais possível.

No mesmo sentido, as condutas consideradas prejudiciais, inadequadas ou inapropriadas fazem referência, sobretudo, à forma invasiva e desnecessária com que podem ser utilizados métodos e procedimentos médicos, farmacológicos ou de higiene em partos definidos como “normais”.

Ora, só a necessidade de identificação de condutas mais ou menos apropriadas revela a complexidade que assume a atual gestão da assistência ao nascimento. Gestão que decorre da deslocalização do parto do ambiente familiar e doméstico para um ambiente descontextualizado que é o hospital, onde o nascimento assume um carácter público e é gerido em função de rotinas, normas e critérios institucionais e protocolares que a mulher não domina ou conhece.

A experiência do nascimento de um filho vivida a partir de uma gestão de expectativas individuais, íntimas e privadas que interagem, por sua vez, com os “sistemas de saúde e o dispositivo biomédico” (Neves, 2011: 39) resulta, assim, numa experiência complexa e condicionada por múltiplos fatores, alguns contraditórios.

Se é legítimo assumir a transferência da assistência ao nascimento da esfera privada para a pública em nome da redução dos níveis de mortalidade materna e infantil, será legítimo, também, a garantia da vivência destes acontecimentos como experiências íntimas, pessoais, privadas que não deixam de o ser, pela sua transferência de contexto. Mas a forma como se dá, atualmente, essa transferência comporta todo o risco associado à tensão

Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto; 5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento; 6. Utilização de occitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação; 7. Clampeamento precoce do cordão umbilical; 8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação.” (OMS cit. por Humpar)

⁶⁸ “1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto; 2. Controle da dor por agentes sistêmicos; 3. Controle da dor através de analgesia epidural; 4. Monitorização eletrónica fetal; 5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto; 6. Exames vaginais frequentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços; 7. Correção da dinâmica com a utilização de occitocina; 8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto; 9. Cateterização da bexiga; 10. Estímulo para o ‘puxo’ quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes de a própria mulher sentir o ‘puxo’ involuntário; 11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto; 12. Parto operatório (cesariana); 13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia; 14. Exploração manual do útero depois do parto.” (OMS cit. por Humpar)

entre a visão individual do parto e “a experiência de interação com os serviços de saúde, de violência, não apenas simbólica mas material sobre os corpos” (Neves, 2011: 41).

6.3. Violência obstétrica ou *incapacitação*

No que diz respeito às intervenções médicas na obstetrícia, nomeadamente, na assistência ao nascimento em contexto hospitalar, alguns estudos (Oliveira *et al.*, 2002; Aguiar, 2010), retomados por movimentos de apoio ao parto humanizado, introduzem o conceito de *violência*⁶⁹ *obstétrica*, para designar procedimentos decorrentes da assistência sobretudo hospitalar.

De facto, apesar de os níveis de mortalidade e morbilidade maternas serem claramente mais residuais no contexto ocidental face aos níveis dos países em desenvolvimento, são identificadas muitas mortes evitáveis e queixas associadas à qualidade do tratamento recebido em cidades, onde a maioria dos partos ocorre em contexto hospitalar, com acesso privilegiado a diferentes recursos (Oliveira *et al.*, 2002: 1681).

Pelo que se sugere que alguns dos problemas associados a situações evitáveis se prende com a violência dirigida às parturientes que caracteriza o padrão de atendimento e assistência obstétrica no contexto ocidental (Oliveira *et al.*, 2002: 1681).

Oliveira trabalha com quatro tipos de violência, na assistência ao nascimento – negligência (indiferença ou ausência no atendimento e indicações para não incomodar os profissionais de saúde durante o trabalho de parto), violência verbal (mau tratamento, ameaças, repreensões, gritos e humilhação intencional), violência física (com o exemplo do não alívio da dor, mesmo que tecnicamente indicado) e violência sexual – mas identifica outros, como a excessiva ou mesmo inapropriada intervenção médica no parto ou práticas que causam desconforto ou dor à mulher e que não têm sustentação científica (Oliveira *et al.*, 2002: 1681).

As ilustrações e exemplos dados nestes estudos são muito abrangentes em termos de realidades geográficas mas muito convergentes nas situações e queixas de algum tipo de violência. Ao nível da negligência são relatados casos de partos que acontecem sem assistência porque as enfermeiras dirão às mulheres em período expulsivo (última fase do trabalho de parto) que não querem ser incomodadas, porque estão a dormir, a ver televisão ou a conversar com colegas (Oliveira *et al.*, 2002: 1681-1682).

⁶⁹ A violência é definida como “a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica de poder com o objectivo de explorar, dominar e oprimir o outro que é tomado como objecto de acção, tendo a sua autonomia, subjectividade e fala impedidas ou anuladas” (Chauí, 1985, cit. por Aguiar, 2010: 8). A diferença entre poder e violência assenta no pressuposto de que “no poder há possibilidade de luta, na violência não” (Aguiar, 2010: 26).

No que diz respeito à violência verbal, em vários estudos nos diferentes continentes as mulheres analisadas referem-se aos profissionais de saúde que as atenderam como tendo sido antipáticos, rudes, bruscos e tendo gritado ou insultado durante o atendimento e a assistência (Oliveira *et al.*, 2002: 1682). A ameaça de não assistência perante os gritos da gestante (a gestante tipo “escandalosa”) ou frases como “na hora de fazer gostou, então agora aguenta” (Aguiar, 2010: 11) são referidas de forma insistente.

A violência física é descrita como podendo mesmo chegar à agressão (estaladas na cara) para calar a gestante. Para além disso, conta-se a não administração intencional de anestesia ou analgésico, para o alívio da dor, ou para situações como a sutura de episiotomias (Oliveira *et al.*, 2002: 1682-1683).

A violência sexual é apresentada como sendo, neste contexto de nascimento, a forma mais rara de violência. Contudo, acontecem situações de toques vaginais (supostamente para avaliação da dilatação do colo do útero) abusivos, desnecessários e dolorosos, para além de envolvimento sexuais descritos entre médicos obstetras e pacientes, alguns com processos disciplinares subsequentes (Oliveira *et al.*, 2002: 1683).

As atitudes de violência surgem reforçadas a partir de práticas discriminatórias em função do género, classe social e etnia (Aguiar, 2010).

Este padrão de assistência pautado pela *violência* a diferentes níveis é ‘justificado’, pelos próprios profissionais que o reconhecem, com base na insuficiência de recursos técnicos e humanos e na falta de condições de trabalho mas, também, no uso excessivo da tecnologia que medeia as relações e imprime mais impessoalidade no acompanhamento, bem como na descontinuidade da assistência pré-natal que não permite o estabelecimento de vínculos de confiança entre profissionais de saúde e gestantes (Aguiar, 2010: 185-186).

No caso português, por exemplo, no sector público, não há a garantia de que os profissionais que acompanham a gravidez venham a assistir o trabalho de parto e o parto da mesma gestante. Já no sector privado, a situação é diferente, acentuando-se a diferença pelo facto de no privado ocorrer um número bastante superior de cesarianas, nomeadamente, cesariana eletivas. O que tornaria interessante perceber se as situações de violência obstétrica variarão, por esta razão, entre o sector público e o privado.

Por outro lado, as cesarianas eletivas também poderão ser, por si só, situações de violência obstétrica pelo que, nessa perspectiva, haverá uma maior incidência de situações no privado face ao público. Sendo que, neste caso, e em todos os que se pautam por um acompanhamento continuado da gravidez e do parto, com relações de confiança entre profissionais de saúde e gestante, pensamos que a violência assumirá contornos diferentes (incidirá mais em certos tipos) para além de que acontecerá de forma mais subliminar.

Retomando a ideia da justificação deste padrão de assistência pautado pela violência, aquele será legitimado (leia-se aceite) pela sua ocorrência em contexto hospitalar,

estranho à mulher, e pelo valor maior que é o nascimento de um filho. A naturalização do poder médico e dos diferentes profissionais de saúde que se verifica no atual contexto ocidental leva até a que a percepção da violência, por parte da mulher, muitas vezes não seja sequer adquirida (Oliveira *et al.*, 2002; Aguiar, 2010).

Aguiar considera mesmo que

a banalização da violência aponta para a banalização da injustiça e do sofrimento alheio como um fenómeno social que atinge toda a sociedade; para a fragilização dos vínculos de interação pessoal entre profissionais e pacientes e para a cristalização de estereótipos de classe e género que se refletem na assistência a essas pacientes, além de contribuir para a invisibilidade da violência como tema de reflexão e controlo institucional (Aguiar, 2010: 0).

A invisibilidade dos rituais e procedimentos obstétricos atuais articula-se com a aceitação social da atual noção de risco na gravidez e no parto, que viabiliza a sua transferência para condições de patologia, num contexto de forte medicalização. Essa noção de risco é definida de forma técnica e medicamente muito elaborada e a sua gestão sustentada pela existência de protocolos hospitalares que aqui já exemplificámos.

A medicalização e institucionalização do nascimento, com base na noção de risco que lhe é associada tem implícita a elevada confiança na figura que o médico representa e que inclui expectativas de não-violência, expectativas de desempenho apropriado, expectativas assumidas / 'decididas' e comunicadas / presumidas / conhecidas (Cabral e Silva, 2009; Guibentif, 2013).

Na verdade, esses pressupostos não parecem neste contexto totalmente válidos, no sentido em que a desresponsabilização da mulher se operacionaliza num processo de desinformação (baseado num afastamento muito consolidado entre o conhecimento médico e o conhecimento leigo) e perda de protagonismo na tomada de decisões face à gravidez e ao parto, assim como à própria vivência dessas decisões.

A perda de protagonismo da mulher em todo o processo de nascimento materializa-se pela falta de poder decisório que assume e lhe é atribuído, sendo o símbolo máximo do seu papel em todo o processo, a atenção que lhe é facultada após o parto, após a separação física dos corpos da mãe e do filho. E que se manifesta na redução drástica da vigilância médica de que é alvo no período do puerpério.

Neste sentido, assumimos que o risco de morbilidade materna tem condições para aumentar no período do pós-parto, pela forma como se encara o risco associado ao nascimento. Isto é, por um lado, a definição de um risco abrangente e elevado, atribuído ao período da gravidez e do parto concretiza-se numa vigilância médica apertada e em fortes níveis de intervenção na assistência ao nascimento, potenciando o aumento de situações de morbilidade materna.

Por outro lado, o facto de a noção do risco não se estender ao período do puerpério (não existindo, por exemplo, protocolos hospitalares com essa definição e respetivos procedimentos de vigilância e tratamento), sobretudo se considerarmos os padrões de intervenção de que decorrem as situações de puerpério, pode conduzir a situações de morbilidade agravada e não identificada no sentido da descontinuidade do tipo de acompanhamento de que a mulher dispõe.

7. CULTURA MÉDICA E EVOLUÇÃO DO SISTEMA HOSPITALAR

A evolução dos resultados na saúde, nomeadamente, nos países com melhores níveis de desenvolvimento remete, entre outros aspetos, para o surgimento de novas formas de gestão da saúde, associadas à evolução técnico-científica e à importância do reforço do poder da profissão médica.

Contudo, apesar da importância do poder médico e da sua centralidade num estudo onde a gestão do risco em contexto de saúde seja abordada, se quisermos definir o risco na saúde, no contexto atual, a resposta não estará apenas na forma como a própria profissão médica o trata.

Assim, o papel da medicina e da ação dos sistemas de saúde na redução da mortalidade (no seu conjunto), ao longo do último século, é identificado como sendo apenas parcial, não anulando – por vezes, até reforçando – o efeito das desigualdades sociais nas desigualdades na saúde (Cabral e Silva, 2009: 23-25).

O agravamento das desigualdades na saúde e no acesso à saúde, verificado nas últimas décadas, remete para aspetos de natureza política e económica, nomeadamente, através da ideia de que

maiores investimentos nem sempre (...) [correspondem] a menores desigualdades sociais perante a saúde. Por exemplo, quando parte significativa do esforço financeiro é dedicada à alta tecnologia, ela própria determinada pelo desenvolvimento científico e pela crescente especialização médica (...), não está, contudo, garantido que isso beneficie de igual modo indivíduos de grupos sociais diferentes (...) (Cabral e Silva, 2009: 23).

Aqui pode considerar-se uma dupla dimensão da desigualdade que tem a ver com a dicotomia entre as desigualdades no acesso à saúde e as desigualdades nos resultados da saúde. Estas últimas podendo ser medidas pelos indicadores de morbilidade e mortalidade e as primeiras através de indicadores que avaliem políticas e os sistemas de saúde e a sua capacidade de resposta, em termos de equidade, efetividade e eficiência (Cabral e Silva, 2009: 24).

Ora, será interessante perceber se e como as duas dimensões se relacionam e articulam, de facto, e até que ponto a relação entre ambas aponta para um sentido positivo.

O que pressupõe uma avaliação do sistema de saúde numa perspetiva abrangente e multidirecional, feita a partir *de cima* – a dimensão político-económica, a partir *de dentro* – a dimensão médica, e a partir *de fora* – a dimensão da satisfação dos pacientes (Cabral e Silva, 2009: 26-27).

Para esta última dimensão concorre uma carga subjetiva muito forte, onde se conjugam fatores como *posição social*, *necessidade*, *expectativa* e *experiência*, que ajudam

a definir a percepção dos indivíduos face às situações e agentes envolvidos, bem como a definir a gestão dos riscos inerentes a essas situações (Cabral e Silva, 2009: 28).

Nessa perspetiva,

aquilo que os pacientes consideram estar fora da esfera (...) [do] «dever» [dos serviços do sistema de saúde a que acedem], mesmo que tenha como consequência uma experiência negativa, não origina obrigatoriamente uma avaliação negativa. (...) Esta estabilização das expectativas acaba por dar origem a que os indivíduos incorporem «fatores mitigantes aceitáveis» (Cabral e Silva, 2009: 29-30)

que alimentam a construção avaliativa do sistema.

Será interessante perceber a que resultados na saúde correspondem posições sociais desiguais, decorrentes de formas diferentes de assistência.

De qualquer forma, é de assinalar, desde logo e de uma forma abrangente, que, ao colocar-se “de fora” (do sistema) a dimensão que remete para a satisfação dos pacientes, verifica-se o apagamento da iniciativa individual, no que diz respeito à gestão da saúde, resultante, pelo menos em parte, de uma fraca consciência social face ao que é vivido e de uma forte valorização do sistema científico e político que determina as regras de atuação nessa área. Diríamos que existirá, à partida, um acesso à saúde condicionado pela força da dimensão técnico-científica e política das sociedades.

Quanto à avaliação do sistema feita a partir de dentro, nomeadamente pela própria profissão médica, monitorizando a qualidade dos cuidados de saúde, através de critérios preestabelecidos, esta pode ser vista numa dupla perspetiva: o que se avalia pode ser a capacidade de servir a saúde dos indivíduos mas, cada vez mais, obedecendo a pressões *de cima*, no sentido de o fazer respeitando políticas de contenção de recursos económicos investidos nos cuidados de saúde (Cabral e Silva, 2009: 27).

Pelo que, desde logo, a própria profissão médica deve ser enquadrada naquilo que Lobo Antunes (1998) definiu como “três culturas”, onde as dimensões política, empresarial (ou capitalista) e médica confluem na definição da classe e concorrem para a definição da medicina como uma instituição social que estabelece uma “íntima relação com os grupos de poder” (Carapinheiro, 1986: 13).

A passagem, aliás, do enfoque da ‘sociologia da medicina’ para a ‘sociologia da saúde’ é reveladora da abrangência que se procura na análise sociológica das situações de doença e patologia que ultrapassam a esfera médica.

A sociologia da medicina surgiu, historicamente falando, a partir da década de 1950, com o reconhecimento da medicina na sociedade, no âmbito da qual

a doença aparece conceptualizada como desvio social, os processos terapêuticos como formas de controlo social e as relações sociais entre médico e doente [se] organizam segundo um modelo de interação social onde surgem bem definidos os respetivos papéis. Ao papel social

atribuído ao médico é conferido uma importância especial pois é ele que define o que é saúde e é doença e portanto legitima o papel social do doente (Carapinheiro, 1986: 1).

Nesta perspectiva, estruturalista, o exercício da medicina associava-se à noção de controlo social que foi perdendo sentido, ao longo das décadas de 1970 e 1980, após o surgimento de novas realidades da saúde e da doença, com a percepção de que o controlo do desvio que a doença preconiza não é apenas determinado por processos médicos, sendo esse controlo muito mais abrangente, em termos sociais, e remetendo para a noção de *sociogénese das doenças*, com a qual se identifica a sociologia da saúde (Carapinheiro, 1986: 13).

Esta nova postura das ciências sociais na abordagem da saúde e da doença revela a consciência social acerca das formas de controlo social da profissão médica como formas de materialização de poder, ajuda a desconstruí-las, e concorre para a sua recolocação na esfera social, concorrendo com outras fontes de informação, com outros agentes e com outras instituições para a gestão da saúde dos indivíduos.

A este propósito, Lobo Antunes refere-se a uma crise na profissão, gerada pelo progresso científico imparável, por interrogações éticas inesperadas, pelo rigor da análise económica e pelo desafio ao poder social das profissões (Antunes, 1998: 564).

Sendo questões interligadas, a última remete, claramente, para as consequências da filosofia da nova saúde pública, na medida em que novas formas de racionalização, informação e participação individual no cuidado do corpo e da saúde alteram tradicionais formas de poder na gestão da saúde dos indivíduos.

No entanto, e apesar do desafio ao seu poder social, a profissão médica mantém um papel social de poder determinante na gestão da saúde dos indivíduos. O poder médico, cujo alcance social e político é legitimado pelo Estado, define-se, desde logo, como um poder-saber, que se alicerça no conhecimento. O conhecimento transforma-se em capital técnico-científico que legitima o 'poder técnico-científico' que os médicos adquirem pelo seu estatuto médico (Carapinheiro, 1991a: 84-85).

Esse capital, sendo exclusivo desta classe, "transforma-se em capital simbólico quando entra em relação com o saber profano do doente, traduzindo-se numa autoridade moral e social indiscutível e dando origem à forma de 'poder técnico-carismático' " (Carapinheiro, 1991a: 84-85). Por outro lado, a cultura e o modelo de classe em que cada profissional se inscreve conforma a materialização desse poder (Carapinheiro, 1991b).

Carapinheiro refere-se a jogos de disfarces quando enuncia o estabelecimento de relações complexas entre as práticas médicas associadas às concepções 'humanista' e 'tecnicista' da medicina. Ambas convergem numa ideologia médica superior, como seja o exercício de "isolamento e neutralização face a influências e determinações externas", na relação estabelecida entre o médico e o doente e a doença (Carapinheiro, 1991b: 30)".

Mas, se a primeira tende para um exercício da medicina centrado na capacidade de ‘escutar o doente’, “deslocando as etapas iniciais do trabalho médico da utilização das técnicas para o conhecimento e exploração clínica diretos” (Carapinheiro, 1991b: 29), já “na racionalidade do modelo tecnicista é mantida a especificidade dos fenómenos do mundo médico, embora alimentada da racionalidade técnico-científica à qual se têm conformado as sociedades modernas” (Carapinheiro, 1991b: 31).

Ora, é neste segundo modelo que, atualmente, se configuram as principais formas de poder na classe (Carapinheiro, 1991b: 30), que se refletem na atuação para o exterior.

Sendo este modelo associado, sobretudo, e entre outros aspetos, às especializações médicas (por contraponto à medicina interna, mais associada à vertente humanista) (Carapinheiro, 1991b: 37), ao que não fica alheia a necessidade de um maior recurso à tecnologia, nas técnicas e intervenções feitas, na prática clínica das especialidades com maiores avanços tecnológicos e com maior recurso a esses avanços, fará sentido a busca do exercício do poder médico e de uma prática cada vez mais centrada na utilização de novas ferramentas. O que pode implicar uma postura alinhada não ‘com o doente’, mas ‘contra o doente’, respondendo, por vezes, a interesses técnicos e financeiros próprios (Carapinheiro, 1991b: 31-35; Miles, 1991: 183; Antunes, 1998: 572).

O que vai ao encontro da ideia de que, em contextos de melhores condições de vida e de saúde, a medicina, sob o mote da prevenção e da promoção de modos de vida mais saudáveis (como ilustra, como já se referiu, a nova corrente de saúde pública), entra cada vez mais na vida das pessoas saudáveis (Miles, 1991: 183).

A especialidade da obstetrícia parece, com efeito, encaixar-se na emergência de uma nova cultura médica, referida por Lobo Antunes e que aqui se entende como uma derivação da cultura tecnicista apresentada por Carapinheiro. É a cultura *pop*, que se define como “uma espécie de cultura da tecnologia pela tecnologia (...) [que] vai criando instrumentos mais rapidamente do que teorias” (Antunes, 1998: 565).

Lobo Antunes, na avaliação que faz da cultura *pop* refere que Enquanto a ciência e a arte geram verdade e beleza, a tecnologia gera oportunidades. Também a medicina do nosso tempo a adotou, por imposição de uma classe médica global, com acesso expedito à informação universal e alta tecnologia barata. As consequências deste fenómeno na prática médica são colossais e não podem ser ignoradas (Antunes, 1998: 565).

Essa nova cultura marca, também, a própria evolução do sistema hospitalar que foi, neste sentido, determinante para a evolução das especialidades médicas (como a obstetrícia), da sua prática e dos seus protagonistas. A noção de sistema hospitalar (confundido com a ideia de sistema assistencial durante muito tempo) pode ser vista, numa perspetiva sociológica, na consideração da relação entre o Estado, a administração (religiosa ou laica) e os médicos e outros profissionais de saúde (Graça, 1996).

O que significa que os procedimentos ocorridos em contexto hospitalar têm uma forte carga associada a esta ligação que ultrapassa a simples esfera de assistência ao utilizador dos cuidados de saúde.

Com efeito, na caracterização da evolução do sistema hospitalar no contexto ocidental, “em relação estrutural com a evolução do sistema económico, social e político”, Steudler (cit. por Graça, 1996) propõe uma tipologia dividida em três fases.

A primeira corresponderá ao *sistema tradicional e político* e terá vigorado até meados do séc. XIX (Graça, 1996). Nesse contexto, o sistema de saúde em Portugal caracterizava-se, até ao séc. XVIII, pela existência de ‘Misericórdias’, hospitais de natureza religiosa vocacionados para os cuidados aos mais carenciados. A que se juntou, ao longo do séc. XVIII, uma intervenção mais direta do Estado, através da criação de hospitais públicos e de ensino e da nomeação de médicos municipais assalariados complementando as estruturas existentes nos cuidados direcionados, essencialmente, para a população mais pobre (Bentes *et al.*, 2004: 11).

O *sistema profissional liberal*, vigorando de meados do séc. XIX até à II Guerra Mundial, de uma forma geral, é periodizado para Portugal entre 1867 e 1971, sendo o fim desta fase definido pelo final do Estado Novo e pela reforma sanitária, com o lema do “reconhecimento do direito à saúde”, que terá originado a posterior criação (em 1979) do Serviço Nacional de Saúde (Graça, 1996).

É nesta fase de evolução do sistema hospitalar, em concreto na década de 1940, que se estabeleceram os alicerces da “matriz básica da saúde”, na altura com uma forma dispersa. Essa dispersão devia-se à dificuldade na definição de linhas programáticas para a saúde, pela descoincidência entre a subordinação “a regimes de regulação social à medida do carácter autoritário, paternalista e policial do estado corporativo salazarista” e o apelo de movimentos internacionais de saúde pública⁷⁰, no sentido da sua modernização (Carapinheiro, 2006: 139).

Nesse tempo, procurou-se identificar necessidades primárias em matéria de saúde, obedecendo a uma “conceção policial da medicina social”, e procurou-se definir respostas de natureza institucional, mantendo-se, ainda assim, o domicílio como “área de intervenção preferencial (Carapinheiro, 2006: 140-141)”⁷¹.

⁷⁰ Esses movimentos internacionais surgiram desde o início do séc. XX, sendo visíveis, por exemplo pela realização da Convenção Sanitária Internacional (Paris, 1912) e promovendo o surgimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), que se formalizou 1946. Face à orientação das políticas públicas nacionais, “de carácter paroquial e com alcance social limitado”, “representavam o movimento de euforia epidemiológica da medicina social sobre o controlo das doenças e dos corpos que as albergavam” (Carapinheiro, 2006: 139).

⁷¹ Esta era já a altura, em muitos países ocidentais, de uma clara sedimentação de práticas, em matéria de saúde materna, no sentido da hospitalização dos nascimentos (Loudon, 1992).

A adesão à “Convenção Sanitária internacional, (...) [a] criação das Autoridades Sanitárias, (...) [a] definição das atribuições dos médicos de Saúde Pública, [assim como] a publicação do Estatuto da Assistência Social” (in Carapinheiro, 2006: 141) são marcos da adesão a um *estilo sanitarista das políticas sociais* (por contraponto ao anterior *estilo higienista*), que definem um modelo de “Sanidade Geral”, com correspondência à posterior noção de Saúde Pública, claramente dependente da responsabilidade do Estado (Carapinheiro, 2006: 141).

Na concepção de um modelo de sistema de saúde, alguns dos princípios que nortearam o *Estatuto da Assistência Social*, publicado em 1944, apontavam para valores que ainda hoje sustentam as políticas de saúde e as novas correntes de saúde pública, nomeadamente, a valorização da prevenção da doença face à atuação curativa (Carapinheiro, 2006: 141).

Na década de 1940 ainda, a adesão de Portugal à OMS vinculou o nosso país “às suas orientações políticas e programáticas, (...) [bem como] às ideias de continuidade, de harmonização e de acordo tácito, disciplinadoras de qualquer ‘desvio local’ originado por qualquer orientação refratária particular” (Carapinheiro, 2006: 142).

Na década de 1950, as políticas em matéria de saúde foram sendo alinhadas com as determinações internacionais que procuravam harmonizar os sistemas de saúde nas suas diferentes dimensões, nomeadamente através de regulamentações, classificações, procedimentos, levantamento de informação. Esse esforço de alinhamento com o exterior e a consolidação de orientações relativas aos cuidados de saúde primários justificou a criação, em 1958, do Ministério da Saúde e Assistência (Carapinheiro, 2006: 142-143).

A última fase, com a designação de *sistema técnico*, que terá surgido, a nível internacional, a partir da II Guerra Mundial, no nosso país iniciou-se, segundo Graça, a partir de 1971. Este sistema aplicar-se-á às

atuais condições do exercício da medicina hospitalar, marcadas não só por sucessivas tentativas de racionalização (financeira, económica e organizacional) como sobretudo por uma *certa industrialização* da produção hospitalar, no sentido (...) da *decomposição do ato médico* (entendido como a unidade de um processo de trabalho que inclui basicamente o diagnóstico, decisão terapêutica e o tratamento) (...) (Graça, 1996).

Neste contexto, a medicina apresenta-se cada vez mais tecnicodependente, revelando a organização hospitalar e a própria prática médica uma forte influência dos progressos científicos e técnicos que se manifestam, desde a II Guerra Mundial, através de consideráveis avanços científicos e técnicos nos mais diversos domínios disciplinares e no desenvolvimento de especialidade médicas como a cardiologia, a cirurgia, a neurologia, a ginecologia e a obstetrícia, entre outras.

A esses avanços juntam-se a evolução terapêutica, com o surgimento do antibiótico, em meados do séc. XX e da vacinação preventiva, na década de 1960. E, mais recentemente, surge a aplicação das novas tecnologias da informação, eletrónica e laser às técnicas de diagnóstico e tratamento (Graça, 2000).

Em termos políticos, o surgimento do Estado-Providência e a extensão da proteção social a toda a população consolidaram fortemente a industrialização da própria medicina. O que se verifica no “crescente peso das despesas do hospital público [que] reflete o alargamento progressivo da sua clientela bem como a evolução da tecnologia médica e da pulverização das qualificações” (Graça, 2000).⁷²

Um marco nessa evolução em Portugal é a criação, em 1979, do Serviço Nacional de Saúde que, em linha com os princípios saídos da Conferência de Alma Ata, assumia o desenvolvimento de cuidados de saúde primários. Ora, esses cuidados, apesar de atribuídos aos Centros de Saúde, foram, no nosso país, privilegiadamente assegurados pelos hospitais, que recebiam de forma preferencial o investimento destinado às reformas do sistema de saúde (Carapinheiro, 2006: 142-143).

Segundo Carapinheiro, “esta é uma contradição persistente ao longo da história das políticas de saúde em Portugal, exprimindo tanto a existência de movimentos políticos cruzados no sistema de saúde, em que as variáveis de política interna e internacional se vão sobrepondo variavelmente, como a existência de um traçado pendular dos seus tempos políticos” (Carapinheiro, 2006: 144).

“Esta contradição vai ganhando maior alcance estrutural e maior densidade de relações” em contextos de crise pela dificuldade em garantir o cumprimento de “princípios de universalidade, gratuidade e generalidade dos serviços de saúde que assentem quase exclusivamente numa lógica hospitalar de carácter curativo” (in Carapinheiro, 2006: 144).

Ora, essa dificuldade potencia o surgimento de legislação, como a que surgiu na década de 1990 (nomeadamente, a Lei de Bases da Saúde e a reestruturação do Ministério da Saúde, em 1990; a aprovação do novo estatuto do serviço nacional de saúde, em 1993), que limita princípios constitucionais como o da total gratuidade, redefine condições de acesso à saúde, redefine conceitos, e potencia parcerias público-privadas (Carapinheiro, 2006: 145).

Também potencia desigualdades sociais no acesso à saúde, no sentido do aumento da procura de opções exclusivamente privadas, por parte dos utentes do sistema de saúde,

⁷² Esse crescente peso começou a ser questionado, já nos anos 80, pelos diferentes países da União Europeia, no que Graça designou de ‘ofensiva neoliberal’, quando em contexto de crise económica, política e ideológica, os Estados-membros foram constatando que os custos com a saúde aumentavam significativamente (em percentagem do PIB), desde a década de 1970. Na procura da racionalização financeira, procuram-se “técnicas de gestão empresarial como o planeamento, a avaliação de resultados, a criação de carreiras profissionais (médicas e paramédicas), a profissionalização da função de administrador hospitalar” (Graça, 2000).

com respostas necessariamente diferentes das da pública. Em especialidades como a obstetrícia, essa procura é evidente assim como são evidentes as diferenças na resposta, em termos de procedimentos, do sistema de saúde privado face ao público, como veremos em capítulo posterior.

Ora sendo a saúde uma variável muito “sensível ao funcionamento dos sistemas políticos”, a saúde pública é vista, simultaneamente, como *oportunidade* e *risco*, risco que ultrapassa a iminência da doença, num contexto de

reevocação ideológica [do passado]: de *ideologias de carácter assistencial*, embora esvaziadas da dimensão caritativa e submetidas às lógicas de modernização social, política e administrativa; de *ideologias hospitalocêntricas*, embora revigoradas por novas ideologias científicas, terapêuticas e profissionais e por novos modelos de gestão; de *ideologias sanitaristas*, embora realimentadas pela força da vinculação aos novos modelos de regulação internacional. (Carapinheiro, 2006: 147-148)

O risco que emerge neste contexto não será, assim, meramente epidemiológico (embora também o seja) “mas um risco social centrado na experiência de viver novas formas de desigualdade e de exclusão sociais (...) [que culmina na] sobrerresponsabilização individual da saúde colectiva” (Carapinheiro, 2006: 157), uma deslocação que “corresponde a uma versão individualizada e privatizada da modernidade” e que obedece a uma “racionalização científica das sociedades que têm gradualmente transferido as políticas da vida do plano da gestão colectiva e pública para o plano da gestão individual e privada, sem no entanto tal significar uma mera orientação cognitiva” (Carapinheiro, 2006: 159).

De facto, essa gestão individual e privada da saúde terá pouco suporte ou um suporte deslocado, se pensarmos que se insere num contexto marcado pela centralização dos cuidados assistenciais em contexto hospitalar, onde se privilegia a filosofia da cura e se reflete o aumento da especialização médica e a aposta na tecnologia, em resultado de uma abordagem da doença cada vez mais científica.

Neste sistema, a imagem do doente poderá tender a assumir contornos de fragilização, submissão e culpa, potenciando até a regressão na sua condição de saúde, o que se associa a uma ‘expropriação’ e ‘entrega’ do seu corpo à ciência, aos médicos e à instituição hospitalar, sobretudo, em situações de internamento (Graça, 2000).

Na abordagem científica da doença, definem-se padrões de saúde e doença, criando-se normas às quais se espera que os indivíduos correspondam para manterem um determinado estado de saúde e para se controlar essa condição, o que retira espaço ao controlo individual da saúde e da doença, com base no autoconhecimento do corpo (Miles, 1991: 184-185), em contraciclo com a nova corrente de saúde.

Parece, de facto, que a institucionalização do poder médico – que é transportada, validada e incorporada nos diferentes contextos do social, muito para além do ambiente

hospitalar ou do exercício da medicina (Miles, 1991: 185) – é paradoxal face à tendência para a responsabilização da sociedade na gestão individual da saúde.

Ora, centrando-se o presente trabalho em acontecimentos associados ao nascimento, acontecimentos que atualmente ocorrem, de forma quase universal, em contexto hospitalar, assumimos que esta caracterização não será neutra à forma como decorre a assistência aos nascimentos em Portugal e à forma como evoluiu essa assistência.

Para além disso, a própria evolução das orientações políticas para a vigilância e acompanhamento da saúde materna serão determinantes para a consolidação do sistema na forma como concretiza essa vigilância e essa assistência.

Entendemos, nessa perspetiva, o surgimento de políticas direcionadas para a saúde materna e reprodutiva como possível barómetro da evolução de representações e práticas relativas ao posicionamento social da mulher em diferentes esferas da sua vida pública e privada, bem como o protagonismo de outros agentes, como o Estado e a profissão médica, na determinação desse posicionamento.

8. POLÍTICAS PARA A SAÚDE MATERNA EM PORTUGAL

A emergência de uma política mais vocacionada para as orientações da nova saúde pública, muito impulsionada por movimentos sociais não-governamentais e por orientações internacionais (Carapinheiro, 2006: 137), encontra na evolução do conceito de *saúde reprodutiva* um bom exemplo.

Em 1968, surgiu, no âmbito das Nações Unidas, uma declaração de «direitos reprodutivos», “num contexto mundial em que simultaneamente se regista uma grande preocupação com o movimento exponencial da população e a pressão, por parte dos movimentos feministas, para assegurar às mulheres o direito à escolha livre, informada e responsável de contraceção” (Almeida *et al.*, 2004: 24).

Ainda assim, essa declaração obedecia, sobretudo, a uma lógica de controlo médico e sanitário das populações, em detrimento do poder de decisão pessoal, e visava uma regulação clara da fecundidade (Almeida *et al.*, 2004: 24).

Já em 1994, na Conferência do Cairo sobre a População e o Desenvolvimento, chega-se a uma “agenda de protecção e promoção de direitos reprodutivos de mulheres e homens, entendidos como direitos humanos, em sentido mais amplo” (Almeida *et al.*, 2004: 24-25).

A noção de saúde reprodutiva passa a ser entendida como um «pacote integrado» de bem-estar físico, mental e social em tudo aquilo que se relaciona com o sistema reprodutor, as suas funções ou processo, e não apenas como sinónimo da ausência de doença ou de deficiência. A introdução deste ponto de vista holístico minimiza a exclusividade que o paradigma biomédico tinha na definição tradicional: o estado de saúde envolve também o contexto emocional, político, económico e social, onde decorre a vida quotidiana dos indivíduos (Almeida *et al.*, 2004: 25).

Esta noção implica os cidadãos, através do “direito (universal) de os indivíduos controlarem a reprodução, regularem a fecundidade e desfrutarem, em liberdade e segurança, da sua sexualidade” (Almeida *et al.*, 2004: 25). E implica o Estado, na criação de condições políticas, materiais e assistenciais que potenciem decisões e comportamentos informados nessa matéria (Almeida *et al.*, 2004: 25-26).

Esse será o cenário ótimo de atuação dos diferentes intervenientes do sistema, obedecendo, aliás, à linha da *nova saúde pública*, mas a sua concretização, perante as especificidades do caso português, não é linear.

A preocupação com a saúde materna e reprodutiva no nosso país, em termos de políticas legislativas, pode ser cronologicamente situada à luz das três dimensões que Almeida (2004: 26) associa à saúde reprodutiva – *sexualidade*, através de políticas de planeamento familiar; *regulação da fecundidade*, através de políticas dirigidas ao uso e

regulamentação da contraceção; *procriação*, através de políticas relativas à assistência ao nascimento.

Nessa perspetiva, verifica-se que a política legislativa em Portugal começa, ainda na primeira metade do século XX, pela definição de posicionamentos ideológicos pró-natalistas do Estado português, começando assim por intervir na dimensão da *regulação da fecundidade*, ao considerar os métodos contraceptivos produtos abortivos (Decreto lei n.º 32 171, de 1942, que vigorou até 1976) (Almeida *et al.*, 2004: 31).

Já em 1967, a Associação para o Planeamento da Família, que se associou ao movimento internacional a favor do planeamento familiar e da contraceção, e o surgimento de outros movimentos sociais progressistas, lançaram o debate sobre a contraceção, que foi alargado a partir do 25 de Abril de 1974 (Almeida *et al.*, 2004: 31).

O espaço televisivo dedicado ao programa *Mulher, mulheres*, na RTP, da responsabilidade de Mário Leston Bandeira, permitiu chegar, pelo seu formato e conteúdos, a um público alargado, abrindo portas a novos debates e ideias sobre o feminino.

É, justamente, a partir dessa década que se desenvolve, de forma mais direcionada e concretizada, uma política legislativa relativa à saúde materna em Portugal, com uma incidência clara na dimensão *procriativa*, por vezes sobreposta com a da *sexualidade*, que por sua vez se articula com a da regulação da contraceção.

As orientações seguidas vão no sentido da formalização, institucionalização e medicalização do nascimento, a partir do intuito explícito de melhorar os serviços e os resultados da saúde materna e infantil.

Assim, em 1976, foram introduzidas “as consultas de planeamento familiar na valência de saúde materna” dos centros de saúde da Direcção-Geral da Saúde, numa altura em que se estimava um elevadíssimo número de abortos clandestinos. Nesse mesmo ano, o direito ao planeamento familiar foi estabelecido na Constituição da República (Almeida *et al.*, 2004: 32).

As iniciativas legislativas em matéria de saúde materna ganharam força na década seguinte, com a publicação da Lei n.º 4/84 (de 5 de Abril), de Protecção da maternidade e da paternidade, onde, no âmbito da protecção da saúde (Capítulo II) se garante o direito à assistência médica (art.º 4.º), se definem as incumbências dos centros de saúde (art.º 5.º) e as incumbências especiais do Estado (art.º 7.º), entre outros.

Assim, à mulher é garantido o direito a consultas e exames aconselhados pelo médico assistente e eventual internamento gratuitos ao longo da gravidez e puerpério (definido pelo período de 60 dias após o parto).

Aos Centros de Saúde é atribuída a incumbência de garantir cuidados primários, como sejam: a realização das análises necessárias à mulher grávida; o rastreio de situações de alto risco e prevenção de prematuridade; assegurar o transporte de grávidas e recém-

nascidos em situação de risco; promoção e difusão de informação e esclarecimentos, em articulação com diferentes entidades públicas (autarquias, escolas,...) e privadas, “sobre a importância do planeamento familiar, da vigilância médica periódica, da preparação para o parto, do parto assistido, das vantagens da amamentação materna e dos cuidados com o recém-nascido” (Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, Capítulo II, art.º 5.º).

O Estado é incumbido da responsabilidade de: descentralizar serviços que garantam apoio no planeamento familiar; garantir recursos humanos e técnicos, nos centros de saúde, que viabilizem uma eficaz assistência materno-infantil e de generalizar procedimentos como o uso do boletim de saúde da grávida e de saúde infantil;

incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde; Incrementar o parto hospitalar, garantindo a duração do internamento pelo período adequado a cada caso; implementar uma adequada e descentralizada rede de assistência materno-infantil, designadamente de maternidades dotadas de meios humanos e técnicos que possibilitem uma assistência eficaz à grávida e ao recém-nascido; promover e incrementar a visitação domiciliária à grávida ou puérpera, assim como ao filho até aos 90 dias de idade, em caso de impedimento de deslocação aos serviços de saúde ou com a finalidade de desenvolver a educação para a saúde (Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, Capítulo II, art.º 7.º).

No final da década de 1980, novas medidas legislativas, mais concretas e dirigidas do que a Lei de 1984, tiveram por base os resultados do relatório *Saúde Materna e Infantil. Assistência ao Parto e ao Recém-Nascido. Levantamento, Análise e propostas de Planeamento*, de Maio de 1987.

Esse relatório foi o mote para a criação da 1ª Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI) (definida pela ministra da saúde de então, Leonor Beza, através do Despacho n.º 8/89 de 17 de Março), no âmbito da qual se definiu o 1º Plano Nacional de Saúde Materno Infantil.

No Despacho referido, a melhoria da saúde materna e infantil e o controlo dos valores dos respetivos indicadores apresentavam-se como objetivos prioritários da política de saúde do governo de então. Já nessa altura se referia o conceito de *evitabilidade* para descrever fatores associados à mortalidade materna e infantil (nas suas diferentes componentes) bem como, e não menos importante, à morbilidade *encoberta* pelos ainda elevados valores de mortalidade.

Diferentes áreas para a promoção da saúde materna e infantil foram referidas como estando já implementadas e sendo exemplos de concretização dos planos governamentais para essa área.

Criou-se, assim, desde 1987, um plano de investimentos que possibilitou a melhoria de instalações e equipamentos, através da reabilitação de estabelecimentos já existentes e da construção de novos.

Em 1989 registavam-se também já progressos no transporte de emergência, em resultado da criação, no início de 1987, pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), de um subsistema de transporte de recém-nascidos de alto risco, rentabilizado pelas melhorias a nível rodoviário (mas considerando também o recurso a meios aéreos) e com objetivos a curto prazo de cobertura de todo o território nacional.

Os Centros de Saúde, foram definidos como a estrutura de garantia dos cuidados de saúde primários e de ponte com os cuidados hospitalares nos casos de maior risco, procurando-se uma clara cobertura e melhoria da assistência às mulheres. Quer na área do planeamento familiar, quer na vigilância pré-natal e revisão do puerpério, através, por exemplo, da normalização de consultas.

Ora, quer o transporte de emergência garantido pelo INEM quer o serviço de vigilância pré e pós-natal garantido pelos Centros de Saúde implicam uma grande articulação entre diferentes serviços, diferentes estabelecimentos e instituições e diferentes valências na área de saúde.

A articulação necessária para garantir uma oferta de cuidados coerente, organizada e o mais rápida e uniforme possível, a nível nacional, parece ter sido uma das preocupações da CNSMI criada por Leonor Beleza.

É nesse sentido, por exemplo, que mais tarde se institucionaliza o boletim de saúde da grávida (Despacho n.º 1/91 de 1 de Fevereiro), por Albino Aroso, então Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, com preenchimento obrigatório desde a primeira consulta, o que permite aceder aos seus dados clínicos em qualquer serviço de saúde a que recorra.

Nesse âmbito são, também, formalizadas em 1991 (Despacho n.º 6/91 de 20 de Junho) as Unidades Coordenadoras Funcionais para a Saúde Materna e Infantil (UCF), estruturas funcionais para assegurar a ligação e coordenação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, garantidos por centros de saúde, hospitais de apoio perinatal e de apoio perinatal diferenciado.

As competências destas unidades e dos seus membros foram definidas de forma bastante abrangente passando pela promoção de consultas e pela circulação de informação clínica e científica entre os clínicos gerais e os especialistas hospitalares; pela garantia do bom uso de documentos como o boletim de saúde da grávida e o boletim de saúde infantil; pela identificação e avaliação de necessidades de cuidados obstétricos, neonatais e pediátricos, bem como pela apresentação de propostas visando o alcance de soluções; pela gestão e distribuição de recursos humanos e materiais nos serviços existentes e na sua articulação; pela produção de informação estatística atualizada e adequada bem como de estudos epidemiológicos, visando a promoção da saúde materno-infantil; pela elaboração de

programas de trabalho e atividades anuais com o mesmo fim (Despacho n.º 6/91 de 20 de Junho).

Em Despacho de 6 de Julho de 1994, o ministro da Saúde do Governo seguinte (XII Governo Constitucional) mas da mesma tendência partidária e na alçada do mesmo Primeiro-ministro (Aníbal Cavaco Silva), Paulo Mendo, revoga, entre outros, o Despacho n.º 8/89 de 17 de Março, extinguindo a CNSMI e criando a Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança (CNSMC), composta por alguns dos membros da Comissão extinta e pelo anterior Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Albino Aroso, entre outros.

A criação desta Comissão, em substituição da anterior, foi justificada pelo mérito do trabalho até então desenvolvido e consequente cumprimento de objetivos do programa de Saúde Materno-Infantil ao longo de dois triénios (1989-1991 e 1992-1994), sendo valorizado o bom funcionamento das UCF, nomeadamente na capacidade de articulação entre serviços e, sobretudo, “a grande adesão das mães, provando-se mais uma vez que a mulher é muito receptiva às recomendações dos serviços de saúde e um excelente elemento de formação de comportamentos saudáveis dos seus familiares” (Despacho de 6 de Julho de 1994).

Nesse sentido, estendeu-se a 3ª e última fase de execução do Programa de Saúde Materna e Infantil “à mulher, quer por constituir uma população alvo, quer porque pode ser um elemento essencial de difusão dos princípios de educação para a saúde que importa generalizar a toda a população” (Despacho de 6 de Julho de 1994).

Não fica, contudo, claro, pela análise das competências definidas para esta comissão, em que medida a sociedade civil, nomeadamente o papel da mulher, aí assume novos contornos. Com efeito, por comparação com as competências definidas para a extinta CNSMI, não se encontram elementos novos e significativos, talvez pelo contrário. O tom do despacho parece, para além disso, assumir, a esse nível, um sentido mais conservador do que de valorização do papel da mulher, em termos sociais.

Já no âmbito do XIII Governo Constitucional, a Ministra da Saúde de António Guterres, Maria de Belém Roseira, emite novo despacho (7/96 de 6 de Fevereiro), revogando o anterior, onde reestrutura a CNSMC, fazendo entrar novos membros, mantendo alguns dos anteriores e mantendo a maioria das competências da Comissão.

Como elementos novos, no despacho referido, surgem, por um lado a identificação de grupos específicos em termos etários e populacionais (sem que se perceba se com esta expressão se pretende identificar, por exemplo, diferenças sociais) e, por outro, a incumbência atribuída à Comissão de propor projetos e programas que visem estes grupos específicos através de abordagens pluri e transdisciplinares dos problemas e respetivas soluções (sem concretização das áreas disciplinares consideradas).

A mesma ministra, em 1997 (Despacho n.º 5411/97 de 6 de Agosto), no âmbito da redução dos níveis de mortalidade materna e infantil por doenças evitáveis e da recente

importância relativa de causas de morte associadas a fatores genéticos, vem decretar no sentido do reforço da vigilância pré-natal. Em termos legislativos, surge, pela primeira vez o conceito de *risco*, neste caso associado à possibilidade de má formação fetal, definindo-se, por um lado o conceito de diagnóstico pré-natal (“conjunto de procedimentos que são realizados para determinar se um embrião ou feto é portador ou não de uma anomalia congénita”) e, por outro, o de população em risco.

Assim, e desde então, assume-se como grávida de risco, no diagnóstico pré-natal, aquela que se insira em pelo menos um dos requisitos: “Idade superior a 35 anos; Filho anterior portador de cromossomopatia; Progenitor portador de cromossomopatia equilibrada; Suspeita ecográfica de anomalia congénita fetal; Alteração dos valores dos marcadores serológicos maternos; Risco elevado de recorrência genética não cromossómica; Risco elevado de efeito teratogénico (infeccioso, medicamentoso ou outro)” (Despacho n.º 5411/97 de 6 de Agosto).

Neste quadro, indica-se que os procedimentos devem realizar-se sob a responsabilidade de um médico, que as técnicas invasivas devem ser feitas após o consentimento (se possível escrito) da mãe e que uma possível interrupção da gravidez face aos resultados do diagnóstico pré-natal será da responsabilidade da mãe.

Aos serviços de saúde (que contemplam três níveis de intervenção: nível I «Cuidados de saúde primários»; nível II «Centros de diagnóstico pré-natal» nos hospitais de apoio perinatal; nível III «Centros de diagnóstico terapêutica pré-natal» nos hospitais de apoio perinatal diferenciado) compete garantir todo o acompanhamento necessário à vigilância de uma gravidez, bem como a referência e o acompanhamento diferenciado das situações de risco, incluindo todos os exames e procedimentos considerados necessários.

Constituiu-se ainda, nessa altura, a Comissão Técnica Nacional e as Comissões Técnicas Regionais compostas por especialistas nas áreas da genética médica, obstetrícia e ecografia obstétrica.

Ainda Maria de Belém Roseira, enquanto ministra da Saúde do mesmo Governo, com o intuito de “rever a composição e organização da Comissão e aprofundar o seu carácter técnico-consultivo (...)”, criou duas subcomissões afetas à CNSMC, a Subcomissão da Saúde da Mulher e Perinatal e a Subcomissão da Saúde da Criança e do Adolescente, definindo novas composições e coordenadores bem como responsáveis pela articulação entre essas Subcomissões e a Direcção-Geral da Saúde (Despacho n.º 4359/98 de 13 de Março).

Em Julho do mesmo ano, reconhecendo a importância das UCF enquanto elementos privilegiados e eficazes de interligação entre os centros de saúde, os serviços hospitalares (serviços de obstetrícia/ginecologia e pediatria) e outros prestadores cuidados, na

assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente, alargou a composição dessas unidades a elementos ligados a estas áreas da saúde. Assim, determinou que:

1. Deverá funcionar uma unidade coordenadora funcional (UCF) em cada área correspondente a uma unidade de saúde ou a um sistema local de saúde, constituída pela população da zona de influência de um hospital central ou distrital possuidor de serviços de obstetrícia e de pediatria, e dos cuidados de saúde primários, compreendidos nessa zona, bem como de outros prestadores de cuidados à mulher, à criança e ao adolescente;
2. As UCF deverão funcionar fundamentalmente em duas vertentes: (1.ª) saúde da mulher e saúde materna e neonatal, e (2.ª) saúde infantil e do adolescente (...). (Despacho n.º 12917/98 de 27 de Julho)

A composição das UCF, na vertente da saúde da mulher, inclui médicos da especialidade de obstetrícia e ginecologia, enfermeiros e técnicos de serviço social.

Em 1999 (Despacho n.º 10325/99) a ministra vem aprovar o modelo de estruturação e funcionamento dos centros de diagnóstico pré-natal previstos no Despacho n.º 5411/97 de 6 de Agosto, definindo a estrutura dos centros, os recursos necessários, em termos humanos, materiais, de equipamento, os procedimentos que garantam a articulação com outros centros ou serviços de saúde. Em termos humanos, há, novamente, referência a equipas pluridisciplinares, contemplando “profissionais das seguintes áreas funcionais: consulta de obstetrícia ou de diagnóstico pré-natal, ecografia diferenciada, genética médica, pediatria/neonatologia, fetopatologia, psicologia e serviço social.”

Ainda em Agosto de 1999 foi republicada a Lei n.º 4/84 de 5 de Abril, com alterações interessantes na redação dos artigos que aqui destacámos (nomeadamente pelo artigo 4.º da Lei n.º 142/99 de 31 de Agosto). Com efeito, no que diz respeito à vigilância pré-natal (art.º 4), deixa de se fazer referência à figura do médico assistente que acompanha e aconselha, passando a vigorar a formulação na nova Lei: “É assegurado à mulher o direito de efectuar gratuitamente as consultas e os exames necessários à *correcta preparação e vigilância* da gravidez, assim como durante os 60 dias após o parto.” A legitimidade da garantia de uma boa vigilância da gravidez parece, assim, assumir contornos mais abrangentes, porque não centrados exclusivamente na figura do médico assistente.

As incumbências dos centros de saúde foram também revistas, sendo as principais alterações a supressão da responsabilidade na realização de análises relativas à gravidez ou no rastreio de situações de alto risco e prevenção da prematuridade.

Introduz-se uma perspetiva aparentemente mais abrangente e holística da vigilância pré-natal, o que se percebe pela utilização da expressão *assistência eficiente e humanizada*. A nova redação (no que diz respeito às principais alterações) passa a ser: “Assegurar as atividades necessárias para uma assistência eficiente e humanizada, na preparação e no acompanhamento clínico da gravidez e do parto.” (art.º 5.º a) da Lei n.º 142/99 de 31 de Agosto)

As incumbências do Estado (art.º 7.º) também incorporam, com a alteração, a referência à necessidade de se “garantir o parto hospitalar e assegurar os meios humanos e técnicos que possibilitem a assistência eficaz e humanizada à grávida e ao recém-nascido”, introduzindo, para além do de planeamento familiar que vinha de trás, o conceito de *saúde reprodutiva*, conceito revisto e sintonizado com o novo paradigma da noção de saúde pública, no âmbito da Conferência do Cairo (em 1994), mostrando o alinhamento de Portugal com as determinações internacionais, em matéria legislativa.

Em 2003, através do Despacho n.º 3305/2003 de 18 de Fevereiro, o ministro da Saúde do XV Governo Constitucional chefiado por Durão Barroso, Luís Filipe Pereira, determina a extinção da CNSMC, por altura do fim do mandato definido em Despacho anterior (já referido), pela ministra Maria de Belém Roseira.

Em Fevereiro do mesmo ano, cria, em Despachos separados, justificados pela importância da autonomização das “áreas de intervenção correspondentes à saúde materna e neonatal, por um lado, e por outro, da criança e do adolescente”, a Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal (CNSMN) (Despacho n.º 24256/2003 de 17 de Dezembro) e a Comissão Nacional da Saúde da Criança e do Adolescente (CNSCA) (Despacho n.º 24257/2003 de 17 de Dezembro), ambas por períodos de três anos.

As competências definidas para a CNSMN trazem novas preocupações que merecem destaque, nomeadamente, a identificação de gravidezes sem *riscos previsíveis*, podendo, por isso, ser seguidas por enfermeiros, valorizando o papel destes últimos; a referência a problemas éticos e deontológicos no âmbito do diagnóstico pré-natal; bem como a atenção a dados científicos e epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde e sociedades científicas.

As competências que destacamos são, nesse sentido:

(...) Inventariar os recursos humanos atuais, os previsíveis e os necessários para os próximos 10 anos em obstetras/ginecologistas, neonatologistas, anestesistas e enfermeiros especialistas na área materna e neonatal; (...) Acompanhar a valorização do papel dos enfermeiros especialistas no controlo das grávidas sem riscos previsíveis; Desenvolver e acompanhar os aspetos técnicos e organizativos, equipamentos e problemas éticos e deontológicos no âmbito do diagnóstico pré-natal; Intervir no âmbito dos trabalhos conducentes à problemática da violência doméstica e saúde materna e neonatal, nomeadamente pela sua colaboração com os serviços do Ministério da Justiça; Intervir no âmbito da avaliação do custo benefício de todos os exames feitos às grávidas, tendo por base os dados científicos e epidemiológicos dos estudos feitos pela organização Mundial de Saúde e sociedades científicas; Colaborar na elaboração de panfletos e cartazes sobre estilos de vida saudáveis, com especial atenção às grávidas, e mães que amamentam, em articulação com outras instituições, nomeadamente o Conselho de Prevenção do Tabagismo, Instituto de Cardiologia, Centro de Estudos de Nutrição e outros (...). (Despacho n.º 24256/2003 de 17 de Dezembro)

Em 2005, por altura do XVII Governo Constitucional chefiado por José Sócrates, António Correia de Campos, Ministro da Saúde, nomeia (através do despacho n.º 17283/2005 de 11 de Agosto) um novo presidente para a CNSMN, Jorge Branco, diretor da Maternidade Alfredo da Costa, em substituição do demissionário Albino Aroso. Nomeia ainda um novo membro, Beatriz Calado, diretora dos Serviços de Saúde materno-Infantil e dos Adolescentes da Direção-Geral da Saúde (DGS), com o intuito de se reforçarem os laços da Comissão com a DGS.

A Ministra que se seguiu, no mesmo Governo, Ana Jorge, em 2009 (pelo despacho n.º 21929/2009, de 1 de Outubro) vem, novamente, agregar as duas Comissões autonomizadas em 2003, “considerando a sua intrínseca interligação e visando o melhor aproveitamento dos meios e recursos disponíveis (...), embora continuando a desenvolver as duas vertentes, saúde materna e neonatal, por um lado, e por outro, da criança e do adolescente”.

Assim, é criada a Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (CNSMCA), com uma nova composição, sendo a definição das competências desta Comissão coladas às definidas em 2003 para a CNSMN.

A 11 de Junho de 2010, a ministra Ana Jorge, no decurso do XVIII Governo Constitucional, e através do despacho n.º 9872/2010, vem reestruturar as UCF, “permitindo a sua consolidação enquanto organismos funcionais indispensáveis à promoção da prestação de cuidados de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente”, e redefinir as comissões técnicas regionais, “através da criação de comissões regionais de saúde da mulher, da criança e do adolescente (CRSMCA), estruturas consultivas das administrações regionais de saúde”.

Nesse sentido, criaram-se UCF em cada região de saúde, cada uma tendo por referência um hospital ou centro hospitalar com bloco de parto e de serviços de obstetria e pediatria e CRSMCA com competência, sobretudo, na área da consultoria e de articulação de serviços das estruturas existentes na área da saúde e na área da administração regional, como as Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Em Novembro do mesmo ano fizeram-se ligeiras alterações a este documento (Despacho 17595/2010, de 23 de Novembro), alargando a intervenção nas UCF a outros intervenientes do Serviço Nacional de Saúde.

O que se percebe deste levantamento e análise da política legislativa na área da saúde materna (e infantil) ao longo de quase 3 décadas é, desde logo, a existência de uma sucessão de medidas denotando uma forte necessidade de legislar, criando-se, extinguindo-se, substituindo-se e recuperando estruturas de serviço à saúde, nomeadamente as Comissões de Saúde materna e infantil (tendo a primeira sido criada por Leonor Beleza, em 1989), que passaram por quase uma dezena de despachos e designações ou

subdesignações e outras tantas reformulações de competências (com diferenças nem sempre assinaláveis) e respetivas composições.

As preocupações manifestadas na criação dos diferentes serviços pareceram seguir uma filosofia comum, no sentido do reforço do apoio à saúde materna e infantil mas a criação e extinção de serviços foi claramente marcada pela alternância da cor partidária do governo a que pertencia cada ministro que legislava.

Ao longo do tempo foi-se percebendo uma preocupação em tornar a mulher, enquanto sujeito individual, um alvo central de intervenção política, nomeadamente na vigilância pré e pós-natal, quer por ser aquela que vivencia na primeira pessoa a gravidez e o parto e a quem se dirigem de forma direta os cuidados de saúde, quer por ser considerada um elemento importante e *recetivo* na incorporação de novas formas políticas de gestão da saúde, e na forma como as veicula para o exterior.

No sentido de uma nova forma de gestão política da saúde individual, começa a assumir-se a responsabilização da mulher, em alguns dos procedimentos médicos de que é alvo, revelando o seu potencial protagonismo, de uma forma prevista como consentida e informada ou, eventualmente, a necessidade de desresponsabilizar a profissão médica em áreas de atuação onde o risco é crescente, associado ao aumento dos procedimentos.

Com o passar dos anos, desde a década de 1980, verifica-se um alargamento de competências e dos respetivos âmbitos de atuação das instituições criadas para dar resposta às populações ao nível da saúde reprodutiva, visíveis nos respetivos programas mas também na cobertura geográfica.

De facto, se o primeiro enfoque incidiu na importância do planeamento familiar, mais tarde apostou-se na abertura do âmbito de atuação dos serviços, com o reforço da vigilância pré-natal e do puerpério, de uma forma descentralizada que garantisse a existência de serviços com diferentes valências junto das populações.

Acentuou-se, por exemplo, do papel dos centros de Saúde na atenção aos cuidados de saúde primários e da rede de transportes de emergência (desde 1989), bem como a criação de estruturas (UCF) de intervenção e garantia de articulação de serviços centrais e regionais, no plano da saúde materna, neonatal e infantil (1991).

São também, desde 1996, identificadas necessidades diferenciadas em função do grupo visado, criando-se, por isso, estruturas autónomas para cada público (separando a saúde materna da da criança), e reforçando a filosofia anterior que colocava a mulher como principal alvo das políticas definidas.

Nessa lógica da especificidade, surgem, também, novos conceitos a justificar nova legislação, associados à vigilância da saúde materna e infantil. Assim, a juntar aos conceitos de *evitabilidade* e de *morbilidade encoberta* surgidos já em 1989, aquando da criação da 1ª Comissão para a Saúde Materna e Infantil, em 1997 é introduzido o conceito de *risco* para

identificar grávidas que justificam um tratamento diferenciado, com novos e mais invasivos procedimentos ao longo da vigilância pré-natal, que assim também adquire uma conotação mais medicalizada.

Já em 1999, talvez em contraciclo, surgiu pela primeira vez, o conceito de *humanização* na assistência à gravidez e ao parto, na alteração à Lei de 1984 de proteção da maternidade e paternidade, o que pode supor, implicitamente, o extravasar da esfera médica no decurso do acompanhamento de uma gravidez e parto.

Nessa continuidade, em 2003, no âmbito do alargamento de competências da Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal, surge uma clara referência à importância do reforço do papel dos enfermeiros, no sentido de os próprios poderem acompanhar gravidezes *sem riscos previsíveis*. Segue-se a linha de orientações internacionais, nomeadamente preconizadas pela organização Mundial de Saúde.

Mas a ideia do reforço do papel dos enfermeiros no acompanhamento de gravidezes de baixo risco pode ter tido efeitos contraditórios nos resultados práticos da intervenção médica na assistência ao nascimento. A separação de papéis entre profissionais de saúde atribui aos médicos o acompanhamento das situações de risco que, por essa razão, requeiram intervenção especializada. Ora, os médicos não têm um papel neutro na definição desse risco nem as mulheres, eventualmente, desejarão privar-se desse acompanhamento especializado.

Fatores que, a juntar ao desinvestimento que Carapinheiro aponta para os Centros de Saúde, instância privilegiada em termos legislativos, para acolher a vigilância da gravidez, não devem ser alheios ao número crescente de nascimentos acompanhados no sector privado (onde a presença médica será mais forte) e partos instrumentalizados, como veremos mais à frente.

Mais recentemente, em 2009, a junção de comissões autonomizadas em 2003, com o argumento da rentabilização de recursos, parece obedecer a uma lógica economicista, o que, apesar de tudo, não se comprova pela posterior procura (em 2010) de tornar mais eficiente o serviço de vigilância pré-natal, apostando na regionalização dos serviços e criando-se novas estruturas para o efeito.

Assim, e em resumo, a década de 1980 parece marcar, em Portugal, uma viragem na forma como é legislada e conduzida a assistência ao nascimento e a vigilância da saúde materna.

Por um lado, essa década é ainda marcada por uma preocupação política clara de incrementar o parto hospitalar, o que revela que a transferência definitiva dos nascimentos para o contexto hospitalar não é um fenómeno muito longínquo, em termos temporais, no nosso país.

Mas esse desfasamento face à evolução do fenómeno noutros países do contexto ocidental, terá sido compensado por outras mudanças muito rápidas na definição das políticas assistenciais à saúde materna, em termos legislativos, pelo menos.

Por outro lado, verifica-se também já a preocupação com a adaptação do sistema de saúde materno-infantil a novas realidades do nascimento, manifestada, por exemplo, pela preocupação com a prevenção da prematuridade e pela preocupação em esbater fortes disparidades regionais (através, nomeadamente, do recurso ao transporte de emergência).

Foi também nos anos 1980 que se deu o surgimento da CNSMI bem como a introdução na legislação, de conceitos como os de *evitabilidade* e *morbilidade encoberta*, para justificar determinadas medidas e revelando a preocupação com diferentes dimensões da saúde materna.

É na década de 1990 que a legislação orientada para a saúde materna surge mais alinhada com o que Graça (1996) apresenta, para a evolução do contexto hospitalar, como o *sistema técnico*, pela aposta numa assistência mais vigilante, especializada e interventiva. Este será, então, o tempo da consolidação e legitimação, nesta valência da saúde, de uma cultura médica fortemente orientada para cuidados próximos, especializados e suportados pelo progressivo uso da tecnologia.

São disso sinais a criação do boletim da grávida; a determinação do reforço da vigilância pré-natal, justificada a partir da introdução, inédita neste contexto legislativo, da noção de *risco*; bem como a especialização de cuidados, garantida a partir da criação de comissões nacionais e regionais em áreas como a genética médica, a obstetrícia e a ecografia obstétrica.

Mas é também nesta década que da conferência do Cairo resulta, como já referimos, um novo conceito de *saúde reprodutiva*, ao qual a política de saúde em Portugal parece adaptar-se, ainda em 1999, através da procura de uma maior abertura a cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, uma menor centralização na figura do médico na assistência ao nascimento.

Essa orientação, na prática, poderá ter-se reforçado com as políticas aparentemente mais economicistas que surgiram a partir de 2009.

Ainda assim, o principal efeito de uma política para a saúde materna alinhada com uma noção de saúde reprodutiva mais holística, criando espaços para novos protagonismos (nomeadamente, da mulher) não terá, no nosso entender, esmorecido a cultura médica em que se baseia o funcionamento do atual sistema hospitalar, marcadamente *técnico* (Graça, 1996), onde prevalece a figura médica *tecnicista* (Carapinheiro, 1991a, 1991b).

Considerando que essa cultura médica tem um suporte social muito forte, assumimos que o efeito do mais recente alinhamento das políticas de saúde é sobretudo a

deslocalização da procura de cuidados assistenciais, por parte de quem tem recursos para tal, para o sector privado.

8.1. Políticas de saúde materna e hierarquias de decisão: fatores de conflito

Ao longo destas últimas décadas, foram sendo publicados diferentes relatórios⁷³ pelas estruturas de saúde definidas e respetivos membros, onde se fazia, por um lado o levantamento de dados e das necessidades ao nível da prestação de cuidados na rede de cuidados para a saúde materna, neonatal e infantil, e, por outro, se avançavam propostas de solução que derivaram, em alguns casos, nas medidas legisladas.

Pela sua análise percebe-se um aspeto importante que parece ter ajudado na melhoria dos resultados relativos à saúde materna e infantil: há uma procura de coerência de atuação, seguindo programas com orientações comuns e de forma contínua, desde 1989, mesmo sob a alçada de governos de cores políticas alternantes e com sucessivas alterações na composição, designação e definição de competências das comissões nacionais de saúde dedicadas à mulher e à criança.

A esse propósito, em 2006 é referido que o que permitiu manter a consistência na evolução dos valores relativos à saúde materna e infantil “foi sem dúvida a consolidação progressiva do programa Nacional de Saúde Materno Infantil iniciado em 1989” (CNSMN, 2006).

Por outro lado, percebe-se, também, um eventual excesso de legislação, aparentemente mais orientado pela alternância partidária no governo do que por respostas concretas a problemas e necessidades identificados no terreno. São disso prova as mudanças de designação e composição das Comissões de Saúde Materna e Infantil, sempre que um novo governo assumia funções.

Nos relatórios consultados identificaram-se problemas e apresentaram-se soluções que envolveram o poder político e se concretizaram em algumas das medidas legislativas que já analisámos.

⁷³ Foram por nós consultados os seguintes documentos: *Proposta de Carta Hospitalar. Criação de Redes Perinatais Regionais*, de 1999, elaborado por José Peixoto (Neonatologista), José Palmilha (Neonatologista) e Pereira Leite (Obstetra), da Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança; *Rede de Referência materno-infantil*, da Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, da Direcção-Geral da Saúde, de 2001; *Pontos de reflexão presentes a S. Ex.ª o Sr. Ministro da Saúde em 27/10/2004*, de José Peixoto, da Comissão Nacional da Saúde Materno-Neonatal; *Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Organização Perinatal Nacional*, de Março de 2006, da Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal; *A Saúde Materna e Infantil em Portugal: uma história de um sucesso*, da Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal e da Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente, para a Conferencia Internacional de Salud, hechos y realidades, realizada em Buenos Aires, em 2007; *Organização da assistência materno-infantil e pediátrica em Portugal*, de José Peixoto; *Reunião CRSMCA e ARS*, apresentação de Bilhota Xavier, da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, em 2010.

As intervenções desencadeadas, ao longo do tempo, incidiram nos recursos humanos, nas instalações e equipamentos das áreas de obstetrícia e neonatologia dos hospitais e dos centros de saúde. Definiram-se três níveis de apoio à saúde materna e infantil, garantindo uma cobertura geográfica exaustiva, nomeadamente, os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP)⁷⁴, os Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD)⁷⁵ e os centros de saúde⁷⁶, com articulação assegurada pelas Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF); foi criado um sistema de transporte de recém-nascidos de alto risco.

⁷⁴ As competências deste nível de cuidados são: “Garantir equipa de urgência mínima em presença física, 24/24 horas constituída por: 2 obstetras e um interno, um pediatra, uma anestesista e um corpo de enfermeiros especialistas em número adequado às necessidades do serviço. O bloco de partos deverá ter acesso directo a sala de operações permanentemente disponível; dispor de um monitor fetal por cada cama de partos; um ecógrafo sempre disponível; instalação central de gases e vácuo; duas mesas de reanimação para o recém-nascido devidamente equipadas. Garantir laboratório de análises, imagiologia, serviço de sangue 24/24 horas e dispor de apoio de Cirurgia Geral. Capacidade para reanimar pronta e adequadamente todos os RN. Apetrechamento adequado dos pólos de reanimação Neonatal. Garantir estabilidade das funções vitais até concretizar o transporte (<4h). Assistir os RN normais e continuidade de cuidados até à alta – Serviço de puericultura. Possuir uma Unidade de Cuidados intermédios. Tratar os RN em fase de convalescença (ex. prematuros) após estadia nos HAPD. Nos HAP a actividade neonatal (apoio à Sala de partos, Polos de Reanimação e Unidade de Cuidados intermédios) é desempenhada por pediatras Gerais com competência em neonatologia, a quem compete ainda a Urgência Geral Pediátrica. Garantir e avaliar a Consulta de Referência Obstétrica, com apoio ecográfico e monitorização fetal. Garantir consultas de alto risco, com internamento, Consulta de pré-concepcional e planeamento familiar para casos problema referenciados pelos Centros de Saúde. Garantir e avaliar a Consulta de Referência Pediátrica. Contribuir para a formação dos profissionais locais e dos Médicos de Família da sua área. Colaborar nas acções de avaliação e formação das Unidades Coordenadoras Funcionais. Através das UCF, elaborar e cumprir as normas e os protocolos distribuídos pelas UCF. Efectuar auditorias com os HAPD da sua RRMI. Possuir equipas de diagnóstico pré-natal articuladas com os HAPD da RRMI. Estabelecer programas de transferências in útero com os HAPD da sua RRMI.” (CNSMN, 2006: 25)

⁷⁵ Com as seguintes competências: “As mesmas dos HAP, com maior autonomia assistencial para os RN de risco, exceptuando: Cirurgia Neonatal e Subespecialidades mais diferenciadas. Tem capacidade de assistência multidisciplinar a todas as situações com patologia associada ou coexistente com a gravidez, que lhe sejam referidas pelos HAP das RRMI. Responde às solicitações dos HAP para o Diagnóstico de Terapêutica Pré-natal. Dispõe de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais com uma Equipa de Neonatologistas (independente do Serviço de Pediatria) com um mínimo 7+1, para garantir escala em presença física 24/24 h. Coordena ou Integra as equipas de Transporte Neonatal medicalizado se for solicitado para tal. Garante articulação protocolada com os Centros de Saúde da sua área, correspondendo às solicitações da UCF, com Consultas de Referência Obstétrica e Neonatal. Garante a articulação protocolada com HAP: transporte antenatal, auditorias dos transportes e óbitos, formação, monitorização dos indicadores de saúde regionais. A grande diferença dos HAPD em relação aos HAP será, no entanto, a sua responsabilidade nas áreas da Avaliação e Formação dos profissionais da Instituição e da zona que abrangem. Deve associar-se aos demais HAPD da RRMI e concretizar em comum este objectivo.” (CNSMN, 2006: 26)

⁷⁶ As competências dos centros de saúde e, mais recentemente, unidades de saúde familiar foram definidas como sendo: “Assegurar a primeira linha da Saúde Reprodutiva com assistência pré-concepcional e pós-natal, assim como os cuidados em planeamento familiar. Garantir a consulta de vigilância da grávida, de saúde infantil, dos jovens e adolescentes. Articular-se com as consultas de referência obstétrica e pediátrica dos respectivos hospitais da RRMI. Articular-se com os agentes comunitários locais para divulgar informação e melhorar as acessibilidades. Localizar e quantificar as necessidades locais em termos de saúde da grávida e recém-nascido. Localizar e identificar os nados-vivos de risco que necessitam de apoio especial, estabelecendo vias de comunicação para este efeito com os Hospitais e maternidades. Estabelecer com os HAP, através das UCF, protocolos de referência para as situações de risco em saúde reprodutiva. Efectuar acções de formação/educação para a saúde, para as populações da sua área geográfica. Garantir os programas

A Rede de Referência Materno-Infantil foi criada em 2001 com base nessa estrutura, em que as UCF fazem a ponte entre os centros de saúde e os HAP que, por sua vez, se articulam com os HAPD da zona geográfica de referência.

Enfatizando a importância da rentabilização de recursos e meios, a carta hospitalar nacional (Peixoto *et al.*, 2001), as propostas da CNSMN e o Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal (CNSMN, 2006) apontaram soluções que passaram, no que toca aos recursos humanos, pela promoção da carreira de Medicina Familiar e manutenção da rentabilização das competências em saúde materna e infantil dos médicos de família e dos enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica dos Centros de Saúde, pela promoção do trabalho comunitário dos enfermeiros de família, pelo evitar da dispersão de especialistas em pediatria, neonatologia e obstetrícia, gerindo o equilíbrio que existe nos hospitais dos diferentes níveis da rede de referência hospitalar e pelo reforço da formação nestas especialidades e em enfermagem de Saúde materna e obstétrica e em Saúde infantil e pediátrica.

Quantos aos estabelecimentos e equipamentos, propôs-se a concentração de partos, fechando os blocos de partos de pequenas maternidades com menos de 1500 partos por ano, sem garantia de qualidade, com baixa eficiência e com efeitos de dispersão de recursos humanos; a redefinição do número de unidades de cuidados intensivos (CI) e número de camas de CI Neonatais (nos HAPD) e redefinição da distribuição dos recursos de alta tecnologia; a manutenção do transporte de recém-nascidos de alto risco.

A prematuridade no nascimento, associada ao muito baixo peso, surge como um exemplo da necessidade de precaver novas valências no apoio à saúde materno-infantil para garantir a manutenção de padrões de assistência.

Apesar do planeamento e da política legislativa, em 2006 levantavam-se questões acentuadas sobre a fragilidade das redes de referência materno-infantil e respetivas estruturas, como a falta de continuidade das comissões de saúde materno-infantil pelos atrasos de nomeação, ou a não existência de Comissões Regionais, comprometendo a coordenação e avaliação das UCF; sobre o desequilíbrio na gestão dos recursos humanos e de equipamentos, pelo número excessivo de HAP; sobre a necessidade urgente de formação de obstetras, anestesistas, enfermeiros em saúde obstétrica e infantil, especialistas em medicina familiar; sobre a necessidade de regulação da concorrência contratual entre instituições, para evitar desequilíbrios na distribuição dos recursos humanos, assimetrias e diminuição de efetividade; sobre a possível concorrência desleal do sector privado, justificando a definição de indicadores de estrutura mínimos de qualidade e

de Saúde Escolar. Garantir do serviço domiciliário à puerpera, RN e Criança de Risco.” (CNSMN, 2006: 27)

equidade assistencial; sobre a aquisição de equipamento; sobre o transporte da grávida; sobre o controlo do número e qualidade das ecografias e outros exames complementares.

Nesse seguimento, fizeram-se as seguintes propostas (CNSMN, 2006: 10-11):

1. Atualizar as Redes de Referência Materno Infantil (RRMI).
2. Organizar as RRMI em redes perinatais regionais (rentabilizar recursos mais diferenciados) para facilitar a referência, a comunicação, a cooperação e os programas de avaliação e formação contínuos.
3. Nomear as Comissões Regionais de Saúde Materno-Infantil (CRSMI), definir as suas competências, e interação com a CNSMN, ARS e DGS, nomeadamente na coordenação das UCF's e das relações inter-hospitalares dentro das RRMI.
4. Concentrar o parto nos locais onde há garantia de qualidade, sem prejuízo assistencial nem da liberdade de escolha da população.
5. Rentabilizar os recursos humanos. Evitar a pulverização de UCI's Neonatais.
6. Constituir uma equipa centralizada, para aquisição e distribuição de equipamento essencial para os hospitais, satisfazendo racionalmente as necessidades das RRMI e do país.
7. Programar a Formação de Recursos Humanos.
 - Neonatologistas com o Colégio de Especialidade
 - Obstetras com o Colégio de Especialidade
 - Pediatras com competência em neonatologia a nível das Redes Perinatais Regionais
 - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e Saúde Infantil e Pediátrica, inicialmente com as Escolas Superiores de Enfermagem, depois com a Ordem dos Enfermeiros
8. Promover iniciativas no domínio da promoção e garantia da qualidade (Explicitação de indicadores mínimos de estrutura, definir *guidelines* para a promoção de boas práticas, prever auditorias ao processo de cuidados).
9. Regulamentar as condições estruturais para garantir qualidade no sector privado.⁷⁷
10. Continuar a medir a mortalidade como está a ser feito pela DGS, a morbilidade e satisfação dos utentes, aglutinando os grupos de profissionais envolvidos. Ex.: Grupos de Registo nacional de malformações, Registo Nacional do RN de muito baixo peso – atividade da Secção de Neonatologia da SPP. Partir da monitorização para intervenção, como está a ser efetuado com a auditoria dos óbitos executada pelas UCF's, integrando todos os intervenientes.
11. Criar condições para generalizar a ação das UCF's a nível nacional.

⁷⁷ Cujas competências definidas são regulamentadas da seguinte forma: “Capacidade de vigilância de todas as grávidas internadas. Capacidade de identificar e triar doentes de alto risco. Possibilidade de transferir para locais de apoio perinatal. Capacidade de antecipar/identificar problemas do feto durante o trabalho de parto e pós o parto. Capacidade de iniciar uma cesariana dentro de 30 minutos. Disponibilidade de sangue e plasma. Disponibilidade de anestesia, radiologia, Ecografia e laboratório 24/24 h. Capacidade de assistir situações do pós-parto. Vigilância do RN saudável e continuidade de cuidados até à alta. Capacidade de reanimar e estabilizar todos os RN. Capacidade de estabilizar prematuros/RN doentes até ao transporte. Estar integrado num programa de transporte bem definidos com HAP ou HAPD. Dispor de número de Enfermeiros suficiente. Dispor de arquivo que permita monitorizar a qualidade. Preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida e RN. Vias de comunicação com os CS para evitar duplicações.” (CNSMN, 2006: 28)

12. Desenvolver um sistema de monitorização informatizado, com uma página Web e uma base de dados que permitam comunicação, avaliação, identificação de necessidades formativas, sinalização, disponibilização de *guidelines* e outras intervenções para garantir melhoria contínua da qualidade (...).

13. Identificação informática da grávida e RN que optam pela Medicina Privada (evitar duplicação e garantia de acesso e reforço de atenção aos grupos de risco).

14. Continuar o preenchimento do Boletim de Saúde Infantil e da Grávida e da Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar.

As últimas propostas realizadas pelas Comissões de Saúde Materna e Infantil e a confrontação das propostas com as medidas legisladas permitem perceber, por um lado, algumas áreas em que há um défice de atuação política face às necessidades definidas pelos diagnósticos, nomeadamente, ao nível da formação de recursos humanos e da interferência política no funcionamento das estruturas de apoio à saúde nestas valências, por atrasos nas nomeações ou pelas mudanças sucessivas das suas composições e competências.

Por outro lado, há quem aponte para um uso abusivo das recomendações por parte do poder político, no sentido da descontextualização de determinadas medidas. É o caso das medidas baseadas na ideia de que deve haver uma concentração dos partos “nos locais onde há garantia de qualidade, sem prejuízo assistencial nem da liberdade de escolha da população” (CNSMN, 2006: 10).

De facto, essa indicação implicou um processo de encerramento de blocos de partos que se iniciou já em 1989 onde imperou o critério do número de partos por ano, sem, aparentemente, se considerarem outras condicionantes, nomeadamente de natureza geográfica.

O ministério de Leonor Beleza, no seguimento da criação da CNSMN e respetivas recomendações para a área da saúde materna, onde se incluíam a concentração do número de partos em unidades de saúde com condições específicas, decretou o fecho de 150 blocos de partos, cerca de 75% dos existentes (200, no total).

Em 1996 e 1997, o governo do partido Socialista (PS) encerrou também a maternidade de Ovar e concentrou os partos do Médio Tejo (Torres Novas, Abrantes e Tomar) em Abrantes. Antes disso, no entanto, o Governo do Partido Social Democrata (PSD) inaugurara o renovado Hospital de Elvas, sem reabrir a maternidade que havia sido encerrada em 1989, embora o Governo seguinte o viesse a fazer. (Matos, 2011: 58-59)

Em 2006, Correia de Campos, ministro do Governo socialista determinou a concentração de partos em certas unidades de saúde e o encerramento das que não cumpriam o rácio estabelecido [1500 partos/ano]. (...) da rede de 50 maternidades do Serviço Nacional de Saúde, 27 unidades reuniam condições técnicas para manter os blocos de parto em funcionamento e 23 não reuniam. Destas últimas, 15 realizavam menos de 1200

partos/ano, 12 menos de 1000 partos/ano e 5 menos de 500 partos/ano. Assim, de acordo com avaliação feita pela CNSMN, 16 blocos de parto deveriam ser encerrados. Não obstante, o despacho ministerial acabou por avançar apenas com o encerramento de 9 dessas unidades de saúde. (Matos, 2011: 59-60)

O que revela decisões políticas sustentadas em critérios técnicos, eventualmente orientadas por valores de natureza economicista. A esse propósito, Jorge Branco, membro de uma das CNSMN referiu:

A solução óbvia é a de racionalizar os meios existentes. Só que o binómio qualidade dos serviços prestados versus mobilidade das populações tem de ser muito bem fundamentado, caso a caso. Se não o for, cada encerramento, por mais limitado que seja o atendimento, é recebido como o anúncio a um progressivo abandono (...) Não foi seguido à letra o que aconselhámos. (Jorge Brando cit. por Matos, 2011: 63)

A discussão do critério técnico prevalecente torna-se ainda mais importante, se considerarmos os resultados de um estudo apontado por Matos, onde se percebe que “a probabilidade de ocorrerem mortes neonatais é mais baixa em hospitais com menor actividade (com cerca de 100 a 500 partos por ano) quando comparados com outras unidades hospitalares que realizem mais de 2000 partos” (Matos, 2011: 62).

Outra questão tem a ver com a insatisfação da população, dos utilizadores dos serviços de saúde que são geridos, mas também de profissionais do sistema que não se reveem nessas propostas, desde logo pelo facto de aquelas interferirem de forma muito direta com o seu quotidiano profissional e pessoal. Mas também porque as avaliações e decisões políticas serão baseadas em informação como o número de partos por ano, sem acontecer, em muitos casos, uma visita aos locais ou a consulta dos respetivos profissionais (Matos, 2011: 66-67).

Parece, por esta análise, haver diferentes níveis de atuação, ao nível da gestão dos serviços de saúde materna e infantil, de que resulta uma hierarquia de três níveis de protagonistas.

No topo da hierarquia surgem os decisores políticos que legislam. De seguida, os decisores intermédios, que compõem estruturas de consulta e diagnóstico, definidas e nomeadas ministerialmente e que pertencem ou já pertenceram a quadros hospitalares. Os profissionais do terreno situam-se no nível mais baixo da hierarquia, sendo esses os profissionais que contactam com os utentes dos serviços mais descentralizados e afastados da esfera de poder decisório.

Assim, apesar da legitimação que o Estado faz de uma cultura médica como a que caracteriza o atual sistema técnico, nem sempre se verifica uma identificação ou sintonia entre os diferentes níveis de intervenção no modelo de assistência ao nascimento.

Fatores como diretivas internacionais (que redefinem conceitos e os alinham com novas orientações para a saúde pública, como aconteceu com o conceito de *saúde*

reprodutiva) ou constrangimentos de natureza económica e financeira podem, de facto, beliscar essa relação privilegiada entre Estado e profissão médica ou, simplesmente, indicar uma orientação dos Estados menos alinhadas com a cultura médica como até então.

No caso português, essa descoincidência na valência da saúde materna pode materializar-se de diferentes formas, sendo evidente, nos últimos anos, a preocupação economicista na definição da oferta de cuidados assistenciais.

De facto, podemos considerar, a título de exemplo, por um lado, o desinvestimento no funcionamento de estruturas como os centros de saúde – estruturas de saúde definidas, em termos legislativos, para a assistência privilegiada à saúde materna e à vigilância preferencial de gravidezes de baixo risco – a favor de uma lógica hospitalocêntrica (Carapinheiro, 2006). E, por outro, o já referido fecho de unidades hospitalares que não cumpram um número mínimo de partos por ano. Dois exemplos que potenciam a deslocalização e centralização cada vez maior do acompanhamento da gravidez e do parto em hospitais de maior dimensão.

Na prática, essa lógica de transferência de cuidados de saúde primários para contexto hospitalar, necessariamente mais orientado para estratégias curativas do que preventivas, para além da centralização dos cuidados e dos desequilíbrios inerentes, em termos de gestão de recursos e garantia de cobertura de necessidades, a nível nacional, de forma equitativa, pode implicar a medicalização excessiva, padronizada e interventiva na assistência a casos que se incluam em dimensões da saúde como a saúde materna que não configuram, na verdade e na maioria dos casos, situações de patologia.

Pode também desencadear um entupimento do sistema e a transferência forçada da assistência para o sistema privado, quando para tal há recursos por parte da população, ou para uma assistência marginal no caso da falta de recursos. A assistência no privado, por seu lado, obedecendo a lógicas ainda mais específicas, nomeadamente de carácter financeiro, será, eventualmente, ainda mais sujeita a respostas fortemente interventivas, medicalizadas e normalizadas, no atendimento à saúde materna.

Acentua-se, assim, o risco de que a implementação de uma marca *assistencial*, *hospitalocêntrica* e *sanitarista* (Carapinheiro, 2006: 148) à abordagem da saúde materna no nosso país desvirtue, em primeiro lugar, o meritório princípio de responsabilização individual da gestão da saúde, por submeter os indivíduos à falta de resposta assistencial ou a formas assistenciais mais vocacionadas para o plano curativo e descontextualizadas das necessidades específicas das mulheres e famílias no acompanhamento da gravidez e parto.

A procura de resposta do sistema (público ou privado) será aí mais premente do que a assunção de um verdadeiro (isto é, informado) protagonismo e *capacitação* nas escolhas referentes ao processo que se vive. O que confere com a ideia, que apresentávamos atrás, de que a “versão individualizada e privatizada da modernidade” (Carapinheiro, 2006: 159) a

que atualmente assistimos implica a transferência de “políticas da vida [Giddens, 1997: 200-203] do plano da gestão colectiva e pública para o plano da gestão individual e privada, sem no entanto tal significar uma “mera orientação cognitiva” (Carapinheiro, 2006: 159).

De facto, uma decisão ou escolha de cuidados assistenciais no sistema público ou no sistema privado de saúde, possível a quem tem mais recursos, não configura um mero exercício de liberdade com implicações apenas no custo financeiro associado. A diferença entre os níveis de intervenção (mensuráveis através do número de cesarianas, por exemplo) num e noutro sistema remete para o que Giddens (1997: 181) apelida de um *dilema* entre a “experiência *personalizada e mercadorizada*” no resultado da experiência.

Os contornos destes processos parecem, de facto, mais “abrangente[s], abarca[ndo] sistemas políticos, regimes de poder social, formas de gestão das organizações, processos de racionalização da vida colectiva e direitos sociais” (Carapinheiro, 2006: 156).

A perspectiva *sanitarista* aponta, nesta linha, para uma estratégia política e biopolítica que visa o controlo social em que se regula a atuação dos corpos, atuando-se na criação de modelos científicos e técnicos (profissionais de saúde e comissões de saúde) e disciplinando e regulamentando normas de conduta (governos, através de medidas legislativas) (Aguiar, 2010: 40), esvaziando, na verdade, os indivíduos do protagonismo que aparentemente lhes é conferido.

Esse protagonismo passará, sobretudo, pela liberdade na escolha assistencial, definida em função da posição social, mas não pela gestão concreta da sua saúde, nomeadamente, a saúde materna, essa determinada pelos modelos científicos, técnicos e legislativos socialmente normalizados.

Nesse sentido, os recursos detidos pelos indivíduos, mais do que orientações cognitivas determinarão a procura assistencial, acentuando desigualdades previamente existentes, agora reforçadas pela forma como são geridos acontecimentos como o nascimento de um filho. Acentua-se, assim, também, o risco social de marcar à nascença e pela nascença a desigualdade social dos indivíduos, determinada, em muitos casos, pelos recursos dos progenitores e pelas escolhas que, em função desses recursos, fazem em matéria de assistência ao nascimento.

9. HIPÓTESES E OBJETIVOS DE TRABALHO

9.1. A desigualdade social no nascimento

Se nos centrámos, até aqui, no papel do Estado enquanto legislador e da profissão médica enquanto prestadora de cuidados, no que diz respeito à assistência em saúde materna, questionamos agora a capacidade de os indivíduos serem verdadeiros protagonistas das decisões relativas à sua vida reprodutiva e fértil.

Assumindo que, em Portugal, as políticas em matéria de saúde reprodutiva seguem, de alguma forma, uma linha de orientação suportada numa conceção de *saúde reprodutiva* alinhada com a nova corrente de saúde pública, interessará saber até que ponto essa conceção é alimentada por uma crescente responsabilização das mulheres pela sua saúde reprodutiva e, mais concretamente, da sua saúde materna.

Uma responsabilização que pode ditar um novo protagonismo, através da tomada de decisões informadas e suportadas numa assistência profissional, nomeadamente de cariz médico.

Atendendo à universalização dos nascimentos ocorridos em contexto institucionalizado e ao modelo técnico de referência no sistema hospitalar, o papel central é atribuído aos prestadores de cuidados, os profissionais de saúde. Esse papel é legitimado, em termos sociais, pela importância social da figura do médico que contrasta com a posição desinformada dos indivíduos.

A ausência de protagonismo das mulheres numa área como a gestão da sua saúde reprodutiva funciona como espelho que reproduz a sua posição e condição social, noutras esferas, como a familiar.

De que é exemplo a conciliação dos tempos relativos ao trabalho e à família, em que a crescente participação feminina no mercado de trabalho, não reverte numa maior partilha de trabalho doméstico com os homens (Torres *et al.*, 2004). O que resulta no reforço da desigual distribuição e divisão sexual do trabalho, bem como do desequilíbrio das funções de género nas relações familiares, em que representações e práticas conservadoras e tradicionalistas coexistem com a emergência de novas práticas que rompem com alguns desses padrões.

A reprodução e a descendência foi uma das dimensões familiares mais afetadas nesse ajustamento. Bandeira refere-se à “definição de um novo quadro social da reprodução demográfica” (1996: 174) em que revela decisiva a adoção de métodos contraceptivos que permitiram fixar a distância entre as descendências idealizadas e as descendências possíveis, quer no calendário, quer na intensidade da fecundidade (Cunha, 2005) no novo quadro social.

Pelo que, se alguns processos sociais e políticos revelam, na teoria, abertura a uma nova forma de viver a fecundidade, acompanhadas de fortes mudanças nos padrões familiares, sociais e culturais da sociedade portuguesa, outros constrangimentos surgem que limitam a concretização das aspirações em matéria fecunda que certas conquistas deixariam antever.

A contraceção teve um papel decisivo de ajudar a balizar a mediação entre aspirações e concretizações constrangidas e a intervenção de um planeamento familiar claramente medicalizado (com o suporte legislativo) não terá sido neutra nos resultados alcançados.

Com efeito, a política legislativa para a saúde materna em Portugal, mais do que orientar as mulheres para escolhas informadas relativas à sua saúde reprodutiva, vai mostrando, antes, caminhos para modelos normalizados de assistência e intervenção médica aos quais, assumimos como hipótese, se adere de forma desigual em função da própria desigualdade social que caracteriza os indivíduos. Neste sentido, pode dizer-se que “(...) até a «eficácia» do contraceptivo moderno é determinada socialmente” (McLaren, 1997: 13).

Vamos mais longe no sentido de apontar como hipótese a ideia de que um posicionamento social mais favorecido não funciona, necessariamente, como requisito para escolhas mais informadas mas, sobretudo, para escolhas de modelos mais medicalizados, padronizados e interventivos de assistência ao nascimento obedecendo à lógica do controlo médico e sanitário das populações (Almeida *et al.*, 2004: 24), sob a cortina da *racionalização científica da sociedade* (Carapinheiro, 2006: 149), em que o risco discutido na vivência de uma gravidez e parto assume a sua dimensão epidemiológica e não a de natureza social, mais abrangente e com múltiplos protagonistas.

Essa vivência, eventualmente alheada de algumas decisões na primeira pessoa, remete para a noção de *modernidade inacabada* (Machado e Costa, 1998), no sentido não só de uma desigual distribuição de recursos e qualificações (já de si baixos, em média, face a realidades de países próximos) mas também da orientação dada à mobilização desses recursos aquando da gestão de processos individuais socialmente determinados.

Os processos de que falamos têm muito concretamente que ver com acontecimentos associados à fecundidade enquanto fenómeno que assume uma dimensão demográfica mas também social, sendo importante perceber como evoluíram os seus resultados e precisar as suas características.

9.2. O risco e a assistência no nascimento

A saúde é uma área onde o estudo do risco ganha sentido, por excelência e, por aí, a noção de risco rapidamente foi incorporada pelos discursos médico e de saúde pública. Também a epidemiologia se associou à corrente que procura identificar, medir e trabalhar no sentido de reduzir os riscos associados à saúde e à saúde pública (Petersen, 1996: ix).

Considerando a importância do discurso do risco como forma de regulação das sociedades modernas, verifica-se que esse discurso se alicerça cada vez mais no cálculo probabilístico do risco e na construção de perfis de risco, para o que concorrem aspetos de todas as esferas da vida dos indivíduos (Petersen, 1996: 19, 21).

De facto, a quantificação do risco permite intervenções não apenas em situações de perigo atual e concreto mas com base em evidências que demonstram que eventos indesejáveis podem ocorrer e que a intervenção pode prevenir (Petersen, 1996: 18).

Essa quantificação do risco em saúde remete para noções que são caras à epidemiologia e à demografia, como a de morbilidade e de mortalidade. Assim, a materialização do risco na saúde, que remete para situações de doença, patologia ou óbito é passível de ser medida pelos indicadores que caracterizam esses fenómenos (Bandeira, 2004: 189-237; Mausner *et al.*, 2007)

Remetendo para uma perspetiva culturalista (Areosa, 2008), o risco na saúde, como noutras áreas, não faz sentir a sua influência e os seus efeitos nem determina comportamentos de forma linear, apesar da sua dimensão global, pelo que faz sentido a sua análise de forma situada.

Deste modo, e sendo a sociologia da saúde e da doença definida como uma disciplina multidimensional, estudar o risco em contexto de saúde implica considerar os diferentes contextos em que a análise se insere (Cabral e Silva, 2009: 20-23).

Se considerarmos as dimensões que caracterizam a gestão da saúde individual – a dimensão natural e a social – faz sentido considerar os contextos demográfico, médico, político e sociocultural das mulheres na análise do risco associado à saúde reprodutiva.

O que implica considerar os atores de cuja saúde se fala, no seu enquadramento social; implica perceber a dimensão da saúde que é abordada; e implica considerar, também, as dimensões técnico-científicas e políticas associadas ao âmbito da saúde que interferem na sua vivência e nos procedimentos a ela associados, pelos seus diferentes agentes.

Implica, finalmente, perceber como todas estas dimensões se articulam de forma a condicionar ou a potenciar exposições diferentes a situações de risco, que remetem, desde logo, para diferentes perceções do risco.

Para além do mais, considerando as características de reflexividade das sociedades atuais, a prevalência do risco, a sua invisibilidade e a carga social, cultural e económica que comporta em cada contexto, a perceção social do risco, a capacidade de o discurso do risco adotado pelas classes detentoras de poder, nomeadamente, a classe científica (em última análise, a profissão médica) influenciar a perceção social do risco e comportamentos individuais daí decorrentes, fará sentido considerar uma abordagem do risco em saúde a diferentes tempos ou, se quisermos, considerando as diferentes dimensões implicadas.

Por um lado, importa analisar situações de risco em si mesmo, isto é, perceber até que ponto a vivência de uma determinada situação é pautada pelo risco, o que remete para a dimensão natural e mais quantificável do fenómeno analisado.

Por outro, importa perceber de que forma os comportamentos individuais, na gestão do risco, são influenciados por perceções sociais do risco muito determinadas pelo discurso do poder dominante (ou não) que, ao resultarem em escolhas e comportamentos diferenciados, alguns dos quais pouco racionais, podem resultar em novas situações de risco, quem sabe, evitáveis.

O que remete para um exercício de *capacitação*, no sentido do discernimento a partir do acionamento de mecanismos de racionalização individual a que faz apelo a nova corrente de saúde pública. O que permite, em última análise, a articulação entre a capacidade informativa, o nível de conhecimento de cada um e a respetiva gestão.

Esta segunda dimensão pode definir-se como a mais abrangente do fenómeno do risco na medida em que considera as condicionantes de ordem sociocultural que permitem diferenciar os indivíduos, determinar diferentes formas de perceção do risco associado ao mesmo fenómeno e, por aí, também, comportamentos diferenciados.

Assume-se, que, atualmente, o risco associado à gravidez e ao parto, por via de um discurso patologizante destes acontecimentos, assumiu novos contornos, nomeadamente, através de uma maior visibilidade do seu potencial. Visibilidade que se torna paradoxal pela forma como o risco, que se concretiza por via da morbilidade, se reveste de uma forte invisibilidade, o que pode agravar as suas consequências.

Ou seja, a maior intervenção que o discurso do risco sobre a gravidez e o parto, associado ao desenvolvimento da prática obstétrica e da tecnologia inerente, veio permitir, consolidou, de forma inequívoca e irreversível, a redução e quase extinção de óbitos maternos, no contexto ocidental⁷⁸, mas poderá ter contribuído para o agravamento de um fenómeno muito mais invisível, o da morbilidade materna.

⁷⁸ Os valores da mortalidade materna começam, contudo, a registar um aumento significativo em países como os EUA, que se associa à prática muito generalizada de cesarianas (Jones, 2010).

O agravamento deste fenómeno de morbilidade acontece, desde logo, porque muitas situações de patologia que tenderiam a dar em óbito materno, podem, atualmente, ser corrigidas, prevenindo o óbito mas não a situação de morbilidade⁷⁹.

Nesse sentido, o risco associado à gravidez e ao parto não se terá anulado pelo quase desaparecimento da mortalidade materna, sendo materializado, mais recentemente, por via da morbilidade materna. Este é um fenómeno mais invisível e menos quantificável mas bastante lesivo para a saúde das mulheres, a diferentes níveis. E decorrerá, entre outros fatores, da forma como se gere a assistência à gravidez e ao parto, associada a um discurso patologizante que está presente na construção da perceção social do risco associado a estes acontecimentos.

Atendendo aos fatores que cercam todo o contexto de nascimento em Portugal, consideramos ter existido uma mudança de padrão na perceção social e materialização do risco associado à gravidez e ao parto. Assim, uma primeira dimensão desse risco, que definimos como *biológica*, mais tradicional, e com implicações fortes na mortalidade materna, terá dado lugar a outra, que definimos como *cultural-científico-política*, mais recente, e com repercussões, sobretudo, ao nível da morbilidade materna.

O que leva a assumir que a transferência do risco de um fenómeno mais visível (o da mortalidade materna) para outro menos visível (o da morbilidade materna) está associada a alterações nos padrões do nascimento e do parto, quantificáveis através de indicadores referentes a esses acontecimentos.

As dimensões que apresentamos para a definição do risco associado à gravidez e ao parto encontram paralelo nas apresentadas por Omran associadas aos determinantes das doenças que definem os novos padrões de mortalidade, no seguimento da transição epidemiológica. Assim, a dimensão ecológica estará ligada ao que definimos como dimensão *biológica*; as dimensões socioeconómica e cultural, médica e de saúde pública, apresentadas por Omran estarão ligadas ao que definimos como dimensão *cultural-científico-política*.

Por sua vez, as dimensões que identificamos poderão, também, ligar-se a duas dimensões que Gifford apresenta na conceptualização do risco, uma apresentada como 'objetiva e científica' e outra decorrente da 'experiência pessoal e social'.

Mas, por um lado, podemos pensar que a componente cultural da segunda dimensão por nós definida terá mais eco na ideia da experiência social identificada por Gifford. Para

⁷⁹ A sua invisibilidade alicerça-se em, pelo menos, duas razões. Por um lado, as consequências menos graves de uma situação de morbilidade face à de mortalidade tornam-no melhor aceite, sobretudo se se pensar que se preveniu a possibilidade de morte, por via da intervenção médica. Por outro lado, a atuação médica que possa provocar situações de morbilidade será aceite como um "mal necessário", na medida em que é entendida como uma intervenção que visa gerir situações de risco associadas à gravidez e ao parto, onde a saúde da mãe e do feto estão em causa.

além disso, não nos parece linear a ligação direta e simples das dimensões que definimos como *cultural-científico-política* com a que Gifford apresenta como 'objetiva e científica'.

Isto porque a objetividade associada ao conhecimento científico e à sua prática pode ser e é condicionada por um elemento que são os interesses individuais e de grupo de atores sociais específicos que não são os que vivenciam as experiências na primeira pessoa mas os que gerem essas vivências, no caso, a classe profissional e médica, antes de mais.

Esta classe, como foi visto atrás, enfrenta desafios de afirmação perante os pares, perante os avanços tecnológicos, perante outras classes cujas funções se podem sobrepor às suas, e perante a própria sociedade. Ora, num cenário de necessidade de afirmação do seu papel e autoridade, que Lobo Antunes titula de crise na profissão, importa desconstruir a ideia de uma total e rigorosa objetividade e cientificidade da prática médica, nomeadamente no atendimento de situações tão particulares como a gravidez e o parto que não são patológicas por si só.

O que é tanto mais importante quanto esta dimensão tem uma influência direta na que se associa às experiências individuais e sociais, já que a consciência social associada à prática médica, sobretudo a legitimada política e institucionalmente, remete para uma aceitação ou desconfiança dessa legitimidade. Aceitação que se configura no que Cabral e Silva designaram de *aliança virtuosa* verificada "entre a grande maioria dos utentes do SNS [Serviço Nacional de Saúde] e a generalidade dos profissionais de saúde" (Cabral e Silva, 2009: 157).

Basta ver, no caso português, a propósito do acompanhamento da gravidez e do parto, que as mulheres mais jovens são cada vez mais acompanhadas pelo médico de família ou por um obstetra (ou até por ambos), enquanto no caso das mulheres mais velhas, se encontram mais casos de acompanhamentos feitos por enfermeiras e/ou parteiras e mais casos sem qualquer acompanhamento (Cabral e Silva, 2009: 41-43).

Assim, assumimos que as dimensões associadas a riscos que se vivem em experiências como a do nascimento de um filho não podem dividir-se de forma estanque em 'objetiva e científica' e 'decorrente da experiência pessoal e social', porque nessas vivências concretas estas dimensões se diluem, fundem e misturam, por se misturarem também os interesses dos diferentes agentes envolvidos, remetendo ambas, por sua vez, para as diferentes dimensões levantadas por Omran, de natureza ecológica, socioeconómica, cultural, médica e de saúde pública.

Partindo dessa assunção, consideramos como hipótese de trabalho, na abordagem que fazemos ao risco associado ao nascimento em Portugal, ao longo do último século, a existência de duas dimensões do risco na gravidez e no parto:

- Um risco físico-biológico, mais tradicional e, se quisermos, mais individual, porque menos influenciado por fatores que determinam a outra dimensão;

- Um risco cultural-científico-político, mais recente e mais determinado pela maior envolvimento do nascimento em contextos onde a assistência se tem desenvolvido e legitimado.

Assumimos também que cada um destes riscos tem implicações diferenciadas na saúde materna, tendo o primeiro contornos mais visíveis e um maior impacto ao nível dos valores da mortalidade materna, enquanto o segundo, mais invisível, se reflete mais na morbidade materna.

Assume-se ainda que, histórica e cronologicamente, a manifestação do risco terá evoluído da primeira para a segunda vertente, pela manifestação da dimensão relativa à intervenção. Associando-se, assim, a transferência do risco de um fenómeno mais visível (o da mortalidade materna) para outro menos visível (o da morbidade), a alterações de padrões nos contextos de nascimento. Os contextos de nascimento consideram as características demográficas e sociais da população fecunda assim como as condições de assistência e vivência da gravidez, isto é, as características das condições assistenciais dos nascimentos.

9.3. Mortalidade e Morbidade Materna: objetivos do trabalho e fontes de informação

Neste trabalho, a análise do risco associado à gravidez, ao parto e ao pós-parto remete, antes de mais, para a sua dimensão quantitativa, à qual se associam indicadores de mortalidade e morbidade materna, como indicadores avaliadores do risco na saúde das mulheres que passaram pelas experiências de gravidez, parto e pós-parto.

Diferentes estudos apresentam propostas de indicadores eficazes nessa avaliação, sendo que essas propostas vão, desde logo, no sentido de caracterizar a manifestação do risco, nomeadamente através da medição da mortalidade e morbidade maternas, cruzadas e explicadas, depois, com indicadores de caracterização das mulheres e da assistência na gravidez.

Verifica-se, nestas abordagens, sobretudo divulgadas em revistas médicas, a preocupação em estudar a dimensão natural do risco, isto é, a vertente biológica e assistencial da saúde reprodutiva das mulheres (Alexander *et al.*, 2003; Wildman *et al.*, 2003).

Sabemos, à partida, que a mortalidade e a morbidade maternas terão uma expressão diferente em função da época a que se reportam. Assim, numa primeira fase (referente a um período mais recuado no tempo), e de acordo com os casos já conhecidos de outros países, o enfoque cairá, naturalmente, sobre a mortalidade materna, pelo facto de,

tradicionalmente, os seus valores serem significativos e dignos de avaliarem o risco na saúde das mulheres nas situações de gravidez e parto.

O período a analisar, em concreto, remete para a disponibilidade das fontes de informação. Assim, considerando que a partir de 1913 existem dados oficiais, em Portugal, sobre óbitos por causa de morte⁸⁰ e sexo (estas são as variáveis fundamentais para validar a análise mas estão disponíveis dados onde estas se cruzam com outras variáveis como o estado civil, o mês de ocorrência do óbito, o distrito ou região, a idade) será esse o ano a partir do qual analisaremos o fenómeno da mortalidade materna.

Para os períodos mais recentes, fará sentido centrar a análise na incidência da morbidade materna, como forma de aferir o risco para a saúde das mulheres, associado à gravidez e ao parto, na medida da perda de expressão dos valores da mortalidade materna.

Não esquecendo, no entanto, a importância da insistência na análise da mortalidade materna, apesar dos poucos valores registados, atualmente, na maioria dos países ocidentais.

Essa não desconsideração do fenómeno para um período mais recente justifica-se, por um lado, pela conhecida subestimação dos casos que são relatados e divulgados oficialmente em diferentes países, nomeadamente europeus, que invoca uma avaliação criteriosa da qualidade dos dados e das suas condições de produção. E invoca a consideração de que esses dados resultam, normalmente, de relatórios hospitalares, no âmbito dos quais o primeiro veículo de informação sobre situações de óbitos maternos e respetivas causas são relatórios médicos, produzidos por quem assistiu, participou e interveio na situação que originou o óbito (Ennis e Vincent, 1990; Vincent, 1989).

Por outro lado, justifica-se, também, pelo facto de este ser um fenómeno considerado evitável e, por aí, digno de análise, independentemente do número de casos envolvidos⁸¹ (Loudon, 1986; Bouvier-Colle e Szego, 2005; INSERM, 2007; Valongueiro e Cordeiro, 2004).

No mesmo sentido, importa referir que, numa fase anterior, a morbidade materna também seria digna de análise, e a sua inviabilidade leva-nos, novamente, a falar das fontes e da qualidade dos dados. Com efeito, os (poucos) dados oficiais que existem atualmente

⁸⁰ Os primeiros dados existentes relativos a óbitos por causa de morte remontam a 1802, sendo registados pelos párocos nos assentos de óbito e constando, por isso, de registos paroquiais, mas não de forma exaustiva (Rodrigues, 2008: 378). Em 1860 cria-se a obrigatoriedade desse registo nos certificados de óbito e livros de enterro do cemitério, passando essa responsabilidade para o foro médico e civil e instando-se os párocos a não o fazer (Rodrigues, 2008: 304).

⁸¹ Alexander e a sua equipa (2003: S84) apresentam mesmo em conclusão do artigo aqui referido que, apesar da necessidade de existirem estudos sobre a morbidade materna, os estudos sobre a mortalidade materna continuam a ser prioritários, mesmo considerando os seus fracos valores. São várias as considerações que justificam a sua relevância: “cada morte materna é uma calamidade quer pela perda de uma jovem (e, normalmente, saudável) mulher, mas também para o seu marido, filhos e família; a morte materna deve ser considerada uma morte em serviço pela comunidade; o fenómeno é, potencialmente, transgeracional; a mortalidade materna reflecte, de uma forma geral, a qualidade dos cuidados na gestação e parto”.

sobre morbidade materna decorrem de relatórios de morbidade hospitalar e estão disponíveis apenas desde a década de 1990, limitando a possibilidade de cálculo de indicadores quantitativos com uma cobertura abrangente, antes dessa data.

Para além disso, os dados dos relatórios de morbidade hospitalar dizem respeito a uma parte das situações de morbidade que são, normalmente, as patologias graves (*morbidade severa*) que ocorrem no imediato pós-parto e que originam o internamento das mulheres, nomeadamente, em unidades de cuidados intensivos. As restantes situações de morbidade associadas ao nascimento de um filho, que não impliquem internamento, não ficam cobertas por essa via⁸².

Assim, e assumindo que a análise demográfica de informação estatística (dados secundários) está dependente das fontes existentes e disponíveis, numa primeira fase analisaremos a mortalidade materna, desde o início do séc. XX, altura em que os seus níveis eram bastante elevados (o que coincide com as tendências internacionais). Dessa forma, será possível constituir séries longas com os resultados dos indicadores calculados e situar as tendências de quebra, na sua evolução, em termos temporais, quer em articulação com a mortalidade geral, quer com os seus determinantes e com outros fatores de associação.

Outros fatores serão aqueles que em estudos anteriores se revelam explicativos dos níveis encontrados para o fenómeno e para os quais também exista informação estatística, e que remetem, de forma geral, para a já referida dimensão natural dos fenómenos mas não só. Essa informação passa pela reconstituição das condições e contextos de nascimentos, através, por exemplo, do recurso a dados relativos a nascimentos e partos, cruzados com as condições em que ocorreram, como sejam o tipo de parto – vaginal ou cirúrgico – a natureza da instituição em que ocorreu – pública ou privada – o tipo de assistência, a duração da gravidez,... (Alexander *et al.*, 2003; Wildman *et al.*, 2003).

O levantamento da informação relativa à mortalidade, aos nascimentos e partos que é publicada nas Estatísticas Demográficas e de Saúde (pelo INE, no primeiro caso e pelo

⁸² O que deverá encaminhar estudos futuros para uma forma alternativa de chegar ao fenómeno da morbidade e à sua manifestação, que passa por abordar diretamente as protagonistas dos acontecimentos analisados – a análise da morbidade, face à da mortalidade, tem a vantagem de incidir sobre população sobrevivente – e recolher, em discurso direto, os relatos das representações, vivências e experiências que potenciaram situações de morbidade, ao longo da gravidez e do parto. E que passa, também, pela interpelação de informantes privilegiados, nomeadamente, responsáveis da área da saúde que se envolvam de forma, mais ou menos direta, na assistência à gravidez e ao parto. São disso exemplo profissionais como médicos, enfermeiros, parteiras, doulas e responsáveis pela gestão de instituições hospitalares.

A possibilidade de contato com estes agentes da saúde que consideramos informantes privilegiados será importante na medida em que são eles que, direta ou indiretamente, assumem protagonismo na assistência às gestantes e parturientes. Ora, sabendo-se que situações de mortalidade e morbidade materna decorrem, entre outros fatores, do tipo, nível e qualidade de intervenção que ocorre no processo de gravidez, parto e pós-parto (Alexander *et al.*, 2003: S84), justifica-se conhecer a filosofia e as práticas que conduzem a atuação destes profissionais.

INE em articulação com a DGS, no segundo caso), é feito, respetivamente, a partir dos verbetes de óbitos e de nados-vivos e dos Inquéritos aos Hospitais.⁸³

A cobertura da morbilidade materna apenas a partir dos dados quantitativos existentes sobre a morbilidade materna hospitalar⁸⁴ remete, em exclusivo, para situações de morbilidade grave ou severa (e para o conceito de *near miss* que considera, justamente, os casos de morbilidade materna grave), na medida em que esses dados dizem respeito, como já referimos, a situações de internamento nas unidades hospitalares de cuidados intensivos (Dias de Souza *et al.*, 2005).

O que deixa de lado outras situações de morbilidade e faz apelo a outro tipo de informação que cubra casos não considerados nas fontes disponíveis.

Por conseguinte, se nas primeiras fases de análise quantitativa dos fenómenos de mortalidade e morbilidade materna tentarmos caracterizar e descrever os fenómenos que materializam o risco da gravidez e do parto, para a saúde das mulheres, com recurso a dados objetivos fornecidos pelas estatísticas demográficas e da saúde, em trabalho futuros será interessante encontrar outras formas menos visíveis da manifestação desse risco, nomeadamente, outras formas de morbilidade materna.

E, também, explicar as tendências encontradas, diferenciando perfis, e encontrando os seus determinantes. Assumindo que quanto mais nos afastamos dos dados mais objetivos e palpáveis da mortalidade materna, mais invisível é a manifestação desse risco e mais difícil será de o medir. Também porque o discurso patologizante em torno do risco termina quando se efetiva o parto. E eventuais complicações associadas à gravidez e parto podem não ser identificadas, diagnosticadas ou relatadas, porque consideradas ‘normais’.

Com efeito, se avaliarmos a assistência e o acompanhamento médico às mulheres no pós-parto, por comparação com o que se verifica na gravidez e no parto, há, de facto, uma mudança de padrão. Enquanto na gravidez as consultas podem chegar a ser mensais e o parto é muito controlado e monitorizado, se não mesmo cirúrgico, já a fase do pós-parto retira à mulher todo o protagonismo, onde entra a atenção à sua saúde, havendo o eventual recurso a uma consulta posterior mas onde dificilmente há espaço ou lugar para o apuramento de situações de morbilidade que se considerem como tal.

Situações como incontinência urinária decorrente do parto, dores no períneo resultantes da cicatrização de uma episiotomia que, para além do desconforto, condicionem a vida sexual da mulher, depressão pós-parto, ... (Wildman *et al.*, 2003), ficam muitas vezes perdidas na memória feminina e na gaveta do discurso médico do risco, em prol de outros

⁸³ Esse levantamento tem a vantagem de garantir uma cobertura praticamente exaustiva dos fenómenos e respetivos acontecimentos, pela obrigatoriedade do registo dos mesmos (Bandeira, 2004: 105).

⁸⁴ Com dados divulgados nos *Relatórios de Morbilidade Hospitalar*, da Direcção-Geral da Saúde.

valores e, quem sabe, pela necessidade de apagar experiências menos boas e respetiva atribuição de responsabilidades.⁸⁵

Imperam aí valores como os da maternidade para a mãe e, eventualmente, os do planeamento familiar e da contraceção futura, para a profissão médica, que, por essa via, mantém a sua esfera de influência na vida reprodutiva da população feminina que acompanha.

Em Portugal, a abordagem da saúde materna a partir das ciências sociais não é frequente. Mas há exemplos como o trabalho de Luísa Ferreira da Silva e Fátima Alves, um estudo sobre a Saúde das Mulheres em Portugal (2003) com uma componente relativa à saúde materna, num capítulo dedicado à mulher e à reprodução.

Os dados e indicadores analisados revelam detalhe na análise, apesar de, por vezes, se reportarem a um espaço de tempo curto, mas recente. São exemplo os dados (para o período 1990-94) relativos à mortalidade materna por principais causas, a evolução da mortalidade materna por causa (1960-1995), o local e a assistência ao parto e à gravidez relativos a diferentes anos desde a década de 1960 e considerando diferentes fontes (onde se incluem relatórios da Direção Geral de Saúde).

Esses resultados apontam para uma diminuição clara da incidência da mortalidade materna, em Portugal, sobretudo a partir da década de 1970, acompanhando, embora mais tardiamente, a evolução europeia do fenómeno. Revelam, também, para o primeiro quinquénio da década de 1990, como principais causas de morte materna, as complicações do puerpério e, de seguida, a hemorragia na gravidez e no parto, outras complicações da gravidez terminada em aborto ou ligadas à gravidez, parto e pós-parto, assim como toxemia gravídica. Todas, ou quase todas, causas de mortes ainda evitáveis, apesar de reduzidas, o que mostra algum caminho a percorrer na assistência ao nascimento (Silva e Alves, 2003: 54-60).

Importa, contudo, por um lado, criar uma série temporal com este tipo de informação para obter sentidos históricos das tendências encontradas e, por outro, perceber, após esse levantamento, o que significam os valores registados e de que forma eles encontram eco em indicadores relativos à saúde materna e fetal.

⁸⁵ Nos partos não hospitalares, assistidos, tradicionalmente, por parteiras, certos rituais, associados a superstições, dão conta dos cuidados com a mulher no pós-parto, no sentido de a proteger, e à sua saúde, no período que se segue ao nascimento e em que se considera que está ainda muito vulnerável ao exterior. São disso exemplo as misturas de ervas com que se deviam lavar (para 'fechar' o corpo), a forma como deveria tomar banho (em alguns locais, o primeiro banho seria com água fervida e açúcar mascavado), as roupas que deveria usar (roupa branca durante um mês para imunizar contra maus-olhados o seu corpo ainda 'aberto'. Roupas essa a defumar, depois de um mês, com loureiro verde e grãos de trigo), o período em que deveria permanecer em casa (geralmente um mês sem sair), a alimentação cuidada (pelo menos durante um mês, à base de galinha, oferecida por outras mulheres, nomeadamente grávidas, mas também de ovos, açúcar e chocolate, alimentos raros que se guardavam e ofereciam por esta específica ocasião) (Joaquim, 1983: 104-114).

Outros países, nomeadamente europeus, já desenvolveram os chamados “birth register” que permitem monitorizar a saúde materna e infantil. Na Alemanha, por exemplo, esses registos são usados para avaliar o desempenho de unidades de obstetrícia, através de indicadores previamente definidos, sendo que objetivos não alcançados implicam a redefinição de medidas políticas com vista à melhoria dos resultados relativos à vigilância pré-natal, a nível nacional (Europeristat, 2008: 30).

9.4. Fecundidade e Condições de Nascimento: objetivos do trabalho e fontes de informação

A análise da saúde reprodutiva pelas ciências sociais remete para diferentes conceitos e dimensões possibilitando abordagens diferenciadas.

É exemplo o trabalho de Almeida e respetiva equipa em que essa noção foi operacionalizada através das dimensões da procriação, contraceção e sexualidade, cujas práticas se definem como “socialmente orientadas”, nomeadamente, em e pelo contexto familiar (Almeida *et al.*, 2004: 26).

Tendo noção da interdependência dessas diferentes dimensões, a abordagem que encetamos no presente trabalho remete, concretamente, para o aprofundamento de uma delas, a dimensão da procriação, que desagregamos em subdimensões, referentes, por um lado, à respetiva contextualização e enquadramento sociodemográfico e assistencial. Por outro, aos resultados, medidos pelos indicadores da fecundidade, no sentido de perceber como evoluiu o fenómeno associado à procriação, a fecundidade, até atingir os atuais níveis de reprodução já bastante longe de assegurarem a substituição das gerações.

Em Portugal, não se conhecem estudos deste tipo com abordagens qualitativas mas há estudos sobre temas próximos que abordam alguns indicadores quantitativos importantes sobre a forma como se nasce em Portugal. São excelentes trampolins para uma análise articulada com indicadores relativos à saúde materno-infantil.

Por exemplo, na obra coordenada por Almeida (2004) é feito um levantamento sobre os serviços de saúde em Portugal, na especialidade de obstetrícia⁸⁶, onde constam o número de médicos da especialidade, valores relativos à assistência médica durante a gravidez, à percentagem de partos em função do tipo de assistência e da vitalidade do feto, em função do tipo de estabelecimentos e ainda a percentagem de cesarianas nos diferentes tipos de instituições hospitalares (Almeida, 2004: 38-44).

Cabral e Silva, a partir da aplicação, em 2008, de um inquérito específico sobre o Estado da Saúde em Portugal, apresentam, também, dados relativos a cuidados materno-

⁸⁶ Tendo por fontes os dados das Estatísticas da Saúde, do Inquérito à Fecundidade e à Família (com publicação do INE) e do Inquérito nacional de Saúde (do Instituto Nacional de Saúde).

infantis. Como sejam indicadores relativos ao responsável pela vigilância da gravidez, sector (público ou privado) onde ocorreu a vigilância da gravidez, local de nascimento dos filhos, entre outros (Cabral e Silva, 2009: 41-44).

Por estas análises se percebe que se a fecundidade se tornou “(...), para a grande maioria [dos indivíduos ou casais], em apenas algumas décadas, uma escolha afectiva e não um destino biológico a cumprir” (Almeida *et al.*, 1995: 10), os seus contornos serão agora marcados por novas especificidades e até novos protagonistas.

Quem são, então, os casais ou indivíduos que atualmente têm filhos? Qual o seu enquadramento social, demográfico, profissional? De que assistência dispõem?

Procuramos as respostas pela análise da fecundidade e dos seus protagonistas e contextos. Essa análise num trabalho sobre os riscos e condições associados ao nascimento parece-nos incontornável. É aliás o seu ponto de partida, na medida em que os riscos advêm dos acontecimentos que dão corpo à fecundidade enquanto fenómeno, os nascimentos (ou nados-vivos), devendo, por isso, ser devidamente enquadrados e contextualizados.

Estas interrogações encerram duas questões, que assumimos interdependentes: o ato de procriar e as suas características e as condições e características do nascimento, da procriação.

Assim, neste ponto, a nossa análise incidirá particularmente na caracterização da população que protagoniza a fecundidade e nos respetivos contextos de nascimento, na medida em que “os processos sociais são intrinsecamente indissociáveis da agência humana e dos respetivos protagonistas sociais. Os sistemas sociais não se constituem e os processos sociais não se desenrolam sem acção social. E não há acção social sem agentes sociais” (Costa, 1999: 191).

Os indivíduos serão analisados na perspectiva da sociologia das classes sociais, que estuda os “*protagonistas sociais* enquanto *sujeitos a* condições e dinâmicas estruturais e *sujeitos de* práticas e processos sociais” (Costa, 1999: 211).

O fio da análise aqui encetada incidirá nessa dupla dimensão, isto é, pela procura das práticas e processos de enquadramento que encerram os acontecimentos que privilegiamos neste estudo, os nascimentos, procura precedida pela contextualização das condições sociais em que esses acontecimentos ocorrem, e que passa pela aferição do posicionamento no espaço social dos seus protagonistas.

Estas leituras conjugadas visam, assim,

analisar as características estruturais dos protagonistas das práticas sociais e de relacionar essas características de classe, por um lado, com aquilo que os agentes sociais fazem (acção) e, por outro, com as condições em que o fazem (estrutura) – condições estas que vão

sendo, por sua vez, reproduzidas e transformadas pelas práticas sociais dos agentes (Costa, 1999: 198).

9.4.1. Critérios de análise da população fecunda

O primeiro critério que consideramos para a análise da fecundidade assume uma conotação fortemente (mas não só) demográfica e tem a ver com o conceito de geração. Com efeito, a análise, sendo transversal, centrada na população fecunda (isto é, aquela que teve filhos em cada ano) e percorrendo os anos de 1988 a 2010, incidirá sobre grupos populacionais definidos em função da pertença a gerações específicas, possibilitando comparações nos resultados das descendências atingidas e um correto enquadramento nas condições sociais e assistenciais da fecundidade bem como na articulação com os resultados da morbilidade e mortalidade materna.

Geração define-se, em termos demográficos, como sendo um conjunto de indivíduos nascidos no mesmo ano civil. Mas a esta unidade e referência sobretudo biológica, que caracteriza cada geração, juntam-se traços sociais, culturais e históricos comuns, nas vivências de experiências que se aproximam no tempo, que se tornam contemporâneas entre si (Bandeira, 2004: 125-127).

O que invoca o conceito de Mannheim, apresentado por Bandeira, que define geração como “um tipo particular de posição social. Embora não tenha coesão social suficiente, basta por vezes o sentimento de unidade de uma geração para que ela se constitua como um grupo social concreto” (Bandeira, 2004: 126).

Este critério é implícito à análise demográfica, sobretudo na perspectiva longitudinal⁸⁷, como é implícita a variável idade que com ele se relaciona. A consideração da geração justifica-se, também, com o facto de assim podermos consolidar e aprofundar as tendências de mudança muito acentuadas que se foram verificando, ao longo da última metade do século XX, nos padrões de mortalidade materna e que são o primeiro indicador da alteração dos padrões do risco associado à gravidez e ao parto, da percepção social desse risco e da sua materialização.

Ora, a possibilidade de reunir experiências de nascimento de gerações diferentes, com enquadramentos sociais diversificados e com diferentes modelos de assistência, em diferentes fases de consolidação da prática obstétrica e respetivos recursos e em alturas desiguais no que toca a divulgação e acesso a informação associada a estes acontecimentos, poderá ser muito rica na explicação de tendências.

⁸⁷ O conceito de geração remete, de facto, para o de análise longitudinal que poderá ser abordada de uma forma retrospectiva, no sentido da constituição de percursos e calendários individuais que serão, posteriormente, alvo de análise em função das gerações de pertença.

Também Costa se refere à variável idade como sendo um indicador que, do ponto de vista sociológico, atribui aos indivíduos “dimensões sociais plurifacetadas” e que é revelador de condições sociais de existência e trajetórias de vida específicas (Costa, 1999: 198).

Defende ainda que esse potencial deve ser considerado como uma parte de um sistema de propriedades caracterizadoras do *espaço social* (...) e das *posições sociais* (...). Por sua vez, são as *distribuições desiguais de recursos*, em especial daqueles que se têm revelado com maior importância, em termos genéricos e tendenciais, na existência social contemporânea – como os económicos e os culturais ou, em termos mais específicos (mas também mais restritos), os socioprofissionais e os escolares – que dão à estrutura do espaço social a sua configuração básica (Costa, 1999: 198).

No que diz respeito às *distribuições desiguais de recursos*, definimos como segundo critério o da instrução. E pensamos chegar, por aqui, a uma dimensão que permite situar o fenómeno em termos de *estruturação do espaço social*, sendo que a produção científica divulgada, por ter um carácter mais técnico e médico, centra-se muito na dimensão natural do risco, na abordagem da saúde materna.

A pertinência desta variável na análise do fenómeno da mortalidade tem sido, contudo, demonstrada. Com efeito, e como foi já visto atrás, a instrução, enquanto recurso socialmente construído que permite a diferenciação ao nível das perceções, dos comportamentos e das oportunidades, no acesso à saúde, mostra ter um efeito positivo nos níveis de mortalidade, a diferentes níveis (Vallin *et al.*, 2002: 277-278).

O enquadramento social da população a analisar não se esgota, obviamente, nas habilitações literárias de cada indivíduo. Mas esta variável, dando conta do percurso escolar individual e de recursos por aí adquiridos, ajuda a diferenciar, também, as origens sociais.

Com efeito, e como ilustração para o caso português, temos que “o recrutamento da população estudantil que frequenta o ensino de licenciatura está predominantemente concentrado nas localizações de classe que detêm maiores recursos e influência na sociedade portuguesa atual” (Mauritti, 2003: 30).

Esta variável poderá, assim, no nosso entender, revelar-se decisiva na diferenciação da população a estudar no que diz respeito ao acesso à informação e respetiva gestão que, por sua vez, pode revelar-se fundamental na construção da perceção social em torno do risco da gravidez e do parto, determinar o contacto com quem assiste esses acontecimentos, bem como as decisões em torno dos mesmos.

O posicionamento de classe, em termos sociais, não poderá resumir-se, ainda assim, ao nível de instrução dos indivíduos. É importante para a definição desse posicionamento, a consideração de um indicador que contemple o reflexo desse recurso educacional, obtido através da escolaridade, na atividade profissional dos indivíduos, num duplo sentido. Isto é, em termos de condição perante o trabalho e de profissão, propriamente dita, remetendo, por

aí e no âmbito da sociologia das classes sociais, para a *multidimensionalidade das relações de classe* (Costa, 1999: 211) e para a *perspetiva relacional*, pela conjugação analítica da *credenciação escolar* e o *saber profissional* (Costa, 1999: 213).

De facto, esses indicadores condensam informação “relativa a um leque de dimensões fundamentais de estruturação do espaço das condições sociais de existência, nas sociedades contemporâneas, e às posições relativas que os protagonistas sociais neles ocupam” (Costa, 1999: 224).

A sua associação sustenta-se na “centralidade da esfera profissional e do sistema de ensino na estruturação das relações sociais contemporâneas e na distribuição diferencial de recursos e poderes, disposições e oportunidades de indivíduos, famílias e grupos” (Costa, 1999: 224).

E permite, em conjunto com os restantes indicadores de caracterização dos indivíduos que invocamos teoricamente, a articulação dessa caracterização social com outros aspetos da estrutura e composição social e com as dinâmicas aí protagonizadas, como sejam os comportamentos e práticas dos indivíduos (Costa, 1999: 226), na medida em que

o que os agentes sociais pensam, dizem e fazem depende em grande medida – embora não exclusivamente, nem sempre do mesmo modo ou com a mesma intensidade – de um conjunto de propriedades sociais que os caracterizam e que os situam, uns em relação aos outros, em posições distintas, com desiguais poderes e recursos, oportunidades e disposições (Costa, 1999: 210).

A escolha destes critérios fundamenta-se, ainda, em duas premissas da teoria de Beck (2001: 41-43) sobre a sociedade de risco, sendo que a primeira – segundo a qual, atualmente, a possibilidade de conhecimento não se circunscreve ao domínio restrito da ciência e da política – ao considerar a variável temporal, reforça a *perspetiva relacional e multidimensional* a imprimir na análise (Costa, 1999: 211, 213) pela pertinência da conjugação desses mesmos critérios caracterizadores que consideramos como fundamentais no posicionamento dos indivíduos no tecido social, para a análise da população fecunda.

Isto é, considera-se que, no presente, o acesso à informação é facilitado face ao passado, o que, à partida, beneficiará as gerações mais jovens. Contudo, esse acesso não é linear, sendo condicionado por recursos próprios e caracterizadores dos indivíduos, o que nos conduz à segunda premissa de Beck que, embora pouco desenvolvida, aponta para as persistentes desigualdades no acesso à informação, sintomáticas da desigual distribuição de riqueza, mesmo nas sociedade globais.

De facto, os

processos de transformação estrutural das sociedades, tais como os ligados à inovação tecnológica [não neutralizam essas desigualdades, implicando antes] (...) transformações na composição social da população e nas relações entre os seus diferentes segmentos. Através destas mudanças nas características sociais dos protagonistas, as dinâmicas estruturais repercutem-se em transformações nas ideias, nos valores, nas ações coletivas, nos estilos de vida, nas práticas quotidianas (Costa, 1999: 210).

Em resumo, assumimos que as habilitações e o lugar de classe, em articulação com o critério geracional e etário, funcionarão como indicador desse capital que determina a capacidade no acesso à informação, sendo, assim, variáveis determinantes na construção de perfis ao nível da percepção, exposição e vivência do risco e acontecimento associados à fecundidade.

A fecundidade é um fenómeno demográfico e social, resultando os comportamentos fecundos, enquanto resultados de escolhas e ações sociais, do posicionamento dos indivíduos na sociedade e dos recursos que detêm, recursos privilegiadamente medidos a partir do conceito de classe. Os processos de transição da fecundidade nas sociedades ocidentais mas não só (Caldwell, 1976) dão conta dessa interferência e determinação.

9.4.2. Registo de partos e nascimentos – Análise da qualidade das fontes

Na definição dos critérios a considerar para a elaboração do desenho de estudo desta vertente da análise, considerámos, essencialmente, como fonte de informação empírica, as bases de dados referentes aos nados-vivos, entre 1988 e 2010⁸⁸, disponibilizadas pelo INE, com base na informação recolhida nos verbetes de nados-vivos, preenchidos nas conservatórias do registo civil (que, em alguns casos, já se fazem representar nos próprios estabelecimentos de saúde), aquando dos registos de nados-vivos.

Estes registos, obrigatórios por lei até 20 dias após o nascimento (Decreto-Lei n.º 131/95, de 6 de Junho, art. 96º), garantem, por isso mesmo, de uma forma quase absoluta, a cobertura exaustiva dos acontecimentos ocorridos.⁸⁹

Mas os dados relativos aos partos são apurados, atualmente, a partir de dois verbetes construídos no âmbito do Sistema Estatístico Nacional (o *Verbete de nado-vivo* e o

⁸⁸ Os anos para os quais dispomos de informação referente aos registos dos nados-vivos são todos os anos com dados informatizados e disponibilizados ao público para investigações devidamente fundamentadas e cujo pedido é feito no âmbito do *Protocolo para acesso a bases de dados residentes no INE para fins de Investigação Científica* entre o INE e o Ministério da Educação e Ciência, por via da Direcção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (consultável em <http://www.dgeec.mec.pt>).

⁸⁹ O facto de o levantamento da informação ocorrer nas conservatórias, por funcionários do registo civil, cuja sensibilidade para a importância da recolha da informação não será a mesma de quem faz o seu posterior tratamento estatístico pode, no entanto, condicionar, de alguma forma, a qualidade e a exaustividade da informação recolhida. O que se verifica, nomeadamente, pela existência de um número considerável de informação codificada como ignorada em algumas variáveis.

Inquérito aos hospitais), o que impede o cruzamento direto da informação que diz respeito a dados como a natureza do parto (simples ou gemelar), o local do parto (hospital, domicílio, outro local), o tipo de assistência (médico, enfermeiro, parteira,...), a duração da gravidez e características demográficas e socioeconómicas dos pais (decorrentes dos apuramentos dos verbetes de nado-vivo) com a informação relativa a nascimentos segundo o tipo de parto (eutócico ou distócico) e segundo a entidade a que pertencem os hospitais (pública ou privada), decorrente do Inquérito aos hospitais.

A análise da informação relativa aos partos tem assim que ser feita em separado, considerando as duas fontes.

A consideração das duas fontes para o levantamento de informação sobre partos implica a não coincidência dos respetivos totais, por duas razões. Por um lado, os inquéritos aos hospitais consideram apenas os dados relativos aos partos que ocorrem em contexto hospitalar, enquanto os verbetes de nados-vivos, decorrendo o seu preenchimento do registo dos nados-vivos, que é um ato administrativo obrigatório, considera todos os nascimentos (e, portanto, partos), independentemente do local em que ocorram.

Por outro lado, se o inquérito aos hospitais considera o número de partos independentemente da natureza dos mesmos (simples ou gemelar) já os verbetes de nados-vivos são preenchidos em função do número de nados-vivos e não de partos, o que implica, por exemplo, que um parto triplo seja contabilizado, ao nível das estatísticas demográficas (decorrentes dos verbetes de nados-vivos), três vezes.

A neutralização das duas questões identificadas não permitiu, ainda, a verificação da coincidência de valores provenientes das duas fontes pelo que outras interferirão nessa coincidência, como sejam, por exemplo, a existência de partos de nados-mortos que serão registados nos inquéritos aos hospitais como partos mas não serão contabilizados nos verbetes de nados-vivos, apenas nos de óbito fetal e neonatal (até aos 28 dias).

Se consultarmos a informação numa fonte secundária, o PORDATA, verificamos ainda outra *nuance*: a agregação, no caso dos partos em estabelecimentos de saúde, dos dados provenientes do inquérito aos hospitais aos dos centros de saúde, o que faz aumentar, em algumas dezenas, os valores que o INE apresenta para o total de partos ocorridos nos hospitais.

Assim, vamos considerar, no que diz respeito ao total de partos e aos partos em estabelecimentos de saúde, os dados divulgados pelo PORDATA (para o total do país) e divulgados pelo INE para as regiões. Para a análise dos partos segundo o tipo de parto e a natureza do estabelecimento (pública ou privada), consideramos os dados que o INE apresenta decorrentes dos inquéritos aos hospitais.

Para a análise dos partos em função da natureza (simples ou gemelar), o local (para apurar os que ocorrem no domicílio ou noutra local fora do contexto hospitalar), o tipo de

assistência (médico, enfermeiro, parteira,...), a duração da gravidez e características demográficas e socioeconómicas dos pais, atendemos aos dados que o INE disponibiliza decorrentes dos apuramentos dos verbetes de nado-vivo.

De referir ainda que a publicação destes dados aconteceu até 1968 nas Estatísticas Demográficas e, a partir de 1969, nas Estatísticas da Saúde. A nossa análise, contudo, inicia-se em 1988 (ano a partir do qual nos foram disponibilizadas as bases de dados dos nados-vivos), sendo possível recuar alguns anos para alguns dados mais agregados, permitindo cobrir, com detalhe, mais de duas décadas de evolução dos padrões de nascimento.

Para obviar alguns dos constrangimentos referidos numa análise como a nossa, onde importa relacionar diferentes dimensões de um mesmo tema ou fenómeno, permitimo-nos referir que bastaria a introdução de um par de perguntas no verbete de nado-vivo, tornando ainda mais rica e profícua a análise cruzada de variáveis referentes às diferentes dimensões caracterizadoras do nascimento.

As dimensões que nos parecem fundamentais na caracterização, contextualização e enquadramento de cada nascimento e as respetivas variáveis (entre parenteses) são:

- Caracterização básica do nado-vivo (data do parto, sexo, peso, natureza);
- Caracterização dos progenitores e enquadramento socioprofissional e familiar (filiação, data de nascimento e residência habitual da mãe e do pai; nacionalidade da mãe e do pai; nível de instrução completo, condição perante o trabalho, profissão, situação na profissão da mãe e do pai; número de filhos anteriores comuns, número de filhos vivos não comuns; data do casamento e filhos anteriores do casamento – se filiação é dentro do casamento; número de partos anteriores, gravidezes anteriores, data do termo da gravidez imediatamente anterior e data do nascimento do último nado-vivo);
- Caracterização do tipo de nascimento (duração da gravidez, *tipo de parto*);
- Caracterização das condições do nascimento e enquadramento institucional (assistência, local, *enquadramento institucional – no caso de partos hospitalares*).

A consideração destas dimensões e respetivas variáveis, assim como a ordenação apresentada, implicaria a introdução de duas perguntas no verbete de nado-vivo⁹⁰ (figura

⁹⁰ O verbete de nado-vivo que permitiu a recolha de informação que considerámos na análise, foi substituído a 30/1/ 2012, por outro, com a mesma designação e as mesmas perguntas, apresentando um formato diferente e o reposicionamento de algumas perguntas (INE, Sistema de Metainformação, Suportes de recolha, 10055, consultado em <http://smi.ine.pt/SuporteRecolha/Detalhes/10055>, a 9 de Outubro de 2013). Solução que, pelo que argumentámos, não servirá os nossos propósitos. Assim, vamos considerar como modelo de referência para as sugestões feitas, o instrumento de notação vigente no período abrangido pelo nosso trabalho.

9.1.), assim como a reestruturação da organização das existentes, sendo, obviamente, a primeira alteração mais relevante.

As variáveis referentes às dimensões que definimos e às quais atribuímos cores diferentes, apresentam-se da seguinte forma no modelo de verbete de nado-vivo vigente no período a que se refere a nossa análise:

Figura 9.1. Verbetes para nado-vivo, INE

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA
DEPARTAMENTO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO
CENTRO DE RECOLHA DE DADOS - LISBOA 1

VERBETE PARA NADO-VIVO

Acto de registo de nascimento

Distrito/Reg. Autónoma (ilha)

Concelho

Conservatória

Registo n.º

Dia Mês Ano

1 Assento

Comdeclarante:

Mãe 1 Outro 4

Pai 2 Semdeclarante 5

Ambos os pais ... 3

2 Sexo

Masculino 1 Feminino 5

3 Filição

Dentro do casamento 1 Ignorada 9

Fora do casamento:

Com coabitação dos pais 3

Sem coabitação dos pais 5

4 Peso à nascença

Peso

Ignorado

5 Se resultante de parto gemelar

1.º gêmeo 1 3.º gêmeo 5

2.º gêmeo 3 Outro múltiplo 7

6 Data do parto

Diá Mes Ano

7 Local

Domicílio do próprio ou outro 1

Em hospital/clínica 3 Outro local 5

8 Natureza

Simplex 1 Gemelar (*) 3

9 Se gemelar, indique

Número de gêmeos

Número de nados-vivos

Número de fetos-mortos

10 Assistência

Médico 1 Outra (curiosa, familiar, etc.) 4

Enfermeira parteira 2 Sem assistência 5

Enfermeira não parteira 3 Ignorada 6

11 Duração da gravidez

Número de semanas completas:

Menos de 22 semanas 1 Entre 32 e 36 semanas 4

Entre 22 e 27 semanas 2 Entre 37 e 41 semanas 5

Entre 28 e 31 semanas 3 Mais de 41 semanas 6

Ignorada 7

12 Data do nascimento

Diá Mes Ano

13 Residência habitual

Em Portugal indique:

Reside no concelho onde se situa a conservatória?

- Sim → indique a freguesia

- Não → indique o concelho

→ indique a freguesia

No estrangeiro indique o país:

14 Data do nascimento

Diá Mes Ano

15 Residência habitual

Em Portugal indique:

Reside no mesmo concelho de residência da mãe? (em caso afirmativo, passe ao quadro 16)

Se marcou "Não", indique o concelho

No estrangeiro, indique o país:

Caracterização básica do nado-vivo

Caracterização das condições de nascimento e enquadramento institucional

Nova variável proposta
Enquadramento institucional (no caso de partos hospitalares):
Hospital público; Hospital privado.

Caracterização do tipo de nascimento

Nova variável proposta
Tipo de parto: Eutócico; Distócico; Cesariana; Outros.

Caracterização dos progenitores e enquadramento socioprofissional e familiar

DADOS RELATIVOS AOS PAIS DO NADO-VIVO			
16 Nacionalidade (país)			
Mãe	Pai	Mãe	Pai
Portugal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1	Guiné-Bissau <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 4	Apátrida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 6	
Angola <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2	Brasil <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 5	Outra <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 7	
Cabo Verde <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3	Se assinalou "Outra", indique o país		
Mãe	<input type="text"/>		
Pai	<input type="text"/>		
17 Nível de instrução completo			
	Mãe	Pai	
• Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
• Sabe ler sem ter frequentado o sistema de ensino	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
• Ensino básico:			
1.º ciclo	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
2.º ciclo	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
3.º ciclo	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	
• Ensino secundário	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	
• Ensino superior	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	
18 Condição perante o trabalho			
	Mãe	Pai	
• Activa(o)			
Empregada(o)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
Desempregada(o)			
À procura do primeiro emprego	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
À procura de novo emprego	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
• Não activa(o)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
19 Profissão			
	Mãe	Pai	
0 - Forças Armadas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	
1 - Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas (administrador, gerente, director, dirigente, chefe de divisão, etc.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
2 - Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (engenheiro, médico, professor, advogado, sociólogo, informático, economista, contabilista, físico, analista de sistemas, matemático, enfermeiro, arquitecto, escultor, pintor, jornalista, compositor, actor, realizador, meteorologista, biólogo, etc.)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
3 - Técnicos e Profissionais de Nível Intermediário (téc. de diagnóstico e terapêutica, terapeuta, solicitador, desenhador, programador, operador desportista profissional, topógrafo, correitor, inspector de policia, decorador, trabalhador social, fotógrafo, educador de infância, professor do ensino básico, etc.)	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
4 - Pessoal Administrativo e Similares (emp. de escritório, emp. de biblioteca, dactilógrafo, caixa, telefonista recopista, cobrador, carteiro, fiel de armazém, emp. bancário, operador de registo de dados, etc.)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
5 - Pessoal dos Serviços e Vendedores (emp. comercial, segurança, agente de policia, modelo, vendedor, cabeleireiro, guia, cozinheiro, quemante, bilheteiro, emp. de mesa, ajudante de farmácia, operador de supermercado, bombeiro, comissário de bordo, barman, massagista, maqueiro, banheiro, etc.)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	
6 - Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas (pescador, agricultor, jardineiro, viveirista, apicultor, resinheiro, produtor de leite, podador, trador de corça, avicultor, etc.)	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	
7 - Operários, Artífices e Trabalhadores Similares (electricista, padoleiro, pasteleiro, ladrilhador, estofador, pintor, canalizador, bate-chapas, estucador, serralheiro, mecânico, costureira, torneiro, joalheiro, oleiro, artesão, tipógrafo, marceneiro, alfaiate, sapateiro, gaspeador, fogueiro, vidraceiro, atagador, laminador, caloteiro, mineiro, carpinteiro, podreiro, ferrador, forjador, etc.)	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	
8 - Operadores de Instalações e Máquinas, e Trabalhadores da Montagem (condutor de máquinas, serrador mecânico, fiandeiro, tecelão, impressor tipógrafo, tractorista, soldador, etc.)	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	
9 - Trabalhadores não Qualificados (vendedor ambulante, pessoal de limpeza, porteiro, estafeta, recolhedor de lixo, cantoneiro, guarda-nocturno, coveiro, etc.)	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	

IDENTIFICAÇÃO DO VERBETE
<input type="text"/>

20 Situação na profissão		Mãe	Pai
Empregador(a)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	
Trabalhador(a) por conta própria	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	
Trabalhador(a) por conta de outrem	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	
Outra situação	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	
21 Número de filhos anteriores comuns			
Nados-vivos <input type="text"/>	Fetos-mortos (22 ou mais semanas) <input type="text"/>		
22 Número de filhos vivos não comuns			
Do pai do nado-vivo <input type="text"/>	Da mãe do nado-vivo <input type="text"/>		
23 Se a filiação é dentro do casamento, indique			
• Data do casamento	Dia <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>	Ano <input type="text"/>
• Filhos anteriores pertencentes a este casamento:			
Número de nados-vivos	<input type="text"/>		
Número de fetos-mortos (22 ou mais semanas) ..	<input type="text"/>		

DADOS RELATIVOS A PARTOS E GRAVIDEZES ANTERIORES	
24 Número de partos anteriores	
Um <input type="checkbox"/> 1	Dois <input type="checkbox"/> 2
Três <input type="checkbox"/> 3	Mais de três (quantos) <input type="text"/>
25 Gravidezes anteriores	
• Número de nados-vivos	
Um <input type="checkbox"/> 1	Dois <input type="checkbox"/> 2
Três <input type="checkbox"/> 3	Mais de três (quantos) <input type="text"/>
• Número de fetos-mortos (22 ou mais semanas) ..	<input type="text"/>
• Número de fetos-mortos (menos de 22 semanas)	<input type="text"/>
26 Data do termo da gravidez imediatamente anterior	
Dia <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>
Ano <input type="text"/>	<input type="text"/>
27 Data do nascimento do último nado-vivo (a)	
Dia <input type="text"/>	Mês <input type="text"/>
Ano <input type="text"/>	<input type="text"/>

(a) Nado-vivo ou aborto espontâneo.

(*) Indique o(s) número(s) dos restantes gémeos: Reg. N.º _____; Reg. N.º _____

Se um ou mais gémeos foram registados noutra conservatória, indique:

Conservatória _____

OBSERVAÇÕES: _____

O Conservador do Registo Civil

A clara sobre representação da cor rosa dá conta da importância conferida pelo Sistema Estatístico Nacional à contextualização socioeconómica e demográfica deste acontecimento que é, antes de tudo, um acontecimento demográfico. Essa contextualização é garantida, nomeadamente, pela caracterização dos pais do nado-vivo e do seu percurso conjugal e fecundo, e permite análises muito ricas no sentido do enquadramento do fenómeno da fecundidade num sentido abrangente e pluridisciplinar.

A verde encontramos a caracterização básica do nado-vivo, a partir de variáveis estritamente relacionadas com o momento do parto e nascimento mas a partir das quais se definem características essenciais na definição da identidade e caracterização dos indivíduos, quer em termos demográficos, quer em termos sociológicos. As variáveis *data do parto* e *sexo* são as mais ilustrativas, na medida em que delas decorrem conceitos essenciais para a análise demográfica e sociológica, como sejam os conceitos de *idade* e *geração* e de *sexo* e *género* (Bandeira, 2004: 125-127, 172-173).

A amarelo encontramos as variáveis associadas à caracterização das condições de nascimento, com uma pergunta relativa ao local do parto e outra à assistência. A azul identificamos a variável (única) referente à dimensão que definimos como referente ao tipo de nascimento e que se refere à duração da gravidez.

Ora são estas as duas dimensões que nos parecem mais pobres no que diz respeito à informação levantada pelo verbete de nado-vivo, o que remete para uma menor atenção à dimensão assistencial do nascimento, limitando análises nesse sentido, que são remetidas para o âmbito mais hospitalar.

É pela importância que nos parece ter a articulação e o cruzamento de todas estas dimensões que sugerimos a introdução de duas questões no verbete, associadas, justamente, a estas duas últimas dimensões.

Assim, e como se apresenta na imagem, a dimensão representada a amarelo, passaria a designar-se *Caracterização das condições de nascimento e enquadramento institucional* e a incorporar um nova variável, designada de *Enquadramento institucional* e contemplando como categorias *Hospital Público* e *Hospital Privado*. Essa variável aplicar-se-ia no caso de partos hospitalares que são, atualmente, quase universais, como veremos na análise posterior.

Na dimensão que representamos a azul e que diz respeito ao tipo de nascimento, à variável existente relativa à duração da gravidez parece-nos importante associar uma outra, referente ao *Tipo de parto*, cujas categorias seriam *Eutócico*⁹¹, *Distócico: Cesariana*, *Outros*⁹².

⁹¹ Que corresponde a partos vaginais.

⁹² Que corresponde a partos vaginais instrumentalizados, através do auxílio de fórceps ou ventosa.

Estas duas variáveis propostas constam atualmente do Inquérito aos Hospitais (INE, SMI, Suportes de Recolha), revelando a importância estatística que lhes é atribuída pelo Sistema Estatístico Nacional. A sua entrada num suporte de recolha de informação como o verbete de nado-vivo, permitiria análises não estritamente médicas ou confinadas à área da saúde, mas de carácter mais abrangente e pluridisciplinar, nomeadamente, no âmbito das ciências sociais. Permitiria, sobretudo, mais ensaios analíticos de articulação entre as ciências sociais e as ciências da saúde, já privilegiados noutros estudos (Almeida *et al.*, 2004: 23, 26).

No próximo capítulo, exploraremos os dados apurados a partir destas fontes de informação, procurando a caracterização da população fecunda, das condições assistenciais e dos contextos hospitalares do nascimento.

10. DIFERENÇAS SOCIAIS FACE À PROCRIAÇÃO EM PORTUGAL – FECUNDIDADE DIFERENCIAL

O presente capítulo incidirá na análise dos contextos socioeconómicos, demográficos e conjugais em que se nasce em Portugal. E na posterior aferição das condições assistenciais dos nascimentos que esses contextos enquadram.

Nesse sentido, analisaremos as características das mulheres e dos homens protagonistas destes acontecimentos, isto é, fecundos, considerando os critérios já fundamentados substantivamente, por forma a entender como essas referências caracterizadoras do contexto sociodemográfico e relacional dos pais se articulam com aspetos ligados ao contexto do nascimento de cada nado-vivo. Definimo-las como as condições assistenciais e tipo de nascimento.

Sempre que nos parecer pertinente, remeteremos para a evolução histórica de alguns indicadores. Essa evolução será trabalhada numa perspetiva transversal mas também longitudinal. O que significa, em termos transversais, o centramento numa análise referente ao ano para o qual dispomos de informação mais atualizada, 2010, e, em alguns momentos da análise, o recuo em décadas ou quinquénios, no sentido de caracterizar a diferença e, por aí, a evolução de certos comportamentos ou características da população fecunda, por si própria também diferente em momentos do tempo diferenciados.

Em termos longitudinais, interessará perceber como determinados grupos de gerações se comportam em matéria fecunda e como evoluiu o seu comportamento ao longo de uma carreira reprodutiva ou até certo ponto dessa carreira, definido pela idade.

O que permitirá uma análise da fecundidade enquanto fenómeno demográfico, apurando as estratégias procriativas, dos casais ou indivíduos, enquadradas no seu contexto socio-relacional.

Quando falamos em estratégias procriativas referimo-nos à forma como é gerida a fecundidade em termos de calendário e intensidade, introduzindo na análise transversal e longitudinal a consideração da ordem de nascimento dos filhos, o que reforça o estudo das estratégias de gestão das carreiras reprodutivas e fecundas e permite afinar a análise da influência do perfil social dos indivíduos nessa gestão.

Assim, neste capítulo de análise das diferenças sociais face à procriação, começaremos pelo exercício de situar a população fecunda no espaço social, recorrendo à identificação de perfis sociais em forma de grupos (que consideram a escolaridade e o indicador socioprofissional de classe, construído para o efeito), e pela procura de padrões de homogamia social entre os pais dos nados-vivos, eventualmente reforçados em situação de conjugalidade formalizada.

De seguida, faremos uso na análise do conceito de calendário, no sentido da descrição da distribuição da idade das mães no nascimento ao longo de mais de duas

décadas e do apuramento de indicadores sintéticos do calendário fecundo das mulheres. A distribuição etária dos nascimentos será também analisada em articulação com grupos sociais definidos, modelando a análise num sentido mais fino.

É, aliás, nesta fase, que introduziremos a análise longitudinal, isto é, por grupos geracionais, assim como a análise da fecundidade em função da ordem de nascimento dos filhos.

Por fim, será analisada a diferenciação dos contextos assistenciais do nascimento, eventualmente determinados pelos perfis sociais da população fecunda, análise que sugere como hipótese que a forma como se nasce⁹³ não será resultado, apenas, de fatores meramente naturais, biológicos ou fisiológicos, mas também determinada pela pertença a determinado perfil social, na medida da indissociabilidade entre os processos sociais e a estrutura social determinante das características dos seus protagonistas (Costa, 1999: 191).

10.1. A evolução recente da fecundidade em Portugal

Considerando a análise evolutiva da respetiva taxa bruta, Bandeira (1996: 163) identifica três fases para caracterizar o declínio da natalidade em Portugal, cuja evolução classifica como irregular:

- “1) Queda entre 1927 (30,97‰) e 1941 (23,75‰);
- 2) Uma ligeira subida entre 1941 e 1965 (24,01‰);
- 3) Descida contínua das taxas de natalidade, entre 1965 e 1989 (11,5‰). Em 1990-1991, pela primeira vez durante este período, registou-se uma subida (para 11,18‰).”

Uma natalidade menos elevada do que na maioria dos restantes países europeus, na fase pré-moderna, inicia mais tarde – apenas na década de 1930 – o seu processo de declínio, face a esses países (muitos tendo iniciado a quebra da natalidade no início do século XX), voltando a subir desde o início da década de 1940 e ao longo de cerca de duas décadas para, a partir de 1960 e, sobretudo, a partir de 1974, acontecer novamente a quebra, agora de forma mais intensa e acelerada (Bandeira, 1996: 177-178).

O indicador conjuntural da intensidade da fecundidade, indicador mais fino, vem confirmar estas tendências, revelando, pelos seus resultados, uma descida da fecundidade entre os períodos de 1930/31 (com 3,8 filhos por mulher) e 1940/41 (3,13 filhos), alguma estagnação entre 1940 e 1960, e uma descida para valores inferiores a 3 filhos por mulher (2,98) em 1970/71, descida que continuou a verificar-se até 1980/81 (Bandeira, 1996: 171-172) e daí em diante.

⁹³ Aqui medida apenas por três variáveis (local de nascimento, duração da gravidez, assistência no nascimento), as disponíveis no verbete de nado-vivo.

Foi em 1982 que se registou pela primeira vez um número de filhos por mulher (2,08) abaixo do limiar de substituição das gerações (2,1), sendo que estamos agora já bem longe desse patamar. De facto, em 2010 o número de filhos por mulher era 1,37 e em 2012 era já 1,28 (INE, 2012).

Na caracterização da matriz demográfica portuguesa, Bandeira refere que a evolução da natalidade marca os aspetos mais relevantes do modelo de mudança demográfica português, nomeadamente pela sua especificidade face ao contexto internacional (Bandeira, 1996: 177).

Esta evolução marca um “processo de modernização sociodemográfica português (...) simultaneamente lento e rápido: dominado pela estabilidade durante longos anos e reagindo muito lentamente à mudança, bastaram afinal pouco mais de vinte anos para que se invertessem totalmente os parâmetros e as normas do viver individual e colectivo” (Bandeira, 1996: 178).

Terão sido as gerações nascidas em 1940 a iniciar, no percurso da sua vida reprodutiva, a “definição de um novo quadro social de reprodução demográfica” (Bandeira, 2006: 174), em que a procriação antes moldada por restrições individuais definidas coletivamente, ganha sobretudo a influência de aspirações e estratégias individuais, associadas a determinados contextos sociais (Bandeira, 2006: 174).

Nesse novo registo, a contraceção e a possibilidade de um controlo eficaz da fecundidade são adquiridos. As variáveis que condicionam a maternidade passam a ser de outra ordem, isto é, os recursos determinantes mudam.

Apresentam-se novos fatores como decisivos para a definição dos níveis de fecundidade como a capacidade de difusão dos métodos contraceptivos modernos, determinada pela influência regional e cultural da Igreja católica e pela rede do Serviço Nacional de Saúde; a emergência de novos modelos familiares, de um novo ideal privatizado de conjugalidade e parentalidade, sobretudo em contexto urbano escolarizado; o aumento generalizado da atividade feminina (em diferentes sectores de atividade e para diferentes níveis de qualificação), sobretudo a partir da década de 1960, possibilitado pelo aumento da emigração masculina; o aumento da escolarização e do investimento nos filhos, potenciado pelos novos padrões de bens e consumo (Almeida *et al.*, 1995: 32-33; Almeida *et al.*, 2004: 29).

Nesse contexto, assume-se um forte recurso à contraceção moderna, transversal aos diferentes padrões conjugais, e uma hierarquização de prioridades que privilegia, em termos cronológicos na linha de vida feminina, a crescente escolarização e a aquisição de estatuto profissional (Almeida *et al.*, 2002: 406-407).

A esse propósito, Bandeira refere que

a principal incidência das práticas modernas de contraceção acaba, assim, por ser a alteração das relações de poder dentro da família, em benefício das mulheres. Mas estes novos poderes podem ter uma expressão meramente teórica se, à competência doméstica com que, no quadro da família conjugal, as mulheres tradicionalmente se apresentam, não acrescentarem um outro tipo de competência: a competência profissional. Na realidade, é a autonomia que esta competência lhes confere que legitima a liberdade de escolha no campo da procriação. Não admira, por isso, que sejam as mulheres activas e, principalmente, as mais escolarizadas, que recorrem, com maior frequência, a práticas contraceptivas eficazes, isto é, modernas (Bandeira, 1996: 421).

Esta assunção de poder por parte das mulheres, ou franjas de mulheres possuidoras de um capital específico, em termos educacionais e profissionais, vê-se refletido em matéria de contraceção e, por aí, de procriação (em termos de calendário e intensidade da fecundidade).

Diríamos ainda que a alteração das relações de poder, em matéria de procriação, que Bandeira situa dentro da família e em benefício das mulheres, vem sendo partilhada com outros protagonistas que se situam fora da esfera familiar e privada, e que noutras etapas do mapa procriativo ganham particular destaque.

Com efeito, a gestão dos nascimentos (gravidez e parto) e respetivo risco parecem, no contexto ocidental, ser cada vez mais entregues, por parte das mulheres e respetivas famílias, aos profissionais de saúde de obstetrícia e a contextos institucionalizados e normalizados no atendimento ao nascimento, o que pode ser designado de processo de medicalização da contraceção e do nascimento.

Os efeitos desiguais da utilização da contraceção definem-se em função das características sociais das mulheres. Na década de 1970, verificou-se uma quebra da maternidade mais tardia (isto é, de mulheres com idades a partir dos 25 anos, eventualmente já em contexto conjugal) e, na década de 1980, uma quebra da maternidade mais jovem, nomeadamente, de mulheres com idades entre 20 e 24 anos completos, em princípio mais escolarizadas e que terão começado a aderir à contraceção antes do casamento (Almeida *et al.*, 1995: 36-37).

Nessa medida, os ritmos do calendário da fecundidade feminina funcionam como marcas de desigualdades associadas a outras etapas da vida individual, como a escolarização e a entrada no mercado de trabalho (Almeida *et al.*, 1995: 38).

As mudanças na gestão do calendário da fecundidade foram tendo implicações na intensidade, resultando na sua diminuição. Esta desceu de 2,8 filhos por mulher em 1970 para 1,5 em 1989, sendo, como vimos, o início da década de 1980 o ponto de viragem para a consolidação de um modelo de fecundidade em que deixou de se assegurar a substituição das gerações (Bandeira, 1996: 174-175).

Veremos de seguida a evolução mais recente.

10.2. Análise transversal: Perfis sociais da população fecunda em 2010

O ano central desta componente da análise será o ano de 2010 (que registou para Portugal 101507 nados-vivos), o mais recente para o qual dispomos de informação mais completa e, para além disso, o que baliza o início da década atual. A riqueza de análise que é possível para cada ano, pelos dados disponíveis, justifica, em nosso entender, esse centramento.

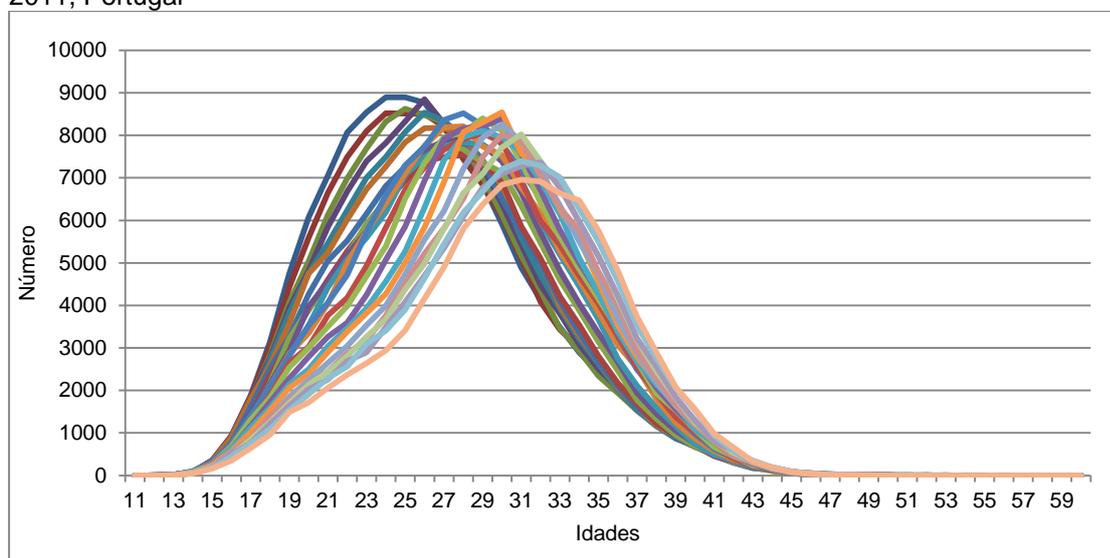
No entanto, sempre que se revelar pertinente fazer análises evolutivas, consideraremos a análise de informação referente a anos anteriores.

10.2.1. Calendário e intensidade da fecundidade

A idade das mães no momento do nascimento dos filhos assumia, em 2010, um valor médio de 30,06 anos⁹⁴. A idade modal situava-se nos 31 anos revelando o calendário tardio que caracteriza a fecundidade portuguesa.

A evolução das idades no nascimento dos filhos, analisada a partir dos dados referentes aos nados-vivos, mostra, acima de tudo, a tendência para o adiamento da fecundidade. A distribuição etária anual, absoluta e relativa, das mulheres fecundas, ao longo de mais de duas décadas (entre 1988 e 2011), mostra, em termos absolutos, um calendário mais tardio, associado a uma redução da fecundidade (figura 10.1.).

Figura 10.1. Evolução do número de Mulheres fecundas por idade no nascimento do filho, 1988-2011, Portugal

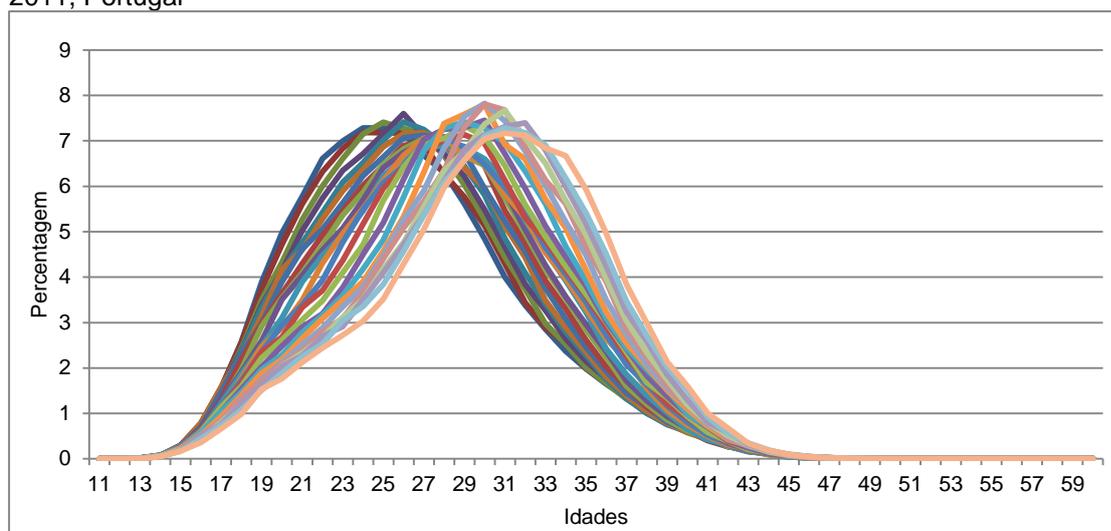


Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

Em termos relativos comprova-se, sobretudo, o adiamento, com um maior peso de mulheres fecundas em idades cada vez mais avançadas (figura 10.2.).

⁹⁴ Os casos extremos, em termos etários, situam-se nos 13 e 54 anos, sendo, contudo, residual o número de nados-vivos (perto de meia centena) ocorridos fora dos limites considerados para o período fértil (15-50 anos exatos).

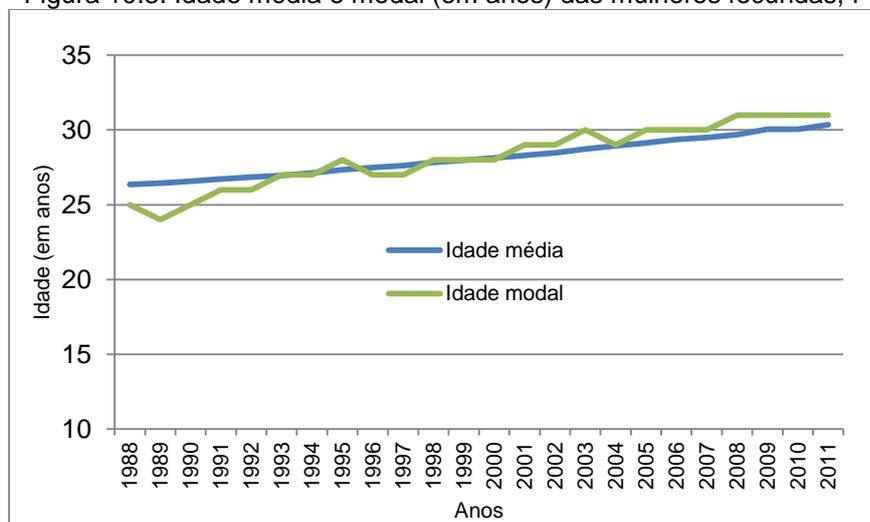
Figura 10.2. Evolução do peso das Mulheres fecundas por idade no nascimento do filho (%), 1988-2011, Portugal



Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

Não é, por isso, de estranhar a evolução dos valores médio e modal do calendário, tendo a idade média das mães no nascimento dos filhos aumentado todos os anos, entre 1988 e 2011 e tendo, em 2009, ultrapassado a fasquia dos 30 anos⁹⁵ (figura 10.3. e quadro 10.1.).

Figura 10.3. Idade média e modal (em anos) das mulheres fecundas, Portugal 1988-2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

⁹⁵ Os resultados apresentados pelo INE (INE, 2012) indicam que essa fasquia terá sido ultrapassada em 2007, o que aponta para um maior conservadorismo dos nossos resultados. De referir que nesta análise nos limitámos a calcular as idades média, mediana e modal a partir dos dados referentes às bases de dados dos nados-vivos, considerando os grupos etários anuais, usando as ferramentas do *software* informático SPSS para o efeito.

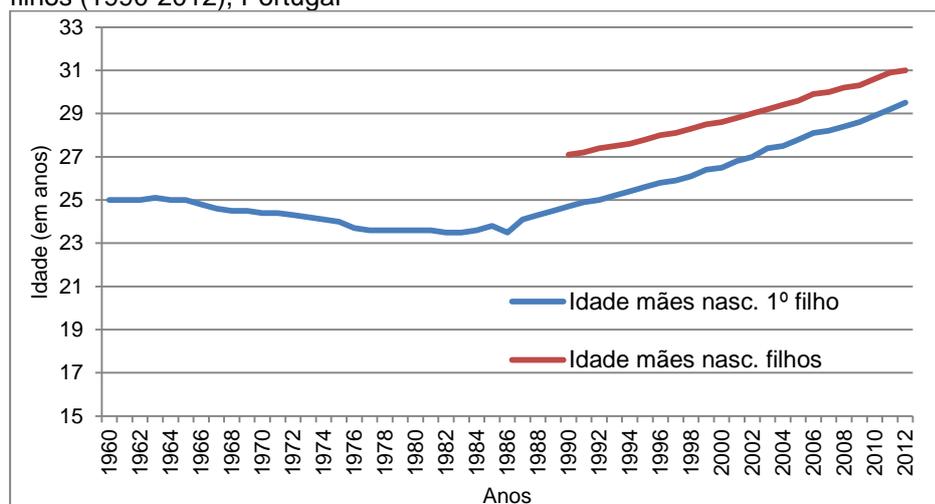
Quadro 10.1. Indicadores do calendário (idade média, mediana e modal) das Mulheres fecundas, 1988-2011, Portugal

Anos	Indicadores do calendário (em anos)		
	Idade média	Idade mediana	Idade modal
1988	26,35	26	25
1989	26,44	26	24
1990	26,57	26	25
1991	26,72	26	26
1992	26,85	27	26
1993	26,95	27	27
1994	27,12	27	27
1995	27,33	27	28
1996	27,48	27	27
1997	27,62	28	27
1998	27,83	28	28
1999	27,99	28	28
2000	28,12	28	28
2001	28,3	28	29
2002	28,48	29	29
2003	28,72	29	30
2004	28,94	29	29
2005	29,13	29	30
2006	29,36	30	30
2007	29,5	30	30
2008	29,68	30	31
2009	30,06	30	31
2010	30,06	30	31
2011	30,35	31	31

Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

Considerando agora a evolução da idade média das mães no nascimento do primeiro filho, indicador produzido pelo INE, este confirma a tendência de que vínhamos falando, sendo claro, a partir de 1986 e até ao presente, o sentido inequívoco do adiamento da entrada na fecundidade (figura 10.4.). De facto, se em 1960 a idade média das mães no nascimento do primeiro filho era de 25 anos e em 1986 essa idade era de 23,5 anos, desde esse ano até 2012, isto é, em 26 anos, verificou-se um aumento de 6 anos na idade média de entrada na fecundidade que atingiu os 29,5 anos em 2012.

Figura 10.4. Idade média das mães no nascimento do 1º filho (1960-2012) e no nascimento dos filhos (1990-2012), Portugal



Fonte: INE, Indicadores Demográficos, consulta em Pordata (www.pordata.pt)

Esta subida tão significativa em apenas um quarto de século, se lida em paralelo com a evolução do indicador anterior (idade das mães no nascimento dos filhos) é também reveladora de que o adiamento da entrada na fecundidade se articula com a redução da intensidade da fecundidade.

Intensidade que se aproxima de níveis cada vez mais próximos do padrão do filho único (Cunha, 2002), como se percebe graficamente pela tendência de aproximação das curvas, isto é, pelo esbatimento da diferença entre a idade média no nascimento do 1º filho ou do conjunto dos filhos (figura 10.4.).

A consolidação de uma descendência média próxima do filho único é confirmada pela leitura da evolução do indicador conjuntural de fecundidade no nosso país que revela, ao longo de pouco mais de quatro décadas, alterações profundas no padrão da fecundidade da população em Portugal, com implicações claras na estrutura populacional do nosso país, no sentido do envelhecimento e da incapacidade de se assegurar, pela fecundidade, a substituição das gerações (figura 10.5.).

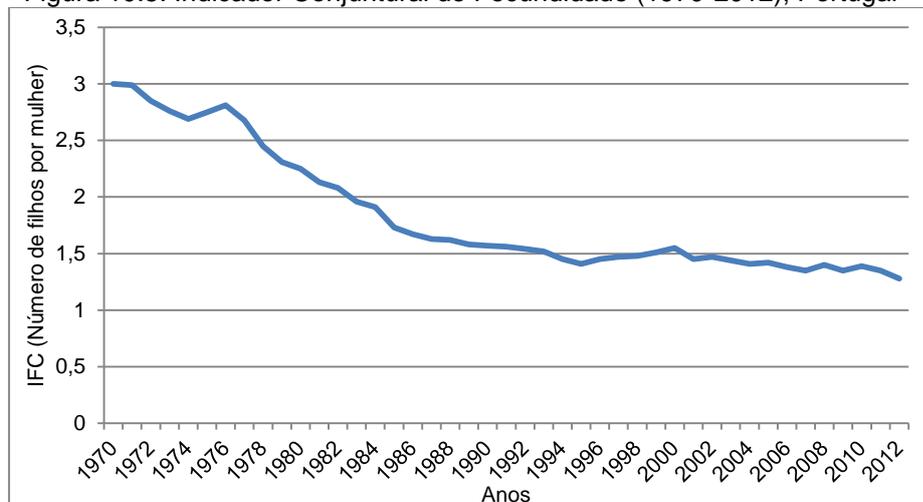
De facto, se em 1970 a intensidade da fecundidade revelava uns confortáveis 3 filhos por mulher, no início da década de 1980, nomeadamente em 1982, já não se assegurava a substituição das gerações, tendo o indicador assumido nesse ano o valor de 2,08⁹⁶. Em 1994, o indicador assumiu um valor de 1,45, pela primeira vez abaixo de 1,5 filhos por mulher, tendo, desde meados da década de 2000 chegado a valores francamente baixos, já inferiores a 1,4.

Já em 2012, o número médio de filhos por mulher fixou-se em 1,28, quase um terço do valor que se verificava há cerca de 4 décadas atrás, materializando a ideia do filho único,

⁹⁶ Sendo que o valor mínimo que permite assegurar a substituição ou renovação das gerações se situa nos 2,1 filhos por mulher (Bandeira, 2004: 310).

inserido num novo modelo familiar, mais reduzido e com novas estratégias desenhadas mesmo que nem sempre coincidentes com as idealizadas.

Figura 10.5. Indicador Conjuntural de Fecundidade (1970-2012), Portugal



Fonte: INE, Indicadores Demográficos, consulta em Pordata (www.pordata.pt)

Com efeito, o recurso facilitado à contraceção moderna é claramente potenciado por novos valores familiares assentes no reconhecimento de uma nova condição feminina, mais escolarizada e ativa profissionalmente e por um reposicionamento do lugar dos filhos, mais investido e claramente apostado numa mobilidade social ascendente (Almeida, 2002). Estratégias com efeitos claros nos indicadores de calendário (pelo adiamento da entrada na fecundidade) e intensidade (pela redução do número de filhos) da fecundidade em Portugal que se refletem nos valores analisados.

10.2.2. Instrução e posição social da população fecunda

Em 2010, o peso da população feminina fecunda é tanto mais elevado quanto maior o grau de instrução⁹⁷. Assim, para esse ano verifica-se um valor máximo de 30,3% de mulheres com ensino superior, face aos níveis bastante mais fracos de mulheres com escolaridade até ao ensino básico – 2º ciclo (quadro 10.2.).

Estes resultados são ainda mais assinaláveis se comparados com os de anos anteriores, nomeadamente, os que balizam os quinquénios ao longo de duas décadas. De facto, nos 3 primeiros anos aqui considerados, eram os níveis de instrução mais baixos os

⁹⁷ Os níveis de instrução, que também designaremos como níveis de escolaridade, considerados na maioria das bases de dados que trabalhamos não obedecem, segundo o documento metodológico correspondente, a uma classificação nacional ou internacional. Ainda assim, as categorias definidas (“Não sabe ler nem escrever”; “Sabe ler sem ter frequentado o sistema de ensino”; Ensino básico – 1º ciclo”; Ensino básico – 2º ciclo”; “Ensino básico – 3º ciclo”; “Ensino Secundário”; “Ensino Superior”; “Não sabe/Não responde”; “Ignorada”; “Não aplicável”) mostram alguma correspondência com as da Classificação Internacional Tipo da Educação – CITE (INE, 2012), para além de, no nosso entender, serem adequados à evolução dos graus de ensino no nosso país, no que diz respeito às reformas nas estruturas curriculares do ensino e respetivas designações.

mais representados pelas mulheres fecundas, constatando-se uma clara inversão da tendência em duas décadas mas, sobretudo, na última – tendo as mulheres com ensino superior subido de 5,5% em 1990 para 16,3 % em 2000 e mais de 30% em 2010.

Quadro 10.2. Mulheres fecundas em função do nível de instrução (%), 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, Portugal

Anos	Nível de instrução							
	Não sabe ler nem escrever	Sabe ler sem ter frequentado sis. ensino	Ensino básico - 1º ciclo	Ensino básico - 2º ciclo	Ensino básico - 3º ciclo	Ensino secundário	Ensino superior	NS/NR
1990	1,5	7,9	63,3		21,4		5,5	
1995	1,2	1,6	29,2	25,6	15,4	16	11	
2000	0,7	0,7	18,2	25	17,8	21,3	16,3	
2005	0,5	0,4	8,4	20	20,3	25,3	25,1	
2010	0,4	0,2	4,7	12,4	21,6	28,8	30,3	1,5

Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1990, 1995, 2000 e 2010, cedidas por INE

Nota: para o ano de 1990, a categorização desta variável não corresponde à dos restantes anos. Assim, nesse ano, o valor inserido nas categorias *Ensino básico - 1º e 2º ciclo* refere-se a *Curso básico - primário ou preparatório*. O valor inserido nas categorias *Ensino básico - 3º ciclo* e *Ensino Secundário* pertence, nesse ano, à categoria *Curso Secundário ou Médio*.

Sendo esta uma tendência que acompanha a subida global da escolarização da população portuguesa, não deixa de ser significativo, e mais importante do que na população em geral, o aumento tão forte do peso na fecundidade de população feminina mais escolarizada. De facto, enquanto na população em geral, segundo dados censitários, o peso da população do sexo feminino com ensino superior entre 1991 e 2011 aumenta de 4,63 para 15,49% (quadro 10.3.)⁹⁸, na população feminina fecunda, como vimos, o peso das mulheres com o ensino superior regista um aumento de 5,5 para 30,3%, entre 1990 e 2010.

Ou seja, se no início da década de 1990, o peso da população fecunda mais escolarizada era semelhante ao da população em geral do sexo feminino, já duas décadas mais tarde verifica-se quase o dobro da população feminina fecunda com o ensino superior face ao peso da população feminina recenseada em Portugal com as mesmas habilitações que, por si só, subiu para o triplo.

⁹⁸ Os valores apresentados pela PORDATA (www.pordata.pt, consultado em 4.07.2013) consideram o ensino superior completo e são ligeiramente diferentes, mas confirmam a tendência encontrada. Assim, o peso percentual da população feminina com o ensino superior completo no conjunto da população feminina era, segundo esta fonte, de 3,6 em 1991, 9,3 em 2001 e 16,9 em 2011, respetivamente. O peso percentual da população masculina com o ensino superior completo no conjunto da população masculina era de 4,5; 7,4 e 12,4, nos mesmos anos.

Quadro 10.3. População, por sexo com ensino superior (%), nos censos de 1991, 2001, 2011, Portugal

Anos	População com ensino superior completo ou incompleto (% sobre o total de cada sexo)	
	Sexo feminino	Sexo masculino
1991	4,63	5,2
2001	11,66	9,78
2011	15,49	11,07

Fonte: Cálculos próprios a partir de dados dos Recenseamentos Gerais da População e Habitação, 1991, 2001, 2011, INE

Se a esta comparação juntarmos o facto de a população feminina fecunda com menos habilitações (nomeadamente com o 1º e 2º ciclo, uma vez que a população não escolarizada quase não é representada na população fecunda em 2010) ter reduzido substancialmente o seu peso entre 1990 e 2010, numa relação quase inversamente proporcional à da população mais escolarizada, podemos tirar conclusões interessantes.

O forte aumento da escolarização da população feminina em Portugal, bem visível nestas duas décadas, revela-se um fator decisivo na determinação dos comportamentos fecundos. A par da tendência de descida da intensidade da fecundidade e do seu adiamento, as protagonistas dos comportamentos fecundos pertencem cada vez mais a grupos populacionais detentores de recursos educacionais mais elevados.

O que se conjuga com a ideia de que as opções no que toca aos comportamentos fecundos dos casais obedecem a estratégias familiares organizadas e multidimensionais, que privilegiam a aposta na carreira escolar e eventualmente profissional das mulheres, antes da opção pela fecundidade, numa lógica claramente malthusiana, de programação dos tempos familiares e de contenção da fecundidade.

Mas conjuga-se, também, com o cenário de uma realidade social em que a possibilidade de ter filhos não está ao alcance de todos, deixando perceber que a adoção de comportamentos malthusianos em matéria de procriação atravessa cada vez mais os diferentes níveis da escala social. Veremos, mais à frente, se assim é, quando focarmos a análise na fecundidade segundo a ordem de nascimento dos filhos e em função da escolaridade e do grupo socioprofissional.

No caso dos homens fecundos, face ao das mulheres, os níveis de ensino mais baixos não desceram tanto ao longo dos anos nem a subida dos mais elevados foi tão acentuada. Ainda assim, os homens fecundos também registam um aumento importante na sua instrução, no mesmo período de tempo e, tal como no caso das mulheres, verifica-se, para o sexo masculino, que as quatro primeiras categorias registam perdas de população masculina fecunda ao longo de todos os intervalos do período, enquanto

as três categorias de instrução mais elevada registam subidas consideráveis, sobretudo as duas últimas.

Quadro 10.4. Homens fecundos em função do nível de instrução (%), 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, Portugal

Anos	Nível de instrução							
	Não sabe ler nem escrever	Sabe ler sem ter frequentado sis. ensino	Ensino básico - 1º ciclo	Ensino básico - 2º ciclo	Ensino básico - 3º ciclo	Ensino secundário	Ensino superior	NS/NR
1990	1,1	7,4	62		19,8		6,2	3,3
1995	0,9	1,6	29,7	25,4	15,4	14,4	9,2	3,4
2000	0,5	0,8	20,3	26,3	18,3	18,7	12,1	3,1
2005	0,3	0,5	10,9	24,1	22,1	22,6	17,7	1,7
2010	0,3	0,2	6,5	17,1	24,8	26,6	21,3	3

Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1990, 1995, 2000 e 2010, cedidas por INE

Isolando, justamente, as três categorias que registam um aumento de população fecunda ao longo do período, podemos analisar mais em detalhe essa subida, comparando, também, homens e mulheres fecundos (figuras 10.6.1 a 10.6.3.).

Figura 10.6.1. Mulheres e homens fecundos com Ensino Básico - 3º ciclo (%), Portugal, 1990-2010

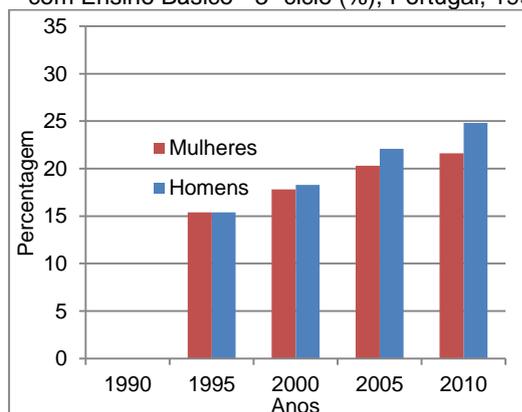


Figura 10.6.2. Mulheres e homens fecundos com Ensino Secundário (%), Portugal, 1990-2010

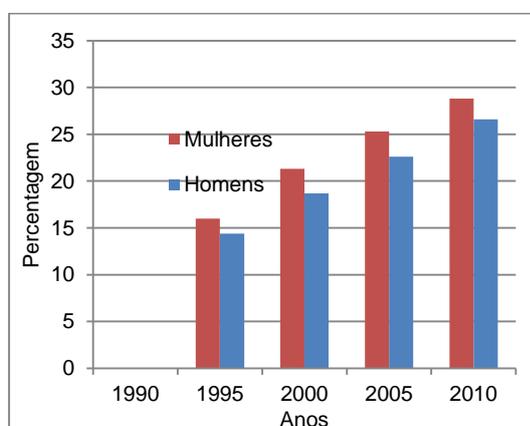
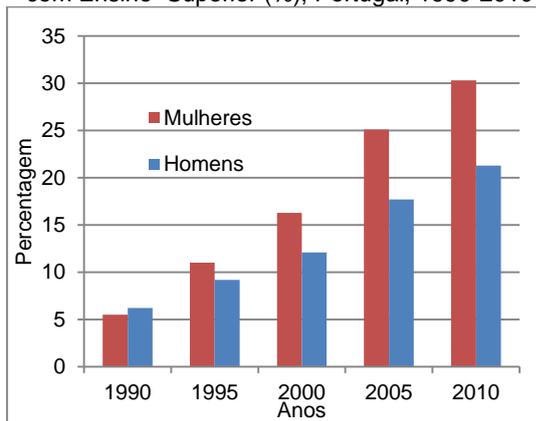


Figura 10.6.3. Mulheres e homens fecundos com Ensino Superior (%), Portugal, 1990-2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1990, 1995, 2000 e 2010, cedidas por INE

A análise dos três gráficos⁹⁹ decorrentes desse afunilamento permite perceber, por um lado, que o aumento da população fecunda é mais significativo e rápido no caso do ensino superior que parte, em 1990 (aqui só visível a comparação a partir de 1995), com o peso mais baixo de população masculina e feminina fecunda e chega, em 2010, ao peso mais elevado, no caso das mulheres e quase tão elevado no caso dos homens, face aos restantes níveis de instrução.

Por outro lado, verifica-se que a instrução mais elevada é uma característica mais marcadamente feminina, o que se percebe pela supremacia masculina apenas verificada na categoria mais baixa de ensino das três mais elevadas e pela diferença cada mais acentuada entre sexos, a favor das mulheres, verificada na população detentora do ensino superior.

Vejamos de seguida o resultado do cruzamento do nível de instrução entre os progenitores do mesmo nado-vivo, para o ano mais recente dos considerados (2010), na procura de padrões de homogamia da população fecunda.

10.2.3. Padrões de homogamia na fecundidade

Na caracterização da população fecunda, procuramos fazer um exercício de posicionamento dos indivíduos no *espaço social*, que se define como um “espaço relacional das condições sociais de existência” (Costa, 1999: 198). Ora, falar em espaço social como um espaço relacional, remete, em termos teóricos e conceptuais, para o posicionamento relativo – evidente em expressões como “localização nos espaços *relacionais* das condições de existência, ou espaços estruturais das *relações* de classe” (Costa, 1999: 199) (itálico nosso)

⁹⁹ Para as duas primeiras categorias da variável instrução (‘Ensino básico – 3º ciclo’ e ‘Ensino secundário’) representadas nestes gráficos não considerámos o valor referente ao ano de 1990 pela diferença na classificação considerada na codificação das categorias.

– dos protagonistas sociais em grupos, de uma mesma estrutura social, com características diferentes entre si, que aqui procuraremos operacionalizar num duplo sentido.

Isto é, se na análise que incide em acontecimentos protagonizados por dois indivíduos, neste caso, a mãe e o pai de cada nado-vivo registado em Portugal em 2010, procuramos a identificação das posições relativas dos indivíduos no espaço social, em função dos grupos definidos, pretendemos também a identificação da posição relativa dos dois protagonistas do mesmo acontecimento entre si.

De facto, o encontro ou desencontro das *posições sociais* (Costa, 1999: 198) dos dois protagonistas de cada acontecimento permite afinar a análise das condições sociais em que esse acontecimento se dá. Assim, para além da análise, em separado, das características sociais das mulheres e dos homens fecundos revela-se pertinente, também, a análise da forma como se cruzam entre si as posições no espaço social desses dois atores que concorrem para a manifestação de um mesmo acontecimento e que acontece por via do estudo da homogamia¹⁰⁰.

A homogamia social na nupcialidade é uma realidade estudada por diferentes autores, em diferentes países (Almeida *et al.*, 1997: 878). Para um caso específico da realidade portuguesa, Almeida demonstra como a conjugalidade, representada socialmente como o resultado de escolhas individuais, se constrói “num terreno de opções estruturado, na prática, por clivagens sociais determinantes”, resultando essas escolhas, de modo sistemático, no encontro conjugal de pessoas que ocupam “uma posição similar (ou equivalente) no espaço social.” O que situa o estudo da homogamia na articulação entre as questões “dos comportamentos e representações conjugais” e “das classes sociais” (Almeida *et al.*, 1997: 877).

Também Rosa (2004), sobre o caso português, constatou que a homogamia socioprofissional era caracterizadora de todos os meios sociais, acentuando-se esta tendência global nos extremos da linha de classe, a saber, no caso das mulheres, nos grupos com profissões mais qualificadas e de camponesas. Os grupos intermédios e os menos qualificados do operariado industrial registavam alguma tendência para a prática da

¹⁰⁰ Esta terminologia – homogamia ou homogamia social – é encontrada nos estudos da sociologia da família, essencialmente. Na sociologia das classes, encontramos uma abordagem semelhante, no cruzamento de perfis sociais entre diferentes elementos de uma família ou grupo doméstico, em particular (mas não exclusivamente) entre os cônjuges, para o apuramento de classe, pela designada *conjugação* de perfis (Costa, 1999: 237-245). No caso do nosso estudo, na medida em que procuramos relacionar os perfis dos dois protagonistas do mesmo acontecimento social, tradicionalmente associado ao contexto familiar e conjugal, trabalhamos com o conceito de *homogamia social* (cujos protagonistas são, em exclusivo, os cônjuges), não perdendo, no entanto, a noção de que a existência desse acontecimento não implica, necessariamente e em todos os casos, um contexto familiar e conjugal prévio, como aliás, se dá conta em termos empíricos. Ainda assim, e como as situações de conjugalidade, apesar da não universalidade, são maioritárias, assumimos o conceito de *homogamia social*.

hipergamia, não indo o fenómeno, contudo, além da classe socioprofissional vizinha, isto é, casando-se as mulheres com parceiros não mais do que um nível acima na escala social.

No que diz respeito, sobretudo, à forte homogamia encontrada na parte superior da escala social, Rosa justifica-a pela “afinidade espontânea’ [no sentido que lhe confere Bourdieu, quando trata a noção de *habitus*] que se alimenta da semelhança de recursos educacionais (diplomas escolares, qualificações profissionais, etc.)” (Rosa, 2004: 131).

Ora, considerando que a população que aqui analisamos, os pais de nados-vivos registados em Portugal nas últimas décadas, é cada vez mais detentora de elevados recursos educacionais, vamos considerar, nesta fase da análise, a variável *níveis de instrução*¹⁰¹ como variável de aferição desse encontro social dos cônjuges.

A análise do cruzamento da instrução dos dois progenitores dos nados-vivos ocorridos em 2010 aponta para resultados interessantes. Verifica-se, desde logo, uma forte estruturação da ligação dos pais num registo homogâmico (com valores quase sempre superiores a metade dos da sua categoria), sobretudo, no caso das mulheres, ao nível do ensino básico e superior, e, no caso dos homens, nos extremos da escala, isto é, na categoria “Não sabe ler nem escrever” e quando detentores do ensino superior. É, aliás, de assinalar o valor mais elevado encontrado, de 81,7% de homens que, com ensino superior, têm filhos em comum com mulheres do mesmo nível de ensino.

Este valor, a par dos 49,4% encontrados também para os homens sem saberem ler nem escrever com filhos de mulheres em condições semelhantes (e dos 50% relativos ao ensino secundário), revela um padrão claro de homogamia masculina nos extremos das classes de habilitações.

Verifica-se, também, a tendência para que, sempre que não há coincidência da classe educacional entre os dois progenitores, a mulher possua um grau académico inferior ao do homem em uma ou duas categorias. Este dado parece contradizer o peso muito elevado da população feminina fecunda com níveis escolares elevados, em 2010, por comparação a anos anteriores e até por comparação aos homens.

Na verdade, estes resultados são, sobretudo, ilustrativos, do forte desequilíbrio entre o nível de habilitações de homens e mulheres que existia há poucas décadas atrás e que as mulheres têm rapidamente ultrapassado.

¹⁰¹ A pertinência, já justificada anteriormente, da consideração na análise, em primeiro lugar, da variável habilitação face, por exemplo, à profissão dos pais, para o estudo da homogamia deve-se também ao facto de esta variável apresentar um número de casos analisável consideravelmente superior quando comparada com a relativa à profissão.

De facto, em 2010, a variável ‘instrução da mãe’ registava apenas 1,5% de casos de não respostas (1551, em termos absolutos) e a variável ‘instrução do pai’ registava 3% de não respostas ou de instrução ignorada, sendo todos os outros válidos. Já no caso da profissão, o número de não respostas, profissões mal definidas, profissão ignorada ou pergunta não aplicável perfazia um total de 29,8% dos casos para as mães e 14,6% para os pais. Uma parte da diferença percentual entre mães e pais aqui encontrada dever-se-á a situações de não atividade das mulheres.

Mesmo perante a tendência para a hipergamia conjugal, resultado até de valores conservadores que ainda marcam a sociedade portuguesa, temos neste exemplo uma expressão da evolução da estruturação da composição social da sociedade portuguesa, que se enquadra no que Bandeira refere como a rápida inversão dos “parâmetros e (...) normas do viver individual e colectivo” (Bandeira, 1996: 178).

É também de realçar que quando analisamos apenas os casos de nados-vivos que ocorrem em contexto de coabitação dos pais, o padrão de homogamia se reforça, encontrando-se uma maior frequência de casos em que ambos os pais possuem as mesmas habilitações.

Facto que adquire ainda mais importância se pensarmos que a grande maioria dos nados-vivos ocorre em contexto de conjugalidade dos pais. Com efeito, 90,7% dos casos aconteceram dentro do casamento (58,7%) ou fora do casamento mas com coabitação dos pais (32,0%). O que revela um mais escasso valor de 9,3% de casos ocorridos fora do casamento e sem coabitação dos pais, bem como a importância de considerar como autónoma a categoria referente aos nados-vivos ocorridos no seio de uniões não contratualizadas, atendendo ao seu expressivo valor.

A este propósito, será relevante referir que, estando algumas variáveis da base de dados construídas com base no critério do casamento (como o número de filhos anteriores no casamento ou a ordem de nascimento no seio do casamento), seria, talvez, de considerar uma conceção mais abrangente de união na qual se incluísse a categoria de coabitação, independentemente do carácter formal da mesma, sob pena de ficar excluída da análise uma parte relevante dos dados (32,0%, neste caso de 2010), cujo perfil de pessoas será, eventualmente, mais próximo do daquelas que têm um casamento celebrado do que das que não vivem em união.

Aliás, pelo cruzamento da variável relativa à filiação com a da instrução da mãe e do pai, mas, sobretudo, com a da mãe, verifica-se, justamente, essa associação. Na medida em que que, nos casos dos nascimentos ocorridos dentro do casamento e fora do casamento com coabitação dos pais, o perfil dos progenitores aparece com um nível de instrução mais elevado face ao que se verifica no caso dos nados-vivos que ocorrem sem coabitação dos pais, que aí surgem com menos recursos educacionais ou até com habilitações não conhecidas ou não respondidas¹⁰².

Ainda assim, a existência do vínculo formal do casamento está claramente associada a níveis de instrução mais elevados e a uma classe socioprofissional superior, como veremos, mais à frente, através de uma análise multivariada. O que é um dado importante,

¹⁰² Podendo essa informação – não sabe/não responde – ter vários significados, como a perda de informação, um mau registo por parte de quem recolhe a informação, uma não pergunta, falta de exatidão na resposta, desconhecimento por parte do declarante,... Algumas destas razões podem apontar também para a existência de fracas habilitações.

na medida em que tendo cada vez mais expressão, no nosso país, a fecundidade fora do casamento (Ferreira e Aboim, 2002) esse aumento revela-se diferencial, em função da posição social dos indivíduos, sendo menos protagonizado pelos indivíduos com mais recursos.

10.2.4. A profissão e a instrução da população fecunda

Quando analisamos a relação entre a instrução das mulheres mães em 2010 e respetiva profissão¹⁰³ e condição perante o trabalho, verificamos, por um lado, que quanto menos habilitações as mulheres detêm mais casos há de mulheres que não trabalham, sendo esse, por exemplo, o caso de cerca de $\frac{3}{4}$ das mulheres que nunca frequentaram o sistema de ensino. Verifica-se, aliás, até ao grupo com o 3º ciclo, que o maior conjunto de mulheres com essas habilitações corresponde às que não se encontram empregadas, sendo inativas (41,5% das mulheres com 1º ciclo do ensino básico, 27,7% das detentoras do 2º ciclo e 21,4% das que chegaram ao 3º ciclo) ou estando à procura de emprego (17,0% das mulheres com 1º ciclo do ensino básico, 18,9% das detentoras do 2º ciclo e 16,3% das que chegaram ao 3º ciclo).

Nos grupos de mulheres com os mais fracos níveis de instrução, aquelas que se encontram ativas situam-se, sobretudo, em termos profissionais, nas classes de ‘trabalhadores não qualificados’ (no caso do 1º ciclo), de ‘operários, artífices e trabalhadores similares’ (20,4% das mulheres com o 2º ciclo do ensino básico), e de ‘pessoal administrativo e similares’ (21,7% de mulheres com o 3º ciclo do ensino básico).

Por outro lado, verificamos que quanto maior o nível de habilitações alcançado, maior a percentagem de mães ativas, sendo o peso da inatividade pouco expressivo e claramente minoritário nos grupos de mulheres com o ensino secundário (14,2% inativas e 10,4% procurando novo emprego) e superior (4,5% inativas e 4,3% procurando novo emprego). As primeiras concentram-se maioritariamente (34,0%) no grupo de ‘pessoal administrativo e similares’ e, de seguida (13,3%) no de ‘técnicos e profissionais de nível intermédio’. A grande maioria das segundas, isto é, das detentoras de um diploma superior, ou se enquadra no grupo de ‘especialistas das profissões intelectuais e científicas’ (40,5%) ou no de ‘técnicos e profissionais de nível intermédio’ (33,9%).

No caso dos pais dos nados-vivos, os casos de não emprego são claramente inferiores aos das mães (no conjunto, os pais inativos e que procuram emprego perfazem

¹⁰³ As categorias da variável ‘Profissão’ obedecem à Classificação Nacional de Profissões, versão de 1994 – CNP 94 (INE, 2005). Vamos, pela riqueza de informação que isso permite, nesta fase da análise, manter as categorias e os níveis de desagregação existentes.

cerca de 10%), atingindo maior expressão, essencialmente, nos grupos sem instrução (onde chegam a perto de metade).

Verifica-se, para além disso, que até ao 3º ciclo do ensino básico, a maioria dos pais pertence ao grupo dos operários (17,1% sem saberem ler mesmo tendo frequentado o sistema de ensino, 35,7% com o 1º ciclo do ensino básico, 40,3% com o 2º ciclo e 30,5% com o 3º ciclo do ensino básico) ou trabalhador não qualificado (16,6% de pais sem instrução, 16,7% sem saberem ler mesmo tendo frequentado o sistema de ensino, 18,6% com o 1º ciclo do ensino básico, 15,6% com o 2º ciclo e 11,9% com o 3º ciclo do ensino básico). Os pais com o 3º ciclo também estão representados em 10,4% no grupo do 'pessoal dos serviços e vendedores'.

O grupo de homens com ensino secundário é aquele que se encontra mais repartido, em termos de profissões exercidas, recaindo maioritariamente no grupo de 'técnicos e profissionais de nível intermédio' (21,4%), 'operários' (15,5%) e 'pessoal administrativo e similares' (14,9%).

Assim, aquele que se destaca no sentido de se concentrar, claramente (em 85,7% dos casos), nas categorias profissionais de topo é o grupo de pais com o ensino superior (41% destes homens são especialistas das profissões intelectuais e científicas, 32,7% são técnicos e profissionais de nível intermédio e 12% são quadros superiores do sector público ou privado e dirigentes), sendo, por isso, clara a importância de destacar este grupo nas análises em que consideremos esta variável de instrução. Importância que vimos que se aplica, também, ao caso feminino.

Este cruzamento entre as variáveis instrução e profissão dos pais dos nados-vivos em 2010 sugere-nos a associação específica da frequência da fecundidade ao exercício de uma atividade e de profissões do topo da hierarquia social. De facto, se vimos atrás que a população fecunda é cada vez mais escolarizada, vemos agora que essa população mais escolarizada é a mais ativa e a que melhor se posiciona em termos profissionais. Confirmando que, nestes casos, com frequências assinaláveis, no nosso país, em 2010, a fecundidade se insere num modelo familiar onde a carreira profissional já se encontra estabelecida, funcionando esta, como se sabe, como um dos fatores de adiamento da fecundidade como estratégia familiar.

Atendendo a que cada vez mais a fecundidade acontece em contexto de exercício de uma atividade profissional – sobretudo na população com mais recursos educacionais, que é, atualmente, a mais fecunda – consideramos incontornável o recurso ao conceito de classe e a utilização do respetivo indicador para situar os indivíduos no espaço social, conjugando a profissão e a situação na profissão de cada um.

10.2.5. O indicador socioprofissional individual de classe e a população fecunda

Na dimensão socioprofissional de caracterização social dos indivíduos, adotámos o indicador *socioprofissional individual de classe* proposto por Costa (1999: 230) que conjuga, enquanto *variável derivada*, as *variáveis primárias* 'profissão'¹⁰⁴ e situação na profissão'¹⁰⁵, e cujas categorias se apresentam na *matriz de construção do indicador socioprofissional individual de classe* (Costa, 1999: 229-230). Dessa matriz resultam sete categorias do novo indicador de classe.

Num extremo da estrutura social da tipologia classificatória que aqui adotamos, encontram-se os *Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais* (EDL) e os *Profissionais Técnicos e de Enquadramento* (PTE). De seguida surgem os *Trabalhadores Independentes* (TI), os *Empregados Executantes* (EE) e os *Agricultores Independentes* (AI). Associados a recursos mais fracos em termos socioprofissionais encontram-se os *Assalariados Agrícolas* (AA) e os *Operários* (O).

As frequências que resultam desse indicador dão conta de uma distribuição não coincidente entre a população fecunda feminina e masculina em 2010, pelos diferentes perfis de classe, embora se identifique um traço geral comum, nessa distribuição, entre homens e mulheres (quadro 10.5.).

Quadro 10.5. Mulheres e homens fecundos em função do indicador socioprofissional individual de classe (%), 2010, Portugal

Anos	Mulheres	Homens
EDL	7,3	10,1
PTE	37,2	25,1
TI	3,0	5,3
EE	30,7	18,3
AI	0,1	0,4
AA	0,3	1,0
O	21,4	39,8

Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados nados-vivos de 2010, cedida por INE
Nota: Tipologia adotada de Costa, 1999 (p. 230)
Nota2: Considerámos as percentagens válidas
EDL - Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais
PTE - Profissionais Técnicos e de Enquadramento
TI - Trabalhadores Independentes
AI - Agricultores Independentes
EE - Empregados Executantes
AA - Assalariados Agrícolas
O - Operários

¹⁰⁴ Cujas categorias correspondem às dos grandes grupos a 1 dígito da Classificação Nacional de Profissões, versão 1994, que pode ser consultada no Sistema de Metainformação do *site* do INE (www.ine.pt). Importa referir que, na nossa análise, os membros das Forças Armadas, apesar de poucos (330 indivíduos, correspondendo a 0,3% do total), foram assimilados às categorias profissionais com recursos educacionais equivalentes.

¹⁰⁵ Com as seguintes categorias: 'Patrão', 'Trabalhador por conta própria', 'Trabalhador por conta de outrém'.

Ou seja, por um lado, verifica-se um forte peso da população fecunda nos dois segmentos socioprofissionais do topo do tecido social (EDL e PTE) e no dos EE, o que confere com a tendência já observada e referida atrás, de um maior peso da população fecunda com uma maior escolaridade de nível intermédio e superior.

Ainda assim, o peso dos operários, não é negligenciável, sendo particularmente forte, nomeadamente, no caso dos homens fecundos.

É de realçar a residualidade da população fecunda nas posições de classe de TI e, sobretudo, de AA e AI. O que será também reflexo da própria falta de expressão destas categorias na população geral do nosso país.

Segundo dados do último recenseamento, os grupos socioeconómicos¹⁰⁶ com maior expressão em Portugal são, no caso dos homens, operários qualificados e semiquilificados (29,54%), empregados administrativos do comércio e serviços (17,08%), quadros técnicos e intermédios (8,47%) e quadros intelectuais e científicos (8,36%) (quadro 10.6.). Todos os outros grupos (embora bastante desagregados) assumem um peso claramente inferior.

Ainda assim, encontra-se alguma expressão nos empresários e pequenos patrões da indústria, pequenos patrões do comércio e serviços, trabalhadores industriais e artesanais e outros trabalhadores independentes e diretores e quadros dirigentes do Estado e empresas, cada grupo com uma representação na ordem dos 2 ou 3% face ao total dos ativos.

O que significa, por um lado, que em Portugal, em 2011, o sector primário é o que mais parece ocupar a população ativa masculina, fortemente posicionada no operariado.

O comércio e serviços e as profissões técnicas intermédias surgem de seguida, remetendo para uma classe social de recursos intermédios, e as profissões intelectuais e científicas, um segmento social favorecido, são, de todas as referidas, as menos representadas. Os patrões e empresários de diferentes sectores, se agrupados, ajudarão a reforçar o peso da população que no conjunto dos perfis de classe, se assumem em posições intermédias ou dominantes.

No caso das mulheres, estão mais representadas as empregadas administrativas do comércio e serviços (33,08%), os quadros intelectuais e científicos (15,15%) e as trabalhadoras administrativas do comércio e serviços não qualificadas (13,51%). A soma do peso destes três grupos atinge cerca de 62% de população ativa feminina que poderíamos designar de *classe média [urbana] assalariada* (Costa, 1999: 228).

¹⁰⁶ O grupo socioeconómico, é considerado, para a apresentação da informação censitária pelo INE, em termos metodológicos, como uma variável derivada, “calculada com base em indicadores socioeconómicos abrangendo o universo das actividades económicas, do ponto de vista da inserção profissional dos indivíduos. As variáveis primárias consideradas para o seu cálculo são a profissão, a situação na profissão, o número de trabalhadores e o nível de escolaridade completo” (INE, 2013).

Quadro 10.6. População ativa (%) em Portugal, por grupo socioeconómico e sexo, 2011

Grupo socioeconómico	SM	SF	Grupo socioeconómico	SM	SF
Empresários com profissões intelectuais, científicas e técnicas	0,83	0,78	Diretores e quadros dirigentes do Estado e empresas	2,52	1,60
Empresários da indústria comércio e serviços	2,17	1,08	Dirigentes de pequenas empresas e organizações	0,56	0,49
Empresários do sector primário	0,06	0,02	Quadros intelectuais e científicos	8,36	15,15
Pequenos patrões com profissões intelectuais e científicas	0,79	0,69	Quadros técnicos intermédios	8,47	6,78
Pequenos patrões com profissões técnicas intermédias	0,74	0,46	Quadros administrativos intermédios	0,88	1,93
Pequenos patrões da indústria	3,83	0,86	Empregados administrativos do comércio e serviços	17,08	33,08
Pequenos patrões do comércio e serviços	2,68	2,56	Operários qualificados e semiquilificados	29,54	7,72
Pequenos patrões do sector primário	0,60	0,22	Assalariados do sector primário	1,88	0,77
Profissionais intelectuais e científicos independentes	0,72	0,65	Trabalhadores administrativos do comércio e serviços não qualificados	3,35	13,51
Profissionais técnicos intermédios independentes	0,77	0,35	Operários não qualificados	4,49	3,18
Trabalhadores industriais e artesanais independentes	2,73	0,35	Trabalhadores não qualificados do sector primário	0,53	0,39
Prestadores de serviços e comerciantes independentes	1,89	4,02	Pessoal das forças armadas	1,14	0,19
Trabalhadores independentes do sector primário	1,16	0,40	Outras pessoas ativas n.e.	2,23	2,76
			Total	100,00	100,00

Fonte: Cálculos próprios a partir de INE, Recenseamento Geral da População, 2011

O que sugere um posicionamento social da população do sexo feminino mais confortável do que o do sexo masculino, no sentido em que há um peso menor desta população em categorias definidas pela posse de baixos recursos, compensada por um maior peso do que designaríamos de população situada em classe sociais médias ou médias baixas mas, também por uma diferença não negligenciável entre sexos, favorável às mulheres (com cerca do dobro da representação), numa categoria socialmente elevada, a dos quadros intelectuais e científicos.

Por outro lado, reflexo de uma tendência para a supremacia masculina no que diz respeito ao exercício de cargos de poder em ambientes profissionais mais tradicionais e que requerem, eventualmente, níveis de instrução inferiores, verificamos um menor peso das mulheres nas categorias de patrões em diferentes sectores de atividade. Ou seja, a maior escolaridade feminina funciona como trampolim para o acesso a posições socioprofissionais e económicas com mais recursos.

Contudo, sendo os dirigentes, empresários e patrões, associados ao exercício de cargos de poder, em maioria homens, às mulheres cabe, essencialmente, o maior peso nas categorias intermédias e com requisitos de elevadas habilitações.

Voltando aos valores referentes à população fecunda de 2010 (quadro 10.5.) e aos perfis socioprofissionais de classe, a leitura dos resultados em função do sexo espelha, de alguma forma, o diagnóstico que fizemos para a população recenseada em Portugal em 2011.

Nas classes dominantes e com maior peso da população fecunda, só no grupo de EDL é que a população masculina fecunda tem maior expressão (não chegando, ainda assim, a diferença a três pontos percentuais). Mas, enquanto a população feminina fecunda se encontra mais representada nas classes de PTE (37,2%) e EE (30,7%), respetivamente, os homens fecundos são maioritariamente operários (quase 40%). E as diferenças entre homens e mulheres nesses perfis com maior representação são claras: 12,1% na de PTE e 12,4% em EE, a favor das mulheres, e 18,4% de diferença na categoria de operários a favor dos homens, compensando esta última, em larga medida, as diferenças anteriores.

Diríamos, assim, existir na distribuição da população fecunda em 2010, em Portugal, um posicionamento social mais favorecido por parte das mulheres, claramente marcado por profissões técnicas, de enquadramento e de executantes, que se demarcam em termos percentuais do operariado (1/5 da população feminina fecunda situa-se nessa categoria), sobretudo numa visão comparativa com o caso masculino, em que essa categoria não se deixou ainda ultrapassar pelas que refletem um estatuto mais elevado.

Esta diferenciação de género no posicionamento social fica mais diluída com um exercício de agrupamento das categorias mais distantes do operariado mas não é possível

ignorar o dobro do peso de operários na população masculina fecunda (com uns expressivos 39,8%) face ao da população feminina.

Ainda assim, e apesar de a tipologia que adotámos para classificar a população fecunda (quadro 10.5.) e a utilizada pelo INE para a população total (quadro 10.6.) não serem coincidentes, não parece arriscado dizer que a população feminina fecunda ao longo do ano de 2010, apresentando características semelhantes, revela perfis sociais de classe com mais recursos face aos da população feminina recenseada em Março do ano de 2011.

O que poderá ter como leitura que o tradicional padrão de fecundidade em forma U (Oliveira, 2007) parece querer assumir uma nova morfologia, mais em forma de J, no que diz respeito à fecundidade feminina, refletindo a perda de peso da população com menos recursos no protagonismo dos comportamentos fecundos a favor das mulheres melhor posicionadas socialmente.

Assim, no quadro de uma quebra progressiva da fecundidade ao longo de várias décadas, a distribuição relativa da fecundidade pelos diferentes grupos sociais, numa primeira fase sugere o adiamento do calendário da fecundidade das mulheres com mais recursos educacionais (os mais estudados no que diz respeito a esta dimensão caracterizadora das mulheres fecundas) (Sobotka, 2004; Morgan *et al.*, 2011; Bongaarts e Sobotka, 2012).

Esse adiamento, sobretudo verificado a partir da década de 1980 em Portugal, compromete os resultados transversais da intensidade dos nascimentos (Rosa, 1998; Oliveira, 2007), resultando numa relação negativa entre recursos elevados (tendencialmente crescentes) e níveis de fecundidade elevados (Cunha, 2005). O que, aliás, era já adiantado por Nostestein na primeira formulação da Teoria da Transição Demográfica, ao referir-se aos efeitos de uma redefinição das metas sociais nos resultados da fecundidade (Notestein, 1945).

Atualmente, a tendência parece já diferente. Desde logo, é clara a associação entre atividade feminina e fecundidade, em países ocidentais, nomeadamente em alguns europeus (Oliveira, 2007:7).

Mas a atividade, por si própria, pode não dizer o suficiente sobre o perfil social dos indivíduos. O que percebemos, na nossa análise, onde introduzimos o indicador socioprofissional de classe, é que, no seio da população ativa, a pertença a um segmento socioprofissional de recursos intermédios ou superiores parece determinar uma fecundidade mais elevada, pela observação do fenómeno num ano em concreto, o de 2010.

Na procura do aprofundamento dessa análise, e apesar das diferenças encontradas entre homens e mulheres fecundos, em termos de clivagens sociais, a consideração na análise do indicador socioprofissional de classe (ISPC) para pai e mãe do mesmo nado-vivo apresenta uma nova leitura destes perfis, no sentido de enquadrar os nascimentos no

respetivo contexto social e familiar, para isso também considerando outros indicadores de caracterização.

10.2.6. Definição de perfis sociais na população fecunda

Começaremos por associar o ISPC do pai e mãe dos nados-vivos ao da escolaridade desses indivíduos, assim operacionalizando a designada *relação* perspetivada na teoria das classes entre a *credenciação escolar* e o *saber profissional* (Costa, 1999: 213). Para tal, faremos uso de uma ferramenta metodológica de maior amplitude analítica, para a procura da identificação de perfis sociais em forma de grupos e da confirmação, de forma reforçada, da existência de padrões homogâmicos na fecundidade em Portugal, neste caso, referida a 2010.

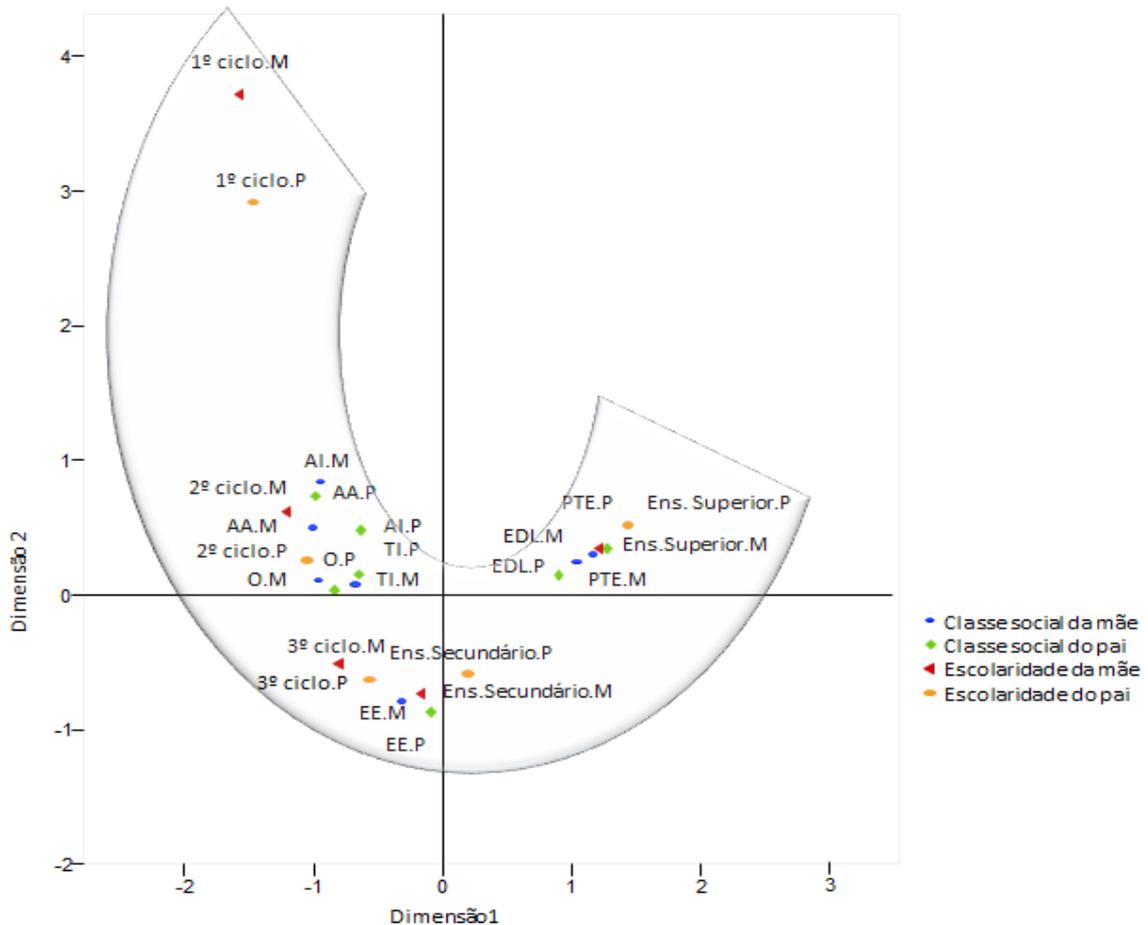
Assim, e com o objetivo de situar a população fecunda no espaço social realizou-se uma Análise de Correspondências Múltiplas (ACM) conjugando o indicador socioprofissional individual de classe da mãe, do pai e os níveis de escolaridade de ambos, na perspetiva da conjugação de dimensões que situam de forma privilegiada e complementar os indivíduos no espaço social (Costa, 1999: 231).

A ACM permite analisar as associações privilegiadas entre as múltiplas categorias dos indicadores (variáveis) em análise (Carvalho, 2008) e, dessa forma, aferir sobre as configurações que sustentam os potenciais perfis sociais da população fecunda, reportada a 2010.

Procuram-se perfis sociais que situem e distingam a população que em 2010 assumiu uma singularidade em termos de comportamento social e familiar, no sentido da fecundidade. Perfis que cruzaremos com outras dimensões estruturais dos comportamentos familiares, como a da conjugalidade.

De acordo com os dados referentes à população fecunda em 2010, a disposição das categorias das diversas variáveis no plano definido pelas duas primeiras dimensões (figura 10.7.) permite visualizar a sua forma aproximadamente parabólica – conhecida pelo *Efeito de Guttman* ou *Horseshoe* (Carvalho, 2008: 118) –, desenhada a partir da localização dos diversos níveis de escolaridade. Com efeito, verifica-se uma distribuição hierarquizada dos níveis de escolaridade dos pais dos nados-vivos, cujos extremos correspondem (numa leitura da esquerda para a direita) aos níveis mais baixos (1º ciclo) e aos níveis mais elevados (pais com ensino superior), situando os níveis intermédios – 3º ciclo e ensino secundário – no vértice da parábola.

Figura 10.7. Configuração topológica do espaço social da população fecunda
Análise de correspondências múltiplas



Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados dos nados-vivos, 2010, cedida por INE

É igualmente visível no plano a localização relacional entre escolaridade e indicador socioprofissional de classe, traduzindo situações que vão desde a posse de menores recursos – expressos nas habilitações e nas qualificações e nos níveis de prestígio social que se considera estarem associados às diversas categorias socioprofissionais – a situações com maior disponibilidade desses mesmos recursos. O que vai ao encontro das referências teóricas que apontam para uma forte associação entre indicadores socioprofissionais e socioeducacionais na estruturação dos recursos diferenciais dos indivíduos no espaço social (Costa, 1999: 224), aqui reproduzida pela população fecunda.

Relativamente à configuração das associações entre as categorias dos dois indicadores de caracterização social podem identificar-se quatro perfis sociais (figura 10.8.) que permitiram agrupar de forma muito nítida os pais dos nados-vivos (figura 10.9.). A especificidade dessas associações evidencia também a existência de padrões de homogamia entre os pais dos nados-vivos.

Esses grupos identificam-se da seguinte forma, de acordo com os seus perfis:

Grupo 1 – Grupo desqualificado. É o grupo mais afastado de cada um dos restantes, em termos relativos, do perfil médio e é também o menos expressivo na população fecunda (3,6%). Para além disso, é neste grupo que se situam os níveis de habilitações mais reduzidos e em que os dois progenitores tendem a partilhar os níveis mais baixos de escolaridade (1º ciclo). A categoria socioprofissional não distingue, em particular, este grupo, que é o que se encontra mais distante de qualquer um dos outros e do conjunto dos outros, isto é, da origem.

Grupo 2 – Grupo de baixa instrução e profissionalmente integrado. Os níveis de qualificação tendencialmente baixos estão, aqui, associados às categorias socioprofissionais com menos recursos. De facto, este grupo (com um peso de 11,5% no total) associa privilegiadamente habilitações de 2º ciclo com assalariados agrícolas (AA), agricultores independentes (AI), operários (O) e trabalhadores independentes (TI). Mas inserem-se também aqui agricultores e trabalhadores independentes, o que poderá remeter para uma autonomia na detenção de recursos não evidente pela baixa escolaridade.

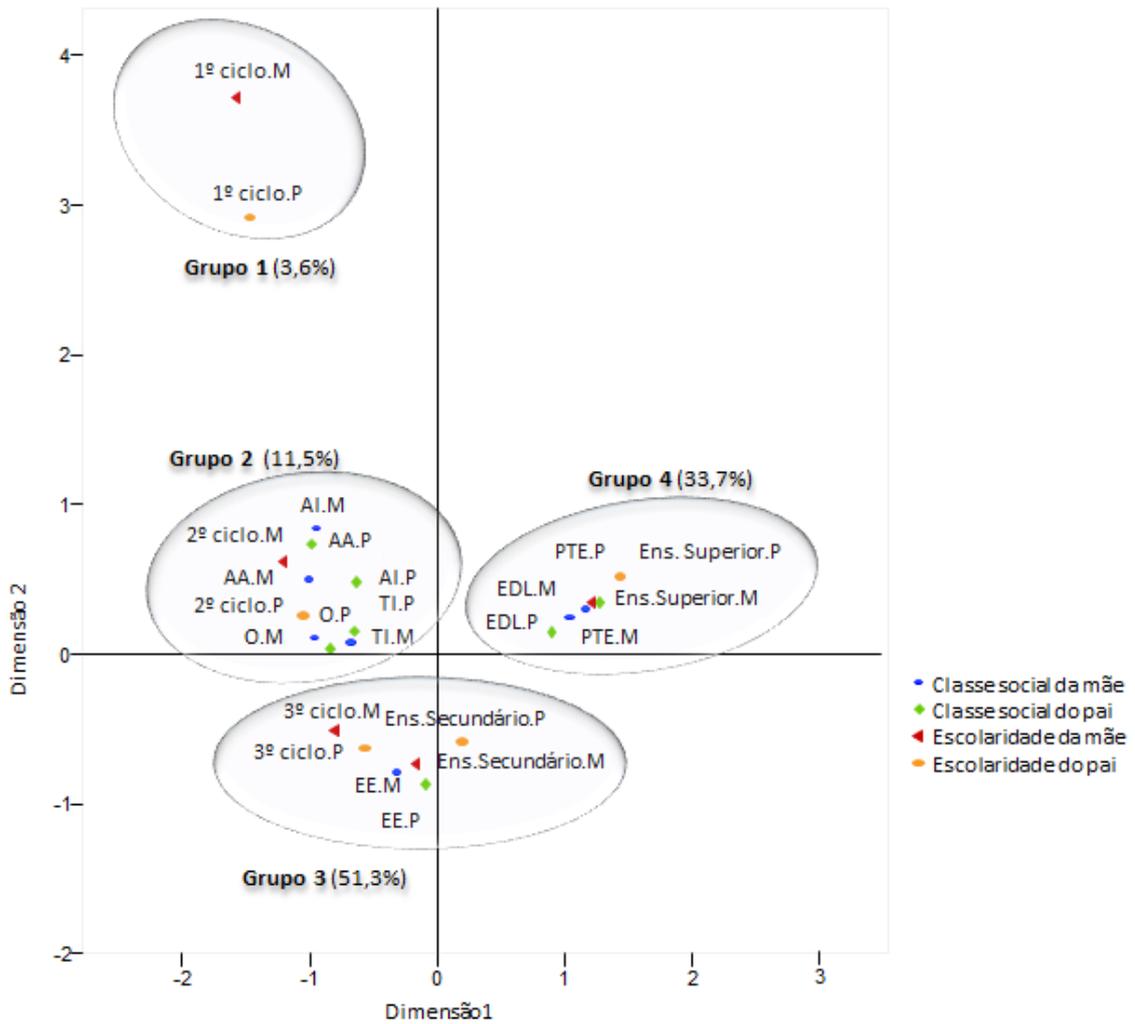
Estes dois primeiros grupos são os que assumem uma menor expressão face aos restantes dois, com cerca de 15% de população fecunda, no conjunto.

Grupo 3 – Grupo de transição com qualificações e inserção social intermédias na escala social. É o mais representado, contemplando mais de metade da população fecunda (51,3%) e concentra os pais dos nados-vivos para os quais é registada a associação privilegiada entre ter habilitações de níveis intermédios (3º ciclo e ensino secundário) e a categoria de empregado executante (EE), consonante com aqueles níveis de escolaridade.

Grupo 4 – Grupo com qualificações e inserção social superiores. É um grupo emergente pelo peso expressivo que assume (33,7%, cerca de um terço) na população fecunda. Os indivíduos deste grupo caracterizam-se pela detenção de maiores recursos nas habilitações e nas qualificações e observa-se uma associação privilegiada entre o ensino superior e as categorias de empresários, dirigentes e profissionais liberais (EDL) e profissionais técnicos e de enquadramento (PTE). É também um grupo homogéneo, pela pouca variação na posição social da população que agrega, e conservador, por ser o mais fortemente marcado pelo casamento, como veremos de seguida.

Nos quatro grupos identificados, verifica-se uma dupla confluência. Por um lado, a escolaridade e as categorias socioprofissionais agrupam-se de forma coerente para os pais e para as mães dos nados-vivos, no sentido da relação proporcional entre escolaridade e categoria socioprofissional de classe. Por outro lado, homens e mulheres fecundos com habilitações e categorias socioprofissionais semelhantes encontram-se, reforçando o sentido de homogamia social entre pais e mães dos nados-vivos.

Figura 10.8. Perfis sociais da população fecunda, Portugal, 2010

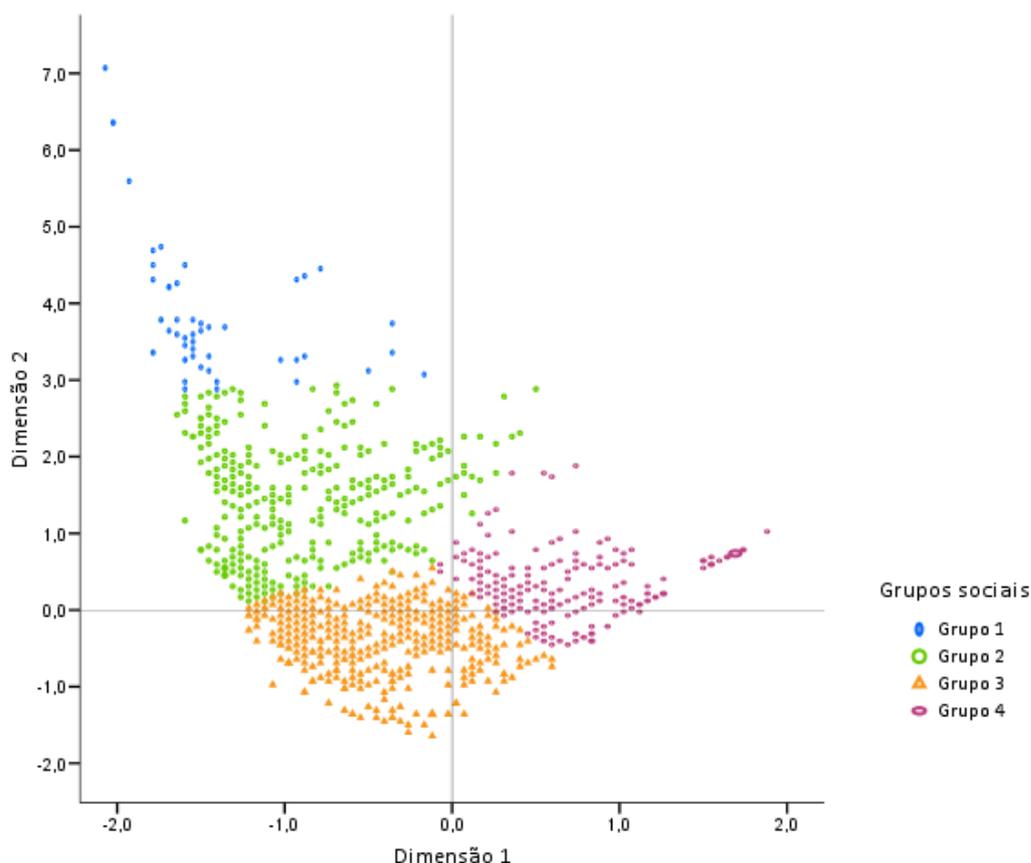


Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados dos nados-vivos, 2010, cedida por INE

De facto, a leitura dos diversos perfis sociais permitiu confirmar a existência de padrões de homogamia social entre os pais dos nados-vivos, no sentido da partilha de habilitações e qualificações similares entre pai e mãe.

Para além disso, os grupos 3 e 4, que associam a população fecunda mais escolarizada (a partir do 3º ciclo) com a mais qualificada profissionalmente, cobrem cerca de 85% da população fecunda total de 2010, o que é muito revelador do incremento de recursos socio educacionais e profissionais que caracteriza nesse ano a população protagonista dos comportamentos fecundos. Essa sobre representação relativa, mais forte no grupo 3, é bem visível na figura 10.9..

Figura 10.9. Distribuição dos pais dos nados-vivos segundo o perfil social, Portugal, 2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados dos nados-vivos, 2010, cedida por INE

No caso dos trabalhadores independentes (TI) verificamos uma associação com habilitações ao nível do 2º ciclo, criando, eventualmente algum desfasamento entre a escolaridade relativamente baixa e os expectáveis recursos materiais correspondentes à independência laboral (que, por outro lado, se pode associar a situações de emprego precárias), quem sabe na prática mais elevados do que a escolaridade obtida poderia deixar supor. O que, a ser verdade, juntaria aos grupos 3 e 4 um grupo de indivíduos com alguma afinidade em termos de recursos materiais.

Esta associação poderia sustentar a ideia de que são, de facto, as condições económicas e materiais, possibilitadas pela detenção de habilitações elevadas e/ou profissões socialmente bem posicionadas e bem remuneradas que atualmente determinam a frequência da fecundidade.

A aposta na fecundidade por parte de indivíduos com mais recursos, num período marcado pela quebra generalizada da fecundidade, parece encaixar na ideia de que “as classes dominantes tendem a ser sempre bastante minoritárias, em termos numéricos, na

estrutura social, e a sua capacidade de influenciar os processos sociais é, em regra, desproporcionadamente superior à dimensão dos seus efectivos” (Costa, 1999: 229).

10.2.7. Idade e posicionamento social na fecundidade

Aos grupos sociais identificados com perfis diferenciados vamos associar, de seguida, a dimensão etária e conjugal da população fecunda, começando pela análise do cruzamento de variáveis e tendo como ponto de partida o contexto de fecundidade atual, marcado por descendências reduzidas e calendários tardios.

Quando analisamos as idades (considerando grupos etários quinquenais) das mulheres fecundas em 2010 pela sua escolaridade, fica clara a estreita relação entre níveis de escolaridade mais elevados e fecundidades mais tardias (quadro 10.7.). De facto, nesse ano, as mulheres fecundas mais novas são as menos escolarizadas, sendo que, até aos 24 anos, o grau de ensino obtido mais frequente é o 3º ciclo do ensino básico. No grupo etário dos 25-29 anos, há uma maior concentração de mulheres com ensino secundário (35,0%), seguindo-se as detentoras do 3º ciclo do ensino básico e ensino superior, com um peso semelhante entre si.

Quadro 10.7. Mulheres fecundas, segundo o grupo etário e grau de instrução (%), 2010, Portugal

Idades completas	Grau de instrução							Total
	Não sabe ler nem escrever	Sabe ler sem ter frequentado o sistema de ensino	Ensino básico 1º ciclo	Ensino básico 2º ciclo	Ensino básico 3º ciclo	Ensino Secundário	Ensino Superior	
15-19	1,5	0,8	10,3	31,5	41,1	12,3	0	100
20-24	0,7	0,3	5,5	18,8	36,9	32,4	3,8	100
25-29	0,4	0,2	3,2	10,9	24,8	35	24,1	100
30-34	0,2	0,1	3,5	9,4	15,6	27,9	41,8	100
35-39	0,3	0,2	6	11	14,4	24	42,5	100
40-44	0,7	0,3	12,1	13	16,3	22,1	33,9	100
45-49	1,1	0	12,6	18,4	17,2	14,9	33,9	100

Nota: Não foram aqui inseridos os casos de não respostas, pelo que a soma das parcelas pode não corresponder exatamente aos 100% indicados no total

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados dos nascidos-vivos, 2010, cedida por INE

Já em todos os grupos etários a partir dos 30 anos, pesam mais as mulheres que possuem um diploma superior, com discrepâncias maiores face aos restantes grupos de escolaridade do que nos grupos mais jovens.

A distribuição etária da população feminina fecunda pelos diferentes grupos sociais definidos atrás revela como a idade é uma variável estruturante na análise (quadro 10.8. e

figura 10.10.). Essa variável revela-se diferenciadora dos grupos de população feminina fecunda, já de si particularizados pelas qualificações educacionais e profissionais. Pelo que se confirmam as variáveis e dimensões definidas para a análise como caracterizadoras e diferenciadoras da população fecunda.

Quadro 10.8. Mulheres fecundas, segundo o grupo social e o grupo etário (%), 2010, Portugal

Idades completas	Grupos sociais									
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 20	462	12,9	1004	8,8	2425	4,7	21	0,1	3912	3,9
20-24	635	17,8	2054	17,9	9636	18,8	669	2,0	12994	13,0
25-29	662	18,5	2629	23,0	16132	31,5	7027	20,9	26450	26,5
30-34	777	21,7	3142	27,4	14920	29,2	15797	47,0	34636	34,7
35-39	707	19,8	2050	17,9	6718	13,1	8611	25,6	18086	18,1
40-44	309	8,6	543	4,7	1254	2,5	1415	4,2	3521	3,5
>= 45	21	0,6	32	0,3	63	0,1	66	0,2	182	0,2
Total	3573	100,0	11454	100,0	51148	100,0	33606	100,0	99781	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados dos nascidos-vivos, 2010, cedida por INE

Assim, identificamos o grupo 1 como um grupo marcado por baixas habilitações e por idades extremas na fecundidade, sendo aquele que assume maior peso no escalão etário até aos 20 anos e após os 40 anos.

O grupo 2 apresenta-se mais heterogéneo em termos etários. Neste caso, um fraco posicionamento social é acompanhado por uma maior amplitude na variação das idades, no sentido da não existência de uma estratégia clara de definição de calendários fecundos.

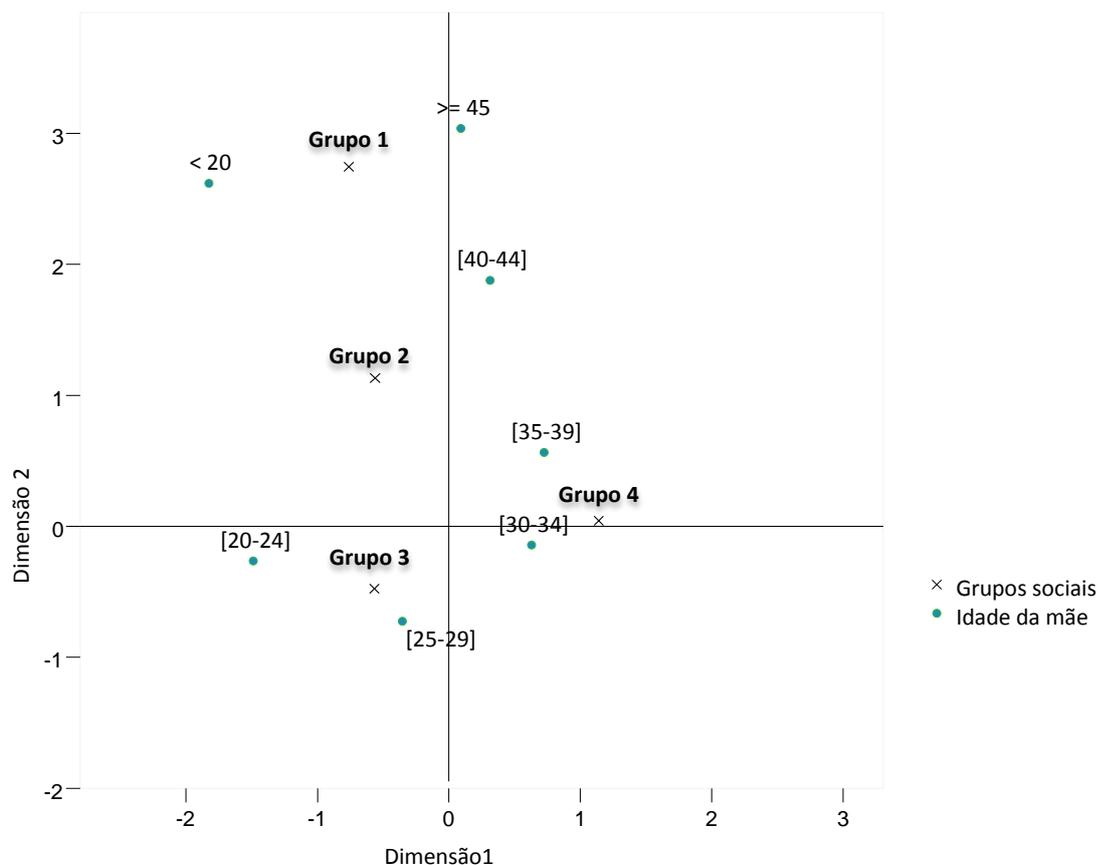
O grupo 3 associa a abrangência etária característica dos grupos anteriores com a posse de recursos intermédios mas já próximos do escalão social superior. Analisado isoladamente, este grupo tem mais expressão nas idades dos 25-29 anos e 30-34 anos.

Na comparação intergrupar, o escalão 25-29 anos é aquele em que o grupo 3 mais sobressai, assim como o escalão anterior, o que o torna mais jovem do que o grupo 4, que também é mais qualificado e com mais recursos. Assim, do grupo 3 para o 4 aumentam as habilitações, a idade e a homogeneidade de características entre os indivíduos pertencentes ao grupo.

O grupo 4 é marcado pela homogeneidade de características assente em recursos elevados e pela presença de mães dos 30 aos 34 anos completos (que engloba quase metade do grupo) e no dos 35-39 (com ¼ da população do grupo, claramente acima do peso médio e do peso que este grupo etário da população feminina fecunda assume em qualquer um dos restantes grupos sociais).¹⁰⁷

¹⁰⁷ Almeida já dava conta desta tendência para a realidade portuguesa, afirmando que “a distribuição etária dos nascimentos segundo o grau de instrução apresenta um padrão com um significado muito

Figura 10.10. Grupos sociais e distribuição etária da população fecunda



O predomínio da fecundidade a partir dos 30 anos é aqui revelador da tendência para a adoção de comportamentos malthusianos concretizados numa gestão programada e planeada do calendário da fecundidade. Os comportamentos malthusianos são, por seu lado, expressão da existência de alguma forma de conjugalidade, dimensão que introduziremos de seguida na análise.

Do cruzamento entre a idade da mãe e a situação conjugal dos pais obtém-se uma distribuição dos nados-vivos de 2010 que sugere várias tendências (quadro 10.9.). A primeira, mais óbvia, é a de uma maior expressão das situações de coabitação dos pais dos nados-vivos mas sem o vínculo formal do casamento nas idades mais jovens, o que acontece em 56,3% e 48,9% dos casos nos grupos dos 15-19 e 20-24 anos completos, respetivamente.

claro – quanto maior é a instrução, mais concentrada e tardia surge a fecundidade no ciclo de vida dos pais” (Almeida *et al.*, 1995: 61). Para além disso, era também claro, na análise, que o padrão etário fecundo em função da profissão das mulheres revelava resultados mais descaracterizados para a população com menos recursos. Assim, “as mulheres empregadas [e mais qualificadas] têm os filhos mais tarde e concentram a fecundidade num período mais restrito (...)” (Almeida *et al.*, 1995: 63,65).

Em todos os restantes grupos etários, é maior o peso das mães casadas. Essa proporção assume o valor mais alto (69,1%) no grupo de mulheres com 30-34 anos, um valor próximo (67,7%) no grupo etário seguinte e, curiosamente, baixa cerca de 10% no grupo etário seguinte (para 58,4%), para voltar a subir no grupo mais velho (62,1%).

Assim, os 32,0% de situações de coabitação sem casamento que marcam um grupo mais jovem e outro menos jovem, em termos férteis, terão com certeza significados diferentes. O forte peso da coabitação entre os 25 e os 29 anos completos pode representar uma fecundidade enquadrada numa primeira relação estável com filhos, quem sabe mais tarde oficializada em casamento. O peso também assinalável da coabitação na população feminina fecunda em 2010, com idades entre os 40 aos 44 anos completos, contemplará, eventualmente, casos de novas relações (após ruturas de relações anteriores) com coabitação que se tornam fecundas porque a idade fértil ainda o permite mas já não (ou ainda não) vinculadas a um casamento formal.

Quadro 10.9. Mulheres fecundas, segundo o grupo etário e situação conjugal (%), 2010, Portugal

Situação conjugal	Idades completas						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Casamento	9,2	32,7	59,3	69,1	67,7	58,4	62,1
Coabitação sem casamento	56,3	48,9	32,4	25,6	26,3	32,7	30,5
Sem casamento nem coabitação	34,6	18,4	8,3	5,3	6	8,9	7,5
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados dos nados-vivos, 2010, cedida por INE

A realização de uma análise de correspondências múltiplas (ACM) que envolveu a distribuição das situações de conjugalidade e os diferentes grupos sociais definidos para a população fecunda de 2010 revela também uma expressiva fecundidade em uniões não formalizadas, no conjunto da população fecunda (31,8%).

Ainda assim, o casamento mantém-se como condição determinante, sobretudo, no enquadramento da fecundidade protagonizada pela população mais escolarizada e mais favorecida em termos socioprofissionais, onde também já se identificou um registo mais homogâmico de uniões.

Nessa perspetiva, pelo percurso que vimos fazendo na sua caracterização e pelos 72,5% de nados-vivos ocorridos no seio de um casamento formalizado, definiríamos o grupo 4 como o mais conservador e homogéneo em termos de comportamentos que conferem ao

casamento a importância de acontecimento legitimador da fecundidade do casal (quadro 10.10. e figura 10.11.).

Este é, de facto, o grupo em que a grande maioria dos nados-vivos acontece em contexto de casamento formalizado e o que fica menos representado em situações de coabitação ou outra situação. Assim, a existência sugerida atrás, de comportamentos malthusianos no sentido de um adiamento dos calendários fecundos, não se deverá a situações de indefinição ou instabilidade conjugal mas antes a estratégias familiares assentes em lógicas mais abrangentes do que a orientada prioritariamente, em termos temporais, para a descendência. Apesar desse adiamento, essa descendência não deixa de se concretizar.

Quadro 10.10. Grupos sociais segundo as situações de conjugalidade, na fecundidade (%), 2010, Portugal

Tipo união	Grupos sociais									
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Casamento	1258	35,2	5802	50,7	27632	54,0	24362	72,5	59054	59,2
Coabitação	1871	52,4	4228	36,9	17851	34,9	7764	23,1	31714	31,8
Outra situação ¹⁰⁸	444	12,4	1424	12,4	5665	11,1	1480	4,4	9013	9,0
Total	3573	100,0	11454	100,0	51148	100,0	33606	100,0	99781	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados dos nados-vivos, 2010, cedida por INE

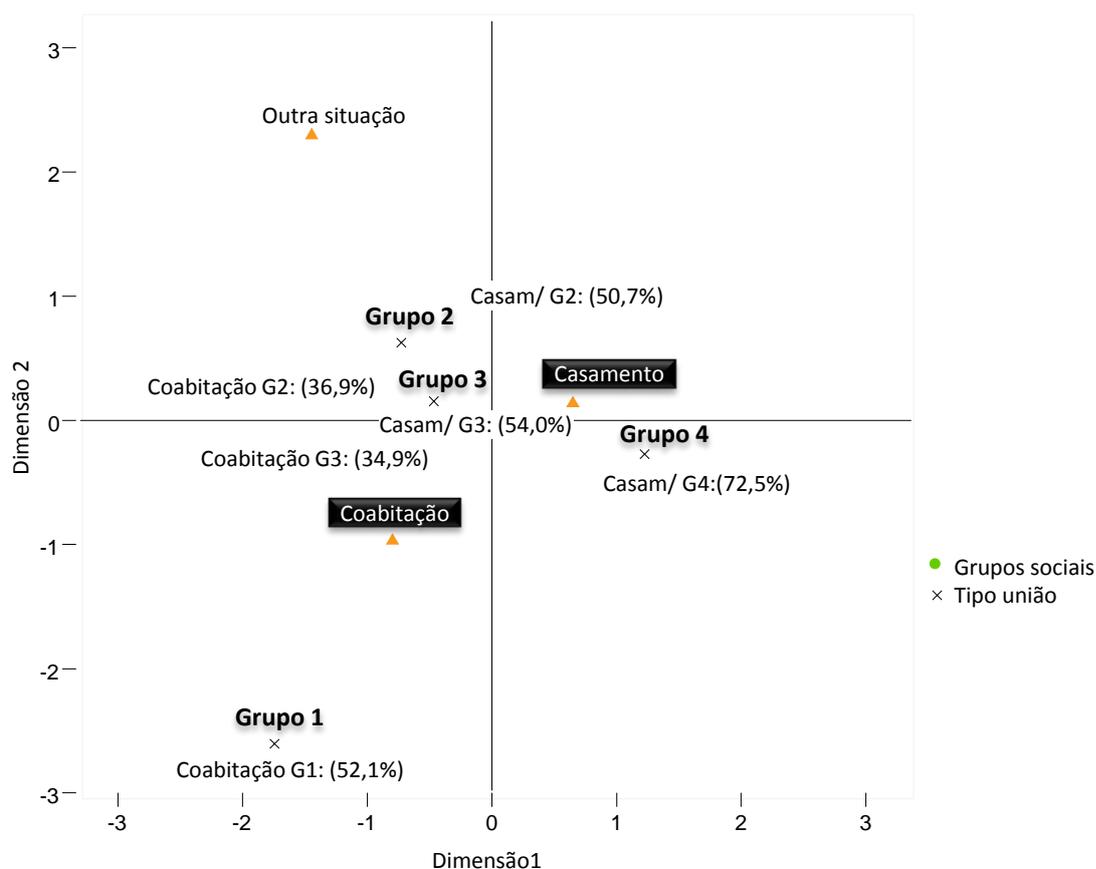
Os grupos 2 e 3 apresentam características semelhantes entre si (o que é visível pela proximidade entre esses grupos na figura 10.11.) e mais estruturantes da situação média (sobretudo o grupo 3), pela proximidade face à origem. Prevalence aqui o casamento face à coabitação ou outra situação mas assumindo as diferentes categorias da situação conjugal pesos mais distribuídos.

Na comparação com os dois outros grupos, no que diz respeito aos padrões conjugais da fecundidade, o 3 (com 54,0% de população casada) aproxima-se mais do padrão do grupo 4 (72,5%) mas sem se distanciar muito dos valores do grupo 2 (50,7% de população com casamento).

Estes três grupos suportam o peso médio ainda maioritário de nados-vivos ocorridos no seio de um casamento formalizado (59,2%) e, por aí, a prevalência de uma fecundidade enquadrada num modelo familiar clássico e cada vez mais qualificado.

¹⁰⁸ A categoria 'Outra situação' inclui as situações que não passam por um casamento formal entre os pais dos nados-vivos nem pela união conjugal sem casamento (apresentada como coabitação).

Figura 10.11. Grupos sociais e situação conjugal da população fecunda



No extremo desta análise encontramos o grupo 1, que é o único em que o casamento não predomina e em que a coabitação e outras situações assumem um peso de 52,4% e 12,4%, respetivamente.

Já vimos que o peso da coabitação (assim como o de outras situações) na fecundidade perde expressão na população do tecido social mais favorecido. Mas a distribuição dos casos de coabitação nos diferentes grupos em função da idade (quadro 10.11.), pode dizer mais sobre o enquadramento destes nascimentos.

No grupo 1, face aos restantes, a coabitação tem um peso relevante (cerca de 1/5) na população fecunda feminina com menos de 20 anos. O grupo etário seguinte é o que apresenta maior peso neste grupo, sendo que a partir dos 25 anos, a tendência vai no sentido do decréscimo da população em situação de coabitação que assim se associa a idades mais jovens.

Apesar disso, é também este grupo, já definido como grupo de extremos, que assume um maior peso na população dos grupos etários mais velhos, a partir dos 40 anos. Esta realidade conjugal não parece assumir um carácter transitório para um posterior casamento, surgindo antes como resultado de decisões enquadradas em contextos sociais coerentes com o perfil do grupo que terá percursos escolares curtos e recursos

socioprofissionais reduzidos, iniciando cedo uma vida familiar pautada pela conjugalidade e fecundidade mas sem o vínculo formal do casamento, para o qual, eventualmente, não existirão recursos financeiros ou projetos tão pouco.

Quadro 10.11. População fecunda segundo os grupos sociais e em situação de coabitação, segundo a idade das mães, na fecundidade (%), 2010, Portugal

Idades das mães	Grupos sociais							
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
< 20	366	19,6	560	13,2	1270	7,1	13	0,2
20 - 24	434	23,2	1056	25,0	4586	25,7	264	3,4
25 - 29	356	19,0	1009	23,9	5370	30,1	1757	22,6
30 - 34	342	18,3	851	20,1	4225	23,7	3347	43,1
35 - 39	248	13,3	553	13,1	1947	10,9	1959	25,2
40 - 44	119	6,4	188	4,4	434	2,4	407	5,2
>= 45	6	0,3	11	0,3	19	0,1	17	0,2
Total	1871	100,0	4228	100,0	17851	100,0	7764	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados dos nados-vivos, 2010, cedida por INE

Os grupos 2 e 3 assumem-se, mais uma vez, como de transição, com semelhanças entre si mas também cada um mais próximo do seu outro grupo vizinho. Nesse sentido, verificamos que o segundo grupo revela ainda algum peso na coabitação dos pais dos nados-vivos no grupo etário até aos 20 anos, sendo o grupo etário da mãe mais representado o dos 20 aos 24 anos completos, seguido do que concentra as idades dos 25 aos 29 anos.

O grupo 3 é claramente um grupo de transição para um padrão 'superior', na medida em que apresenta já, face aos dois primeiros, um peso consideravelmente mais baixo da população fecunda nas idades mais jovens das mães e sendo o que concentra mais população fecunda em coabitação no grupo etário das mães dos 25 aos 29 anos completos. É também este o grupo com menos população fecunda a partir dos 35 anos.

Este perfil sugere uma reflexão em dois aspetos. Por um lado, o peso maior da população fecunda em situação de coabitação num escalão etário claramente 'propício' à fecundidade, pode significar estarmos perante projetos fecundos planeados e programados, no que diz respeito ao calendário, sendo menos relevante o calendário do enquadramento formal da relação em que surgem.

Enquadramento que parece, apesar de tudo, importante para este perfil de indivíduos na medida em que as situações de coabitação da população fecunda não se prolongam para idades mais tardias da população feminina. Nessas idades, a fecundidade acontece menos em situações de coabitação, sendo aliás, este o grupo mais conservador nessa realidade.

Já o grupo 4 é aquele que menos revela situações de coabitação na fecundidade até aos 30 anos das mães, concentrando quase metade da frequência das coabitações entre os 30 e os 34 anos e cerca de 25% no grupo etário seguinte. Os nascimentos ocorridos nestes contextos de coabitação correspondem, obviamente, a calendários tardios, mas, tal como no caso dos que ocorrem em contexto de casamentos formalizados, diríamos que aqui se trata, também, de uma fecundidade planeada que, por isso mesmo, e pela homogeneidade do grupo, surge muito concentrada em um ou dois grupos etários (tardios).

A hipótese de uma parte desta fecundidade tardia em contexto de coabitação no grupo social com mais recursos se enquadrar em novas uniões (ainda) não formalizadas não será de descurar, contudo, precisaremos de dados para o confirmar.

O que a análise parece revelar de diferente face a realidades anteriores é que apesar do adiamento, a fecundidade concretiza-se mais (em termos de intensidade) na população com mais recursos e estabilidade conjugal. Na população mais deficitária na posse de recursos e na condição conjugal, a intensidade é menos evidente, apesar de a fecundidade acontecer em idades mais jovens.

Para um maior desenvolvimento da análise da intensidade da fecundidade passaremos de uma análise transversal – com informação compartimentada em função da introdução de diferentes variáveis – para uma análise sustentada pela perspectiva longitudinal.

10.3. Análise longitudinal: Perfis sociais, gerações e ordem de nascimento dos filhos

Vimos fazendo uma análise transversal de características da fecundidade referente ao ano de 2010. Parece-nos pertinente considerar alguns elementos longitudinais que a complementem. Para isso, considerámos grupos de gerações das mães dos nados-vivos do ano em análise (2010) que cruzámos com os perfis sociais com que vimos trabalhando e a ordem de nascimento dos filhos.

Antes da consideração da componente longitudinal, vejamos (quadro 10.12.) a descendência atingida pela população fecunda em 2010 em função da pertença aos diferentes grupos sociais.

Em termos absolutos são os dois grupos com mais recursos os que apresentam um maior número de população fecunda, em termos totais e em todas as categorias da ordem de nascimento dos filhos excetuando a última, em que o primeiro e segundo grupo apresentam um efetivo maior do que o quarto grupo.

Quer isto dizer que, mesmo que menos expressivos no conjunto dos grupos sociais, os resultados da intensidade da fecundidade da população socialmente mais carenciada revelam, analisados isoladamente, padrões de descendência mais numerosos. Do total da

fecundidade do grupo 1, quase 1/5 corresponde a quartos filhos ou mais e mais de 40% corresponde ao 3º filho ou superior. Neste grupo a fecundidade de primeira ordem (correspondente ao primeiro filho) acontece em cerca de 27% dos casos e a fecundidade de segunda ordem em 31% dos casos, sendo em ambos os casos o peso mais baixo, na comparação intergrupar.

Quadro 10.12. Distribuição da população feminina fecunda pelos diferentes grupos sociais, em função da ordem de nascimento dos filhos, Portugal, 2010

Ordem nascimento dos filhos	Grupos sociais							
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	976	27,3	3963	34,6	27866	54,5	19612	58,4
2º Filho	1109	31,0	4746	41,4	18087	35,4	11641	34,6
3º Filho	801	22,4	1892	16,5	4085	8,0	1973	5,9
4º ou + Filhos	687	19,2	853	7,4	1110	2,2	380	1,1
Total	3573	100,0	11454	100,0	51148	100,0	33606	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados dos nados-vivos, 2010, cedida por INE

O grupo 2 assume um maior peso na fecundidade de segunda ordem, colocando-o próximo da tendência do grupo 1, seguindo-se a de primeira ordem, o que o posiciona na transição para os grupos 3 e 4. As fecundidades correspondentes ao terceiro e, sobretudo, quarti ou mais filhos, encontram, neste grupo, uma expressão inferior à encontrada no grupo 1.

Os grupos 3 e 4 revelam padrões aproximados, no que diz respeito à descendência atingida até ao nascimento de 2010. De facto, estes são os dois grupos em que é maioritário e superior a metade do total o peso de nascimentos correspondentes ao primeiro filho em 2010, sendo esse peso ligeiramente superior no grupo 4. Este grupo, logo seguido do grupo 3, é o que, mais uma vez, se revela mais homogéneo, concentrando-se, essencialmente, nos nascimentos de primeira e segunda ordem.

A introdução da variável relativa à ordem de nascimento reforça a diferenciação e a especificidade das características dos grupos. A população fecunda com menos recursos revela uma menor fecundidade global mas ainda associada a descendências numerosas. A população fecunda com mais recursos revela-se mais numerosa mas adotando comportamentos malthusianos de controlo do calendário da fecundidade, verificado pelo adiamento e por descendências centradas em um ou dois filhos.

Esta análise que remete para a intensidade e o calendário da fecundidade poderá ganhar mais consistência se introduzirmos o efeito geracional, seguindo uma perspetiva longitudinal, no sentido de perceber as estratégias que ditam os calendários e intensidades aqui analisados para a fecundidade de 2010.

Os grupos de gerações que consideraremos são três, definidos como ‘gerações mais velhas’ (as nascidas entre 1955 e 1970, com idades atingidas em 2010 entre os 40 e os 55 anos), ‘gerações intermédias’ (nascidas entre 1971 e 1980, com idades atingidas em 2010 entre os 30 e os 39 anos) e as ‘gerações mais novas’ (nascidas entre 1981 e 1997, com idades atingidas em 2010 entre os 13 e os 29 anos).

Os quadros 10.13., 10.14. e 10.15. dão conta da distribuição da fecundidade desses grupos de gerações pelos grupos sociais, em função da descendência atingida até ao ano em análise, isto é, da ordem de nascimento do filho nascido em 2010.

Os resultados parecem confirmar a existência de um padrão social, no que diz respeito às estratégias procriativas, que revela ser o conceito de intensidade o que comanda a gestão procriativa da população socialmente menos favorecida e o conceito de calendário o que dita a gestão procriativa das classes mais favorecidas socialmente.

Assim, por um lado, verifica-se a tendência para a manutenção (em comparação com os resultados do ano de 2010) das descendências mais numerosas no seio da população com menos recursos, ao longo das gerações – note-se que mais de metade da população fecunda do grupo 1 com menos de 30 anos protagonizava em 2010 uma fecundidade de ordem superior a um filho. Por outro, verifica-se no seio da população fecunda com mais recursos fecundidades concentradas, sobretudo, em descendências de primeira e segunda ordem e tardias – a população das gerações fecundas mais velhas em 2010 no grupo 4 situava-se, maioritariamente, no segundo (44,3%) ou primeiro (32,7%) filho e nas gerações mais novas a fecundidade de primeira ordem tinha nesse ano um peso esmagador de 84,5%.

Estas tendências não parecem novas na forma como caracterizam os grupos sociais mas assumem um significado substancialmente diferente se atendermos à mudança no peso dos diferentes grupos sociais ao longo do tempo.

A cada vez maior representação da população com mais recursos na fecundidade em Portugal, em detrimento da população com menos recursos, desde logo pelo aumento da escolarização em Portugal mas não só, implica que este grupo populacional determine cada vez mais os padrões fecundos do nosso país e os resultados das descendências. Estes são resultados importantes e estruturadores da fecundidade, em termos sociais.

Quadro 10.13. Distribuição da população feminina fecunda das gerações mais velhas (Ger. 1955 a 1970) pelos diferentes grupos sociais, em função da ordem de nascimento dos filhos, Portugal, 2010

Ordem nascimento dos filhos	Grupos sociais							
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	61	15,7	118	16,7	417	25,3	609	32,7
2º Filho	75	19,3	245	34,7	664	40,2	825	44,3
3º Filho	99	25,5	207	29,3	401	24,3	320	17,2
4º ou + Filhos	153	39,4	136	19,3	169	10,2	109	5,9
Total	388	100,0	706	100,0	1651	100,0	1863	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados dos nados-vivos, 2010, cedida por INE

Quadro 10.14. Distribuição da população feminina fecunda das gerações intermédias (Ger. 1971 a 1980) pelos diferentes grupos sociais, em função da ordem de nascimento dos filhos, Portugal, 2010

Ordem nascimento dos filhos	Grupos sociais							
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	220	14,7	1009	18,9	8852	38,6	13577	53,6
2º Filho	450	30,1	2648	49,7	10670	46,6	9897	39,1
3º Filho	413	27,6	1130	21,2	2647	11,6	1580	6,2
4º ou + Filhos	411	27,5	541	10,2	742	3,2	265	1,0
Total	1494	100,0	5328	100,0	22911	100,0	25319	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados nados-vivos, 2010, cedida por INE

Quadro 10.15. Distribuição da população feminina fecunda das gerações mais jovens (Ger. 1981 a 1997) pelos diferentes grupos sociais, em função da ordem de nascimento dos filhos, Portugal, 2010

Ordem nascimento dos filhos	Grupos sociais							
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	695	41,1	2836	52,3	18597	70,0	5426	84,5
2º Filho	584	34,5	1853	34,2	6753	25,4	919	14,3
3º Filho	289	17,1	555	10,2	1037	3,9	73	1,1
4º ou + Filhos	123	7,3	176	3,2	199	0,7	6	0,1
Total	1691	100,0	5420	100,0	26586	100,0	6424	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados dos nados-vivos, 2010, cedida por INE

No sentido de darmos mais corpo a esta ideia, vejamos a evolução de algumas características da fecundidade e da população feminina fecunda entre os anos que balizam as décadas de 1990 e 2000 até 2010.

Quadro 10.16. População feminina fecunda em função da ordem de nascimento dos filhos, Portugal, 1990, 2000, 2010

Ordem nascimento dos filhos	Ano					
	2010		2000		1990	
	N	%	N	%	N	%
1º Filho	53634	52,8	65419	54,5	59990	51,6
2º Filho	35845	35,3	40109	33,4	36935	31,7
3º Filho	8865	8,7	10057	8,4	11169	9,6
4º ou + Filhos	3163	3,1	4475	3,7	8262	7,1
Total	101507	100,0	120060	100,0	116356	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir das bases de dados dos nados-vivos, 2010, 2000 e 1990 cedidas por INE

A análise da fecundidade segundo a ordem de nascimento nos três anos referidos corrobora a constatação de mudanças na intensidade da fecundidade por força de uma diminuição do peso das descendências numerosas (de ordem superior a três) e aumento relativo das descendências de ordem um e dois, revelando que a população em Portugal continua a decidir pela descendência ainda que, cada vez mais, limite o número de filhos (Cunha, 2005). Os recursos socioeconómicos das famílias serão fatores de decisão fundamentais.

É curioso o ligeiro aumento do peso da fecundidade de ordem 3 entre 2000 e 2010 em simultâneo com a também ténue diminuição entre esses dois anos da fecundidade de ordem um.

Já a distribuição do peso dos diferentes grupos geracionais pela população fecunda ao longo destas duas décadas, revela ser inequívoca a transformação do calendário fecundo, com as gerações femininas¹⁰⁹ mais velhas e as intermédias a duplicarem o respetivo peso no conjunto da população fecunda entre 1990 e 2010, em detrimento da população das gerações mais jovens (quadro 10.17.).

Quadro 10.17. Distribuição da população feminina fecunda por três grupos geracionais, Portugal, 1990, 2000, 2010

	2010		2000		1990	
Total	101507	100	120060	100	116356	100
Gerações mais velhas	4700	4,6	3201	2,7	2451	2,1
Gerações intermédias	55932	55,1	48555	40,4	33086	28,4
Gerações mais novas	40875	40,3	68304	56,9	80819	69,5

Fonte: Cálculos próprios a partir das bases de dados dos nados-vivos, 2010, 2000 e 1990 cedidas por INE

¹⁰⁹ Os critérios para definir os grupos geracionais nos três anos foram os que apontámos para 2010, isto é, criaram-se, nos diferentes anos, três grupos geracionais, cada um composto por gerações que, no ano em análise, atingisse idades até aos 29 anos (gerações mais novas), entre os 30 e os 39 (gerações intermédias) e a partir dos 40 anos (gerações mais velhas). Para isso, considerámos o conceito demográfico de *idade atingida* (Bandeira, 2004: 135-136).

A análise desse peso em função da escolaridade das mães (quadro 10.18.) revela também, nos três anos considerados, que são as gerações fecundas intermédias (com idades entre os 30 e os 39 anos) as que apresentam níveis de escolaridade mais elevados, embora para todos os grupos geracionais se verifique uma diminuição, entre 1990 e 2010, do peso da população fecunda sem instrução ou com escolaridade até ao 2º ciclo e um aumento da população fecunda mais escolarizada (do 3º ciclo ao ensino superior).

No grupo de gerações mais jovens, se em 1990 e 2000 o 1º e 2º ciclos eram os níveis de escolaridade mais representados, em 2010, já havia uma forte concentração (64,11%) da população fecunda destas gerações com o 3º ciclo.

Nas gerações mais velhas o padrão aproxima-se do das intermédias no sentido da mudança clara da sobre representação dos 1º e 2º ciclo para os níveis de ensino seguintes (3º ciclo a ensino superior).

Quadro 10.18. Distribuição da população feminina fecunda por grupos geracionais e nível de instrução, Portugal, 1990, 2000, 2010

	2010		2000		1990	
Ger. Mais novas	N	%	N	%	N	%
Sem instrução	350	0,87	991	1,45	7102	8,81
1º e 2º ciclos	8336	20,71	31223	45,71	54027	66,99
3º ciclo e sec.	25803	64,11	29256	42,83	16658	20,66
Ens. Superior	5756	14,30	6834	10,01	2861	3,55
Total	40245	100,00	68304	100,00	80648	100,00
	2010		2000		1990	
Ger. Intermédias	N	%	N	%	N	%
Sem instrução	227	0,41	620	1,28	3230	9,82
1º e 2º ciclos	7857	14,26	19072	39,28	18255	55,48
3º ciclo e sec.	23586	42,81	16733	34,46	7953	24,17
Ens. Superior	23425	42,52	12130	24,98	3467	10,54
Total	55095	100,00	48555	100,00	32905	100,00
	2010		2000		1990	
Ger. Mais Velhas	N	%	N	%	N	%
Sem instrução	40	0,87	109	3,41	565	23,16
1º e 2º ciclos	1163	25,19	1559	48,70	1429	58,57
3º ciclo e sec.	1789	38,76	943	29,46	322	13,20
Ens. Superior	1624	35,18	590	18,43	124	5,08
Total	4616	100,00	3201	100,00	2440	100,00

Fonte: Cálculos próprios a partir das bases de dados dos nados-vivos, 2010, 2000 e 1990 cedidas por INE

Nestas alterações, importa referir que o salto decisivo no aumento da escolaridade para o 3º ciclo nas gerações mais jovens e para o 3º ciclo e superior nas intermédias e mais

velhas se dá, sobretudo, de 2000 para 2010, o que estará relacionado com o próprio aumento da escolarização da população em Portugal que, como vimos, aumentou consideravelmente nesta última década.

Em todos os anos, as gerações intermédias são as mais escolarizadas mas as diferenças entre grupos geracionais em cada ano revelam o ano de 1990 com uma forte diferença entre as gerações mais novas e mais velhas na população sem instrução e o ano de 2000 e 2010 mais homogéneos nas qualificações, à exceção das gerações mais jovens, com menos representação no ensino superior, apesar do salto face a 1990. Esse menor peso da população com ensino superior em 2000 e 2010 das gerações mais jovens face às restantes terá, em alguns casos, que ver com o facto de no momento da fecundidade, a escolaridade de algumas mulheres ainda não estar concluída.

Esta menor representação ganha ainda mais visibilidade por oposição à fortíssima subida que a população feminina fecunda com o ensino superior protagonizou nas gerações intermédias e mais velhas. Sendo que esta leitura comparada também remete para a ideia de que as fecundidades mais tardias estão associadas a mais elevados níveis de instrução e recursos.

A leitura da análise de correspondências múltiplas (ACM) considerando, para cada um dos anos, os grupos geracionais, a instrução das mães e a ordem de nascimento dos filhos permite analisar a evolução da associação entre essas variáveis.

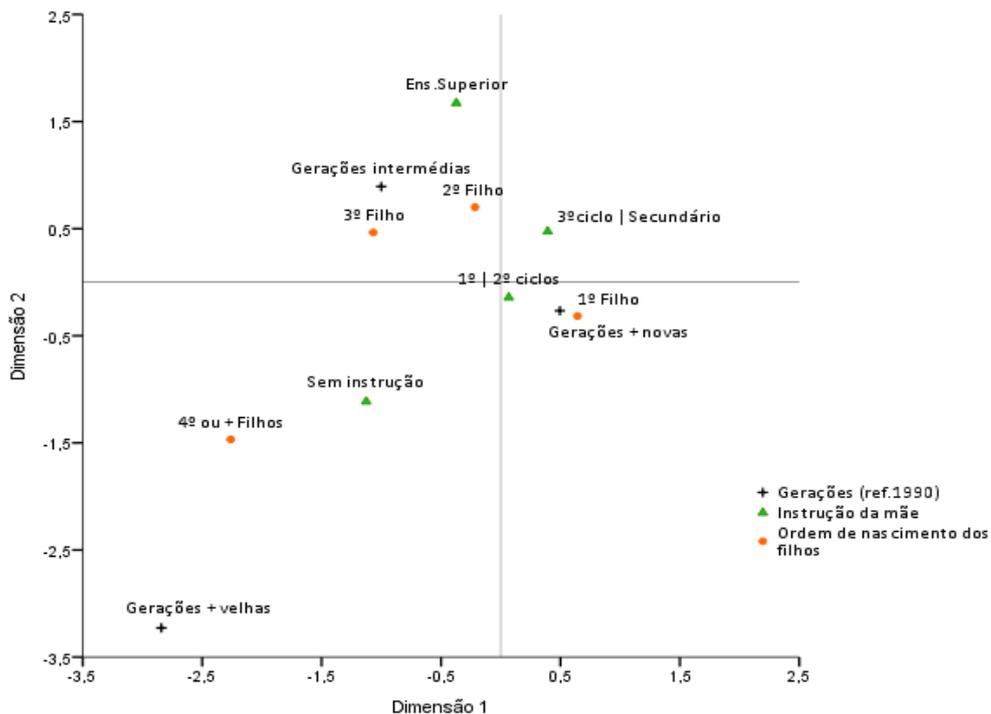
Assim, os gráficos seguintes (figuras 10.12. a 10.14.) deixam perceber que, em 1990, as gerações mais velhas se associavam a níveis de escolaridade mais baixos, como vimos atrás, e a descendências mais numerosas, ficando mais longe do que os restantes grupos geracionais do ponto médio, isto é, das frequências médias.

As gerações mais jovens, nesse ano, associam-se, sobretudo, aos níveis de ensino entre o 1º e 2º ciclo e o 3º ciclo e secundário, com descendências atingidas centradas no filho único (sendo gerações mais jovens, estas não serão, certamente, equivalentes às descendências finais).

As gerações intermédias em 1990 assumem proximidade face ao ensino superior e a descendências atingidas de 2 e 3 filhos até ao ano em análise.

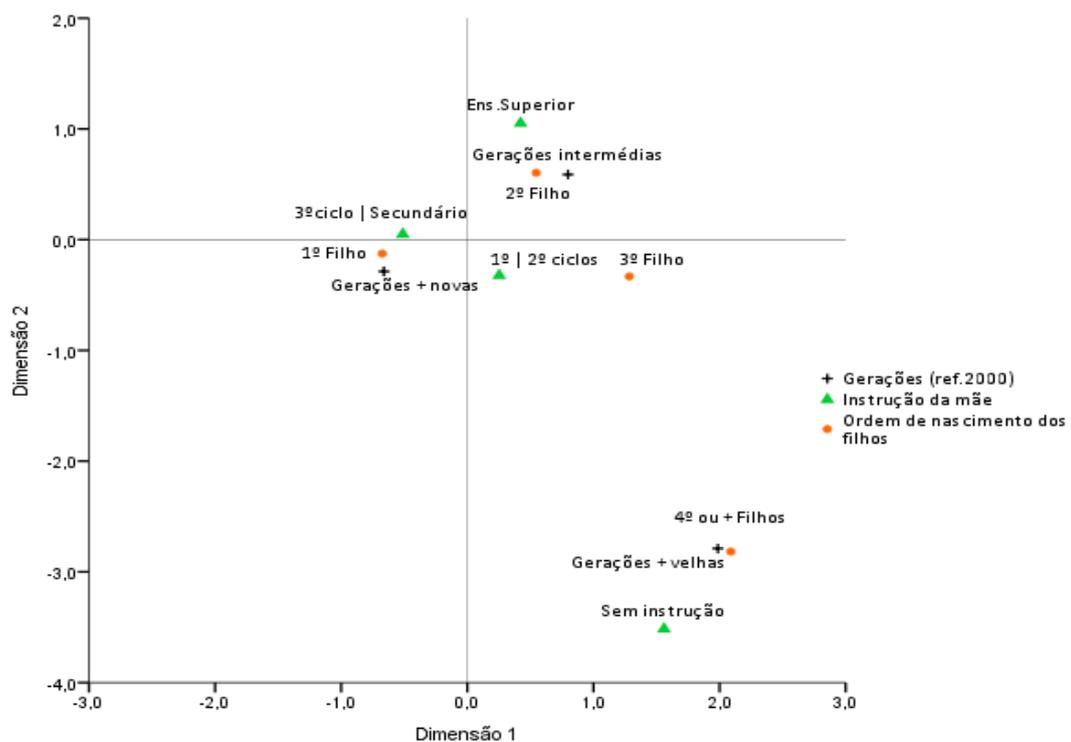
No ano 2000, o padrão das gerações femininas fecundas mais velhas mantém-se nas associações e no afastamento face aos comportamentos dos dois outros grupos geracionais, as gerações mais novas passam a associar-se a níveis de ensino mais elevados (até ao 3º ciclo, ensino secundário) e continuam fortemente ligados à descendência única (pelo efeito etário, eventualmente, como já assinalámos).

Figura 10.12. Grupos geracionais, instrução e ordem de nascimento dos filhos da população fecunda, 1990



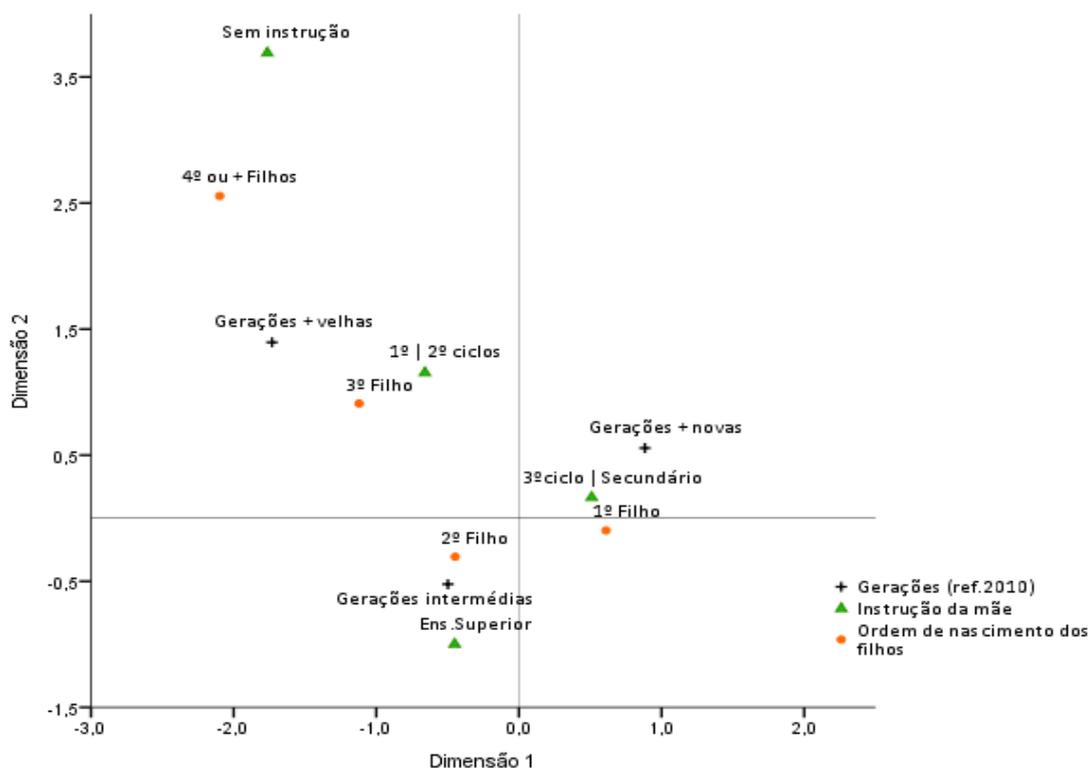
As gerações intermédias, curiosamente, mantêm o padrão de 1990, na associação ao ensino superior e à fecundidade de ordem 2, mas já não na de ordem 3, mostrando uma evolução no sentido da redução da descendência ao longo da década 1990-2000.

Figura 10.13. Grupos geracionais, instrução e ordem de nascimento dos filhos da população fecunda, 2000



De 2000 para 2010, a grande mudança verifica-se ao nível das gerações mais velhas, que se aproximam mais da tendência média e, por aí, do perfil dos dois outros grupos geracionais, no sentido do aumento da escolaridade e da diminuição das descendências.

Figura 10.14. Grupos geracionais, instrução e ordem de nascimento dos filhos da população fecunda, 2010



Considerando, agora, os resultados quantitativos desta análise e começando pela análise da fecundidade das gerações mais jovens nos três anos (quadro 10.19.), verifica-se uma forte diminuição, ao longo do tempo, da entrada na fecundidade até aos 30 anos e o reforço do peso dos nascimentos de ordem três e quatro ou mais, nas gerações mais novas sem instrução. O que significa que, havendo uma clara diminuição da fecundidade de mulheres sem instrução (uma diminuição, em termos absolutos, de 7102 para 350 nados-vivos entre 1990 e 2010), estas mulheres mantêm padrões de elevadas descendências.

Os nascimentos de ordem dois registam uma diminuição de 1990 para 2000 e uma nova recuperação para 2010, ano em que o grupo de mulheres mais jovens sem instrução revela um padrão fecundo descaracterizado no sentido de uma forte distribuição dos valores pelas diferentes ordens de nascimento, apesar de ser maior o peso referente à fecundidade de primeira ordem (32%).

Quadro 10.19. Distribuição da população feminina fecunda do grupo geracional mais jovem (com idades atingidas até aos 29 anos, no ano de observação), segundo o nível de instrução e a ordem de nascimento dos filhos (valores absolutos e relativos), Portugal, 1990, 2000, 2010

Ordem nascimentos dos filhos (base ref.1990)	Instrução da mãe							
	Sem instrução		1º | 2º ciclos		3ºciclo | Secundário		Ens.Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	3623	51,0	33197	61,4	12331	74,0	2249	78,6
2º Filho	2102	29,6	15898	29,4	3813	22,9	556	19,4
3º Filho	785	11,1	3453	6,4	435	2,6	52	1,8
4º ou + Filhos	592	8,3	1479	2,7	79	0,5	4	0,1
Total	7102	100,0	54027	100,0	16658	100,0	2861	100,0

Ordem nascimento dos filhos (base ref.2000)	Instrução da mãe							
	Sem instrução		1º | 2º ciclos		3ºciclo | Secundário		Ens.Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	431	43,5	19371	62,0	22460	76,8	5765	84,4
2º Filho	263	26,5	9362	30,0	5910	20,2	996	14,6
3º Filho	171	17,3	1865	6,0	728	2,5	65	1,0
4º ou + Filhos	126	12,7	625	2,0	158	0,5	8	0,1
Total	991	100,0	31223	100,0	29256	100,0	6834	100,0

Ordem nascimento dos filhos (base ref.2010)	Instrução da mãe							
	Sem instrução		1º | 2º ciclos		3ºciclo | Secundário		Ens.Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	112	32,0	4325	51,9	18138	70,3	5009	87,0
2º Filho	98	28,0	2791	33,5	6552	25,4	693	12,0
3º Filho	83	23,7	923	11,1	935	3,6	51	,9
4º ou + Filhos	57	16,3	297	3,6	178	,7	3	,1
Total	350	100,0	8336	100,0	25803	100,0	5756	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir das bases de dados dos nados-vivos, 1990, 2000 e 2010 cedidas por INE

Pelo contrário, no grupo de mulheres das gerações mais jovens (isto é, com idades até aos 29 anos), com ensino superior, entre 1990 e 2010, a fecundidade de primeira ordem, já elevada em 1990, aumentou quase 10 pontos percentuais, chegando, no ano mais recente, perto dos 90,0%, com prejuízo para toda a fecundidade de ordem superior.

Esta é, aliás, a única categoria de escolaridade em que, nas gerações mais jovens, aumenta o peso da fecundidade de ordem um. O que revela serem as mulheres com mais habilitações as que suportam de forma cada vez mais reforçada o aumento da idade no nascimento dos filhos, em particular do 1º filho.

A evolução da fecundidade nas mulheres das gerações mais jovens em cada ano observado com escolaridade até ao 2º ciclo revela o mesmo padrão em 1990 e 2000 e uma mudança em 2010.

Assim, se nos dois primeiros anos em análise, verificamos um peso acima dos 60% de nascimentos de ordem um e em torno dos 30% nos de ordem dois, deixando cerca de 10% para a fecundidade correspondente ao terceiro, quarto ou mais filhos, já em 2010, estas mulheres apresentam um perfil diferente.

De facto, no ano mais recente da análise, as mulheres fecundas mais jovens revelam uma maior fecundidade anterior, ilustrada pela diminuição, para 51,9% do peso da fecundidade de ordem um que se reflete num aumento da fecundidade de mulheres com filhos anteriores. O que terá impacto em termos de descendência final destas gerações, na medida em que antes dos 30 anos quase metade já atingiu uma descendência de pelo menos dois filhos.

Por outro lado, não podemos esquecer que o contributo desta potencial elevada descendência protagonizada pelas mulheres com o 1º e 2º ciclo de escolaridade para o conjunto da fecundidade, quer em termos transversais, quer em termos longitudinais, terá um impacto relativo, na medida em que em 2010 o seu peso é de apenas 1/5 do total da fecundidade da população fecunda nestas gerações mais jovens, semelhante aliás ao peso que a população com essa escolaridade tem no conjunto da população fecunda.

Já a população feminina fecunda com o ensino superior em 2010 assume um peso claramente inferior, menos de metade, nas gerações mais jovens do que aquele que demonstra quando não se introduz o critério geracional (14,3% por oposição a 30,3%), reforçando a ideia de que a fecundidade nas idades mais jovens acontece na população menos escolarizada e sendo o peso da maior escolarização mais evidente nas gerações mais velhas.

As próprias gerações mais jovens estão menos representadas na fecundidade de 2010 face às dos anos anteriores, pelo adiamento do calendário da fecundidade da população em Portugal, como já sabíamos: a população fecunda com menos de 30 anos viu reduzido o seu peso de 69,5% em 1990 para 56,9 em 2000 e 40,3% em 2010, a favor das mulheres de gerações mais velhas.

Ora, do conjunto de mulheres com habilitações acima do 2º ciclo, 70% da fecundidade das que detêm habilitações ao nível do 3º ciclo ou ensino secundário e 87% das mulheres com ensino superior é uma fecundidade de primeira ordem. Sendo que nestes grupos as percentagens restantes se referem essencialmente a nascimentos de segundos filhos e sendo residual o peso de terceiros, quartos ou mais filhos.

Estas são mulheres que, sendo jovens e com um elevado nível de escolaridade, revelam um claro controlo dos nascimentos e um planeamento cuidado do seu calendário

fecundo. Mas, apesar desta afinidade de comportamentos na gestão dos calendários fecundos entre as mulheres pertencentes aos dois grupos de escolaridade mais elevados, no sentido da entrada mais tardia na fecundidade, o grupo de mulheres fecundas mais jovens com o ensino superior é aquele que desde 1990 (78,6% em 1990, 84,4% em 2000 e 87,0% em 2010) revela um aumento de peso na fecundidade de ordem um, isto é, referente ao nascimento do primeiro filho.

As mulheres fecundas até aos 30 anos com o 3º ciclo ou secundário, apesar dos valores elevados e de um aumento entre 1990 e 2000 (de 74% para 76,8%, respetivamente), registaram uma quebra no peso da fecundidade de primeira ordem, entre 2000 e 2010, em benefício, sobretudo, da fecundidade de segunda ordem. O que a alinha, neste aspeto, com os grupos das mulheres fecundas com menos escolaridade e deixa isolado o grupo de mulheres fecundas detentoras do ensino superior.

Grupo que se revela como o mais linear e definido num perfil de controlo planeado do calendário da fecundidade, pela esmagadora maioria em todos os anos da fecundidade de primeira ordem, controlo que, ainda assim, dá algum espaço a uma fecundidade antes dos 30 anos.

No que diz respeito às gerações intermédias (cujas mulheres atingiam entre 30 e 39 anos nos anos em análise), os grupos que apresentam maiores mudanças são os que se situam nos níveis extremos de escolaridade (quadro 10.20.), assistindo, eventualmente, a ideia de que nos segmentos sociais mais favorecidos se protagonizam e motivam mudanças sociais, com uma força estruturadora do todo cada vez maior e com efeitos, ainda que diferentes, no polo social oposto (Costa, 1999:229).

Verifica-se, entre décadas, em termos absolutos, uma diminuição clara da população fecunda com pouca escolaridade, a favor da população feminina fecunda mais escolarizada mas, ainda assim, com um reforço do peso das descendências mais numerosas. Se em 1990 nessas gerações intermédias, o peso da fecundidade de ordem quatro ou superior era de 38,5%, surgindo de seguida com mais força a fecundidade correspondente ao segundo filho, em 2000 e, sobretudo em 2010, a tendência acentua-se.

Neste último ano, não só mais de metade dessas gerações intermédias e sem instrução protagoniza uma fecundidade de ordem quatro ou superior (52,4%) como, de seguida, como mais representada surge a fecundidade de terceira ordem (22%), estando estas duas categorias mais afastadas das de ordem um (11,5%) e dois (14,1%) do que nos anos anteriores.

Estes resultados apontam para um aumento da descendência atingida na população fecunda de gerações intermédias sem instrução, associado a um encurtamento dos intervalos intergenésicos, aumento que, atendendo à sua pouca expressão em termos

absolutos e relativos face aos resultados da população mais escolarizada, não interfere com os resultados finais da fecundidade.

Quadro 10.20. Distribuição da população feminina fecunda do grupo geracional intermédio (com idades atingidas entre os 30 e os 39 anos, no ano de observação), segundo o nível de instrução e a ordem de nascimento dos filhos (valores absolutos e relativos), Portugal, 1990, 2000, 2010

Ordem nascimento dos filhos (base ref.1990)	Instrução da mãe							
	Sem instrução		1º | 2º ciclos		3ºciclo | Secundário		Ens.Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	447	13,8	3383	18,5	2706	34,0	1507	43,5
2º Filho	870	26,9	7654	41,9	3926	49,4	1497	43,2
3º Filho	669	20,7	3884	21,3	1007	12,7	365	10,5
4º ou + Filhos	1244	38,5	3334	18,3	314	3,9	98	2,8
Total	3230	100,0	18255	100,0	7953	100,0	3467	100,0

Ordem nascimento dos filhos (base ref.2000)	Instrução da mãe							
	Sem instrução		1º | 2º ciclos		3ºciclo | Secundário		Ens.Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	104	16,8	4170	21,9	6501	38,9	5885	48,5
2º Filho	148	23,9	9440	49,5	7934	47,4	5099	42,0
3º Filho	118	19,0	3554	18,6	1792	10,7	984	8,1
4º ou + Filhos	250	40,3	1908	10,0	506	3,0	162	1,3
Total	620	100,0	19072	100,0	16733	100,0	12130	100,0

Ordem nascimento dos filhos (base ref.2010)	Instrução da mãe							
	Sem instrução		1º | 2º ciclos		3ºciclo | Secundário		Ens.Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	26	11,5	1535	19,5	9305	39,5	12787	54,6
2º Filho	32	14,1	3675	46,8	10928	46,3	9028	38,5
3º Filho	50	22,0	1699	21,6	2636	11,2	1396	6,0
4º ou + Filhos	119	52,4	948	12,1	717	3,0	214	,9
Total	227	100,0	7857	100,0	23586	100,0	23425	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir das bases de dados dos nados-vivos, 1990, 2000 e 2010 cedidas por INE

No grupo mais escolarizado, cujas mulheres pertencentes às mesmas gerações são detentoras do ensino superior, entre 1990 e 2010, para além de um enorme aumento, em termos absolutos, dá-se um aumento claro do peso da fecundidade de ordem um, (correspondente ao primeiro filho) que, já sendo maioritária em 1990 (43,5%) nesta população mais instruída, chega, em 2010, aos 54,6%.

O que pode revelar, por um lado, o reforço do adiamento do calendário da fecundidade desta população, assim como a maior aposta na descendência centrada no filho único. Mas revela sobretudo e desde logo pela subida quantitativa e absoluta tão expressiva desta fecundidade face à da população menos escolarizada, uma clara aposta na descendência, ainda que muito planeada, em termos de calendário e intensidade, por parte da população com mais recursos.

Os grupos com instrução correspondente ao 1º e 2º ciclo e 3º ciclo e secundário, apesar de diferentes entre si, apresentam mais regularidade na evolução dos comportamentos. Em ambos, é sempre mais elevado (e próximo de 50%) o peso da população fecunda cuja fecundidade no ano em análise corresponde a um segundo filho.

Mas enquanto as restantes mulheres detentoras do 1º e 2º ciclo se distribuem mais equitativamente pelas fecundidades de ordem um, três e até quatro ou mais, já as detentoras do 3º ciclo ou secundário revelam, em segundo lugar, o peso da categoria correspondente à fecundidade de primeira ordem, muito acima das correspondentes a descendências mais numerosas. O que significa, apesar da maior regularidade destes grupos socialmente intermédios, alguma colagem à tendência que caracteriza os grupos mais próximos, nos extremos.

As mulheres das gerações mais velhas são aquelas cuja fecundidade aqui analisada se aproxima mais da descendência final das gerações porque considera as mulheres fecundas com idades entre os 40 e os 49 anos (quadro 10.21.). Verificamos, desde logo, que a população feminina fecunda sem instrução assume uma residualidade cada vez maior, entre décadas, perfazendo, em 2010, um total de 40 mulheres, pelo que a análise a partir destes valores deverá ser feita com alguma cautela.

Quadro 10.21. Distribuição da população feminina fecunda do grupo geracional mais velho (com idades atingidas a partir de 40 anos, no ano de observação), segundo o nível de instrução e a ordem de nascimento dos filhos (valores absolutos e relativos), Portugal, 1990, 2000 e 2010

Ordem nascimento dos filhos (base ref. 1990)	Instrução da mãe							
	Sem instrução		1º | 2º ciclos		3º ciclo | Secundário		Ens. Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	43	7,6	185	12,9	84	26,1	39	31,5
2º Filho	60	10,6	279	19,5	112	34,8	34	27,4
3º Filho	74	13,1	322	22,5	73	22,7	28	22,6
4º ou + Filhos	388	68,7	643	45,0	53	16,5	23	18,5
Total	565	100,0	1429	100,0	322	100,0	124	100,0

Ordem nascimento dos filhos (base ref.2000)	Instrução da mãe							
	Sem instrução		1º | 2º ciclos		3ºciclo | Secundário		Ens.Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	24	22,0	253	16,2	257	27,3	198	33,6
2º Filho	7	6,4	377	24,2	344	36,5	229	38,8
3º Filho	11	10,1	437	28,0	217	23,0	115	19,5
4º ou + Filhos	67	61,5	492	31,6	125	13,3	48	8,1
Total	109	100,0	1559	100,0	943	100,0	590	100,0

Ordem nascimento dos filhos (base ref.2010)	Instrução da mãe							
	Sem instrução		1º | 2º ciclos		3ºciclo | Secundário		Ens.Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1º Filho	4	10,0	186	16,0	461	25,8	556	34,2
2º Filho	7	17,5	343	29,5	744	41,6	710	43,7
3º Filho	6	15,0	339	29,1	413	23,1	269	16,6
4º ou + Filhos	23	57,5	295	25,4	171	9,6	89	5,5
Total	40	100,0	1163	100,0	1789	100,0	1624	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir das bases de dados dos nados-vivos, 1990, 2000 e 2010 cedidas por INE

Ainda assim, é muito evidente neste grupo populacional, nos três anos, o fortíssimo peso da fecundidade de ordem quatro ou superior, sempre acima dos 50%.

As que apresentam um nível de escolaridade correspondente ao 2º e 3º ciclo, apresentam um perfil mais descaracterizado, no sentido de uma maior distribuição pelas diferentes categorias da ordem de nascimento, embora com alterações ao longo do tempo que apontam para uma diminuição clara da fecundidade de ordem quatro ou superior (de 45,0% em 1990 para 25,4% em 2010), um aumento do peso do 1º filho que, ainda assim, é a categoria menos representada, e uma estabilização dos valores das fecundidades de segunda e terceira ordem que ganham peso e são as mais representadas, sustentando, neste grupo, uma fecundidade acima do filho único.

Mas as mudanças que este grupo protagoniza na fecundidade de ordem 1 e de ordem 4 revelam alguma procura de transição nos padrões fecundos de uma população ainda com poucos recursos.

A população feminina fecunda destas gerações com o 3º ciclo ou secundário assume, nos três anos em análise, um peso sempre crescente e superior aos restantes na fecundidade de ordem dois que marca o padrão fecundo deste grupo. A outra marca distintiva deste grupo é a que revela uma diminuição para quase metade de descendências quase finais muito numerosas, de ordem quatro ou superior (cujo peso passa de 16,5% para 9,6%).

Este é também um grupo que, no seu conjunto, vê claramente aumentar o peso dos seus efetivos, a par do seguinte.

De facto, a população feminina com ensino superior nas gerações mais velhas registou um aumento substancial, em termos absolutos, revelador de que a diferença de perfil da população fecunda já atinge de uma forma clara, em 2010, as gerações mais velhas, na medida em que nesse ano o segundo grupo com mais peso nessas gerações é o da população feminina fecunda com ensino superior (35,2%), logo a seguir ao da população com 3º ciclo e secundário (38,8%).

Neste grupo mais escolarizado de mulheres com idades a partir dos 40 anos, a fecundidade de primeira ordem, já de si elevada em 1990 (31,5%), regista um aumento para 2010 (34,2%). Mas o maior aumento acontece na fecundidade de segunda ordem (de 27,4% em 1990 para 43,7% em 2010). Ambas as categorias veem aumentar o seu peso em detrimento da fecundidade de ordem superior, cuja redução é para metade, entre 1990 e 2010 (nesse período, a fecundidade de terceira ordem ou superior reduziu o seu peso neste grupo, de 41,1% para 22,1%).

A articulação desta análise com a de caracterização da população feminina e masculina fecunda leva-nos a considerar importante a homogeneidade do grupo com mais escolaridade, no que diz respeito às características sociais e a um forte padrão homogâmico, na capacidade de esse grupo reforçar o seu peso no conjunto da população fecunda, ao longo do tempo, e de produzir mudanças significativas nos comportamentos fecundos face às verificadas nos grupos com menos recursos.

Os grupos com um perfil social intermédio revelam uma forte capacidade de estabilização mas também de colagem aos movimentos percursos protagonizados pelos mais favorecidos. E os grupos menos favorecidos socialmente revelam um reforço do padrão tradicional só neutralizado pela perda de importância relativa da dimensão do grupo face aos restantes.

Esta diferenciação de padrões pode refletir-se naquilo que se procura entender de seguida e é com base nesta perceção e caracterização que partimos para a análise e procura de relação entre as características relativas à população fecunda que estudámos e os respetivos contextos de nascimento, no que diz respeito à assistência, local de nascimento e duração da gravidez, isto é, o que designamos de contornos assistenciais do processo de nascimento.

10.4. Os contextos assistenciais de nascimento e os contextos sociais da população fecunda

10.4.1. A duração da gravidez

A análise, para 2010, da frequência da variável relativa à duração da gravidez, considerando os intervalos pré-definidos no verbete de nado-vivo¹¹⁰, talvez demasiado amplos, revela-nos, como seria de esperar, que a grande maioria dos nados-vivos (91,7%) ocorre no intervalo entre as 37 e as 41 semanas. Mas revela, também, que, logo de seguida, o intervalo com maior expressão em número de casos (6,6%) é o que se situa entre as 32 e 36 semanas, sendo que, para além disso, e apesar de agora já falarmos de situações com um número de casos mais residual, inferior a um milhar (num universo de 101570), o intervalo das 28 a 31 semanas regista quase o dobro dos casos face ao que se situa para lá das 41 semanas.

Esta leitura pode mostrar-nos esta variável como um indicador da crescente assistência e intervenção médica no nascimento no nosso país, no sentido, por um lado, de não deixar adiantar para além de um determinado limite temporal as gravidezes (através, nomeadamente, das induções). O que justifica o número residual (474, no total, o que dá 0,5%, em termos relativos, face ao total de nados-vivos) de casos ocorridos após as 41 semanas de gestação, quando a OMS defende ser totalmente aceitável que a gravidez decorra até, pelo menos, às 41 semanas (WHO, 2011).

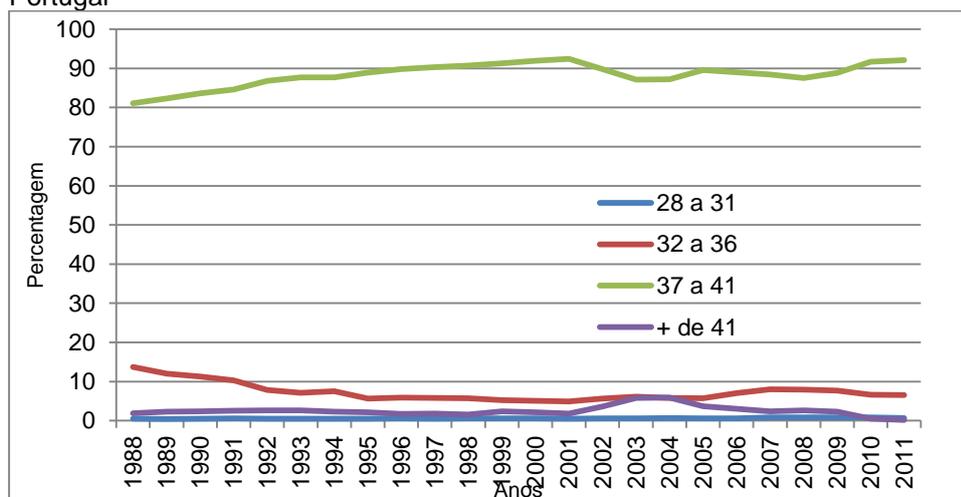
Por outro lado, mostra como as gravidezes com tempo de duração cada vez mais curto se tornam viáveis, o que só é possível com a intervenção da medicina, no cuidado assistencial aos bebés prematuros, muitas vezes nascidos de cesarianas.

Essa ideia de controlo da duração da gravidez a partir de determinado patamar reforça-se se virmos como evoluiu a variável ao longo dos anos¹¹¹ (figuras 10.15. e 10.16.). As gravidezes foram ganhando um padrão temporal, no decurso de mais de duas décadas, concentrando-se em mais de 90% no intervalo 'normalizado' no fim do período e tendencialmente anulando uma maior dispersão inicial da duração da gravidez.

¹¹⁰ Os intervalos definidos são: "menos de 22 semanas; entre 22 e 27 semanas; entre 28 e 31 semanas; entre 32 e 36 semanas; entre 37 e 41 semanas; mais de 41 semanas" (e encontram-se no Verbetes para nado-vivo, instrumento de notação do Sistema Estatístico Nacional, Lei n.º 6/89, de 15 de Abril, de resposta obrigatória. Registado no INE sob o n.º 8977, em INE, 1998).

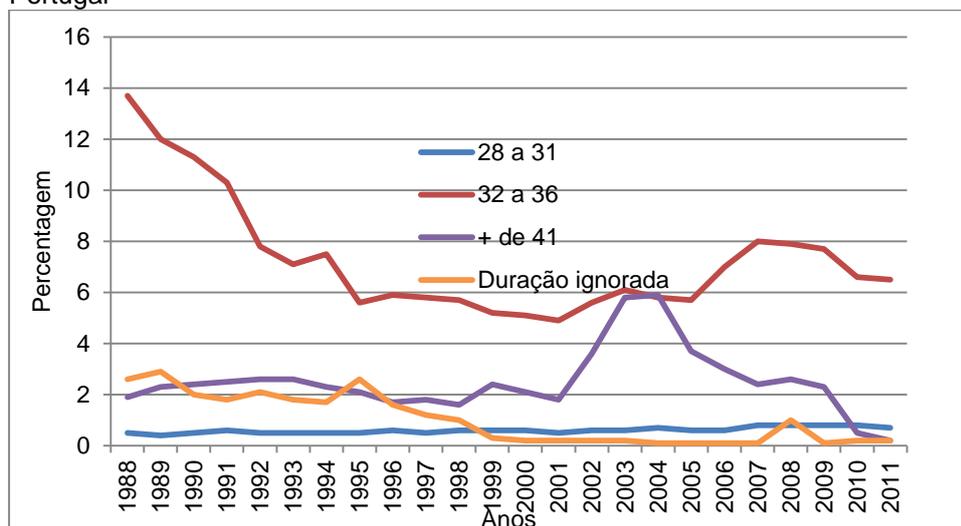
¹¹¹ O quadro com a informação quantitativa que permitiu a construção destes gráficos encontra-se em anexo.

Figura 10.15. Mulheres fecundas em função da Evolução da duração da gravidez (%), 1988-2011, Portugal



Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

Figura 10.16. Mulheres fecundas em função da Evolução da duração da gravidez* (%), 1988-2011, Portugal



Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

* Excluindo a categoria central (37-41 semanas)

Aquelas cujo peso aumentou ao longo do tempo são as durações mais curtas mas com muito poucos casos face às restantes e, claramente, a do intervalo 37-41 semanas. Os dois intervalos limítrofes deste último (32-36 e + de 41 semanas de gravidez) viram o seu peso diminuir, justamente a favor do intervalo com maior frequência de casos, o 'intervalo-padrão'. Em 2011 foram, inclusive, menos as gestações que duraram mais de 41 semanas do que as do intervalo 28-31 e até face às do intervalo 22-27 semanas.

A propósito das gravidezes com duração superior a 41 semanas, é curioso verificar que o período em que esse intervalo de duração da gravidez registou uma maior frequência (desde 2002) foi justamente o que se segue à legislação de um conjunto de orientações no sentido do descentramento da vigilância pré-natal da figura do médico assistente, tendo sido retirada a referência específica a esse cuidador da redação legal (artigo 4.º da Lei n.º 142/99

de 31 de Agosto) e, também, no sentido da “valorização do papel de enfermeiros especialistas no controlo das grávidas sem riscos previsíveis” (Despacho n.º 24256/2003 de 17 de Dezembro).

A quebra de valores verificada neste intervalo nos anos de 2010 e 2011 pode estar, por seu lado, associada à procura de tornar mais eficiente o serviço de vigilância pré-natal, apostando na regionalização dos serviços de vigilância pré-natal, com a criação e redefinição de estruturas para o efeito (despacho n.º 9872/2010). O que também terá tido impacto na, ainda que ligeira, subida da assistência ao nascimento garantida por médicos, como veremos mais à frente.

Voltando à análise comparativa do peso relativo dos diferentes intervalos de duração da gravidez, a maior diferença entre os valores iniciais e finais das categorias com mais casos encontra-se, exatamente, no intervalo-padrão (37-41 semanas de duração de gravidez), com uma taxa de variação¹¹² obviamente positiva, e até superior a 10% (quadro 10.22.). As perdas repartem-se pelas categorias adjacentes, sendo assinalável a variação negativa na frequência das gravidezes com maior duração, que chega quase aos 90%.

É também curioso verificar que, com o passar do tempo, há um conhecimento cada vez maior da duração da gravidez, que se verifica por uma diminuição muito forte da categoria de duração ignorada, podendo revelar a importância que adquire, em termos sociais, essa noção.

Os valores referentes às taxas de variação das duas categorias de menor duração deverão ser lidos com cautela, devido ao número ínfimo de casos que representam.

Quadro 10.22. Taxa de variação total do período (%) das diferentes categorias de duração da gravidez, Portugal, 1988-2011

Duração gravidez	22 a 27	28 a 31	32 a 36	37 a 41	+ de 41	Duração ignorada
Taxa variação	50	40	-52,55	13,56	-89,47	-92,31

Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

Quadro 10.23. Desvio-padrão (em semanas) das diferentes categorias de duração da gravidez, Portugal, 1988-2011

Duração gravidez	22 a 27	28 a 31	32 a 36	37 a 41	+ de 41	Duração ignorada
Desvio-padrão	0,058359	0,114208	2,325785	3,033577	1,284178	0,966532

Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

¹¹² Calculada através da seguinte fórmula: (Valor final – Valor inicial) / Valor inicial * 100 (Bandeira, 2004:170).

Enquanto a taxa de variação nos dá conta variação ocorrida entre os dois valores extremos do intervalo temporal considerado, o desvio-padrão permite uma leitura daquilo que foram as oscilações na frequência das diferentes categorias ao longo do período (quadro 10.23.).

E, por aí, percebemos que é a duração-padrão aquela que mais varia ao longo do tempo, a que mais mexe, seguida das adjacentes mas sobretudo da referente às 32-36 semanas. A frequência das gravidezes com durações de 22-27 semanas e 28 a 31 mostram oscilações muito residuais, com uma clara constância de comportamento ao longo do tempo e com pouca margem para um controlo exterior.

De facto, e se nos desviarmos um pouco para os argumentos que justificam as diferenças nas oscilações das diferentes componentes do calendário da mortalidade infantil¹¹³, identificamos causas endógenas e exógenas ao fenómeno, associadas a esse calendário, sendo mais fácil fazer variar, através de intervenção externa, o risco de mortalidade infantil decorrente de causas exógenas.

Também aqui, um mais elevado valor do desvio-padrão, ao longo do período, associado a uma categoria de duração ‘normalizada’, com óbvias implicações nas categorias adjacentes, pode ser revelador dessa maior intervenção externa que se fará cada vez mais sentir na gravidez. Essa ‘normalização’ que enquadra os nascimentos no intervalo entre as 37 e as 41 semanas define um intervalo muito amplo, de 4 semanas. Mas o nascimento em cada momento desse intervalo poderá ter significados e implicações diferentes, nomeadamente para a saúde da criança.

De facto, estudos médicos de carácter longitudinal têm revelado que a duração da gravidez e o seu término num ou noutro extremo do intervalo não são fatores neutros, a prazo, para o desenvolvimento cognitivo das crianças.

O que leva, em conclusão, à sugestão de prudência na utilização da expressão “gravidez de termo” para definir as gravidezes de 37 semanas (sugerindo-se que a expressão se aplique apenas a partir das 39 semanas), bem como à ideia de reconsideração da definição de prematuro (estendendo-a até mais tarde) e, por fim, à enfatização da importância da clara atenção que devem merecer os nascimentos eletivos (antes de ter início o trabalho de parto) sem indicação médica expressa (Noble *et al.*, 2012).

A introdução, na análise da duração da gravidez, da variável escolaridade da mãe, permite verificar uma interessante distinção entre o perfil de mulheres cuja gravidez se estende para além das 41 semanas e o daquelas que tiveram gravidezes em todos os outros intervalos (mais curtas, portanto).

¹¹³ Cujo risco, em função da duração, se “decompõe (...) em: mortinatalidade [mortalidade intra-uterina], mortalidade neonatal [a que ocorre entre o nascimento até aos 28 dias de vida] e mortalidade pós-neonatal [entre os 28 dias e o primeiro aniversário]” (Bandeira, 2004: 202).

Isto é, por um lado, a maioria das mulheres com nados-vivos ocorridos em gravidezes com durações entre as 28 e as 41 semanas (o que perfaz três intervalos, com casos muito semelhantes, situados entre os 30 e os 31%), tinham como habilitações o ensino superior, sendo seguidas pelas que detinham o ensino secundário (entre 27 e 28%), e, posteriormente, pelas detentoras do ensino básico (entre 21 e 22% dos casos).

Já as gravidezes com duração superior a 41 semanas apresentam um maior número de casos (32,7%) no conjunto de mulheres apenas com o ensino secundário, aparecendo como segundo grupo mais representado o das mulheres detentoras do ensino básico - 3º ciclo (23,8%) e só em terceiro lugar surgindo as mulheres com ensino superior (18,8%), com uma representação mais próxima, aliás, em número de casos, das que completaram o ensino básico – 2º ciclo (15%).

No caso das gravidezes que não duraram para além das 27 semanas, e apesar do número reduzido de casos (248) poder limitar a análise, é curioso também perceber que a maioria dos casos se situa, tal como na duração anterior, associada à categoria de mulheres com o ensino secundário.

Esta leitura permite perceber que as categorias extremas de duração de gravidez – ou seja, as que ficam mais longe do padrão que concentra a quase totalidade dos casos –, sobretudo a última (41 semanas ou mais), concentram menos casos, talvez não apenas por razões naturais. E também que esta duração menos padronizada pode estar associada a uma menor intervenção médica, na medida em que a gravidez se desenrola para lá ou aquém dos limites estabelecidos como normais, em termos médicos.

Ora, se a esta tendência associarmos a escolaridade das mães, verificamos que são as mulheres com níveis de escolaridade inferior (nível secundário, em maioria, face ao superior, nos casos definidos como “padrão”) as menos sujeitas a essa intervenção. O que pode significar, também, a existência de menos recursos financeiros, limitando a possibilidade de uma assistência no sector privado, onde as intervenções tendem a ser mais frequentes. O que permitirá concluir que a detenção de maiores recursos, de escolaridade e eventualmente financeiros, poderá ser decisiva no sentido do tipo de assistência e, por aí, do desenrolar da gravidez e do nascimento, aqui espelhado pela duração da gravidez.

A tendência reforça-se se considerarmos a variável escolaridade da mãe recodificada em três grandes categorias principais (sem instrução ou até ensino básico; ensino secundário; ensino superior), na medida em que verificamos que 47,7% dos casos de gravidezes com duração superior a 41 semanas e 39,5% com duração entre 22 e 27 acontecem, respetivamente, em mulheres cujo nível de escolaridade máximo alcançado é o ensino básico, surgindo como segundo grupo mais representado o das mulheres com ensino secundário e só em terceiro lugar as mulheres com ensino superior.

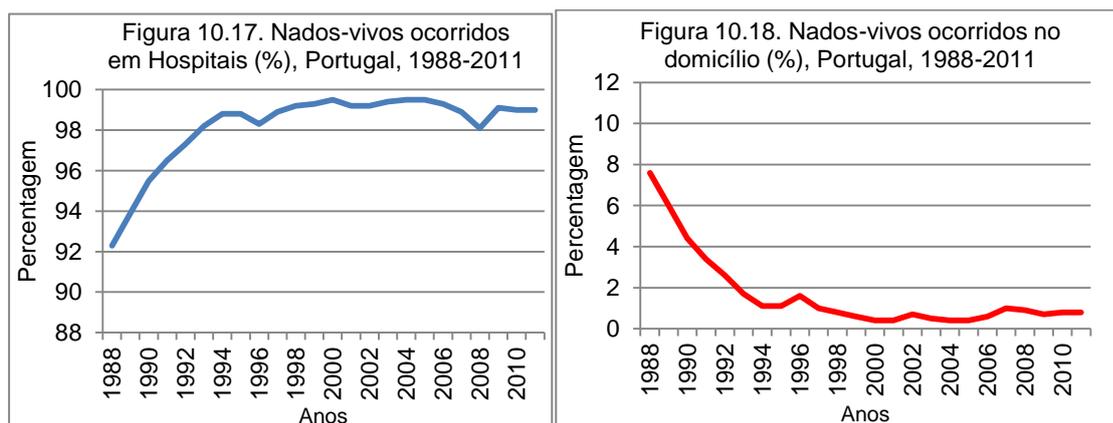
Nas três categorias que, no total, ocupam o intervalo de gravidez das 28 às 41 semanas, a categoria de ensino mais representada é também a primeira (até ensino básico) mas agora seguida do ensino superior que se coloca na dianteira face ao ensino secundário.

Esse reforço também se constata se considerarmos as categorias da variável duração da gravidez desagregadas semana a semana, verificando-se que as mulheres com mais habilitações (ensino superior) são aquelas cujos partos não se prolongam tanto (a partir das 39 semanas, a proporção de partos é de cerca de metade, face aos das mulheres com níveis de ensino inferiores), associando-se a uma eventual maior intervenção, já que também são aqueles onde se verifica uma maior assistência médica, como veremos mais à frente.

10.4.2. O local de nascimento

Quando consideramos o local do nascimento, verificamos, sem qualquer margem para dúvidas, o carácter institucionalizado do parto e do nascimento em Portugal. São disso prova os 99% de casos de nados-vivos ocorridos em estabelecimento hospitalar, em 2011, contra 0,8% ocorridos no domicílio e 0,2% noutra local (não especificado).

A evolução desta tendência, ao longo do tempo (figuras 10.17. e 10.18.), é evidente e marcante no sentido da transferência definitiva da ocorrência dos nascimentos de um contexto domiciliar e privado para o contexto hospitalar. O que se vê pela redução de um já pouco expressivo valor de 7,6% de nados-vivos ocorridos no domicílio, em 1988, para uns residuais 0,8% em 2011¹¹⁴.



Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

O carácter universal do parto institucionalizado, com uma expressão quase absoluta em 2011, não nos inibe, contudo, de procurar situar, de alguma forma, essa ínfima parte de acontecimentos que ocorrem fora do contexto hospitalar (832 casos no domicílio e 178

¹¹⁴ Os valores percentuais referentes a todos os anos encontram-se num quadro em anexo.

noutro local, em termos absolutos), casos que podem significar apenas falta de tempo para chegar ao hospital, no caso de partos muito rápidos ou, muito longe disso, escolhas conscientes, refletidas e programadas. É, inclusivamente, de referir que, em 2002, se registou uma subida do peso dos nados-vivos nascidos no domicílio, subida que se repetiu em 2006, 2007 e 2010, face ao ano imediatamente anterior.

Pela leitura da evolução dos valores absolutos desta categoria em separado¹¹⁵, o que se justifica pela pequena quantidade de casos, encontram-se outros anos com subidas no valor face ao ano imediatamente anterior, como o de 2001 e 2005, para além dos já referidos. O que revela que as diferenças, ao longo do tempo, no peso da categoria face ao total de nados-vivos, não espelham sempre a evolução do parto domiciliar.

Avançando um pouco na análise da evolução dos nados-vivos ocorridos no domicílio, calculámos índices de base 100, considerando como ano base o primeiro do período analisado (1988). Com vista a enriquecer a comparação, introduzimos o cálculo dos mesmos índices para os nados-vivos.¹¹⁶

A análise da variação absoluta dos nados-vivos no domicílio revela tendências díspares que apontam, por um lado, para uma quebra incontornável do parto domiciliar que pela sua evidência parece ser claramente guiada pela consolidação definitiva da institucionalização do nascimento mas que, em alguns anos, revela ligeiras subidas da frequência desses casos.

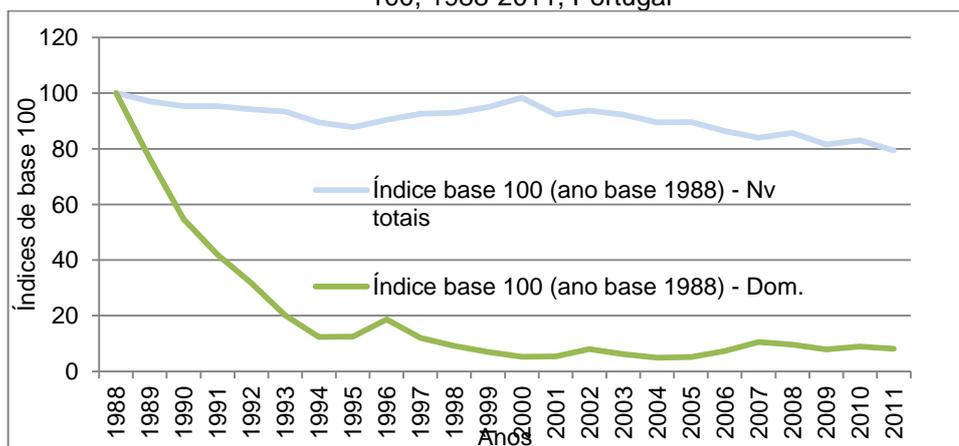
Essa tendência, que se mantém em valores francamente baixos desde o final da década de 1990, é, também, evidente na análise dos índices de base 100 (figura 10.19.) comparados com os referentes aos nados-vivos que mantêm uma estrutura muitíssimo mais regular e de mudanças mais subtis, o que só acontece nos nascimentos que ocorrem no domicílio a partir do fim da década de 1990, altura em que se torna estável em valores francamente reduzidos.

Na verdade, esta comparação aparentemente forçada visa, sobretudo, reforçar a ideia de que a evolução do parto domiciliar não aconteceu, até determinada altura, de uma forma 'natural', com padrões de comportamento semelhantes aos dos grandes fenómenos demográficos, por exemplo, que tendem a revelar alguma inércia em termos evolutivos. A sua quebra acentuada inscreve-se, claramente, na política de institucionalização dos nascimentos.

¹¹⁵ Valores que se encontram em anexo.

¹¹⁶ Os resultados encontram-se em anexo.

Figura 10.19. Número de nados-vivos e de nados-vivos ocorridos no domicílio: índices de base 100, 1988-2011, Portugal



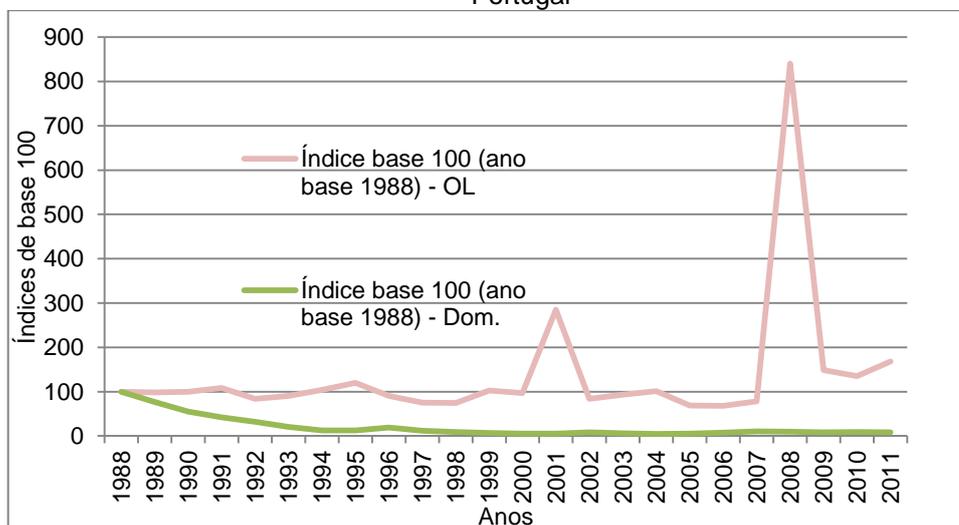
Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

Contudo, tendo atingido valores residuais, que não chegam ao milhar por ano, a partir do fim da década de 1990, este parece um fenómeno mais 'independente' de constrangimentos exteriores, talvez por um esgotamento da margem de intervenção do estímulo institucional e, por aí, representando os seus casos não meros acasos, mas fugas ao determinismo institucional.

Por outro lado, verifica-se, até muito tarde uma certa regularidade dos partos noutros locais (figura 10.20.), cuja frequência não se descentra muito de uma base inicial ou adjacente, não revelando, por isso, tendências de quebra, e parecendo, sobretudo, que a sua frequência vai sendo moldada pelo acaso, sem grande margem de intervenção.

Essa flutuação em torno da base é, contudo, claramente quebrada em dois anos, 2001 e 2008, sendo o segundo um caso flagrante, em que se regista um fortíssimo aumento dos casos. Entre 2007 e 2008, os nados-vivos ocorridos noutro local aumentam de 103 para 1109, o que representa uma variação de cerca de 1000%.

Figura 10.20. Nados-vivos ocorridos no domicílio e noutro local: índices de base 100, 1988-2011, Portugal



Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

A oscilação dos valores referentes ao peso dos nados-vivos noutra local poderá ser um indicador de como determinadas causas externas, que intervêm nas condições de nascimento, podem de forma rápida (abrupta, neste caso), pontual ou definitiva, alterar padrões e normalizar outros.

O ano de 2008, se olharmos para trás, é subsequente aos de reestruturações dos serviços de saúde materno-infantil no nosso país que se pautaram, entre outras medidas, pelo encerramento de blocos de partos. A primeira aconteceu em 1989, em paralelo com a criação da Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (CNSMN), por decisão da ministra da Saúde Leonor Beleza. A segunda entre 2006 e 2007, por decisão do ministro da tutela Correia de Campos (Matos, 2011).

Um dos impactos dessas medidas ao nível dos nascimentos fica aqui evidente no número de nados-vivos ocorridos em locais¹¹⁷ que não o hospital nem o domicílio. É curioso perceber que essas medidas não vieram ter impacto no parto domiciliar, ou seja, a institucionalização do nascimento não é comprometida, podendo ser até reforçada com as medidas políticas referidas de rentabilização de recursos dirigidos à saúde materno-infantil, após a confusão que terá gerado o encaminhamento de nascimentos para outras unidades de saúde, que se refletem nestes picos de nascimento noutras locais.

Estes dados, e voltando ao parto domiciliar, deixam-nos, então concluir que o parto domiciliar mostrou uma clara tendência de quebra ao longo dos anos, muito guiada pela quase universal institucionalização do nascimento e com mínimas oscilações que parecem fugir a este tipo de explicações mais abrangentes e exógenas, como determinadas medidas políticas que num ano fazem variar grandemente a frequência dos partos não institucionalizados mas que, possivelmente, o seriam se houvesse recursos e condições para tal.

O nascimento no domicílio terá, de facto, contornos muito específicos que poderemos de alguma forma caracterizar, percebendo quem o protagoniza, assim como quem protagoniza, sobretudo, o parto hospitalar, ao qual também voltamos agora.

Se cruzarmos a variável relativa ao local de nascimento com a da escolaridade da mãe, para 2010, verificamos, isolando os diferentes níveis de escolaridade, que são as mulheres que não sabem ler nem escrever as que apresentam mais casos de nados-vivos ocorridos no domicílio (ainda assim, apenas 4,7%) ou noutra local (1%). Quanto mais subimos no nível de escolaridade mais reduzido é o valor relativo dos nados-vivos ocorridos em casa ou noutra local, sendo que, por exemplo, no caso das mães com ensino superior, houve um registo de 0,8% de nascimentos em casa, 0,1 noutra local e 99,1 em estabelecimentos hospitalares.

¹¹⁷ Estes locais não são identificados pelas estatísticas. A categoria correspondente a esta informação, no verbete de nado-vivo é, simplesmente, 'outro local'.

Analisando, agora, o cruzamento noutra perspetiva, isto é, a partir do local de nascimento, chegamos a novas leituras que sabemos, apesar de tudo, que devem ser feitas com mais cautela, porque os grupos de mulheres fecundas em função do nível de escolaridade têm pesos muito desiguais entre si.

De facto, verificamos que, do conjunto de 832 nascimentos ocorridos no domicílio, são as mulheres com mais recursos educacionais as mais representadas, com 27,9% dos casos, (face a uns distantes 2,3% de mulheres que não sabem ler nem escrever), seguidas das mulheres com ensino secundário, e das detentoras do ensino básico.

Quando os nados-vivos ocorrem em contexto hospitalar os resultados extremam-se, com 30,4% de mulheres com ensino superior representadas, seguidas das possuidoras de grau no ensino secundário e assim sucessivamente até a uns residuais 0,4% de casos de mulheres sem qualquer instrução.

A categoria relativa a outros locais de nascimento mostra padrões diferentes das restantes duas, registando uma maior dispersão de casos, sendo aqui mais significativo o grupo de mulheres com ensino básico – 3º ciclo (23%), e só de seguida surgindo as mulheres com ensino superior e secundário.

Ligando agora as duas leituras, percebemos que, apesar de as mulheres sem instrução terem, no conjunto dos seus nascimentos, face a todos os outros grupos de mulheres (mesmo o de instrução desconhecida), o registo menos elevado de partos hospitalares e o mais elevado de partos no domicílio, quando isolamos a análise dos partos no domicílio, verificamos que as mulheres que mais protagonizam os nascimentos neste local são as detentoras de mais habilitações. O que se justifica, desde logo e sobretudo, com o facto de estas serem, em termos absolutos, em maior número. Mas não excluimos, também, a hipótese da existência de escolhas deliberadas nesse sentido, protagonizadas por estas mulheres.

Até porque esta maior frequência de casos nas mulheres com ensino superior já não acontece relativamente aos nados-vivos ocorridos noutra local, em que aparece com mais peso o grupo de mulheres com o ensino básico – 3º ciclo. O que parece mostrar não ser ocasional o facto de o domicílio como local do parto ter maior expressão nas mulheres com ensino superior.

Ou seja, por um lado, verificámos já que a posse de recursos educacionais elevados (materializados aqui pelo grau de instrução) permitem, pelos inerentes recursos financeiros, um maior acesso a cuidados assistenciais e intervenção médica que garantam o enquadramento na norma, por exemplo, no que diz respeito à duração da gravidez. Por outro lado, esses mesmos recursos poderão, ainda que com uma expressão muito residual, conduzir as mulheres para escolhas ou opções que fujam ao padrão convencionado pela

assistência formal, nomeadamente, na definição do local do parto e da própria duração da gravidez.¹¹⁸

Podemos referir, a este propósito, os dados que nos mostram que mais de metade (50,7%) dos casos de nados-vivos ocorridos no domicílio foram assistidos por médicos e 36,7% por enfermeiras-parteiras, o que revela que a grande maioria terá sido planeado no sentido de ter uma assistência obstétrica profissional mas num contexto não medicalizado e institucionalizado. Revela também alguma adesão dos profissionais de saúde a esse modelo.

Um estudo recente do caso português (Santos, 2012) mostra, justamente, a partir de uma abordagem qualitativa ao fenómeno do nascimento em casa, a existência de uma tomada de consciência reflexiva, onde a avaliação de riscos médicos, sociais e morais do acontecimento social que é o parto, conduz a uma

incompatibilidade com os sistemas de vigilância e controlo, impostos pela instituição médica e hospitalar. (...) [Encaminhando] o parto num movimento de desinstitucionalização que, apesar de retirar poder e protagonismo à prática médica, não o transforma num acontecimento desmedicalizado, não só por existir um uso seletivo desse recurso, mas também pelo facto de o discurso ser enformado, em grande medida, pela linguagem médica. Não se rejeita o modelo biomédico, mas sim o monopólio e a hegemonia de saber e de ação da biomedicina sobre algumas áreas da vida, nomeadamente, a gravidez, o parto e a infância (Santos, 2012: 40).

Nessa medida, a presença do profissional de saúde é procurada nos diferentes contextos de nascimento, revelando-se, no caso dos nascimentos domiciliários, a perceção do risco associada a uma cultura mais abrangente do que aquela que define a prática médica *tout court*. Procura-se cobrir o risco que a medicina controla, escapando, no entanto, a práticas, rotinas e rituais inseridos numa cultura hospitalar mais abrangente e 'portadora' de outros riscos, neste campo materializados pelas intervenções obstétricas.

10.4.3. A assistência no nascimento

A assistência ao parto, em 2010 e em 2011, em Portugal, feita por um profissional de saúde (médico, enfermeira(o) parteira ou enfermeira(o) não parteira) aconteceu em 99,9% dos casos, deixando claro o padrão assistencial dos nascimentos em Portugal, atualmente.

A medicalização e intervenção no parto fica evidente se considerarmos que, em 2010, 66,3% da assistência foi garantida por médicos, apenas 33,2% por enfermeiras(os) parteiras e uns residuais 0,4% por enfermeiras(os) não parteiras.

¹¹⁸ A esse propósito, e sobre a realidade australiana, Jackson mostra também que dois terços das mulheres que optam por um parto em casa têm elevadas habilitações (Jackson, 2012).

Os 33,2% parecem um valor claramente reduzido e comprovam o poder da profissão médica neste domínio, se considerarmos a legislação em vigor definida em consonância com orientações europeias, que possibilita a assistência de partos considerados de baixo risco por enfermeiros obstetras (artigo 4.º da Lei n.º 142/99 de 31 de Agosto).

De referir também que a terminologia 'enfermeira parteira' não é atual, se considerarmos a especialização em vigor, com a designação de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Aliás, a atual terminologia vem até simbolizar, através de uma aproximação da designação à da especialidade médica de obstetrícia, a possível aproximação de funções entre enfermeiros e médicos ou a possibilidade de os primeiros trabalharem com maior autonomia nos casos definidos como de baixo risco.

Mas a própria definição do risco na gravidez e no parto, como ilustrámos atrás, também acarreta ambiguidades e pode ser alvo de discussão, na medida em que, por si só, pode, desde logo e entre outros aspetos, ajudar a definir papéis e poderes de quem assiste a gravidez e o parto.

A identificação desta categoria profissional no feminino mostra também as pré-noções que marcam o desenho do verbete, atribuindo este papel à tradicional figura feminina¹¹⁹.

A figura central de assistência no nascimento, já vimos atrás, era, de facto, ao longo dos séculos, tradicionalmente feminina, tendo os papéis e as designações dos seus protagonistas sido transferidos, ao longo do tempo, de mulheres sem qualificações específicas e atuando com base na experiência e no contacto comunitário e social, para outras, já com reconhecimento formalizado através de exames reconhecendo essa experiência até à figura com formação institucionalizada, da enfermeira com formação superior (Carneiro, 2008).

Essa formação institucionalizada ocorre, como se sabe, em contexto de medicalização de nascimento pelo que a figura do médico, com o surgimento da obstetrícia, sobrepõe-se à dos enfermeiros, aparentemente menos preparados para lidar com o risco cada vez mais associado ao nascimento.

Em Portugal, em 1988, a assistência ao nascimento era ainda partilhada entre a profissão médica e de enfermagem de uma forma relativamente equilibrada, com os médicos presentes em 53,3% dos nascimentos vivos. A partir dessa data, a sua presença nesse acontecimento cresceu de forma contínua até 1999, descendo depois ligeiramente em 2000 e 2001 para, de seguida, voltar a subir, até 2005, descendo fortemente em 2006 e

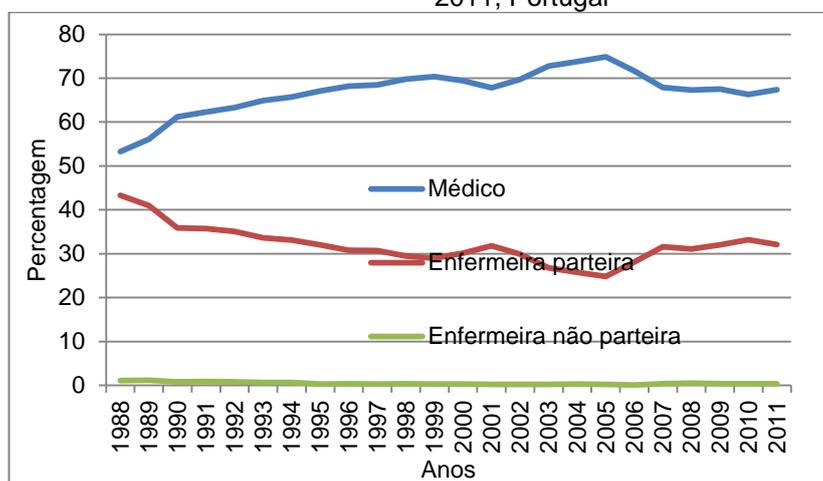
¹¹⁹ Para nós, também não fica óbvio como neutralizar esse efeito na designação: *Enfermeiro-parteiro? Enfermeira(o)-parteira(o)?...* Atendendo a essa dificuldade e a uma questão de coerência (pelo facto de as respostas terem sido dadas e o formulário preenchido em função daquela terminologia), vamos manter as designações adotadas no verbete de nado-vivo.

2007 e estabilizando em ligeira quebra até 2010, para subir um pouco em 2011 (figura 10.21).¹²⁰

A ligeira diminuição de 2000 e 2001 vem justamente no seguimento da alteração na redação da lei ligada à saúde reprodutiva, de 1999, onde deixa de se fazer referência à figura do médico assistente, legitimando outras formas de assistência e outras figuras na assistência, desde que garantida a “*correcta preparação e vigilância da gravidez, assim como durante os 60 dias após o parto*” (artigo 4.º da Lei n.º 142/99 de 31 de Agosto).

O peso mais elevado a partir de 2007, face a anos anteriores, da assistência garantida por enfermeiros não obstetras, ainda que residual, dever-se-á ao resultado das políticas de saúde materno-infantil, podendo significar, também, algum ajustamento a novas realidades na organização dos serviços e unidades de saúde.

Figura 10.21. Mulheres fecundas em função da Evolução da assistência no nascimento (%), 1988-2011, Portugal



Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

Assim, esta tendência mostra, por um lado, como já havíamos visto para o caso do local do nascimento, a sensibilidade destes resultados a medidas políticas que visem a reestruturação de serviços de saúde materno-infantil. Mas a legitimação prática da autonomia dos enfermeiros obstetras na assistência ao nascimento assume-se ainda como claramente minoritária, na atualidade, face à assistência assegurada pela profissão médica e face a um maior equilíbrio entre as duas categorias existente há pouco mais de duas décadas do que nos anos mais recentes.

Isto é, apesar da mudança possibilitada por legislação que se enquadra em diretivas internacionais e que procuram uma visão mais abrangente do cuidado à gravidez e ao parto, o poder de classe – neste caso, a profissão médica – institucionalizado surge como bastante forte na determinação das práticas de assistência.

¹²⁰ A evolução dos valores referentes às diferentes categorias da variável assistência no nascimento, entre 1988 e 2011, encontra-se em anexo.

O protagonismo assumido na assistência ao nascimento fica ainda mais claro se a análise dessa assistência se fizer em função do grau de instrução da mãe.

De facto, analisando separadamente os diferentes graus de instrução, verificamos que as mulheres com menos habilitações são aquelas cuja assistência é mais garantida por enfermeiros (e consideramos aqui a categoria “enfermeira-parteira”, já que a da “enfermeira não parteira” não tem praticamente expressão em nenhuma categoria) e também que quanto mais subimos na escala social em termos de habilitações, mais o papel da assistência é garantido por médicos.

A categoria de mulheres que não sabem ler nem escrever regista, aliás, um maior peso (48,8% de casos) da assistência garantida por enfermeiros do que por médicos (45,3%), sendo nesta categoria também de referir alguns casos de nados-vivos assistidos por outra pessoa que não um profissional de saúde.

Em todas as outras categorias, é superior o número de partos assistidos por médicos face a enfermeiros mas a diferença vai-se acentuando gradualmente quando caminhamos do grupo de mulheres que sabem ler sem terem frequentado o sistema de ensino (51,7% de partos assistidos por médicos e 44,5% por enfermeiros), passando pelo ensino básico (no 2º ciclo, temos 57% e 42,2%, respetivamente), secundário (66,1% e 33,5%) e até ao superior, onde mais de dois terços dos partos são assistidos por médicos (77,4%), face aos 22,3% assistidos por enfermeiros.

Fazendo a leitura do cruzamento a partir da assistência, verificamos que a assistência médica se concentra, como víamos atrás, nos casos de mulheres com o ensino superior (35,5%), seguindo-se nos nascimentos de mulheres com o secundário (28,7%) e com o fim do ensino básico. As enfermeiras-parteias asseguram assistência a um maior número de casos de nados-vivos de mulheres com ensino secundário (29,1%), depois com o fim do ensino básico (25,5%) e, só de seguida com o ensino superior (20,4%). Nos casos assistidos por enfermeiras não parteiras, a categoria de mulheres com ensino superior surge apenas em quarto lugar (com 18% dos casos), o que vem reforçar o já constatado padrão de partos assistidos por médicos tanto mais assinalável quanto mais detentoras de qualificações académicas forem as mulheres analisadas.

10.4.4. Idade e condições de nascimento

A idade analisada à luz das condições de nascimento aqui medidas pela assistência, local de nascimento e duração da gravidez, deixa-nos perceber, em primeiro lugar, que apesar de em todas as classes etárias se verificar um predomínio da assistência no nascimento feita pela figura médica, quanto mais se avança na idade, mais expressiva é essa presença

(quadro 10.24.). A partir dos 35 anos são sempre mais de 70% as mulheres assistidas por um médico.

Quadro 10.24. Mulheres fecundas, segundo o grupo etário e assistência no nascimento (%), 2010, Portugal

Assistência	Idades completas						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Médico	52,4	57,3	63,9	69,6	71,8	71,8	77,6
Enfermeira parteira	46,7	42	35,5	30	27,8	27,4	21,3

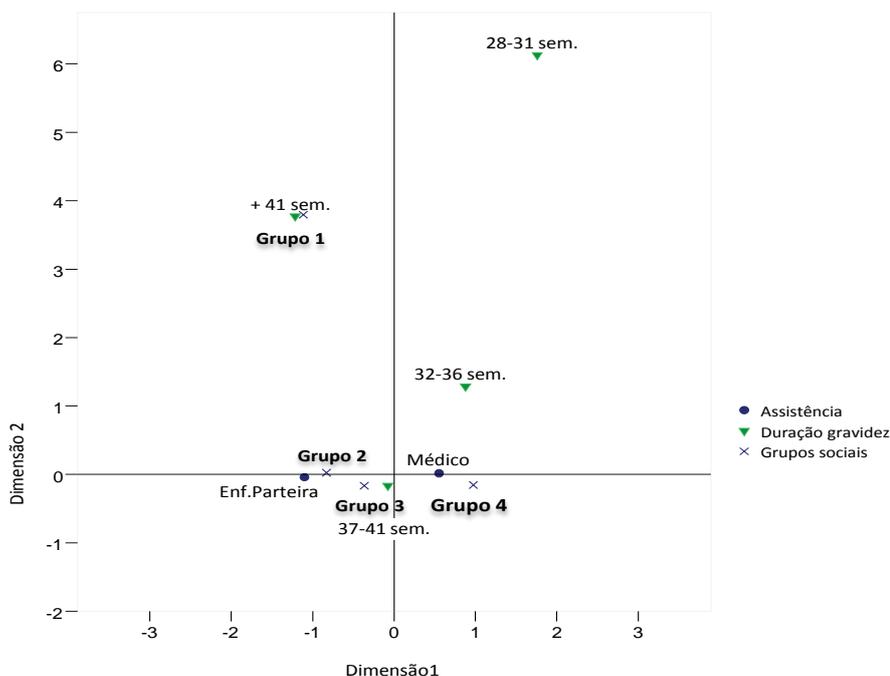
Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados nados-vivos, 2010, cedidas por INE

O local de nascimento revela tendências menos marcantes. Os partos no domicílio são maioritariamente (32,1%) protagonizados por mulheres no grupo etário dos 30 aos 34 anos completos, indo ao encontro da ideia de as mulheres mais velhas do intervalo fértil procurarem, de forma mais expressiva, o modelo institucionalizado e médico do nascimento.

É também nesse grupo que verificamos a maior percentagem (31%) de casos de nascimentos ocorridos após as 41 semanas, seguindo-se com maior peso neste escalão da duração da gravidez os grupos mais jovens (30% de casos no grupo 25-29 e 17,9% no de 20-24 anos).

A figura 10.22. revela, para 2010, os resultados da associação entre os grupos sociais já definidos na nossa análise e as variáveis referentes às condições de nascimento, nomeadamente a da assistência e a da duração da gravidez, no sentido do reforço de algumas conclusões.

Figura 10.22. Grupos sociais, assistência no nascimento e duração da gravidez, 2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados nados-vivos, 2010, cedidas por INE

O grupo 1, socialmente desfavorecido, chama a si as situações mais discrepantes face à maioria, estando mais afastado do ponto médio do gráfico de ACM e mais próximo das durações extremas da gravidez. No que diz respeito à assistência, é o grupo em que a assistência garantida por enfermeiras parteiras é mais elevada, face aos restantes, o que pode associar-se ao contexto hospitalar, de natureza pública, por oposição à assistência mais suportada pela presença médica, no privado.

Ainda assim, embora em diferente proporção, em todos os grupos há mais situações cuja assistência é garantida por médicos, o que é muito revelador do atendimento medicalizado na assistência ao parto. A diferente proporção aponta para que quanto mais se sobe na escala social maior a expressão dessa presença no momento do nascimento, chegando, no grupo 4, aos 77,9% de casos assistidos por médicos (quadro 10.25.).

A duração da gravidez é muito normalizada no intervalo das 37 às 41 semanas em todos os grupos. Mas, reforçando os resultados que vimos obtendo, verifica-se que é nos dois grupos com mais recursos que esse padrão tem um peso superior. O grupo 4 é, aliás, o que regista menos casos de durações de gravidez acima das 41 semanas, o que resultará como indicador de um forte controlo do percurso da gravidez e respetiva duração.

Os grupos 2 e 3 assumem-se, claramente, como grupos de transição, com tendências próximas entre si e fazendo, também, cada um deles, a ponte com o grupo extremo mais próximo.

Quadro 10.25. Distribuição da população fecunda dos diferentes grupos sociais em função da assistência no nascimento e da duração da gravidez, Portugal, 2010

		Grupos sociais							
		Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Assistência	Médico	1885	53,9	6520	57,4	31928	62,7	26123	77,9
	Enf.Parteira	1613	46,1	4833	42,6	18967	37,3	7394	22,1
	Total	3498	100,0	11353	100,0	50895	100,0	33517	100,0
Duração gravidez (semanas)	28-31	33	0,9	104	0,9	397	0,8	250	0,7
	32-36	284	8,0	745	6,5	3335	6,5	2265	6,8
	37-41	3204	90,2	10488	91,9	46930	92,2	30846	92,2
	+ 41	31	0,9	72	0,6	265	0,5	99	0,3
	Total	3552	100,0	11409	100,0	50927	100,0	33460	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados nados-vivos, 2010, cedidas por INE

Se considerarmos, agora, a distribuição da população fecunda pertencente aos diferentes grupos sociais constituídos pelo local de nascimento (quadro 10.26.), verificamos, num contexto de institucionalização quase absoluta desses acontecimentos, que é no grupo 1 que se encontra o maior peso de nascimentos no domicílio, com o dobro de nascimentos

em relação ao peso dos nascimentos nesse local revelado nos grupos 2 e 4, sendo o grupo 3 aquele em que se verifica uma menor expressão de população fecunda nessa categoria.

Quadro 10.26. Distribuição da população fecunda dos diferentes grupos sociais em função do local de nascimento (percentagem em coluna), Portugal, 2010

Local nascimento	Grupos sociais							
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Domicílio	56	1,6	96	0,8	373	0,7	263	0,8
Hospital	3499	97,9	11326	98,9	50695	99,1	33303	99,1
Outro local	18	0,5	32	0,3	80	0,2	40	0,1
Total	3573	100,0	11454	100,0	51148	100,0	33606	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados nados-vivos, 2010, cedidas por INE

Atrevemo-nos, ainda assim e apesar da discrepância do valor total de nados-vivos associados aos diferentes grupos, a olhar para os valores absolutos dessa distribuição, que nos revelam 373 e 263 casos de nados-vivos ocorridos no domicílio nos grupos 3 e 4, respetivamente, face a 56 e 96 casos referentes aos grupos 1 e 2.

Os casos que acabamos de referir terão significados e enquadramentos assistenciais diferenciados, mesmo reportando-se todos ao contexto domiciliário. De facto, o peso expressivo assumido por uma assistência especializada (médico ou enfermeira parteira), nos grupos 3 (91,15%) e 4 (96,96%), por contraponto à assistência garantida por enfermeiras não parteiras ou outra pessoa, face ao peso dessa assistência especializada nos grupos 1 (55,36%) e 2 (76%), parece revelar, no contexto da população fecunda com mais recursos, uma intencionalidade e preparação para a ocorrência de nascimentos no contexto de domicílio (Santos, 2012) face a situações provocadas, eventualmente, pelo acaso.

Nesse sentido, se nos centrarmos apenas na assistência especializada, verificamos que os casos de nascimentos no domicílio são tanto mais assegurados por médicos quanto mais se sobe na escala social (quadro 10.27.).

Quadro 10.27. Distribuição da população fecunda dos diferentes grupos sociais pelo tipo de assistência nos nascimentos domiciliários (percentagem em coluna), Portugal, 2010

Assistência	Grupos sociais									
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico	15	48,4	40	54,8	198	58,2	154	60,4	407	58,2
Enf. Parteira	16	51,6	33	45,2	142	41,8	101	39,6	292	41,8
Total	31	100,0	73	100,0	340	100,0	255	100,0	699	100,0

Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados nados-vivos, 2010, cedidas por INE

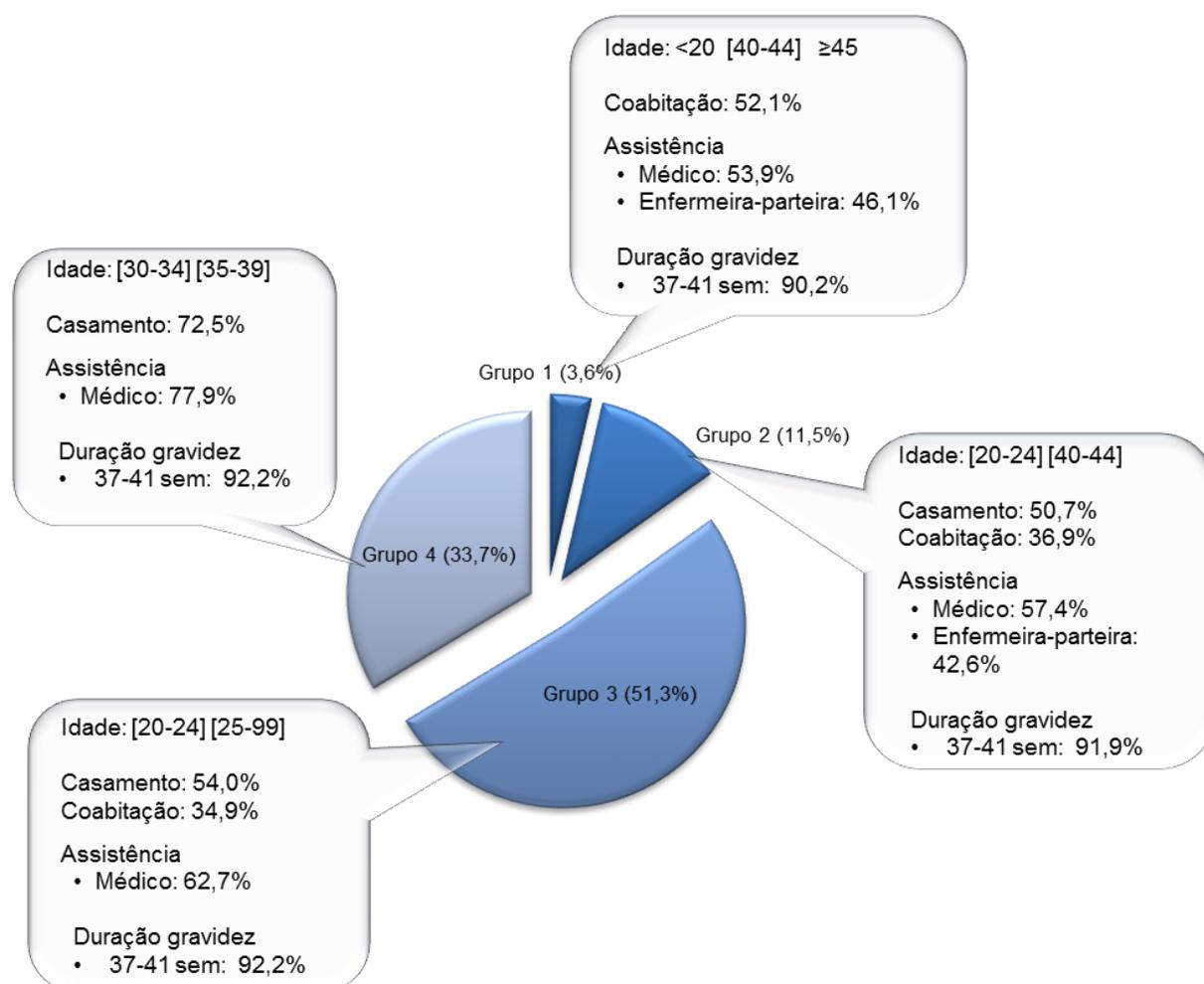
Fica, apesar de tudo, a dúvida sobre se alguns destes casos que se dizem assistidos por profissionais especializados não terão acontecido em casa sem assistência e depois sido encaminhados para o hospital onde terão recebido finalmente uma assistência especializada correspondente ao padrão institucionalizado de nascimento.

10.5. Tipologia da população fecunda

Ao longo da análise centrada nas características da população fecunda em Portugal em 2010, foi-se reforçando a ideia da existência de diferentes perfis de mulheres cuja posição social se apresenta como um capital diferenciador de recursos no acesso a condições específicas no nascimento dos seus filhos.

A figura 10.23. procura sistematizar os resultados mais significativos apurados para cada perfil.

Figura 10.23. Caracterização dos grupos sociais de população fecunda, Portugal, 2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de base de dados nados-vivos, 2010, cedida por INE

A distribuição gráfica central divide a população fecunda em quatro grupos sociais. O forte peso dos grupos 3 e 4 revelam a supremacia, no seio da população fecunda em Portugal em 2010, de população com mais recursos sociais, isto é, de população maioritariamente ativa, instruída e qualificada profissionalmente.

A pertença a cada um dos grupos revela-se, por seu lado, diferenciadora da forma como é vivida e gerida a fecundidade, em termos sociodemográficos e assistenciais.

Em termos etários, os grupos 1 e 2, correspondentes a posições sociais inferiores, revelam fecundidades em idades extremas. São os grupos em que a fecundidade acontece mais cedo mas também aqueles em que a fecundidade continua a acontecer para lá dos 40 anos. Estes calendários alargados terão implicações nos resultados da intensidade das descendências.

O grupo 3 é marcado por um calendário fecundo centrado entre os 20 e os 30 anos, na transição para o último grupo que é o que mais adia a sua fecundidade, concentrando-a entre os 30 e os 40 anos. Esta é, em muitos casos, uma fecundidade de primeira ordem.

No que diz respeito à situação conjugal, a diferenciação dos grupos é clara. O grupo 1 tem um peso maior de população em situação de coabitação e revela-se menos homogâmico. Nos grupos 2 e 3, as situações conjugais estão repartidas. O grupo 4 é o que reúne mais situações de estabilidade conjugal (casamento e coabitação) com um forte peso de população casada e é também aqui que se verifica a maior tendência para as situações de homogamia no casal.

Esta variável marca o carácter muito homogêneo e destacado deste grupo, característica que se reforça quando introduzimos as variáveis relativas às condições de nascimento.

É, justamente, no grupo 4 que a assistência no nascimento é, sobretudo (em perto de 80% dos casos), garantida por médicos, enquanto no grupo 1 os médicos estão presentes em pouco mais de metade dos nascimentos.

No que diz respeito à duração da gravidez, apesar da diferença menos expressiva, também se percebe uma maior tendência para a normalização e uniformização dos acontecimentos, neste caso, no intervalo entre as 37-41 semanas, variando mais nos dois grupos com menos recursos.

Nesse sentido, as posições sociais mais favorecidas, isto é, elevados níveis de instrução e socioprofissionais apontam para nascimentos mais enquadrados em modelos médicos e normalizados de nascimento. Nesse contexto, a perceção do risco associado ao nascimento de um filho remete para uma gestão da fecundidade que garanta o acompanhamento médico especializado nesse processo que, por sua vez, determinará durações de gravidez mais normalizadas e a institucionalização quase absoluta dos nascimentos.

Mas deixa, também, uma pequena margem para estas mulheres optarem por um modelo mais marginal, onde se escapa à norma eventualmente por opção e através de um acesso mais direto, *capacitado* e menos mediado à informação, como o revelam os números de gravidezes mais prolongadas, também neste grupo, de nascimentos no domicílio, mas devidamente acompanhada.

De qualquer forma, e sendo quase universal o número de nascimentos ocorridos em contexto hospitalar no nosso país, na atualidade, vamos procurar enquadrar, de seguida, a realidade dos partos hospitalares em Portugal, no sentido de perceber em que medida a institucionalização, já identificada, dos nascimentos determina a sua medicalização e intervenção tecnológica.

Vamos, assim, caracterizar não a população fecunda de uma forma direta mas os nascimentos propriamente ditos que essa população protagoniza.

Para tal, consideraremos a análise a partir de diferentes dimensões que se cruzarão entre si. Por um lado, uma dimensão temporal, no sentido de caracterizar a evolução da institucionalização dos nascimentos.

Por outro, a regional, que se justifica, nesta fase da análise, pela diferença de padrões que encontramos ao longo do país, seguramente por diferentes razões, fazendo nós alusão às de carácter legislativo.

Outra dimensão a considerar será a que se refere à natureza institucional dos hospitais que, veremos, não é uma variável neutra na forma como decorrem os nascimentos, o que remete para a última dimensão, porventura a mais importante, como reveladora da medicalização e intervenção nos nascimentos, e que tem a ver com o tipo de parto.

Com efeito, a diferença na frequência de partos instrumentalizados que se encontra entre hospitais públicos e privados vai revelar-se um dos indicadores mais apurados da tendência para a intervenção que se encontra em contextos específicos.

Esses contextos não poderão ser, pela análise estatística, totalmente entendidos, na medida em que não é possível cruzar os dados até aqui trabalhados (onde se caracterizava a população fecunda), decorrentes de uma fonte (bases de dados dos nados-vivos), com os referentes aos partos hospitalares, decorrentes do Inquérito aos Hospitais, e que se prendem com o tipo de parto (eutócico e distócico) e a natureza dos hospitais (público vs. privado)¹²¹.

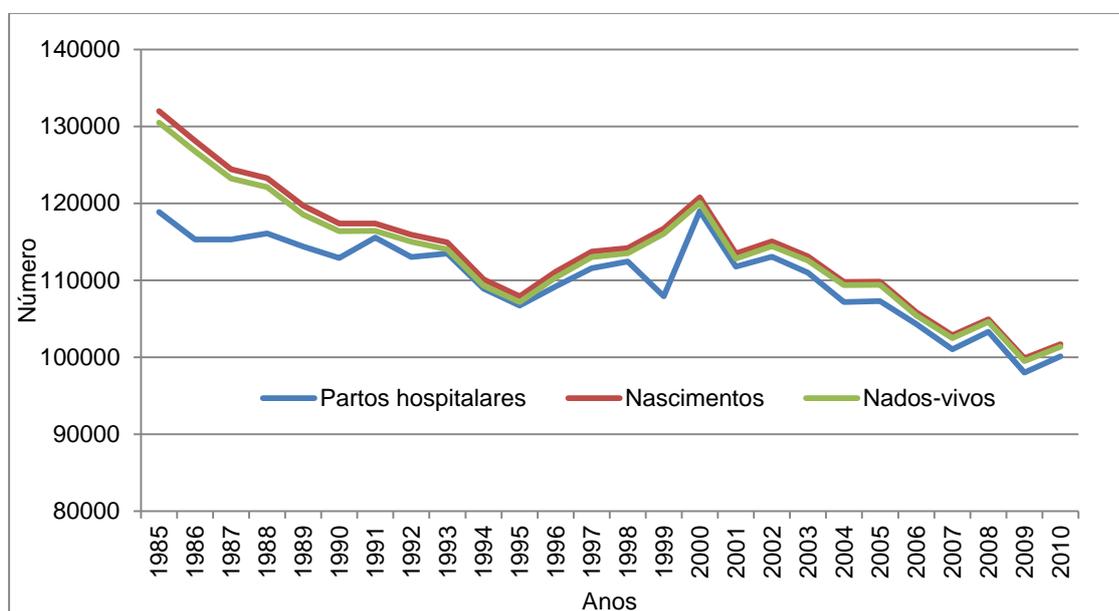
¹²¹ No âmbito da nossa análise é, de facto, de lamentar que as variáveis “tipo de parto” e “natureza do hospital” não possam cruzar-se com a caracterização sociodemográfica das mulheres fecundas, como aconteceria caso essas variáveis constassem do verbete de nado-vivo. Esta reflexão foi feita com mais detalhe num capítulo anterior.

10.6. Institucionalização e *instrumentalização* dos nascimentos

10.6.1. Partos e nascimentos: evolução e institucionalização

A aproximação clara entre os valores relativos aos partos hospitalares e os dos nascimentos acontece, em Portugal, a partir do início da década de 1990, para não mais retroceder, salvo em 1999, ano em que se dá uma quebra do número de partos hospitalares, rapidamente recuperada (figura 10.24.).

Figura 10.24. Evolução do número de partos hospitalares, nascimentos e nados-vivos em Portugal, 1985-2010



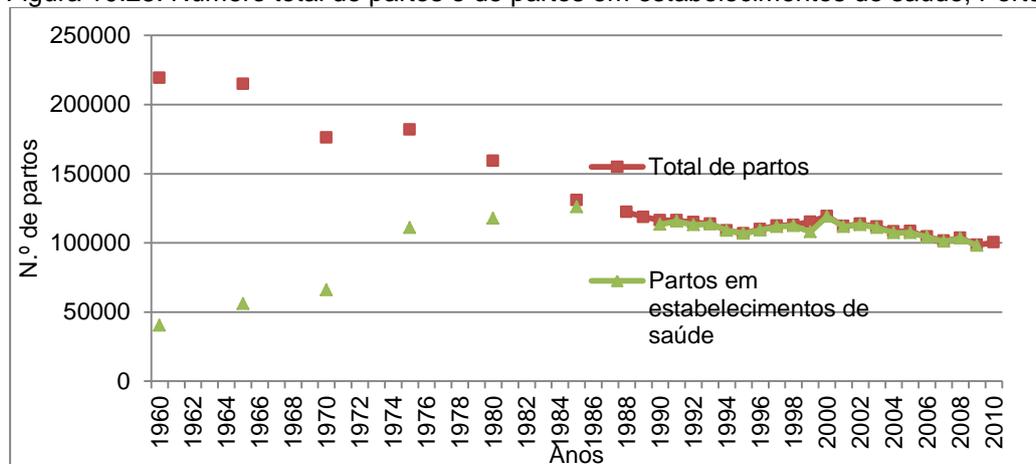
Fonte: cálculos próprios a partir de - (Partos) Inquérito aos Hospitais, INE/DGS; (Nados-vivos e nascimentos) Verbete nado-vivo e verbete óbito fetal, INE

Se recuarmos a 1960 e considerando dados com 5 anos de intervalo no período inicial, vemos uma realidade muito distante daquela que começou a desenhar-se a meio da década de 1980 e que se consolidou no início dos anos 1990, no sentido da hospitalização dos partos (figura 10.25.).

Com efeito, em 1960 eram 40411 os partos que ocorriam em contexto hospitalar face a um total de 219164, representando menos de 1/5 (18,4%) dos mesmos. O peso dos partos hospitalares subiu para 26,1% e 37,5%, em 1965 e 1970, respetivamente, sendo que, de 1970 para 1975 e de 1975 para 1980, começa a anunciar-se já um salto significativo no sentido da consolidação da institucionalização dos nascimentos, ocorrendo mais de metade (61,1% e 73,8%, respetivamente) em contexto hospitalar. A que não deve ser alheia a

criação, no seguimento do 25 de Abril de 1974, do Serviço Nacional de Saúde (que aconteceu em 1979).

Figura 10.25. Número total de partos e de partos em estabelecimentos de saúde, Portugal, 1960-2010



Fontes: partos - INE, Estatísticas Demográficas até 1984 e INE (verbete nado-vivo), Inquérito aos Hospitais e Centros de Saúde (INE/DGS) desde 1985 (daí quebra de série nesse ano), via PORDATA

A tendência para a universalização dos nascimentos em meio hospitalar, consolidada a partir do início da década de 1990 está claramente associada à já referida criação, por iniciativa da então Ministra da Saúde, Leonor Beleza, da 1ª Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI), no âmbito da qual se definiu o 1º Plano Nacional de Saúde Materno Infantil onde se redefiniram e redesenharam novas políticas de apoio à saúde materna e infantil, nomeadamente, através da construção e reabilitação de equipamentos e estabelecimentos de saúde direcionados para essas valências, de uma boa articulação entre os serviços e instituições de cuidados de saúde primários e cuidados mais diferenciados e especializados e da aposta num acompanhamento continuado às mulheres, começando ao nível do planeamento familiar.

Houve, também, a preocupação de alargar os cuidados relativos à saúde materno-infantil a todo o território nacional de uma forma tão homogénea quanto possível, tendo-se criado, para além das infraestruturas locais, uma rede de transportes rodoviário e aéreo (INEM) no sentido de transferir as situações de maior risco para os estabelecimentos com capacidade de assistência, o que implica, por si só, uma boa articulação entre serviços.

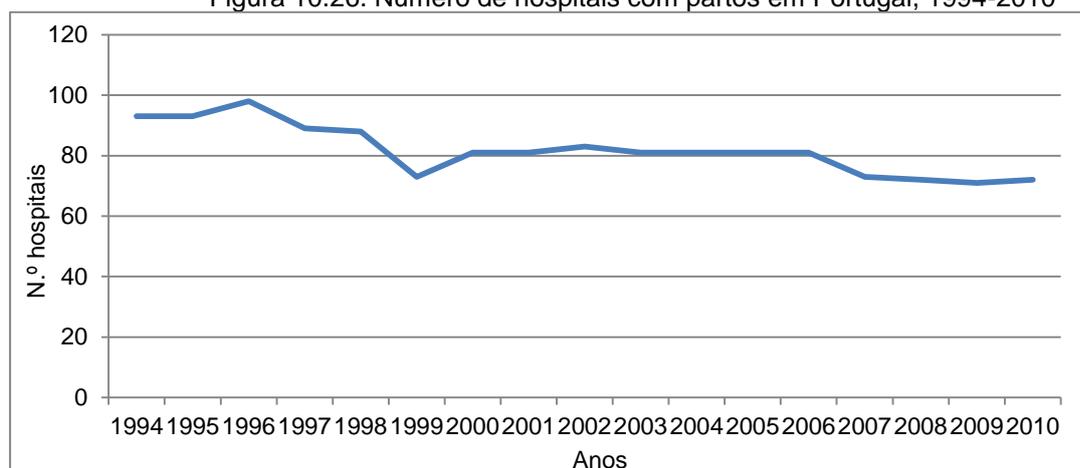
A partir de 1994, ano a partir do qual temos informação estatística disponível sobre o número de hospitais com partos, e até 2010, verificamos ao longo das diferentes regiões, sobretudo as mais centrais, com um maior número de hospitais à partida a oferecer uma rede de cuidados nas valências da saúde reprodutiva e infantil, a tendência para a redução do número total de estabelecimentos a oferecer o serviço de atendimento ao parto (figura 10.26.).

A única região, aliás, que, ao longo do período, mantém (isto é, não reduz) o número de hospitais com partos é a Região Autónoma da Madeira.

As quebras mais evidentes verificam-se, justamente, nas três regiões com uma maior rede hospitalar – Norte, Centro e Lisboa – na segunda metade da década de 1990 e o Norte e o Centro na segunda metade da década de 2000, registando o Norte uma recuperação de 2009 para 2010, no número de hospitais.

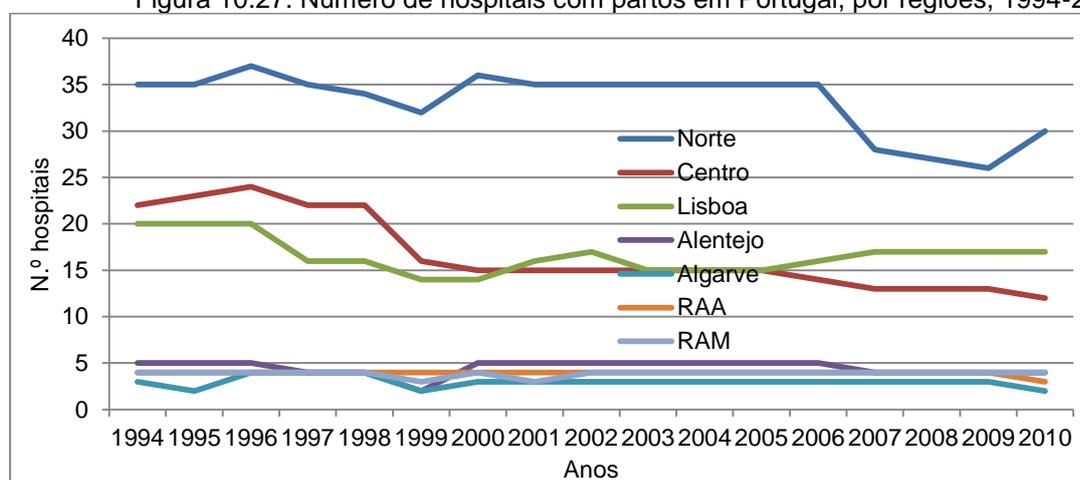
O país, no seu conjunto, passando de 93 para 72 hospitais com partos perdeu, entre 1994 e 2010, 21 hospitais com esta valência (figura 10.26.), o que corresponde a decréscimo de 22,5%. Valor que pode ser lido por referência a uma quebra de nascimentos, em igual período, de 7,6% (que passaram de 110112 para 101715).¹²²

Figura 10.26. Número de hospitais com partos em Portugal, 1994-2010



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais 1994-2010

Figura 10.27. Número de hospitais com partos em Portugal, por regiões, 1994-2010



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais 1994-2010

A diminuição do número de hospitais nas regiões e períodos indicados (figura 10.27.) é a que resulta do encerramento de um conjunto de blocos de partos e respetivas unidades de saúde, decretado politicamente. Esse encerramento teve efeitos ao nível público, sendo

¹²² Em anexo encontram-se quadros com a evolução dos valores para o período considerado.

'compensado', na região mais afetada, a região Norte, com o surgimento de hospitais com essa valência, pela iniciativa privada.

Com efeito, se entre 1994 e 2010, na região Norte, houve uma diminuição de 23 para 13 Hospitais públicos com partos, os privados¹²³ aumentaram de 12 para 17, sendo que nas regiões de Lisboa e Centro houve uma redução na oferta mas muito mais expressiva no Centro que perdeu quase metade (42%) dos hospitais públicos com blocos de partos em funcionamento e 2 em 3 privados (quadro 10.28.).

Na região de Lisboa, o número de hospitais públicos com a valência referida (11) era, à partida, inferior ao do Norte e do Centro, sofrendo, também pela centralidade da região, uma redução menor (apenas 1 fechou nesse período). No privado, a diminuição foi de 9 para 7 hospitais.

Quadro 10.28. Número de hospitais com partos, segundo a natureza institucional, por regiões, Portugal, 1994-2010

Anos	Portugal		Continente		Norte		Centro		Lisboa		Alentejo		Algarve		RAA		RAM	
	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.	Púb.	Priv.
1994	64	29	60	25	23	12	19	3	11	9	5	0	2	1	3	1	1	3
1995	65	28	31	24	23	12	20	3	11	9	5	0	2	0	3	1	1	3
1996	66	32	62	28	23	14	20	4	12	8	5	0	2	2	3	1	1	3
1997	58	31	54	27	21	14	18	4	9	7	4	0	2	2	3	1	1	3
1998	58	30	54	26	21	13	18	4	9	7	4	0	2	2	3	1	1	3
1999	48	25	44	22	19	13	12	4	9	5	2	0	2	0	3	1	1	2
2000	53	28	49	24	21	15	12	3	9	5	5	0	2	1	3	1	1	3
2001	54	27	50	24	21	14	12	3	10	6	5	0	2	1	3	1	1	2
2002	54	29	50	25	21	14	12	3	10	7	5	0	2	1	3	1	1	3
2003	54	27	50	23	21	14	12	3	10	5	5	0	2	1	3	1	1	3
2004	54	27	50	23	21	14	12	3	10	5	5	0	2	1	3	1	1	3
2005	54	27	50	23	21	14	12	3	10	5	5	0	2	1	3	1	1	3
2006	53	28	49	24	20	15	12	2	10	6	5	0	2	1	3	1	1	3
2007	44	29	40	25	13	15	11	2	10	7	4	0	2	1	3	1	1	3
2008	44	28	40	24	13	14	11	2	10	7	4	0	2	1	3	1	1	3
2009	44	27	40	23	13	13	11	2	10	7	4	0	2	1	3	1	1	3
2010	44	28	40	25	13	17	11	1	10	7	4	0	2	0	3	0	1	3

Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais 1994-2010

Ainda assim, e feito o balanço da diminuição do número de hospitais com blocos de partos, verificamos que no período considerado em Portugal houve uma clara diminuição da oferta ao nível público e uma quase manutenção da oferta privada, sendo as regiões com maiores oscilações nesta dupla oferta, a região Norte (perdendo de um lado e ganhando do outro) e a região Centro (que perdeu nas duas frentes).

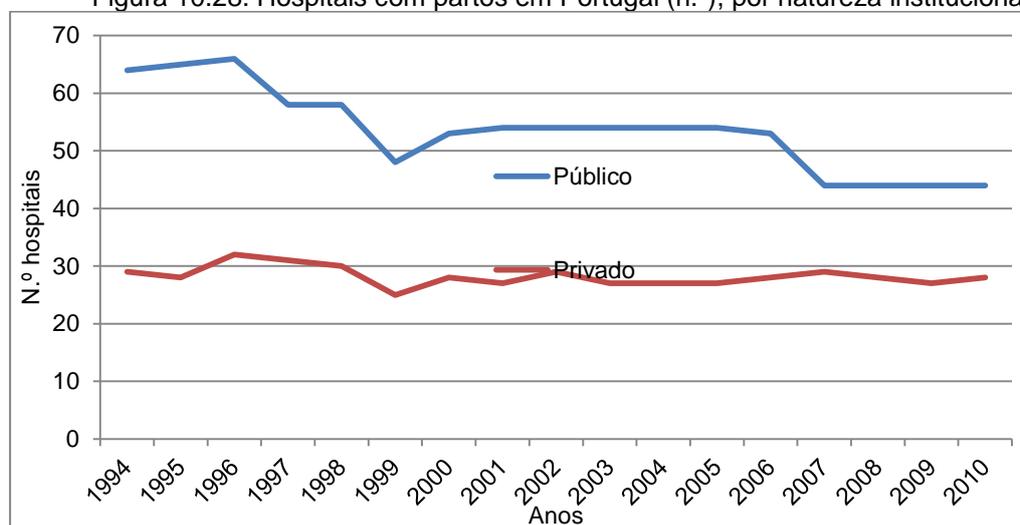
¹²³ Adotamos, aqui, a terminologia de hospitais públicos vs. privados, apesar de o INE se referir a hospitais oficiais vs. privados.

A região do Alentejo não tem, até 2010, qualquer oferta de serviços a nível privado, tendo oscilado a oferta pública ao longo dos anos analisados e registando entre o início e o fim do período a perda de 1 hospital com bloco de partos.

O Algarve e os Açores mantiveram sempre a oferta pública ao longo do período (2 e 3 hospitais, respetivamente) e chegaram a 2010 sem qualquer oferta ao nível privado, o que não aconteceu nos anos anteriores. As duas regiões insulares foram as mais estáveis no número de hospitais com blocos de partos, ao longo do período.

Voltando aos valores nacionais (figura 10.28.), a diminuição da oferta pública, no que diz respeito ao número de hospitais onde decorrem partos, compensada pela oferta privada (embora desigual e diferenciada, em termos regionais, como vimos), deverá ter impacto na procura dos serviços.

Figura 10.28. Hospitais com partos em Portugal (n.º), por natureza institucional, 1994-2010



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais 1994-2010

A distinção desses serviços face aos do sector público parece cingir-se cada vez menos apenas a questões financeiras. Vejamos, então, como responde a população na procura dos serviços disponíveis, analisando, de seguida, o número de partos ocorridos nos diferentes tipos de estabelecimentos.

Ao longo do tempo e em regiões específicas, fica clara a tendência para um aumento da procura de soluções de parto no sector privado onde se garantem condições diferenciadas face ao público mas, obviamente, associadas a custos financeiros mais elevados.

Essa diferenciação nas condições oferecidas pode implicar que esses serviços se tornem uma primeira escolha das gestantes e parturientes que, assim sendo, poderão não ter qualquer contacto com os serviços no sector público.

Entre outros aspetos, o que pode diferenciar, à partida, os cuidados dispensados no nascimento num hospital público e privado pode passar pelo acompanhamento, no privado,

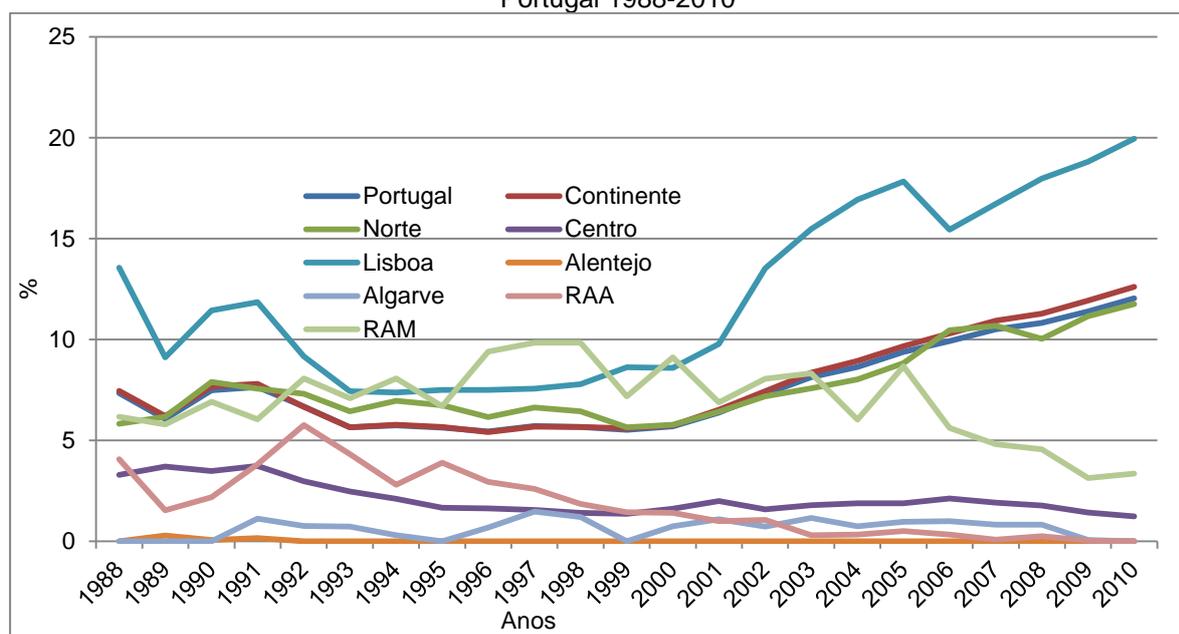
mais regular da gravidez, marcado por mais consultas médicas e de enfermagem, por mais exames (rastreios sanguíneos e ecografias), pela garantia da presença do médico assistente, não só ao longo da gravidez mas também no próprio parto, por mais privacidade e conforto na fase do pós-parto.

O sistema permite, também, situações mistas, em que há um acompanhamento da gravidez no sector privado, acontecendo o parto num hospital público, entrando aqui razões de ordem financeira, como o custo elevado do nascimento nos hospitais de natureza privada, ou a crença de que eventuais complicações serão melhor resolvidas em hospitais públicos, entre outras.

Ora, em termos de resultados, começamos por dizer que em 2010 a grande maioria dos partos, em Portugal, em 2010, ocorreu em hospitais públicos (87,96%).

Contudo, os valores relativos à evolução dos partos hospitalares em função da sua natureza institucional permitem dizer que em Portugal, ao longo de mais de duas décadas (de 1988 a 2010), se registou uma diminuição, em cerca de 5%, de partos ocorrido no sector público implicando um acréscimo nos ocorridos no privado (figura 10.29.)¹²⁴.

Figura 10.29. Evolução dos partos hospitalares no sector privado (%), por regiões (NUTS II), em Portugal 1988-2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de INE, Inquérito aos Hospitais 1988-2010

Nota: quebra de série a partir de 2001, pela reconfiguração em termos geográficos e territoriais das NUTS II, com alargamento das regiões Alentejo e Centro e diminuição da região de Lisboa e Vale do Tejo, que perdeu sub-regiões para as duas anteriores regiões e mudou de designação para Lisboa (ver explicação detalhada em www.ine.pt)

Uma evolução semelhante à do país ocorreu na região Norte que viu subir para o dobro (de 5,83% para 11,76%, entre 1988 e 2010) o peso dos partos hospitalares no sector privado.

¹²⁴ Os valores quantitativos correspondentes a este gráfico encontram-se num quadro em anexo.

Ainda assim, Lisboa é região do país que mais viu crescer o número de partos nos hospitais privados, o que estará, obviamente ligado à oferta disponível mas, também às próprias características da população que recorre a estes serviços. Assim, em 2010, quase 20% (19,96%) dos partos nesta região aconteciam no sector privado.

Todas as outras regiões viram aumentar o peso dos partos hospitalares em estabelecimentos públicos, sendo que o Alentejo, o Algarve e os Açores, não tendo hospitais privados em 2010 também chegam a este ano com a totalidade de partos a ocorrer no sector público.

O aumento de partos em hospitais públicos na região Centro poderá estar associado à disparidade entre a oferta pública e privada na região, sendo esta última muito pobre (apenas 1 hospital) face à situação de Lisboa e Norte, por exemplo.

É curioso assim, perceber, que são as regiões onde, de longe, ocorrem mais nascimentos e as mais centrais, no sentido de concentrarem as duas grandes áreas metropolitanas do país (regiões de Lisboa e Norte) as que concentram uma maior oferta privada, definida pelo número de hospitais. No caso do Norte, a quebra da oferta pública, neste período, terá potenciado o crescimento de oferta na rede hospitalar privada.

Em Lisboa, a variação da oferta é menos acentuada, podendo aqui a subida na procura de hospitais privados como local de nascimento dos filhos dever-se a outros fatores, como certas especificidades nas características da população.

De facto, a região de Lisboa é aquela que se demarca de todas as outras no sentido de assumir uma forte subida do número de partos ocorridos em hospitais privados, desde o início da década de 2000.

Este fenómeno de 'privatização institucional' dos nascimentos é um fenómeno cuja ascensão é, assim, recente mas que nesta região se revela significativo uma vez que representa já cerca de um quinto dos casos.

É ainda mais significativo se verificarmos que não são apenas as condições do nascimento como as descritas em cima que variam. O próprio parto pode acontecer de forma tendencialmente diferente em função da sua ocorrência num estabelecimento público ou privado.

A análise desta distinção é importante na medida em que o tipo de parto não é uma variável neutra, em termos de resultados para a saúde materna (e infantil).

10.6.2. Instrumentalização dos partos

A terminologia médica distingue, no que diz respeito à forma como decorrem os partos ou mais concretamente o período expulsivo do bebé, os 'partos eutócicos' (vulgarmente designados de partos normais ou vaginais), dos 'partos distócicos' (aqueles em que existe intervenção por via da utilização de *fórceps* ou ventosas ou até pela ocorrência de

cesariana, uma intervenção cirúrgica) que, pelas suas características, designamos de *instrumentalizados*¹²⁵ (Castro e Clapis, 2005: 963).

A distinção entre a ocorrência de partos eutócicos e partos distócicos (que em termos estatísticos são divididos em ‘cesarianas’ e ‘outros’, sendo que a categoria ‘outros’ se refere aos partos com *fórceps* e ventosas) só começou a existir na publicação das estatísticas que analisamos (decorrentes do Inquérito aos Hospitais), a partir de 1999. Até então (desde 1985) só existe informação disponível relativa ao total de partos e cesarianas.

Esta informação pode ter uma leitura analítica, revelando, por um lado, o aumento do número de casos que justifica uma maior diferenciação de categorias e, por outro, a importância dada à distinção entre as diferentes formas de nascimento e a correspondência, por exemplo, com os padrões propostos por instituições como a Direção-Geral da Saúde, a nível nacional, e a Organização Mundial de Saúde, a nível internacional.

No que diz respeito ao aumento do número de casos, fica evidente uma mudança de padrão na condução dos partos, no sentido de uma maior intervenção e instrumentalização, ao longo da última década, o que se aplica a todas as regiões sem exceção (quadro 10.29 e figura 10.30.).

Portugal, em termos médios, e praticamente todas as regiões chegaram ao início da década de 2000 com um terço ou mais de partos instrumentalizados face ao total de partos, chegando ao ano de 2010 com cerca de metade ou mais de metade de partos dessa natureza.

Em apenas uma década, as regiões Norte, Centro e Lisboa viram aumentar a incidência de partos instrumentalizados em 10% ou um pouco mais, o Alentejo em 13,15% e os Açores em 16,18% (com uma forte subida de 2009 para 2010). São alterações muito expressivas num espaço de tempo tão curto.

O Algarve (com um aumento de 8,16%) e a Madeira (6,34%), vendo também subir o peso de partos instrumentalizados no total de partos, assumem as variações menos acentuadas, sendo que a Madeira, no último ano, regista até um decréscimo no valor do indicador.

¹²⁵ A este propósito, importa dizer que foi publicado, em 2012, um documento de consenso entre a Direção-Geral da Saúde, a Ordem dos Enfermeiros e a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras, pela promoção do parto normal. Nesse documento, define-se como parto normal um “parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição” (Leite, 2012: 18). São excluídos desta classificação os partos em que ocorram as situações de “indução do trabalho de parto (com prostaglandinas, ocitócicos ou rotura artificial de membranas), fórceps, ventosa, anestesia geral, cesariana” (Leite, 2012: 19).

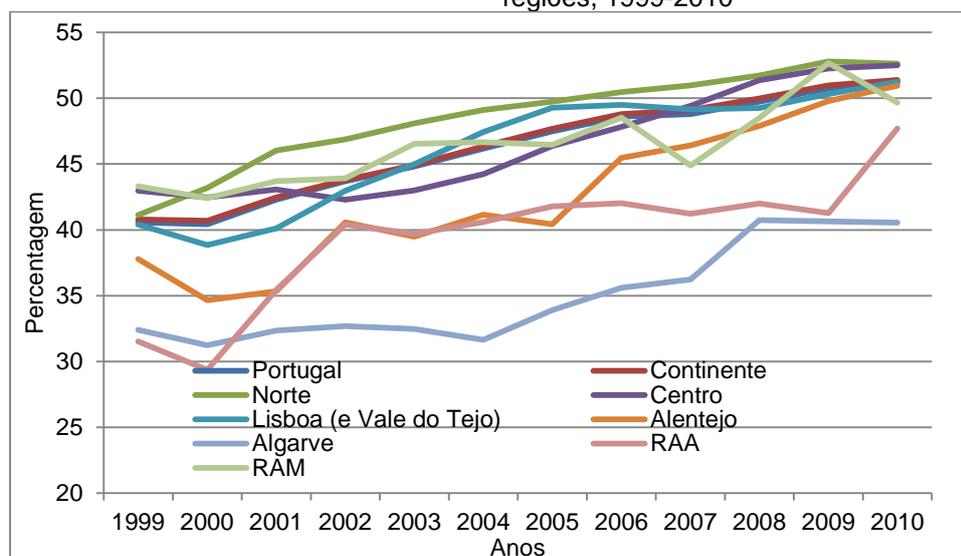
Quadro 10.29. Evolução do número de partos hospitalares instrumentalizados em Portugal (%), por regiões, 1999-2010

Anos	Portugal	Continente	Norte	Centro	Lisboa (e Vale do Tejo)	Alentejo	Algarve	RAA	RAM
1999	40,58	40,79	41,13	42,96	40,41	37,79	32,39	31,53	43,32
2000	40,42	40,7	43,18	42,45	38,84	34,65	31,24	29,36	42,42
2001	42,29	42,45	46,03	43,06	40,11	35,33	32,35	35,42	43,7
2002	43,7	43,79	46,87	42,29	42,97	40,57	32,7	40,41	43,92
2003	44,82	44,92	48,09	42,99	44,98	39,49	32,48	39,69	46,54
2004	46,18	46,33	49,1	44,22	47,44	41,16	31,65	40,6	46,65
2005	47,47	47,67	49,74	46,36	49,27	40,42	33,9	41,79	46,47
2006	48,6	48,79	50,47	47,81	49,5	45,48	35,61	42,03	48,52
2007	48,8	49,11	50,97	49,42	49,16	46,42	36,23	41,22	44,88
2008	49,73	49,99	51,72	51,37	49,26	47,9	40,73	41,99	48,49
2009	50,74	50,97	52,78	52,25	50,32	49,78	40,65	41,28	52,68
2010	51,23	51,38	52,63	52,49	51,25	50,94	40,55	47,71	49,66

Fonte: Cálculos próprios a partir de Inquérito aos Hospitais 1999-2010, INE

Nota: quebra de série a partir de 2001, pela reconfiguração em termos geográficos e territoriais das NUTS II, com alargamento das regiões Alentejo e Centro e diminuição da região de Lisboa e Vale do Tejo, que perdeu sub-regiões para as duas anteriores regiões e mudou de designação para Lisboa (ver explicação detalhada em www.ine.pt)

Figura 10.30. Evolução do número de partos hospitalares instrumentalizados em Portugal (%), por regiões, 1999-2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de Inquérito aos Hospitais 1999-2010, INE

Se do conjunto de partos instrumentalizados isolarmos as cesarianas (podendo agora recuar mais, pela disponibilidade maior de dados atrás referida), percebemos, para Portugal, a confirmação da tendência identificada atrás, isto é, uma subida praticamente contínua ao longo de cerca de mais de 2 décadas (quadro 10.30. e figura 10.31.).

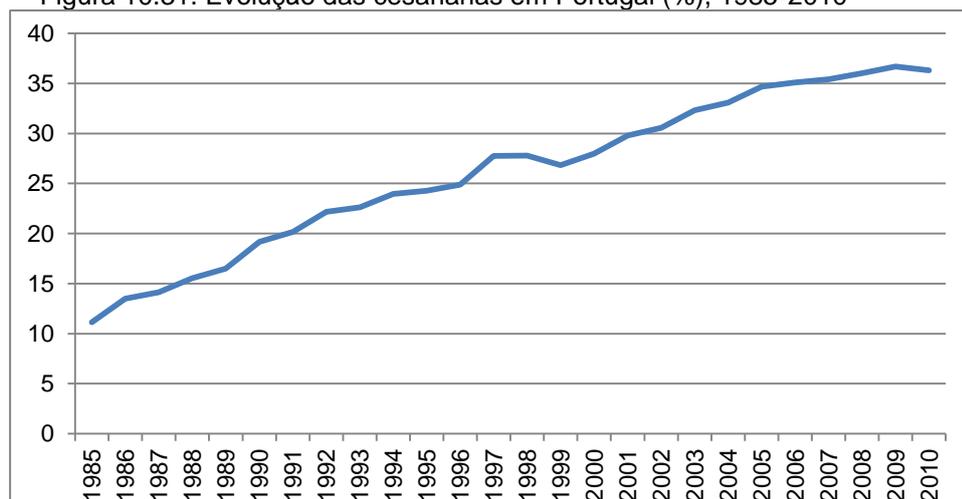
Partíamos, em 1985, de um valor de 11,12% de cesarianas, no total de partos ocorridos no país, valor que se enquadra no intervalo entre 10 e 15%, definido como aceitável pela OMS (WHO, 2009: 25), para atingir 36,29% de nascimentos ocorridos pelo ato cirúrgico que é a cesariana, em 2010.

Quadro 10.30. Evolução do peso das cesarianas no total dos partos (%), Portugal, 1985-2010

Anos	% Cesarianas face ao total de partos	Anos	% Cesarianas face ao total de partos
1985	11,12	1998	27,79
1986	13,5	1999	26,84
1987	14,13	2000	27,98
1988	15,55	2001	29,79
1989	16,5	2002	30,57
1990	19,18	2003	32,32
1991	20,16	2004	33,09
1992	22,17	2005	34,66
1993	22,63	2006	35,08
1994	23,95	2007	35,42
1995	24,27	2008	36,01
1996	24,89	2009	36,7
1997	27,76	2010	36,29

Fonte: Cálculos próprios a partir de Inquérito aos Hospitais 1985-2010, INE

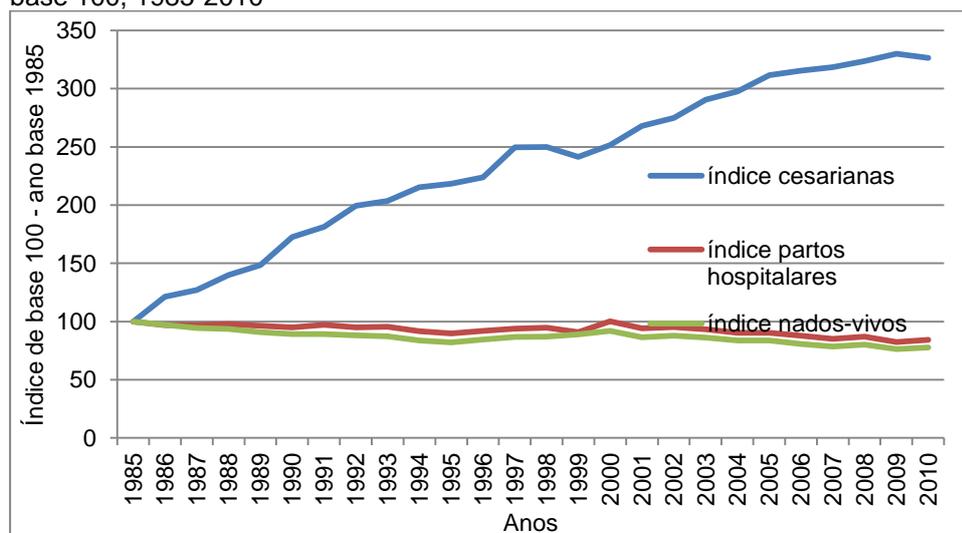
Figura 10.31. Evolução das cesarianas em Portugal (%), 1985-2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de Inquérito aos Hospitais 1985-2010, INE

Este é um fenómeno ímpar, cuja evolução é esmagadora face à de outros acontecimentos, como o da evolução dos valores relativos aos nados-vivos, e face à própria universalização da hospitalização dos partos (figura 10.32.).

Figura 10.32. Evolução dos partos hospitalares, nados-vivos e cesarianas em Portugal - índices de base 100, 1985-2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de Inquérito aos Hospitais 1985-2010, INE

Em termos regionais a tendência é semelhante, sendo até reforçada pelo facto de as regiões que no início do período analisado apresentavam níveis de cesarianas baixos face às restantes, nomeadamente abaixo dos 10% (Alentejo, Açores e Madeira), ao longo do período se terem aproximado da incidência de cesarianas das restantes regiões (quadro 10.31.).

É assim que todas as regiões chegam ao final do período analisado (ano de 2010) com um peso de cesarianas igual ou superior a 30% do total de partos. O que revela uma clara homogeneização e uniformização de procedimentos médicos em matéria de assistência ao nascimento, atestada, aliás, pela existência de protocolos hospitalares com regras definidas sobre como catalogar e atuar em cada situação específica dos períodos de pré, durante e pós-parto, a que já aludimos.

De referir ainda que são as regiões do Norte, de Lisboa e do Alentejo que registam o maior peso de cesarianas, em 2010, sendo que o Norte e Lisboa já registavam, em 1988, valores superiores a 15%. A Madeira é a região que regista a menor incidência deste tipo de nascimento.

Quadro 10.31. Evolução do número de cesarianas em Portugal (%), por regiões, 1988-2010

Anos	Portugal	Continente	Norte	Centro	Lisboa (e Vale do Tejo)	Alentejo	Algarve	RAA	RAM
1988	15,55	15,89	18,68	12,19	16,39	4,59	11,59	9,58	9,67
1989	16,5	16,88	19,05	16,16	16,66	4,93	12,27	12,16	9,05
1990	19,18	19,31	21,96	17,41	19,57	3,81	14,97	22,25	12,27
1991	20,16	20,51	23,03	17,54	20,17	16,22	13,79	15,59	13,25
1992	22,17	22,42	24,54	19,79	22,49	18,02	15,13	19,59	16,62
1993	22,63	22,93	25,11	21,39	22,16	18,4	17,6	17,24	18,75
1994	23,95	24,29	26,97	21,69	23,62	17,62	19,17	18,05	19,88
1995	24,27	24,42	27,96	21,52	22,78	17,89	19,64	21,59	22,54
1996	24,89	25,06	28,08	22,06	24,16	17,53	20,03	21,67	22,81
1997	27,76	27,97	33,53	22,36	25,24	19,45	24,98	24,07	24,78
1998	27,79	27,93	32,42	24,73	25,41	21,47	22,95	25,81	25,2
1999	26,84	27,01	30,96	24,78	24,88	25	21,42	24,27	23,94
2000	27,98	28,2	32,26	26,85	25,54	24,02	21,51	22,79	25,89
2001	29,79	29,9	34,83	28,65	26,3	25,92	23,39	29,46	26,4
2002	30,57	30,6	35,09	27,07	29,3	25,85	21,77	32,49	27,82
2003	32,32	32,34	36,88	27,89	32,01	26,21	23,28	34,79	29,28
2004	33,09	33,12	37,29	28,3	33,56	27,89	24,16	35,48	29,62
2005	34,66	34,71	39,05	30,4	35,12	27,66	24,89	36,97	30,66
2006	35,08	35,21	38,83	31,16	34,8	33,42	25,93	35,32	30,35
2007	35,42	35,66	39,96	31,33	34,9	33,31	26,47	34,41	27,67
2008	36,01	36,3	40,11	32,42	35,29	34,94	30,91	30,68	30,54
2009	36,7	36,92	40,99	31,95	35,99	37,21	31,42	32,15	33,53
2010	36,29	36,54	39,9	31,47	36,08	36,85	32,46	33,43	29,89

Fonte: Cálculos próprios a partir de Inquérito aos Hospitais 1988-2010, INE

Nota: quebra de série a partir de 2001, pela reconfiguração em termos geográficos e territoriais das NUTS II, com alargamento das regiões Alentejo e Centro e diminuição da região de Lisboa e Vale do Tejo, que perdeu sub-regiões para as duas anteriores regiões e mudou de designação para Lisboa (ver explicação detalhada em www.ine.pt)

Analisando agora o peso das cesarianas no total de partos em função da natureza institucional dos hospitais, verificamos tendências muito diferenciadoras do padrão de nascimento entre a realidade do hospital público e do privado (quadro 10.32 e figura 10.33.).

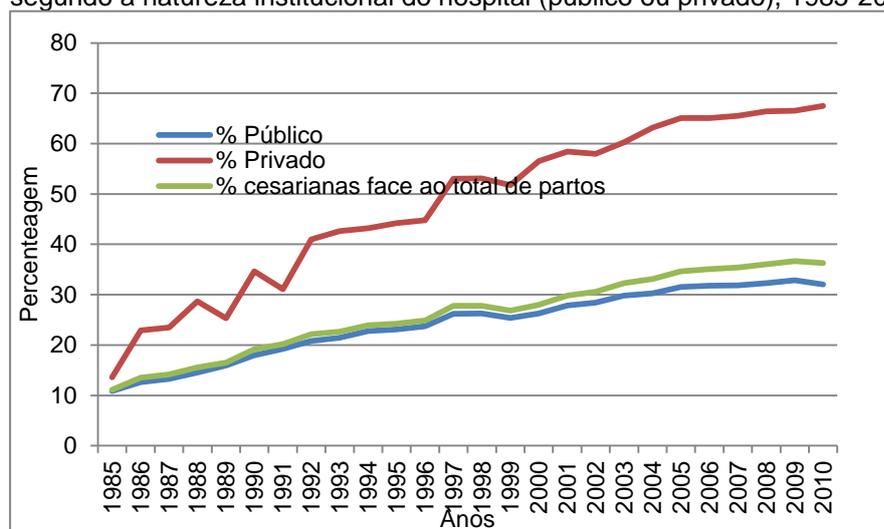
De facto, se em 1985, em ambos os contextos, o peso das cesarianas não ultrapassava o limite recomendado pela OMS e a diferença da incidência de cesarianas, entre eles, não chegava a 3%, logo no ano seguinte essa diferença acentuou-se para se verificar, daí em diante, uma subida gradual da percentagem de cesarianas no sector público até 2010, atingindo nesse ano o valor de 32%. No sector privado, após cerca de meia década de oscilações na incidência deste fenómeno, verifica-se, a partir de 1991, uma subida muito forte do peso dos nascimentos por cesariana que atingem uns surpreendentes 67,47% em 2010.

Quadro 10.32. Evolução do peso das cesarianas no total de partos em Portugal (%), segundo a natureza institucional do hospital (público ou privado), 1985-2010

Anos	Portugal		Anos	Portugal	
	Público	Privado		Público	Privado
1985	10,87	13,57	1998	26,27	53,07
1986	12,63	22,91	1999	25,38	51,74
1987	13,29	23,45	2000	26,25	56,52
1988	14,51	28,67	2001	27,84	58,44
1989	15,93	25,31	2002	28,41	58
1990	17,93	34,66	2003	29,85	60,26
1991	19,25	31,06	2004	30,24	63,19
1992	20,82	40,97	2005	31,51	65,08
1993	21,44	42,62	2006	31,77	65,1
1994	22,78	43,2	2007	31,88	65,5
1995	23,08	44,23	2008	32,32	66,41
1996	23,74	44,8	2009	32,87	66,51
1997	26,23	53,01	2010	32,02	67,47

Fonte: Cálculos próprios a partir de Inquérito aos Hospitais 1985-2010, INE

Figura 10.33. Evolução do peso das cesarianas no total de partos em Portugal (%), no total e segundo a natureza institucional do hospital (público ou privado), 1985-2010

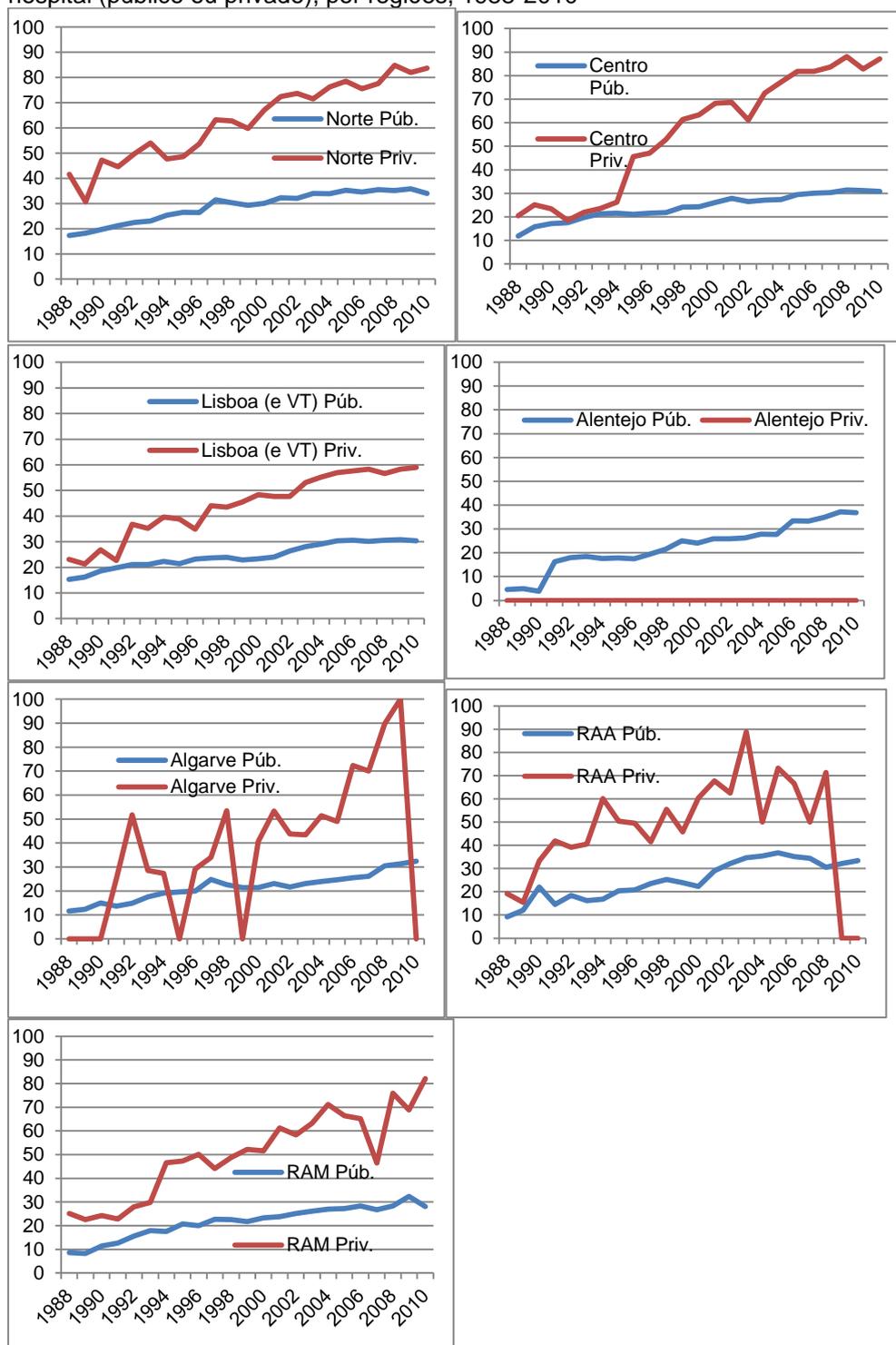


Fonte: Cálculos próprios a partir de Inquérito aos Hospitais 1985-2010, INE

Se situarmos a análise no nível regional, identificamos alguns contornos deste fenómeno que passam pelo carácter diferenciador do tipo de parto que a natureza institucional dos hospitais produz (figura 10.34.).

Assim, verificamos nos hospitais privados um aumento acentuado do peso de cesarianas, em todas as regiões, ao longo do período analisado, e a um ritmo bem mais acelerado do que no sector público, revelando este uma evolução no sentido crescente mas a um ritmo mais moderado e mais constante.

Figura 10.34. Evolução das cesarianas em Portugal (%), segundo a natureza institucional do hospital (público ou privado), por regiões, 1988-2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de Inquérito aos Hospitais 1988-2010, INE

De facto, a forte oscilação da evolução da incidência das cesarianas no sector privado em todas as regiões parece revelar traços muito pouco 'naturais', traduzindo uma dupla diferença face ao que se passa no público: uma subida bastante mais acentuada no privado e marcada por fortes oscilações, ao contrário da maior constância verificada no público. O Alentejo é a exceção por não existirem opções hospitalares privadas.

Outra diferença que reforça a irregularidade da prática das cesarianas no privado face ao público tem a ver com a comparação do peso de cesarianas ocorridas nas diferentes regiões no sector público, por um lado, e no sector privado, por outro.

Com efeito, se os valores da incidência de cesarianas nos hospitais públicos andam relativamente a par nas diferentes regiões, cifrando-nos entre os 30 e os 40% (só a Madeira regista um valor mais baixo, com 28%) no final do período, o mesmo não se pode dizer do que se passa no privado. Aí verifica-se, em 2010, para as regiões Norte, Centro e Madeira, uma incidência de cesarianas na ordem de uns esmagadores 84%, 87% e 82%, respetivamente, em Lisboa verificavam-se 59% de cesarianas no sector privado, e valores nulos para o Alentejo, o Algarve e os Açores.

Vamos percebendo, pela análise, que Lisboa vai assumindo contornos particulares em termos de tendência na assistência e nos resultados do nascimento, isolando-se em alguns indicadores e revelando, talvez, uma maior centralidade e a concordância com algumas determinações internacionais, no sentido da prudência na intervenção médica.

Fica como apontamento do que fomos analisando a constatação de uma dupla orientação que se autorreforça e que passa por um claro aumento de partos ocorridos em instituições de natureza privada (salvo nas regiões em que não há oferta), acompanhado pelo crescimento substancial do peso dos partos instrumentalizados, sobretudo os ocorridos por cesariana e, sobretudo, nas instituições de natureza privada.

É interessante perceber que a institucionalização do nascimento tem permitido, ao longo do tempo, o ajustamento da forma de nascer aos padrões de funcionamento das instituições em que ocorrem, revelando alguns indicadores como a institucionalização do parto e conseqüente medicalização o podem, no limite, programar (ou datar) e, nesse sentido, desnaturalizar.

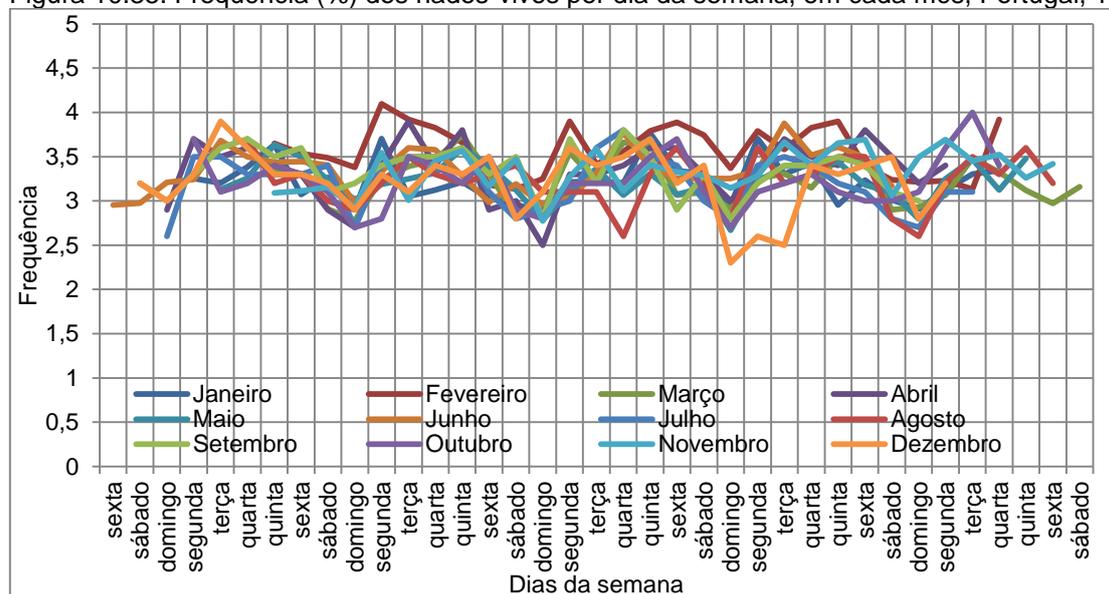
Um indicador que mostra uma clara tendência para a programação dos nascimentos, que implica sempre intervenção médica e tecnológica (indução e/ou cesariana) é a distribuição desses acontecimentos ao longo dos dias da semana (figuras 10.35. e 10.36.)¹²⁶.

Na verdade, se em 1990 já se revelava uma certa tendência de quebra do número de nascimentos ao fim de semana e, sobretudo, ao domingo, em 2010 não há margem para dúvida de que esses dias registam uma frequência mínima de nascimentos face aos adjacentes e aos restantes. A existência de feriados ao fim de semana determina os picos mínimos de nascimento, como é o caso do dia 25 de Dezembro (dia de Natal) de 2010,

¹²⁶ Calculado a partir das bases de dados dos nados-vivos, cedidas pelo INE, fontes que agora retomamos.

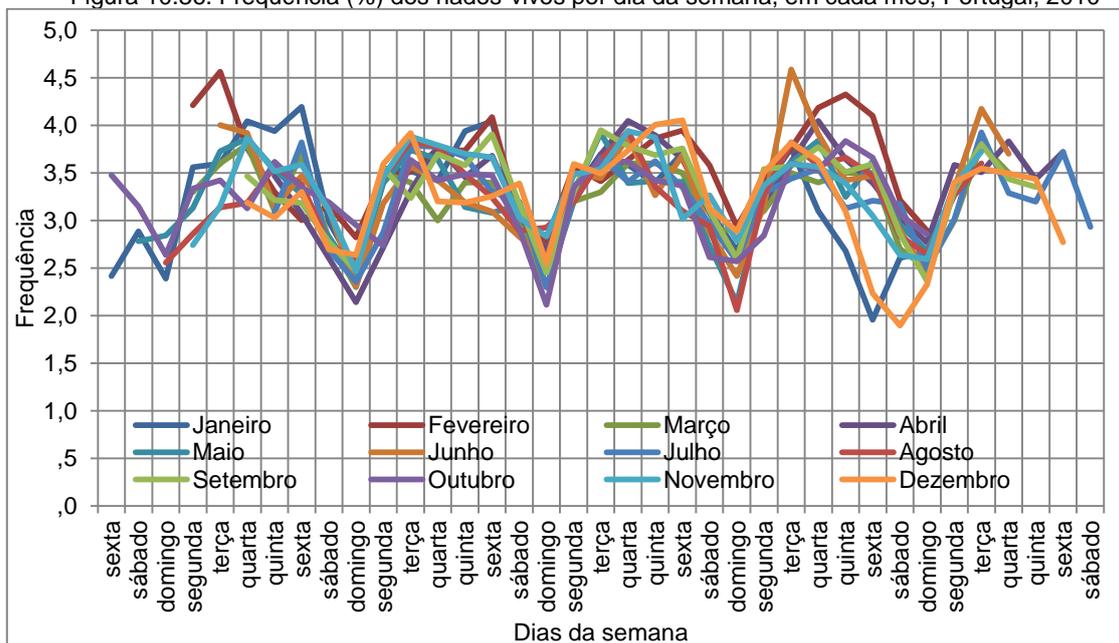
sábado¹²⁷. Este dia revela, de facto, a expressão máxima desta tendência, sendo esta reforçada pela frequência verificada noutros dias feriados (e fins-de-semana), como no dia de Páscoa, e sendo mais significativa em 2010 face a 1990.

Figura 10.35. Frequência (%) dos nados-vivos por dia da semana, em cada mês, Portugal, 1990



Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados nados-vivos, 1990, cedida por INE

Figura 10.36. Frequência (%) dos nados-vivos por dia da semana, em cada mês, Portugal, 2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados nados-vivos, 2010, cedida por INE

É, aliás, curioso perceber que os dias da semana em que ocorrem mais partos (o dia modal) em nenhum mês coincidem com sábado ou domingo mas, sobretudo, com os três

¹²⁷ Um maior detalhe dos valores destas frequências, por meses, pode ser encontrado nos quadros que permitiram a construção destes gráficos e cujos valores se calcularam a partir da transposição dos dados relativos ao dia do parto por cada mês para dias da semana (relativamente aos anos de 1990 e 2010). Esses quadros encontram-se em anexo.

dias úteis que mais se afastam desses dois, ou seja, que se situam a meio da semana: terça, quarta e quinta (quadro 10.33.).

Quadro 10.33. Dias com mais partos, por mês, Portugal, 1990 e 2010

Ano 1990			Ano 2010		
Mês	Dia	Dia da semana	Mês	Dia	Dia da semana
Janeiro	18	quinta	Janeiro	8	sexta
Fevereiro	5	segunda	Fevereiro	2	terça
Março	8	quinta	Março	3	quarta
Abril	10	terça	Abril	14 / 21	quarta / quarta
Maiο	3	quinta	Maiο	18	terça
Junho	26	terça	Junho	22	terça
Julho	18	quarta	Julho	27	terça
Agosto	1	quarta	Agosto	18	quarta
Setembro	19	quarta	Setembro	14	terça
Outubro	30	terça	Outubro	28	quinta
Novembro	23 / 26	segunda / sexta	Novembro	17	quarta
Dezembro	4	terça	Dezembro	17	sexta

Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados nados-vivos, 1990 e 2010, cedida por INE

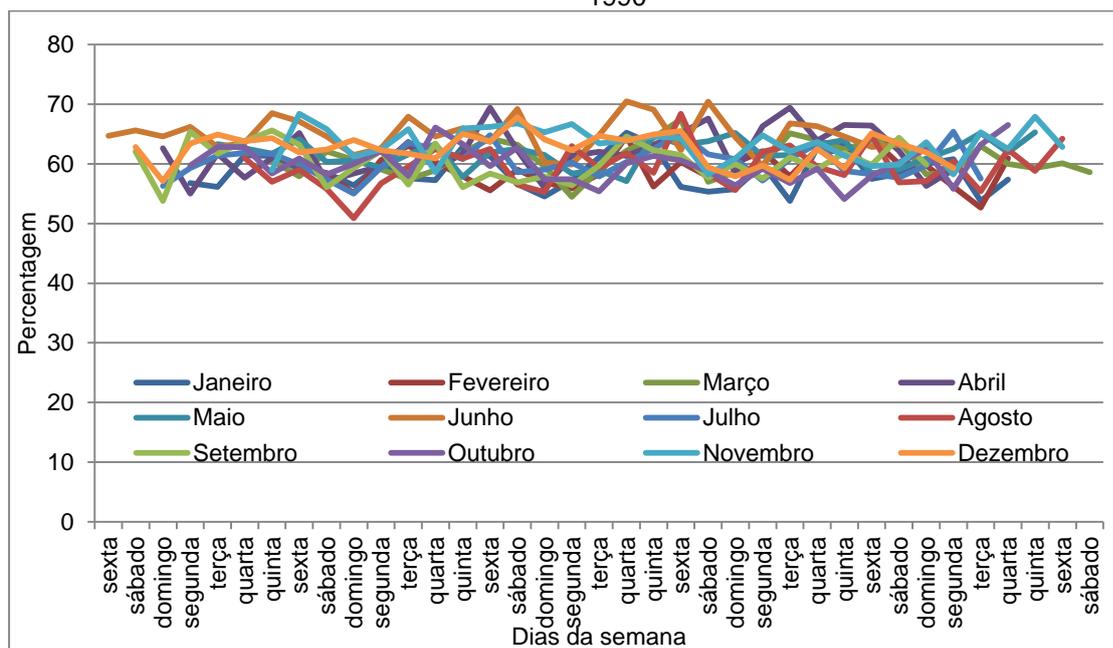
Esta deslocalização dos nascimentos para dias específicos da semana materializa a atual cultura obstétrica hospitalar (Davis-Floyd, 1992) sendo um indicador singular do ajustamento da mulher (e respetiva família) aos procedimentos instituídos e ritualizados, ‘despersonificando’ a parturiente e enquadrando-a num padrão cujos protagonistas são os profissionais de saúde. Os nascimentos, nesse contexto, perdem o carácter de acontecimentos únicos, tornando-se em mais um acontecimento da rotina hospitalar.

A presença do médico no parto, apesar de mais oscilante ao longo da semana em 2010 face a 1990, tende, no geral, a aumentar entre os dois anos (figuras 10.37. e 10.38.)¹²⁸. O que reforça a ideia da medicalização do parto no sentido em que se garante que mesmo o menor número de partos que acontece ao fim de semana tem, cada vez mais, garantida a assistência médica.

A ideia de instrumentalização, colocada em itálico no título deste subcapítulo, tem aqui um duplo sentido. De facto, os nascimentos são cada vez mais instrumentalizados no sentido literal do termo, pelo aumento de nascimentos distócicos, nomeadamente cesarianas. Mas também porque parece haver um claro “puxar” dos nascimentos para um padrão ‘menos natural’, muito visível pelo aumento de acontecimentos nos hospitais privados onde, por sua vez, o número de cesarianas é, claramente, mais elevado, face ao do público.

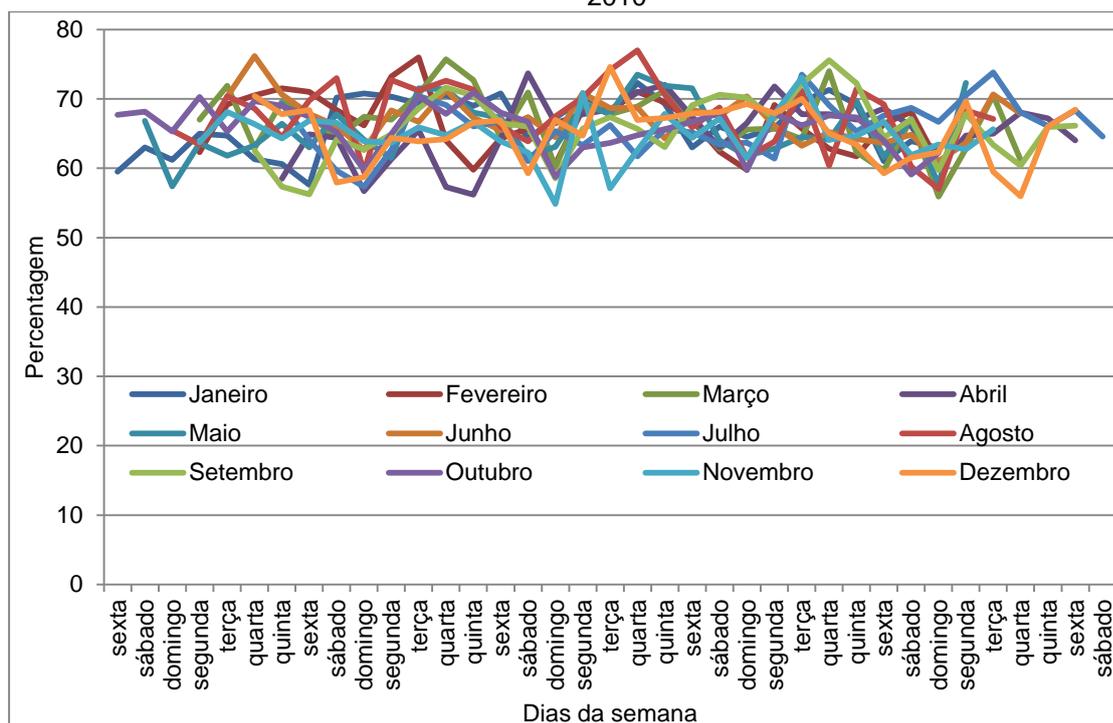
¹²⁸ Os respetivos quadros encontram-se em anexo.

Figura 10.37. Assistência ao parto feita por médicos (%) em função do dia da semana, Portugal, 1990



Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados nados-vivos, 1990, cedida por INE

Figura 10.38. Assistência ao parto feita por médicos (%) em função do dia da semana, Portugal, 2010



Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados nados-vivos, 2010, cedida por INE

Visível também, pela distribuição dos acontecimentos concentrada nos dias úteis, remetendo para sábado e, sobretudo, domingo frequências residuais de nascimentos.

Encontra-se, assim, atualmente, um modelo de nascimento onde o programado, o eletivo, o esperado, supera o imprevisto e o natural.

Ao longo de algumas décadas, nomeadamente, desde a década de 1960 mas, sobretudo, desde a de 1970, e de forma totalmente consolidada em termos de preocupação política desde os finais dos anos 80, verifica-se a concretização da universalização do parto hospitalar, que acarreta o surgimento de um novo paradigma do nascimento em Portugal.

A preocupação política marcada, sobretudo a partir dos anos 1990, por reformas racionalistas e economicistas veio criar novas oportunidades, na área da saúde materna, com reflexos claros nas condições de nascimento no nosso país.

Assim, e antes de mais, a hospitalização do nascimento conquistada, em definitivo, nos fins da década de 1980 e suportada por medidas políticas que procuraram contrariar o isolamento e desequilíbrios na assistência – através da criação de novas infraestruturas, da promoção de uma boa articulação entre os estabelecimentos responsáveis pela promoção dos diferentes níveis de saúde e pela criação de uma rede de transporte aéreo que cobrisse, na totalidade, as situações de risco, a nível nacional – foi um fenómeno sem retrocesso.

Mas assistiu-se, de seguida a um novo conjunto de orientações políticas, no que diz respeito ao serviço de saúde público direccionado para a saúde materna e infantil, com a redução do número de hospitais públicos com blocos de partos, a nível nacional e, nomeadamente, nas duas regiões com mais nascimentos, Lisboa e Norte.

Em paralelo, e beneficiando desse movimento de contração da oferta pública, aumentou a oferta hospitalar privada na assistência ao nascimento.

A esse aumento na oferta correspondeu um maior número de partos nos estabelecimentos de natureza privada, a partir do início da década de 2000, nomeadamente, nas regiões Lisboa e Norte. Sendo estas as regiões com mais nascimentos, os seus indicadores determinam fortemente a média nacional.

Ora, foi justamente essa transferência que pareceu, de alguma forma, transformar o paradigma do nascimento em Portugal, no sentido em que quanto mais os nascimentos ocorrem em hospitais privados (e a tendência é de crescimento, a nível nacional), mais instrumentalizados e medicalizados são os nascimentos.

De facto, o número de partos instrumentalizados e em concreto de cesarianas aumentou em todas as regiões, por força, em boa parte, da evolução ocorrida no sector privado, onde a incidência de partos com utilização de fórceps ou ventosas ou mesmo cirúrgicos acontece a um ritmo claramente mais acentuado do que no sector público.

Por outro lado, indicadores como as oscilações da frequência de cesarianas no total dos nascimentos nos hospitais privados (face aos públicos) ou a frequência dos nascimentos em função do dia da semana mostram também como o parto e a sua programação entram cada vez mais no arbítrio suprapessoal e supranatural. Entram, cada vez mais, diríamos nós, no domínio e arbítrio médico e institucional.

No seguimento desta análise, a pergunta que nos surge é em que medida esta nova forma de nascer continua a alimentar os bons níveis de saúde materna? Na verdade, se o controlo da mortalidade materna parece assegurado, a morbilidade materna pode sair claramente condicionada por esta nova forma de atuação perante a gravidez e o parto.

Em alguns países ocidentais, os resultados dos indicadores de saúde materna já revelam novas tendências decorrentes da designada “medicalização do nascimento”.

10.6.3. A assistência ao nascimento - Portugal no contexto internacional

A nível internacional, a informação disponível que agregue de forma comparativa e harmonizada dados relativos às condições de nascimento de diferentes países é escassa.

As organizações internacionais (OMS, UNICEF, UNFPA) que se preocupam em promover a saúde materna e infantil, nos seus relatórios periódicos concentram-se, sobretudo, nos resultados da saúde materna, medidos, essencialmente, por indicadores de mortalidade e morbilidade materna.

No contexto europeu, o projeto EUROPERISTAT divulgou, em 2008, resultados comparados para 26 países europeus sobre as condições de nascimento e vigilância pré-natal e sobre a saúde materna e infantil, sendo, por essa conjugação entre dados sobre assistência e resultados decorrentes da assistência, um projeto inovador. Os dados referem-se ao ano de 2004¹²⁹.

Apesar de se reportar apenas a um ano civil, a possibilidade de enquadramento internacional do caso português e a riqueza, análise e articulação dos dados justificam algumas referências aos seus resultados.

As conclusões do relatório referem uma dupla diferenciação nos cuidados de saúde materna e infantil entre os países analisados que passa não só pelo facto de em alguns países haver uma maior intervenção nesse cuidado, por parte dos profissionais de saúde, como pelas substanciais diferenças nos tipos de intervenção usada.

O que resultará, por seu lado, de claras diferenças nos modelos culturais e organizacionais de vigilância da saúde materna e infantil. Diferenças que passam, desde logo, pela existência de dados com qualidade que ajudem a promover uma boa vigilância da

¹²⁹ Em 2013 foi já publicado um novo relatório com dados referentes a 2010, reforçando as tendências encontradas. Os resultados relativos ao peso das cesarianas e de episiotomias são elucidativos relativamente a dois aspetos. Por um lado, à crescente e fortíssima cultura de intervenção e instrumentalização dos partos em Portugal. Por outro, à heterogeneidade de situações entre países na Europa, situando Portugal num dos extremos e países como os do Norte da Europa no outro. Dos 29 países analisados Portugal, Itália e Roménia são os que apresentam uma maior incidência de cesarianas. Portugal é também um dos países com uma elevadíssima percentagem de episiotomias (73%) nos partos vaginais, por comparação, por exemplo, com 5% de casos na Dinamarca (Europeristat, 2013).

morbilidade materna, cuidados adequados na gravidez e a associação entre fatores de natureza social e resultados na saúde.

A importância da análise conjunta e articulada dos dados prende-se com possíveis relações de causalidade entre fenómenos, reforçada e sustentada pela análise comparativa que este projeto permite.

Apesar da dificuldade sentida no acesso a dados que cubram de forma harmonizada as diferentes dimensões analisadas e que põem em causa a resposta a questões como: “How much antenatal care do women receive? What are the rates of obstetric interventions for low-risk pregnant women?” (Europeristat, 2008: 19), há resultados muito claros e interessantes sobre a articulação entre assistência ao nascimento, intervenção no nascimento e resultados em termos de saúde materna e infantil.

Assim, percebe-se, por exemplo, que as diferenças nas durações da gravidez nos diferentes países podem dever-se à forma como as mesmas são seguidas em cada país. Os dados apontam para diferenças assinaláveis na proporção de bebés nascidos antes das 37 semanas (pré-termo) entre países como a Áustria (11,4%) e a Alemanha (8,9%) e países como a Finlândia (5,6%), Letónia (5,7%), Lituânia (5,3%) e Irlanda (5,5%) (Europeristat, 2008: 12).

Ora, se se considerarem os resultados de estudos recentes que associam aos nascimentos pré-termo maiores riscos na saúde adulta (Europeristat, 2008: 10; Odent, 2010) e percebendo que a gestão da gravidez e do nascimento não é um fator neutro nessa duração, percebe-se a importância da articulação da análise entre condições de nascimento e resultados na saúde materna e infantil (a curto, médio e longo prazo, no limite).

Vejamos os resultados encontrados referentes à intervenção obstétrica com indicadores que medem a medicalização do nascimento.

No que diz respeito ao local de nascimento, constata-se que os partos com maiores níveis de intervenção acontecem, sobretudo, em hospitais centrais, isto é, de maior dimensão. Com efeito, as diferenças na dimensão das maternidades tenderão a influenciar o tipo de intervenção e assistência, sendo que as unidades de maior dimensão chegam a ser apontadas pelo tratamento demasiado impessoal aos utentes (Europeristat, 2008: 14).

Em termos europeus, a rede hospitalar nesta valência da saúde, caracteriza-se de forma diferenciada, com tendência para a centralização dos serviços (caracterizados por um peso mínimo – menos de 3% – de nascimentos em pequenas unidades de saúde) em países como os do Norte e Sul da Europa, sendo destacados a Dinamarca, a Suécia, a Irlanda, Portugal e a Escócia com este padrão (Europeristat, 2008: 14) (quadro 10.34.).

Quadro 10.34. Percentagem de nascimentos em unidades de saúde com menos de 500 nascimentos por ano, em diferentes países europeus, 2004

País	%	País	%
Bélgica - Flandres	5,2	Luxemburgo	7,7
Rep. Checa	9,3	Malta	14,5
Dinamarca	1,7	Áustria	14,7
Alemanha	18,5	Polónia	12,7
Estónia	19,2	Portugal	2,2
Irlanda	0	Eslovénia	4,5
Espanha - Valencia	4,1	Eslováquia	12,5
França	4,6	Finlândia	4,5
Itália	9,5	Suécia	1,6
Chipre	68	Escócia	2,9
Letónia	32,3	Irlanda do Norte	0
Lituânia	28,3		

Fonte: Adaptado de Europeristat, 2008: 79

Ora, esta questão, no nosso país, está diretamente ligada à reorganização dos serviços de saúde e ao fecho de blocos de partos que aconteceu desde a segunda metade da década de 1990, remetendo a grande maioria dos nascimentos para hospitais de maior dimensão e de natureza privada, como já foi analisado.

Assim, e nesse sentido, parece, na verdade, haver um duplo efeito das medidas políticas de reorganização do espaço hospitalar nacional em termos de assistência ao nascimento a concorrer para um maior peso da intervenção no nascimento: a maior incidência de partos nos hospitais de natureza privada mas, também, no sector público, a concentração de nascimentos em hospitais de maior dimensão.

No que diz respeito à vigilância pré-natal, todos os países com informação disponível contam com um acompanhamento da gravidez que se inicia, na maioria das vezes, logo no primeiro trimestre. Essa maioria de vezes é superior a 90% em quase todos os países, com exceção de alguns países de leste (onde se situa também uma pequena percentagem de casos sem qualquer vigilância ao logo da gestação) e da Irlanda, Inglaterra e Escócia, com um peso importante de primeiras consultas já no segundo semestre, revelando um sistema de acompanhamento da gravidez com um padrão diferenciado, neste indicador, face ao da restante Europa ocidental (quadro 10.35.).

Quadro 10.35. Percentagem de mulheres grávidas segundo o tempo de gestação na altura da primeira consulta pré-natal, em diferentes países europeus, 2004

País	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Nenhuma vigilância pré-natal
Rep. Checa	92,5	6,7	0,8	0
Alemanha	93,9	5	1,1	0
Estónia	86	11,4	1,6	1
Irlanda	71,3	23,2	5	0,5
Espanha - Valencia	91,7	6,1	2,2	0
França	95	4,3	0,5	0,1
Itália	94,5	3,6	0,9	1
Letónia	91,8			3,2
Lituânia	74,5	21,2	4,3	0
Malta	66,3	30,5	3,2	0
Portugal	91,2	7,7	1,1	0
Eslovénia	91,1	7,5	0,9	0,5
Eslováquia	79,5	14,9	2,5	3,1
Finlândia	95,9	3,2	0,7	0,2
Suécia	91,5	6,5	2	0
Inglaterra	65,3	24,8	9,8	0
Escócia	78,3	17,3	4,4	0

Fonte: Adaptado de Europeristat, 2008: 73

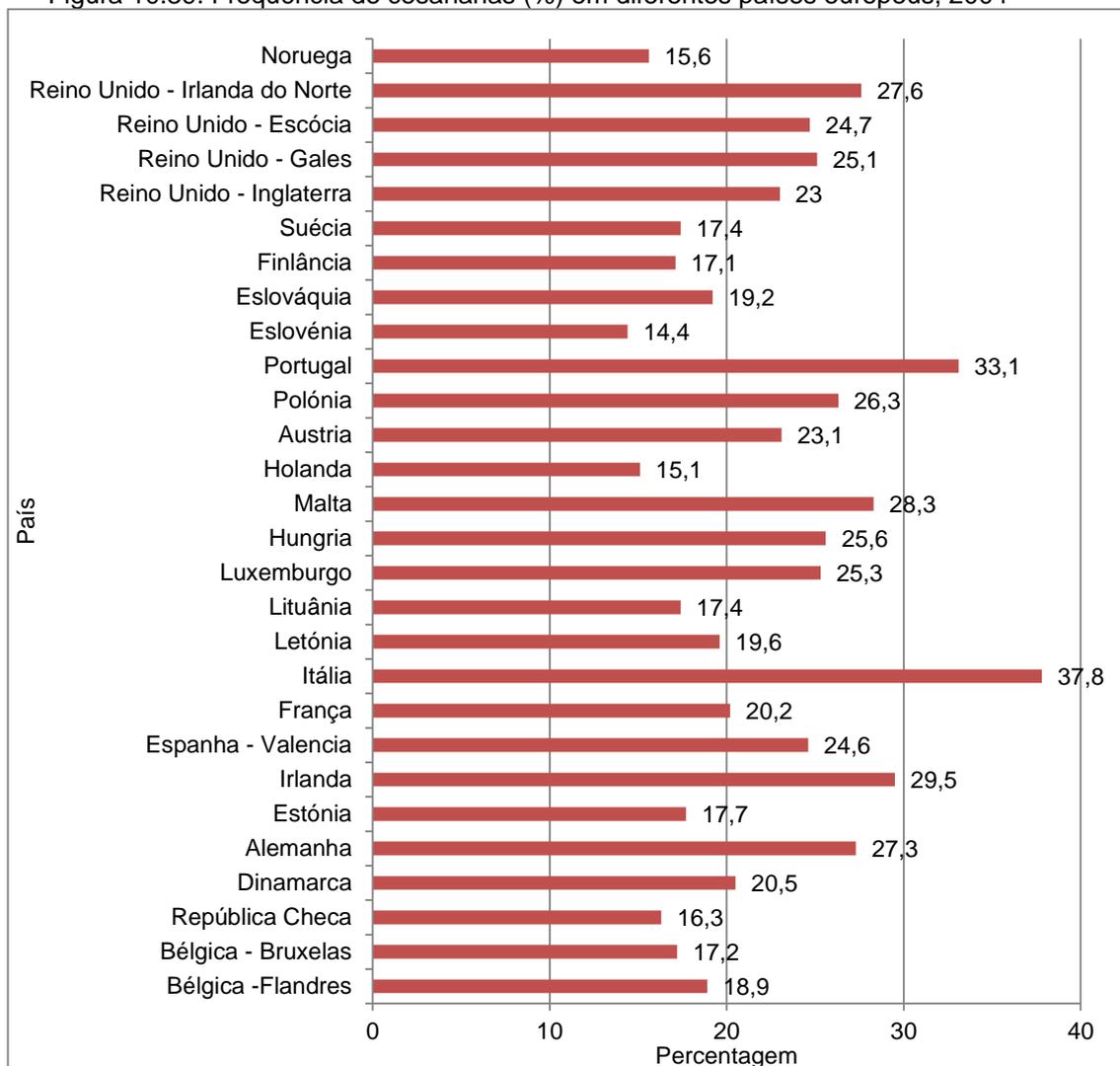
No que diz respeito ao tipo de partos, Portugal surge como o segundo país, dos 26 analisados, com o mais elevado índice de cesarianas, a seguir à Itália. Do conjunto de países com um maior peso de nascimentos por cesariana fazem também parte a Irlanda, Malta, Alemanha, Irlanda do Norte, Polónia, para referir apenas aqueles países com uma incidência de cesarianas superior a 26% no conjunto dos nascimentos (figura 10.39.).

Com a menor percentagem temos, por outro lado, a Eslovénia, Holanda, Noruega e Republica Checa, com valores próximos dos definidos como aceitáveis para a prática da cesariana pela OMS.

A falta de dados não permite analisar, para o nosso país, a incidência de cesarianas ocorridas antes ou no decurso do trabalho de parto, cesarianas eletivas ou cesarianas de emergência, por exemplo. Também não é possível a análise da incidência de cesarianas em função do número de filhos anteriores da mulher e de possíveis cesarianas anteriores¹³⁰, da incidência de induções do parto e da prática da episiotomia.

¹³⁰ Neste caso, essa impossibilidade prende-se com o facto já aqui referido, de os dados sobre o tipo de parto serem provenientes do Inquérito aos Hospitais, não sendo possível o cruzamento direto com os dados relativos aos que decorrem das bases de dados dos nados-vivos.

Figura 10.39. Frequência de cesarianas (%) em diferentes países europeus, 2004



Fonte: Adaptado de Europeristat, 2008: 66

Ainda assim, e apesar de não haver dados para Portugal, percebe-se em relação ao indicador que contrapõe cesarianas eletivas (sem trabalho de parto a decorrer) a cesarianas de emergência (no decurso do trabalho de parto), que são exatamente os países em que o peso das cesarianas no conjunto dos nascimentos era mais elevado aqueles que registam um maior peso de cesarianas eletivas, o que funciona como prenúncio para o caso português. É o caso de países como Itália, Alemanha, Malta e Irlanda do Norte, onde o número de cesarianas eletivas suplantou o de cesarianas de emergência (Europeristat, 2008: 67). São também esses os países que registam o maior número de induções do parto (Europeristat, 2008: 76).

Assim, por exemplo, dos 37,8% de cesarianas registadas em Itália, 24,8% foram cesarianas eletivas e apenas 12,9% realizadas de emergência. E a percentagem de induções em Malta e na Irlanda do Norte foi de 37,9% e de 30,7%, respetivamente.

Outro indicador considerado na avaliação da intervenção obstétrica nos diferentes países foi o relativo ao recurso à episiotomia (em partos vaginais), constatando-se, como nos restantes, uma grande variabilidade entre países, por um lado, e, por outro, uma maior frequência desta prática nos países onde a intervenção médica ao longo da gravidez se revela mais elevada.

Portugal e a região espanhola de Valencia registam as maiores percentagens da prática de episiotomia (na ordem dos 80%), ficando os restantes países com um registo de valores referentes a essa prática consideravelmente inferiores. A Dinamarca apresenta o valor mais baixo, com 9,7% de episiotomias realizadas em partos vaginais (Europeristat, 2008: 89-91).

Não sendo fácil, até aqui, identificar padrões geográficos claros relativos às tendências sugeridas pelos indicadores, podemos perceber algumas tendências e encontrar, diríamos, 4 registos diferenciados, em que a Europa do Sul (Portugal, Espanha e Itália) é a que forma um padrão mais uniforme no sentido de um acompanhamento obstétrico mais alargado e interventivo.

A Europa do Sul caracteriza-se, assim, pela centralização dos serviços hospitalares relativos à saúde materna, por uma universal e precoce vigilância da gravidez e pela forte medicalização do parto, com as mais elevadas taxas de cesarianas e de episiotomias, para referir apenas os indicadores disponíveis para o caso português.

A Leste, os países analisados caracterizam-se por uma vigilância da gravidez mais tardia, mas, no que diz respeito à assistência ao parto, os níveis de medicalização são equivalentes aos da Europa do Sul.

No Norte da Europa, a medicalização do parto é muito menos expressiva, na medida em que as intervenções obstétricas, por via da incidência da cesariana, de induções do parto ou da prática de episiotomia ocorrem com frequências claramente baixas face às da generalidade dos países analisados. Esta tendência é acompanhada por uma forte preocupação em assegurar um acompanhamento precoce da gravidez em termos médicos (com a quase totalidade das gestações a iniciar a vigilância pré-natal no primeiro trimestre). O que coloca estes países numa posição oposta à dos países de Leste.

Os países do Reino Unido formam, por seu lado, um conjunto particular, pautado pelo contraste face aos do Sul, na medida em que revelam um início de vigilância da gravidez relativamente mais tardio e uma intervenção no parto abaixo da média, como os nórdicos. Esta diversidade de situações no plano europeu revela como em contextos geograficamente próximos podemos assistir, na assistência a uma valência específica da saúde, a decisões políticas, formas de organização institucional e práticas médicas claramente diferenciadas e diferenciadoras de toda uma cultura em torno da assistência ao nascimento.

11. O RISCO NA GRAVIDEZ E NO PARTO: MORTALIDADE E MORBILIDADE MATERNA

11.1. Características da evolução da mortalidade em Portugal

A quebra sustentada da mortalidade em Portugal terá acontecido a partir da década de 1920. Os valores da respectiva taxa bruta, que no início da década se situavam perto dos 20 por mil, começaram a diminuir a partir de 1924, diminuição que durou quase duas décadas.

A esse período seguiu-se outro marcado por alguma estabilidade no indicador que se situou nos 12 e 13 por mil entre os anos de 1943 e 1951. A partir de 1952 e até 1968, assistiu-se a uma nova descida da mortalidade geral, chegando a valores mínimos – variando entre 9,3 e 9,87 – entre 1977 e 1989 (Bandeira, 1996: 161-163).

Se considerarmos os critérios propostos por Omran, para caracterizar e situar os diferentes países na transição epidemiológica¹³¹ e, mais concretamente, os tempos de transição, Portugal parece enquadrar-se, com ligeiros atrasos, no modelo clássico.

De facto, em Portugal, como no modelo clássico definido por Omran, o início da quebra da mortalidade a meio da década de 1920 corresponderá à segunda fase da transição epidemiológica e terá como características a diminuição das doenças infecciosas, de problemas de saúde materna, de mortalidade infantil,..., isto é, beneficiando os grupos mais vulneráveis ao risco de mortalidade na fase de pré-transição.

Na terceira fase, que Omran situa, no modelo clássico, no período do pós-II Grande Guerra, as causas de morte mais determinantes em épocas anteriores são substituídas por outras menos letais, favorecendo o recuo da mortalidade e o aumento esperança de vida.

O que, em Portugal terá acontecido a partir da década de 1940, se atendermos ao aumento na esperança de vida de aproximadamente 10 anos entre 1940/1941 e 1950/1951, chegando, no final deste período, perto dos 60 anos.

Mesmo durante os períodos de estabilização dos valores da taxa bruta de mortalidade (na década de 1960 e de 1970), os resultados da esperança de vida dão conta

¹³¹ Bandeira mostra reservas em aceitar como critérios de classificação e agrupamento dos países em modelos de transição os da geografia e da temporalidade (face a critérios históricos mais explicativos que apontem para processos de modernização, como as tendências de quebra da natalidade). E refere, a propósito dos modelos de crescimento demográfico, no âmbito da teoria da Transição Demográfica, propostos por Jean-Claude Chesnais: “A desenhar-se uma tipologia coerente ela deveria ter em conta em primeiro lugar não as épocas e os ritmos de crescimento mas as épocas e os ritmos de declínio da natalidade, que permitem de facto isolar perfis de modernização distintos. Também a tese segundo a qual existem relações muito estreitas entre os padrões de transição das populações europeias e as «clivagens geográficas», assente na pretensa identidade de padrões de crescimento, não sobrevive à análise do que, de acordo com a TTD, são os seus momentos cruciais: o início da queda da mortalidade e o início do declínio da natalidade. De facto, não existe simetria geográfica nos tempos desses processos. (...) A história sobrepõe-se, pois, à geografia, o que equivale a reconhecer-se a inanidade do argumento das *clivagens geográficas*” (Bandeira, 1996: 182).

de aumentos significativos do tempo médio de vida que se esperava viver a partir do nascimento (Bandeira, 1996: 168-169), revelando falta de consonância entre os dois indicadores da mortalidade.

Bandeira concretiza as divergências de valores revelando a importância da análise mais apurada do fenómeno¹³²:

Enquanto em 1960-1961 e em 1970-1971 as taxas brutas médias de mortalidade eram praticamente idênticas (10,97 por mil e 10,95 por mil, respectivamente), a esperança de vida no nascimento passava de 62,87 para 66,12 anos; Em 1980-1981, a taxa bruta média tinha descido para 9,7 por mil, mas a esperança de vida aumentou mais de cinco anos, em relação a 1970-1971 (Bandeira, 1996: 169).

Os dados mais recentes apontam para valores no período de 2008-2010 de 79,2 anos (INE, 2012a).

11.1.1. A sobre mortalidade masculina

Os resultados da esperança de vida revelam-se indicadores ainda mais finos se forem apresentados em função do sexo, comprovando a ideia da importância das variáveis (isoladas e conjugadas) *sexo* e *idade* na análise demográfica. As diferenças entre sexos são significativas e a evolução dessas diferenças também, nomeadamente quando deixamos os padrões de mortalidade elevada.

De facto, a diferença da esperança de vida entre sexos tem-se revelado tanto mais elevada e a favor das mulheres quanto maiores os níveis do indicador (Oliveira e Mendes, 2010: 115-116).

No caso português, onde se verifica uma das diferenças mais expressivas na esperança de vida entre sexos (atualmente de cerca de 6 anos), face a outros países da Europa Ocidental, essa desigualdade entre sexos foi sendo alimentada, sobretudo, a partir dos anos 1960, pela evolução da mortalidade dos adultos (15-59 anos) e, mais recentemente, dos idosos. Nestes grupos, a evolução foi claramente favorável às mulheres (Oliveira e Mendes, 2010: 127-128).

É de notar, no entanto, que, após largas décadas de aumento da diferença entre os valores da esperança de vida entre sexos (favorecendo as mulheres), alguns países revelam já uma maior proximidade de padrões de mortalidade entre homens e mulheres.

¹³² De facto, a tendência de evolução no sentido decrescente da mortalidade em Portugal comprova-se, de forma reforçada e, sobretudo, mais afinada, segundo Bandeira, através da análise do indicador mais fino deste fenómeno, que sintetiza o seu calendário: a esperança de vida no nascimento (Bandeira, 1996: 169).

Com efeito, a vantagem feminina, visível já no início do séc. XX em muitos países ocidentais e gradualmente mais acentuada (Oliveira e Mendes, 2010: 115), era, no nosso país, de 3,6 anos em 1900, evoluindo de 4,2 em 1920 para 5 anos em 1950, 6,10 e 6,6 anos, respetivamente, em 1960 e 1970, chegando a um máximo de 7,6 anos em 1981 e baixando progressivamente até 6,49 em 2005 (Henriques e Rodrigues, 2008: 467) e 5,91 no período 2008-2010¹³³.

A inversão terá começado em Portugal em 1997, juntando-se à tendência que se vem registando desde a década de 1970 no Norte da Europa e América do Norte e desde a década de 1980 em outros países europeus. Os países do Sul e Leste da Europa foram os mais tardios a registar uma diminuição da diferença de esperança de vida entre homens e mulheres, que aí se iniciou ao longo da década de 1990 (Glei e Horiuchi em Oliveira e Mendes, 2010: 117).

Assim, sendo esta inversão um fenómeno importante para a análise da mortalidade no nosso país, não parece ainda suficientemente expressivo e longo para anular a histórica supremacia feminina no tempo médio de vida.

As razões da inversão atribuem-se, desde logo, à capacidade masculina em 'imitar' as mulheres a tirar o melhor partido dos progressos sanitários e em adequar os comportamentos à necessidade de prevenção das doenças que ganharam relevo após a transição epidemiológica e que são muito tributárias dos estilos de vida e das opções individuais em termos de comportamento (Vallin, 2002).

Em Portugal, dá-se, exatamente, conta de que a atual aproximação das esperanças de vida¹³⁴ traduz, em parte, a menor repercussão das diminuições da mortalidade no sexo feminino associada a um processo mais avançado na retangularização das curvas de sobrevivência, mas reflecte também uma diminuição mais acentuada das taxas de mortalidade no sexo masculino (Oliveira e Mendes, 2010: 135).

A aproximação dos valores da esperança de vida entre sexos revela o que alguns autores designam de 'novo patamar da transição epidemiológica', que se reflete nas idades e não tanto nos padrões das causas de morte, e que resulta de um adiamento das doenças degenerativas (Oliveira e Mendes, 2010: 135).

¹³³ Cálculos efetuados a partir de dados consultados em INE, 2012.

¹³⁴ "Na última metade do século XX, de 1950 até 2000, a esperança de vida em Portugal subiu de 55,8 para 73,3 anos no caso masculino e de 61 para 80,3 anos no caso feminino" (Oliveira e Mendes, 2010: 120), o que resulta num aumento de 17,5 e de 20,3 anos respetivamente. Esse aumento aconteceu ao longo de todo o período mas foi mais forte nas décadas de 1940 e 1950 (cerca de 6 anos por década) e na década de 1970. Já no período mais recente, de 2000 a 2007, o sexo masculino ganhou 2,6 anos de esperança de vida e o feminino 1,9, mantendo uma tendência de evolução semelhante à do final do século XX (Oliveira e Mendes, 2010: 120).

11.1.2. A mortalidade infantil

De acordo com a Teoria da Transição Epidemiológica, a evolução da mortalidade é diferencial em função da especificidade do grupo de pertença, sendo um dos grupos à partida mais beneficiados com a transição o das crianças.

A mortalidade infantil diz respeito à mortalidade que ocorre no primeiro ano de vida dos indivíduos¹³⁵, isolando a ocorrência do fenómeno nesse período curto de vida. Em Portugal, a taxa de mortalidade infantil era de cerca de 141,5 óbitos infantis por mil nados-vivos¹³⁶ em 1921¹³⁷, só iniciando um movimento claro de quebra a partir de 1940, sendo que, até então, pelo efeito desses elevados valores, a esperança de vida no primeiro aniversário superava a do nascimento.

O decréscimo da mortalidade até ao primeiro aniversário, iniciado em 1940, revelou alguma estagnação durante a década de 1950, vindo a intensificar-se, sem retrocessos, a partir da década de 1960 (Bandeira, 1996: 169-170)¹³⁸, após a introdução restrita (a certos grupos da população) do Plano Nacional de Vacinação e apresentando as maiores quedas na década de 1980, após a criação do Serviço Nacional de Saúde e do aumento da cobertura da rede de saneamento básico, a nível nacional (Henriques e Rodrigues, 2008: 466).

Percebe-se, por comparação, que a descida da mortalidade infantil foi tardia face à da mortalidade geral, parecendo contrariar a premissa da TTE segundo a qual este seria um dos grupos a beneficiar em primeiro lugar da transição sanitária. Na verdade, esta tendência poderá antes significar que a transição epidemiológica não coincidiu, em Portugal, com o início da descida da mortalidade geral.

Segundo Bandeira (1996: 250), o recuo generalizado (em termos regionais) e consistente da mortalidade infantil está, sobretudo, associado à quebra da natalidade, no início da década de 1940, tendo-se acentuado quando a descida da natalidade mostrou uma “tendência durável”, a partir do início da década de 1960.

¹³⁵ Calculando-se a respetiva taxa através do quociente entre o número de óbitos entre o nascimento e o primeiro aniversário e o número de nados-vivos, ocorridos num mesmo ano civil, numa determinada população (Bandeira, 2004: 196).

¹³⁶ Resultado da média dos valores da taxa de mortalidade infantil por distritos, para o mesmo ano (Bandeira, 1996: 440).

¹³⁷ Recuando cerca de um século, Rodrigues refere que no início do séc. XIX, a mortalidade infantil atingiria “um quarto dos nascidos antes de completarem um ano e metade até aos sete anos de idade” (Rodrigues, 2008: 376).

¹³⁸ Henriques e Rodrigues (2008: 426) apresentam, também os valores da mortalidade infantil, de cinco em cinco anos para todo o século XX, a partir de 1910 verificando-se aí a tendência já apontada por Bandeira.

As causas desta ligação entre fenómenos e das tendências que ambos seguem não se deverá tanto a um impulso entre si mas a uma resposta a fatores sociais, como explica Bandeira.

De facto, será a própria dinâmica social inerente à emergência de comportamentos modernos face à procriação que influencia ao mesmo tempo a redução voluntária da fecundidade e o progresso dos cuidados sanitários e educacionais de que beneficiam os recém-nascidos. Da interligação desses novos comportamentos resulta, então, o apressar da queda da mortalidade infantil e da fecundidade (Bandeira, 1996: 215).

11.1.3. A mortalidade feminina, as idades e as causas de morte

A mortalidade infantil corresponde a uma componente da mortalidade definida pelo critério etário, cuja evolução assumiu contornos específicos face aos da mortalidade geral.

Este grupo e o das mulheres em idade fértil terão sido os que mais depressa beneficiaram dos progressos sanitários, segundo a TTE, sendo também dos mais vulneráveis até então. Essa especificidade tem a ver com causas de morte concretas a que essas subpopulações estão mais expostas. Com efeito, os progressos, em matéria de mortalidade das mulheres em idade fértil e das crianças, são paralelos porque se referem às mesmas questões.

E a sua evolução, em termos históricos, é, justamente, referenciada por associação a causas de morte específicas. Para o caso português, Rodrigues (2008: 379), recuperou uma tabela do *Archivo Universal*, relativa ao século XIX, onde se estabelece a ligação entre as idades da morte e as causas associadas (principais e outras).

A análise revela que o avançar da idade implicava uma mudança de padrão nas causas de mortalidade:

Na infância, as grandes doenças mortíferas eram de tipo epidémico, com destaque para o sarampo, a escarlatina, a tosse convulsa e as bexigas. (...) Ultrapassada essa fase perigosa reduzia-se o leque de doenças letais e entre as causas de morte mais frequentes surgiam as febres tifóides, as dores de peito e as inflamações agudas em órgãos diversos, nas mulheres as complicações pré e pós parto. O aumento da idade fazia crescer o perigo de morte por hidropsia, apoplexia, cancro e inflamações de vários tipos. No princípio e no fim da vida, a maior percentagem de óbitos estava ligada a doenças dos aparelhos nervoso e respiratório (Rodrigues, 2008: 378).

Também Morais (2002) analisa as causas de morte em Portugal, para o século XX (mais concretamente, o período de 1920 e 1990). A autora faz uma análise do fenómeno para o Continente, considerando a idade, o sexo, a região e as causas de morte. Os resultados a que chega pelo cálculo das taxas específicas (por idades) para os dois sexos

(Morais, 2002: 133) confirmam a tendência descrita para a evolução da mortalidade no seu conjunto.

Relativamente ao caso feminino, verificou ao longo das décadas, até 1980, uma quebra da mortalidade em todos os grupos etários. Entre 1980 e 1990 registou uma estagnação dos valores da mortalidade, eventualmente decorrente do processo de envelhecimento da população que afetou também os indicadores da mortalidade geral.

Em todo o período se observou uma mortalidade em U, isto é, mais expressiva nas idades extremas e com os níveis mais fracos registados nos grupos etários jovens (10-15 anos exatos), e, de seguida, nos grupos etários limítrofes.

Quanto à evolução da mortalidade nas idades férteis, há tendências assinaláveis. Sendo analisados os anos de 1920, 1940, 1960, 1980 e 1990, é entre 1940 e 1960 e, sobretudo, entre 1960 e 1980 que se revelam as maiores quebras da mortalidade neste grupo populacional (definido dos 15 aos 50 anos exatos). Tendência que tem paralelo na evolução da mortalidade em todos os grupos etários mais novos, incluindo o referente à mortalidade infantil.

Para além disso, verifica-se em 1920 e 1940, uma maior proximidade entre os valores da mortalidade dos diferentes (sete) grupos etários quinquenais deste grande grupo, face à tendência dos restantes anos. Com efeito, com o avançar do tempo, verifica-se um progressivo aumento e maior afastamento entre a mortalidade feminina aos 15-20 anos e a dos 45-50 anos exatos.

Esse afastamento, por comparação com os anos anteriores em análise, parece dever-se, acima de tudo, a uma quebra mais acentuada da mortalidade da população mais jovem, sendo, por isso, talvez a população feminina em idade fértil mais jovem um dos grupos a beneficiar mais da evolução positiva da mortalidade, no nosso país, como, aliás, é descrito pela Teoria da Transição Epidemiológica.

Ora, a justificação para estas diferenças pode assentar na variação da exposição a determinados riscos em função dessas idades em que a mortalidade se manifesta de forma diferenciada.

Daí a importância da introdução na análise da variável causa de morte. Uma das causas de morte que fará sentido associar à população feminina em idade fértil será a mortalidade materna, porque é a expressão do risco máximo para a saúde da mulher em acontecimentos como a gravidez e o parto, que se enquadram nesse período fértil.

A análise de Rodrigues para o século XIX, revelou que uma das (seis) principais causas de morte apontadas para o grupo etário dos 20 aos 40 anos era a das 'doenças de parto' o que é significativo se considerarmos o grupo etário alargado que é, assim como o facto de esta informação não distinguir as doenças por sexo.

Como terá, então, acontecido a evolução da mortalidade referente a esta causa de morte no nosso país? E, antes disso, como a definimos exatamente?

11.2. A mortalidade materna em Portugal

11.2.1. Definição e método

A morte materna é uma causa de morte que remete para um período específico da vida da mulher, que se inicia com a gravidez e termina no período do pós-parto. Mas, apesar de aparentemente simples, a sua definição não é linear nem consensual, desde logo porque concentra condições, estados e acontecimentos muito distintos. Os critérios que sustentam a definição de morte materna são dois: o período de exposição ao risco e a causa de morte¹³⁹.

Segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, de 1992, a Organização Mundial de Saúde define morte materna como o “óbito de uma mulher que tenha ocorrido ao longo da gravidez ou num período de 42 dias após o seu término, qualquer que seja a duração ou a localização, por uma qualquer causa determinada ou agravada pela gestação ou pelos cuidados que esta tenha motivado, mas não acidental ou fortuita (*The death of a woman while pregnant or within 42 days of, irrespective of the duration and site of the pregnancy, from any cause related to or aggravate by the pregnancy or its management but not from accidental or incidental causes*)” (WHO, 2010: 4).

O primeiro critério estabelecido não é consensual. Sendo a mortalidade um fenómeno quantificável, é necessário definir limites, nomeadamente temporais, para que os resultados dos indicadores calculados para diferentes contextos ou por diferentes autores sejam comparáveis.

Mas se o limite superior para o qual se considera a mortalidade materna são os 42 dias após o parto, outros organismos internacionais existem que estendem esse limite até um ano após o parto (é o caso do *Centers for Disease Control and Prevention*, dos EUA) ou que consideram até um período indefinido, desde que se apure que se trata de um óbito materno (como o *American College of Obstetrics and Gynaecology*, também dos EUA) (Fortney, 2002: 111).

Este alongamento do tempo na consideração dos óbitos maternos tem um sentido que é tanto mais pertinente quanto nos focamos no contexto ocidental. Na verdade, enquanto nos países em desenvolvimento a grande maioria dos óbitos maternos ocorre,

¹³⁹ No caso da mortalidade infantil, por comparação, um único critério é considerado, o do período de tempo de exposição ao risco de falecer (um ano), sendo consideradas todas as causas de morte, sem distinção (Fortney, 2002: 110).

efetivamente, até aos 42 dias após o parto, o mesmo não acontece nos países mais desenvolvidos, onde “a medicina moderna fez recuar significativamente a mortalidade materna, mas também, em parte, prorrogou o prazo para além do período de 42 dias” (Fortney, 2002: 110).

O que levou a OMS a considerar pertinente a admissão da noção de mortalidade materna tardia, onde entram os óbitos maternos que ocorrem entre 42 dias e um ano após o parto (WHO, 2010: 4-5).

Com efeito, a análise da saúde materna não se reduz a um momento preciso no tempo, como o momento do parto, por exemplo. Daí a importância de não reduzir a noção de processo de nascimento ao momento do parto, por forma a não empobrecer o estudo do risco associado à saúde materna.

A própria noção de risco não pode ser avaliada de forma redutora. Uma gravidez de risco, por exemplo, não pode ser assimilada ao risco total que se vive no período associado ao nascimento de um filho.

Diferentes riscos associam-se, com efeito, a diferentes causas de morte e, em princípio, incidirão em momentos diferentes do percurso da gravidez, parto e puerpério, isto é, de todo o processo de nascimento, sendo este calendário importante na análise do que poderemos apresentar como as componentes do risco da saúde materna.

Ora, a análise dos riscos, do tempo da sua manifestação e das suas causas deve articular-se. O que remete para o segundo critério estabelecido, o das causas de morte, que discutiremos mais à frente.

Em termos metodológicos, as soluções encontradas para o cálculo de indicadores da mortalidade materna são vários e a sua utilização pode depender, sobretudo, dos dados disponíveis e da qualidade que apresentam.

Nos países com boas estatísticas decorrentes do registo civil, como é o caso português, a mortalidade materna pode ser medida a partir da taxa de mortalidade materna. Este indicador não corresponde a uma taxa convencional, na medida em que não relaciona os óbitos maternos com a população em que potencialmente ocorrem. Estabelece antes a relação entre os óbitos maternos (numerador) e os acontecimentos que lhe deram origem, os nados-vivos (denominador).

Em rigor, nesse quociente, dificilmente se enquadrarão todos os casos teoricamente enquadráveis nas duas categorias. Em relação ao numerador, a subestimação dos óbitos maternos é uma realidade confirmada em todas as realidades e contextos, seja pelo intervalo de tempo considerado na observação, seja pela falta de informação na causa do óbito no registo ou por qualquer outra razão.

Quanto ao denominador, a consideração dos nados-vivos deixa de fora acontecimentos como nados-mortos (que, em conjunto com os nados-vivos, totalizam os

nascimentos) e as situações de abortos podendo determinados óbitos maternos decorrer no seguimento destes acontecimentos e não de nados-vivos.

Assim, a informação ideal para o denominador seria o total das gravidezes. Mas a dificuldade em quantificar os abortos e ter informação completa relativa a nados-mortos como acontece para os nados-vivos, tem levado a assumir os nados-vivos como informação de referência para o cálculo desta medida que, por sua vez, é designada de taxa de mortalidade materna (Fortney, 2002). Foi também esse o indicador que adotámos para medir a mortalidade materna no nosso país.

Para além da análise do fenómeno, parece-nos, também, importante, a articulação entre a evolução dos níveis de mortalidade materna e alguns elementos que compõem essa evolução, destacados na Teoria da Transição Epidemiológica.

Esses elementos passam pela manifestação diferenciada do fenómeno em grupos específicos, pela evolução das causas e dos seus determinantes (as causas das causas) nesses grupos. É justamente esse 'afunilamento' e essa articulação que nos interessa na análise da saúde materna.

Mais concretamente, ao querermos enquadrar a evolução da saúde materna no contexto de saúde e mortalidade em Portugal, de acordo com os indicadores considerados em Demografia e Epidemiologia (e seguidos na TTD e TTE), tentaremos trabalhar a articulação entre a evolução dos padrões de mortalidade geral em Portugal, dos padrões de mortalidade feminina e dos padrões da mortalidade materna.

Análise cuja pertinência remete para a ideia de que a evolução da mortalidade se associa a mudanças de padrões do fenómeno, nomeadamente ao nível da evolução das causas de morte (Omran, 2005).

11.2.2. A evolução da mortalidade materna

A mortalidade materna, aqui medida pela taxa que relaciona os óbitos maternos com os nados-vivos ocorridos ao longo de um ano civil, pode, para o caso português, ser analisada ao longo de quase um século, isto é, desde o ano de 1913 (quadro 11.1. e figura 11.1.).

No decorrer do período, a evolução da mortalidade materna não é estável, assistindo-se a uma primeira fase de níveis elevados e irregulares, indicativos da falta de controlo do fenómeno mas também, muito provavelmente, dos problemas na sua observação¹⁴⁰. A diminuição controlada e sustentada da mortalidade materna acontece quase a meio do século, já na década de 1940, para não mais retroceder.

¹⁴⁰ Com efeito, a recente implementação do registo civil obrigatório (que aconteceu em 1911) assim como a sensibilidade da variável 'causa de morte', terá condicionado, certamente, a qualidade do registo dos óbitos maternos nos primeiros anos em análise, pelo menos.

Assim, a primeira trintena de anos para os quais existem dados, que se inicia em 1913 e se estende até 1944, é marcada por um padrão de mortalidade materna muito elevada e sujeita a fortes oscilações, caracterizando-se o fenómeno, neste período, pela intensidade e instabilidade. Os valores da taxa de mortalidade materna (TMM) situam-se, nesse tempo, quase sempre acima das 300 mortes maternas por 100000 nados-vivos, chegando, nos anos de 1918, 1927, em quase toda a década de 1930 e em 1940 a superar as 400 mortes maternas por 100000 nados-vivos.

Quadro 11.1. Taxa de Mortalidade Materna (por 100000 nados-vivos), Portugal, 1913-2010

Anos	Taxa de Mortalidade Materna	Anos	Taxa de Mortalidade Materna	Anos	Taxa de Mortalidade Materna	Anos	Taxa de Mortalidade Materna
1913	323,35	1937	416,40	1961	118,61	1986	9,47
1914	311,97	1938	401,57	1962	116,71	1987	12,99
1915	284,80	1939	428,38	1963	87,67	1988	6,55
1916	341,84	1940	400,23	1964	84,28	1989	10,12
1917	348,74	1941	396,02	1965	84,64	1990	10,31
1918	446,59	1942	360,53	1966	83,12	1991	12,03
1919	359,29	1943	364,97	1967	83,14	1992	8,69
1920	347,94	1944	374,93	1968	73,86	1993	6,14
1921	331,94	1945	320,37	1969	79,06	1994	9,15
1922	374,03	1946	269,65	1970	73,46	1995	8,40
1923	365,88	1947	255,38	1971	54,49	1996	5,44
1924	336,00	1948	224,45	1972	54,96	1997	5,31
1925	308,97	1949	217,66	1973	59,19	1998	7,93
1926	306,10	1950	173,03	1974	47,68	1999	5,17
1927	427,28	1951	159,72	1975	42,86	2000	2,50
1928	--	1952	160,97	1976	44,45	2001	6,20
1929	358,43	1953	167,71	1977	46,39	2002	6,12
1930	365,87	1954	144,78	1978	32,84	2003	7,11
1931	442,88	1955	154,92	1979	30,57	2004	8,23
1932	429,68	1956	136,18	1980	18,95	2005	2,74
1933	420,43	1957	134,28	1981	18,41	2006	5,69
1934	425,28	1958	121,43	1982	22,51	2007	4,87
1935	434,93	1959	113,82	1983	14,55	2008	3,82
1936	398,32	1960	115,48	1984	14,71	2009	7,03
				1985	9,20	2010	7,88

Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

O ano de 1918 foi marcado pelo efeito da gripe pneumónica que determinou um pico geral da mortalidade no país, com mais intensidade na população feminina (Bandeira, 2007) ao que não será alheio o efeito da maternidade, a avaliar pelos valores que aqui encontramos. De facto, sendo este um ano de uma forte sobre mortalidade feminina, é de supor que uma parte dessa sobre mortalidade se deva à mortalidade materna.

Figura 11.1. Taxa de mortalidade materna, Portugal, 1913-2010



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Ao longo da década de 1920 as oscilações no valor da taxa são significativas e, na década de 1930, a oscilação dá, sobretudo, lugar à intensidade do fenómeno que aí atinge, por um maior período de tempo seguido, os valores mais elevados de todo o período analisado, quase sempre superando as 400 mortes por 100000 nados-vivos.

A década de 1940 regista o início da quebra da intensidade do fenómeno que acontece, a partir de 1944, a um ritmo bastante acelerado e sem mais retrocessos ou oscilações como até aí. A tendência mantém-se, embora de forma menos acentuada, ao longo da década de 1950 continuando a marcar as décadas seguintes. O ano de 1963 foi aquele em que se registou, pela primeira vez, na TMM, um valor inferior a 100 (com 87,67 mortes maternas por 100000 nados-vivos) e cerca de uma década mais tarde, o indicador já registava valores inferiores a 50 por 100000.

A década de 1980 é marcada por valores francamente baixos na mortalidade materna, face aos padrões anteriores mas, também, por alguma oscilação que, aliás, marca igualmente as duas décadas seguintes. Essa oscilação deve-se, por um lado, à variabilidade inerente aos indicadores calculados a partir de um número reduzido de casos.

Mas é uma oscilação que revela que a mortalidade materna não é um assunto resolvido na valência da saúde reprodutiva no nosso país. Tanto mais se considerarmos que este é um fenómeno reconhecido em termos científicos e políticos como *evitável*, no sentido em que qualquer perda materna não deveria acontecer.

Os valores dos últimos três anos em análise, mostram, justamente, uma variação de 3,82 mortes maternas por 100000 nados-vivos, em 2008, para 7,02 em 2009 e 7,88 em 2010. São subidas que devem ser assinaladas e acompanhadas, nomeadamente, pelo apuramento das respetivas causas. Esse é um trabalho que aqui não podemos fazer, uma vez que as causas de morte relativas a estes anos em concreto não são divulgadas, ao

abrigo da garantia da confidencialidade dos dados¹⁴¹, pelo número reduzido de casos em análise.

Figura 11.2. Evolução da Taxa de mortalidade materna, por quatro grandes períodos – 1913-1943, 1944-1959, 1960-1979, 1980-2010



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Em resumo, definiríamos quatro grandes períodos para a caracterização da evolução da mortalidade materna em Portugal a partir de 1913, sendo o primeiro mais longo com cerca de três décadas de duração e todos os outros com cerca de duas décadas. O que é interessante como indicador dos tempos das mudanças de padrões no que diz respeito aos resultados da saúde materna em Portugal, aqui aferida pela despectiva taxa.

Assim, o primeiro período desde 1913 (com uma taxa de mortalidade materna de 323,35 mortes maternas por 100000 nados-vivos) até 1944 (374,93 por 100000), é marcado por valores muito elevados e fortes oscilações. O segundo, de 1945 até ao início da década de 1960 (115,48 mortes maternas por 100000 nados-vivos, em 1960) regista já uma diminuição irreversível da mortalidade materna e, sobretudo na primeira fase, a um ritmo muito acelerado, isto é, com as quebras mais acentuadas de todo o período.

O terceiro período acontece até ao final da década de 1970 (em 1979 o valor da TMM era de 30,57 por 100000 nados-vivos) e é marcado pela continuação da descida da mortalidade materna, agora a um ritmo menos acelerado mas evidente.

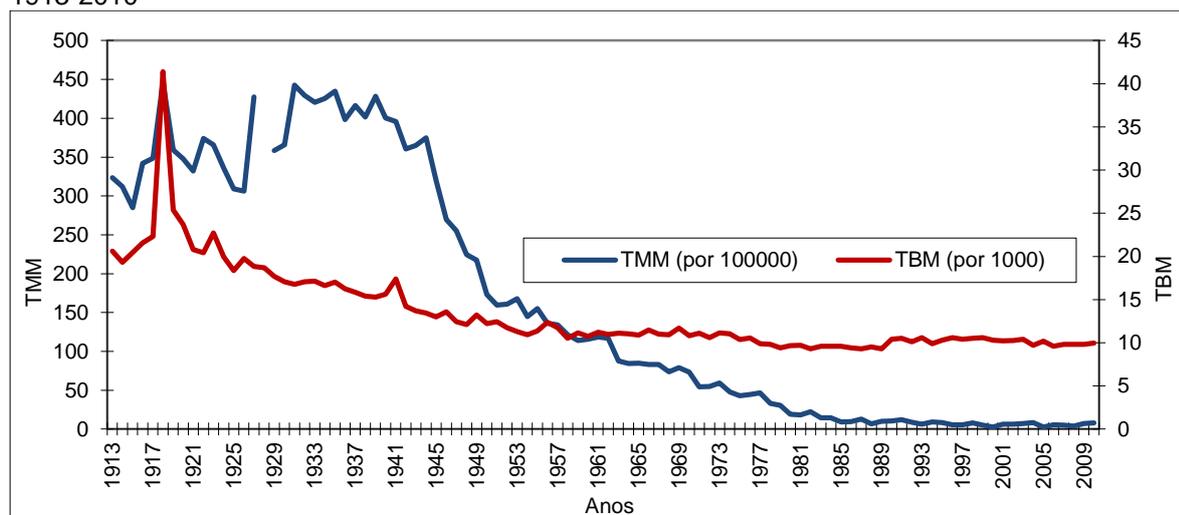
¹⁴¹ O segredo estatístico é um dos princípios do Sistema Estatístico Nacional (SEN) e foi definido no sentido de “salvaguardar a privacidade dos cidadãos e garantir a confiança no SEN”. Uma vez que os dados recolhidos no âmbito do SEN são confidenciais, o princípio do segredo estatístico determina que esses dados “não podem ser divulgados de modo a que permitam a identificação directa ou indirecta das pessoas singulares e colectivas a que respeitam” (Lei nº 22/2008, de 13 de Maio).

O último período, entre 1980 (18,95 por 100000) e 2010 (7,88 por 100000), registando já valores francamente baixos, anuncia algumas oscilações que mostram algum caminho a percorrer para a estabilização definitiva do fenómeno no sentido da sua anulação. De facto, se entre 1980 e 1993 ainda acontece uma quebra dos valores da mortalidade materna, já entre esse ano e 2010 verifica-se, sobretudo, a instabilidade do fenómeno, ainda que em níveis reduzidos.

11.2.3. Mortalidade geral e mortalidade materna

A comparação da evolução dos valores da mortalidade materna com os da mortalidade geral permite analisar a especificidade da tendência da primeira, face ao comportamento abrangente da segunda¹⁴² (figura 11.3.). A mortalidade materna regista mudanças mais tardias mas mais acentuadas e com ritmos mais acelerados face à mortalidade no seu conjunto.

Figura 11.3. Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) e Taxa de Mortalidade Materna (TMM), Portugal, 1913-2010



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Com efeito, ao longo do século XX, regista-se relativamente cedo uma clara tendência de quebra e estabilização dos valores da taxa bruta de mortalidade (TBM),

¹⁴² O recurso à taxa bruta de mortalidade (TBM) para estabelecer comparações entre a mortalidade e a mortalidade materna é incontornável. A TBM é uma medida grosseira, no sentido em que considera o fenómeno na sua globalidade, não eliminando, por exemplo, os efeitos de estrutura das populações, o que tem impacto nos resultados da taxa, sobretudo em análises de séries temporais longas, como a da nossa análise, pelas transformações que as estruturas etárias da população vão sofrendo, nomeadamente no sentido do envelhecimento. Para além disso, a sua comparação com a taxa de mortalidade materna é muito limitada, na medida em que uma considera como referência (no denominador do quociente) a população e a outra acontecimentos. Ainda assim, a TBM é a medida que nos permite ter informação para todo o período analisado, com resultados anuais e permite uma leitura global do comportamento do fenómeno da mortalidade, onde se enquadra a mortalidade materna.

tendência que não pode ser apontada à mortalidade materna. Esta apresenta padrões elevados e muita instabilidade de valores até meados da década de 1940, face à mortalidade geral.

Por outro lado, a partir do momento em que se inicia a quebra dos valores da TMM (no início da década de 1940), esta acontece a um ritmo acelerado, sobretudo nos primeiros anos, com oscilações menos acentuadas do que anteriormente e atingindo valores substancialmente inferiores em pouco mais de duas décadas, enquanto a TBM diminuiu de forma mais suave mas registou o início da quebra quase duas décadas mais cedo.

De facto, é interessante perceber que quando a mortalidade começa a baixar, na década de 1920, a mortalidade materna ainda aumenta e no período até 1940 a mortalidade geral já desceu e a mortalidade materna ainda se mantém bastante elevada.

Do que resulta para os anos entre 1926 e 1949 a maior descoincidência de padrões entre a TMM e a TBM, na medida em que a redução da mortalidade geral não é acompanhada pela redução dos níveis de mortalidade materna.

Ora, esta tendência contraria a premissa de Omran na formulação da TTE que apresenta o grupo das mulheres em idade fértil como um dos primeiros a beneficiar da redução dos níveis da mortalidade. No caso português, uma parte significativa das mulheres em idade fértil não terá beneficiado do recuo inicial da mortalidade.

Assim, as oscilações registadas para a mortalidade materna são, desde logo, um indicador da vulnerabilidade do fenómeno a efeitos e condições de conjuntura. Por outro lado, essa sensibilidade do fenómeno pode significar a tentativa de entrada na segunda fase da transição epidemiológica, embora muito incipiente, na medida em que a consolidação da descida da mortalidade materna só aconteceu a partir de 1944.

Nesse sentido, e atendendo a que a mortalidade materna encontra alguma estabilidade a partir de 1960 (embora a estabilização em valores francamente baixos não aconteça antes da década de 1980), situaríamos aí, na datação da transição epidemiológica em Portugal, a transição para a terceira fase da transição epidemiológica e não duas décadas mais cedo como havíamos feito a partir dos indicadores brutos da mortalidade.

O que implica, no caso português, resituar a segunda e a terceira fase da transição epidemiológica em períodos mais tardios, no que diz respeito à quebra da mortalidade associada a essa causa específica de morte, que Omran considera ser das primeiras a beneficiar com a redução da mortalidade.

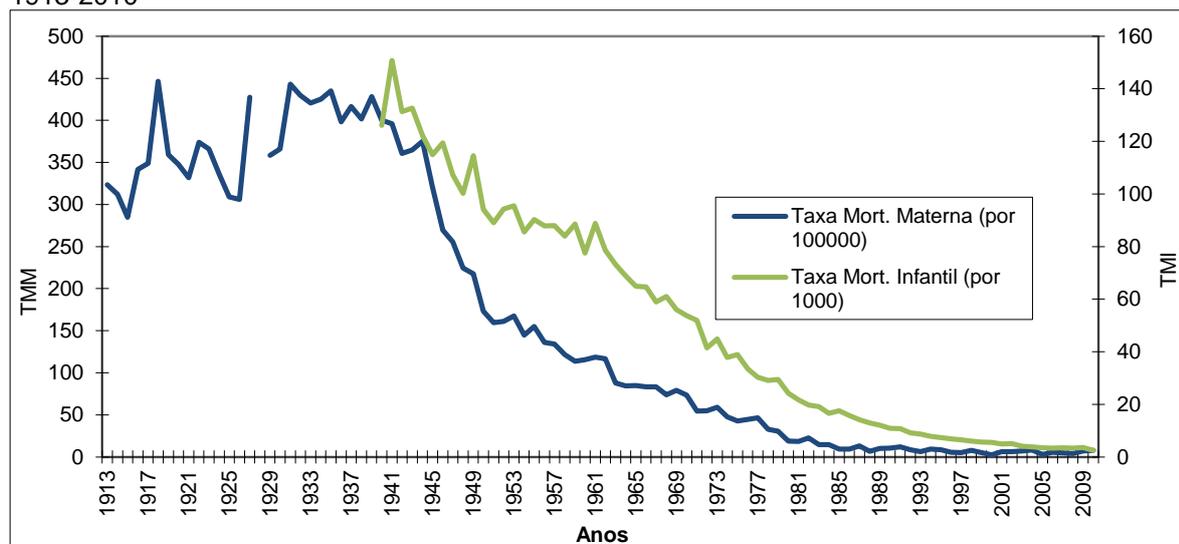
11.2.4. Mortalidade infantil e mortalidade materna

A análise da evolução da mortalidade materna e da mortalidade infantil deixa perceber que apesar de as respetivas curvas não serem totalmente coincidente, a evolução dos

fenómenos mortalidade materna e mortalidade infantil apresentou um padrão semelhante (figura 11.4.).

A mortalidade infantil segue uma curva tendencialmente oscilante entre 1941 e 1961, só estabilizando na descida dos valores a partir desse ano. Mas mesmo o período de 1940 a 1961, apesar da forma oscilante, é marcado pela diminuição da mortalidade infantil que, assim, acompanha a quebra da mortalidade materna. A partir do final dos anos 1970 ambos os fenómenos apresentam uma redução consolidada dos valores.

Figura 11.4. Taxa de Mortalidade Materna (Tmm) e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), Portugal, 1913-2010



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

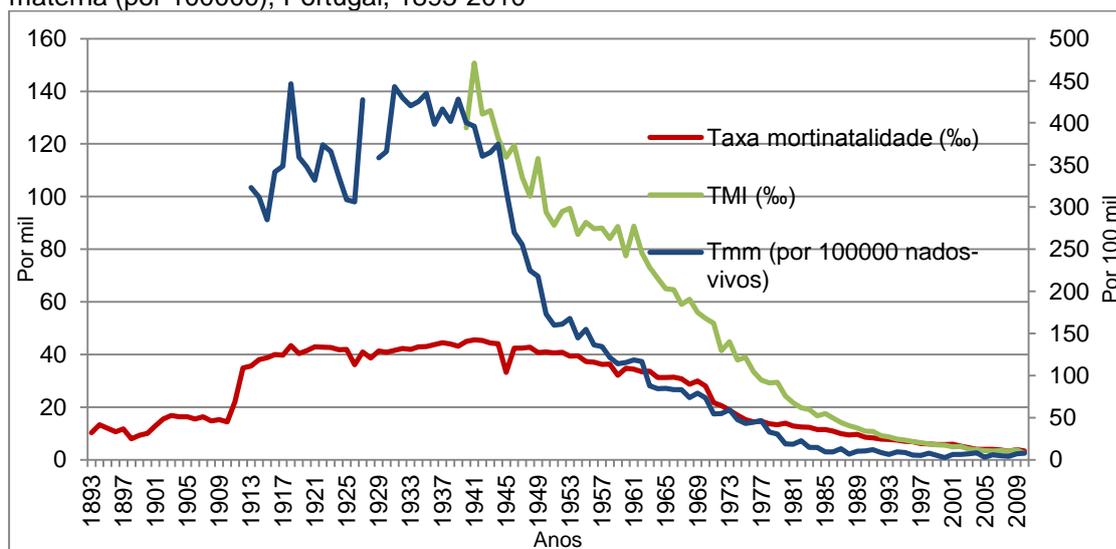
Assim, parece existir alguma anterioridade da quebra dos valores da mortalidade materna, o que é significativo porque a sobrevivência dos recém-nascidos depende, em grande parte, das mães. Mas, para além disso, a análise comparativa da evolução dos dois fenómenos evidencia uma relação clara no sentido de as mesmas causas produzirem efeitos idênticos. Ou seja, os contextos desfavoráveis à mortalidade materna sê-lo-ão, também, à mortalidade infantil.

Com a introdução da evolução da taxa de mortinatalidade¹⁴³ na análise, verificamos que a taxa de mortalidade infantil é a que apresenta valores mais elevados, com diferenças substanciais face às restantes duas até ao início da década de 1990, sendo ultrapassada pela taxa de mortinatalidade em 1999 e nunca registando valores inferiores aos da taxa de mortalidade materna (figura 11.5.).

O que pode significar, por um lado, que as causas de mortalidade foram evoluindo de um carácter sobretudo exógeno, ligado a condições exteriores, e não tanto diretamente aos acontecimentos da gravidez e do parto, para causas com carácter iminente endógeno, isto é, muito fortemente ligado às características da gravidez e do parto.

¹⁴³ Que resulta do quociente entre os nados-mortos e o conjunto dos nascimentos e é, habitualmente, expressa em permilagem (Bandeira, 2004: 202).

Figura 11.5. Taxa de mortinatalidade (‰), taxa de mortalidade infantil (‰) e taxa de mortalidade materna (por 100000), Portugal, 1893-2010



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

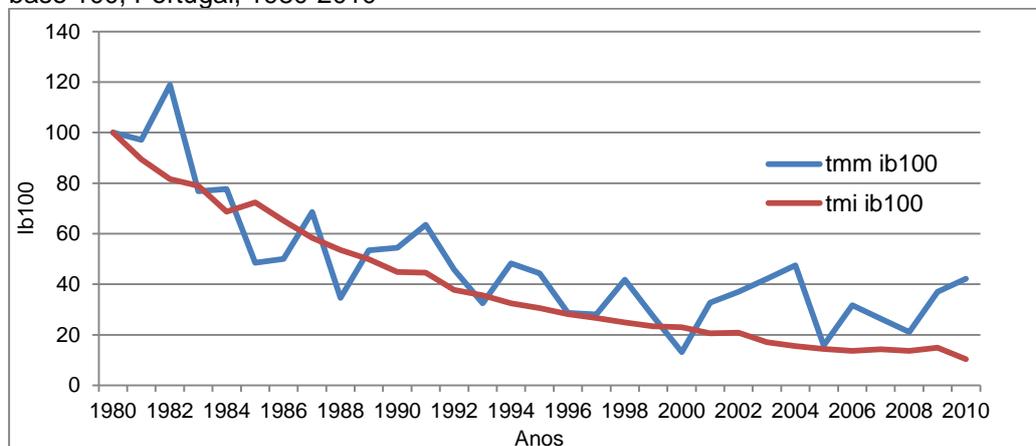
A mortinatalidade, nomeadamente, diz respeito aos óbitos fetais, isto é, que ocorrem ainda durante a gestação e são estes os que mais recentemente prevalecem face a todos os que ocorrem até ao primeiro aniversário após o nascimento.

O período mais recente da análise, nomeadamente a última trintena de anos, regista já valores francamente baixos quer de mortalidade materna quer de mortalidade infantil. Mas uma análise em detalhe revela particularidades interessantes e diferenças entre os fenómenos.

Para facilitar a comparação, calculámos índices de base 100 para o período de 1980 a 2010, sendo 1980 o ano base (figura 11.6.). A curva que descreve o índice referente à mortalidade infantil apresenta uma regularidade e constância na quebra dos valores que não é acompanhada pela do índice de mortalidade materna, sempre mais oscilante na descida.

O que sugere ser a mortalidade materna, na atualidade, um fenómeno menos linear na descida e por isso mais sensível aos efeitos que condicionam os dois fenómenos.

Figura 11.6. Taxa de Mortalidade Materna (Tmm) e Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) - índices de base 100, Portugal, 1980-2010



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Articulando a informação dos dois últimos gráficos, constatamos que sendo a mortalidade infantil atualmente mais condicionada por fatores de natureza endógena, apresenta também um percurso mais linear do que a mortalidade materna. O que permitirá supor, pela diferença de padrão, que os níveis irregulares da mortalidade materna poderão dever-se a causas de natureza exógena, isto é, determinadas por acontecimentos exteriores à gravidez e ao parto em si.

11.2.5. Mortalidade feminina e mortalidade materna

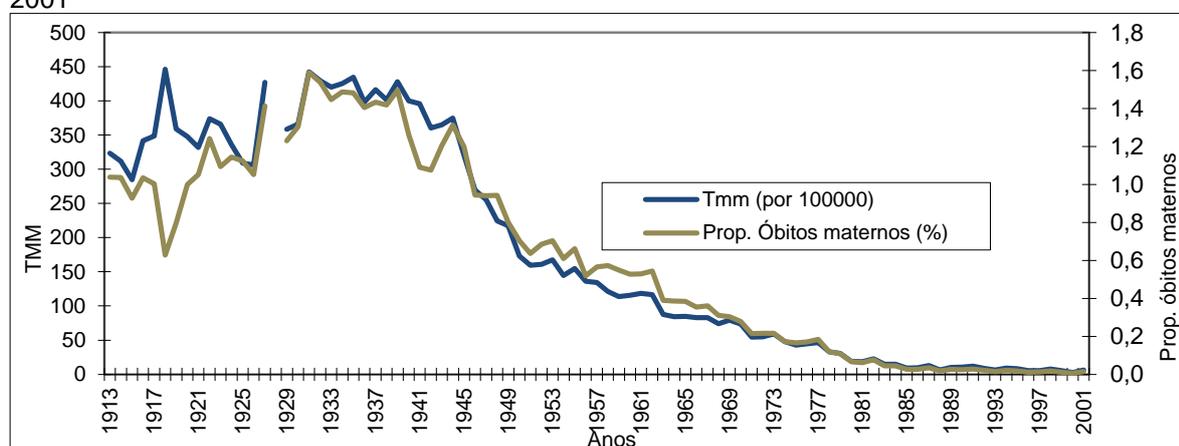
A evolução do peso da mortalidade materna na mortalidade feminina em geral, ao longo do século XX, parece revelar, à partida, particularidades da primeira face ao conjunto de causas da mortalidade feminina.

A contribuição da mortalidade materna para a mortalidade feminina foi medida a partir da proporção de óbitos maternos no conjunto dos óbitos femininos, no sentido de perceber o contributo da mortalidade materna para a mortalidade feminina, já que é este o universo populacional suscetível de sofrer o acontecimento associado ao fenómeno.

Este indicador mostra que as variações da mortalidade materna são simultâneas às da mortalidade feminina mas o seu peso é muito residual diluindo-se esta nas restantes causas. Assim, se por um lado, a mortalidade feminina e a mortalidade materna apresentam valores elevados e irregulares nos mesmos períodos, por outro, o peso da mortalidade materna no conjunto da mortalidade feminina não terá sido decisivo para influenciar as curvas do risco de mortalidade feminina (o valor mais elevado, atingido em 1931, é de 1,6%).

As diferenças nas tendências dos dois fenómenos passam, desde logo, pelo facto de a mortalidade materna apresentar mais oscilações e picos de intensidade do que a mortalidade feminina (figura 11.7.).

Figura 11.7. Proporção de óbitos maternos e Taxa de Mortalidade Materna (TMM), Portugal, 1913-2001



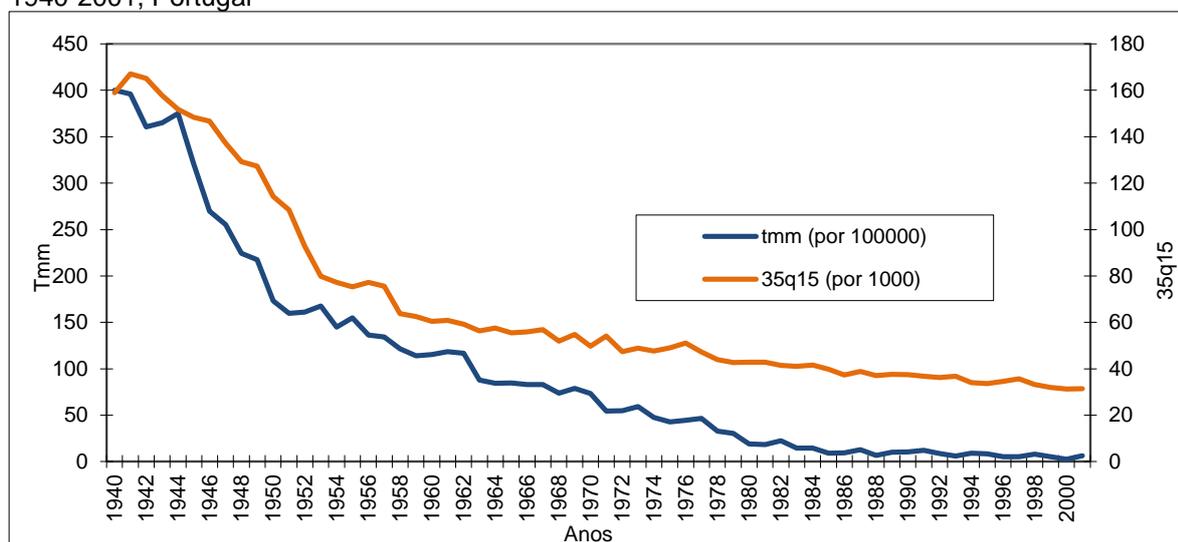
Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Para além disso, a tendência de descida que caracteriza a mortalidade materna desde meados da década de 1940 acontece enquanto a mortalidade feminina geral estabiliza, claramente impulsionada por outras causas.

A maior contribuição da mortalidade materna para a mortalidade feminina ocorreu até ao início da década de 1940, coincidindo com o período em que a própria mortalidade materna era mais elevada. A partir da década de 1960 essa contribuição é fortemente reduzida, assumindo valores inferiores a 0,5%.

Também na leitura comparada entre a TMM e o risco de mortalidade nas idades férteis¹⁴⁴ (figura 11.8.) se verifica uma tendência semelhante na evolução das curvas dos indicadores. Mas a quebra é mais expressiva ao longo de todo o período no indicador da mortalidade materna do que no conjunto da mortalidade das mulheres em idade fértil, nomeadamente, na primeira fase de quebra, até 1953, e a partir de 1974.

Figura 11.8. Risco de mortalidade entre 15 e 50 anos (35q15) e Taxa de Mortalidade Materna, 1940-2001, Portugal



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Os resultados relativos aos dois períodos assinalados podem sinalizar a resposta da mortalidade materna às medidas de natureza político-sanitária e assistencial dirigidas à valência da saúde reprodutiva e materna, nesses períodos, o que reforça a ideia da sensibilidade do fenómeno a efeitos conjunturais que o determinem.

Ainda assim, a tendência semelhante das curvas entre a taxa de mortalidade materna e o risco de mortalidade das mulheres em idade fértil, leva-nos a tentar perceber até que ponto e em que momentos no tempo a mortalidade neste grupo etário considerado fértil (e em que a mortalidade materna se manifesta), contribui e influencia a mortalidade feminina no seu conjunto e o seu indicador mais fino, a esperança de vida.

¹⁴⁴ O risco de mortalidade nas idades férteis é medido pelo quociente de mortalidade das tábuas de mortalidade da população feminina entre os 15 e os 50 anos e apresenta-se como 35q15, sendo 35 o número de anos do intervalo etário fértil (entre os 15 e os 50 anos exatos) e 15 a idade inicial desse intervalo (Bandeira, 2004).

Nesse sentido, considerámos alguns resultados de Oliveira e Mendes (2010) que estudaram a contribuição dos diferentes grupos etários para a evolução da esperança de vida de homens e mulheres a partir de 1940 (quadro 11.2.).

Aí se percebe que a contribuição do tempo de vida ganho nas idades férteis para o total da esperança de vida foi mais forte nas décadas de 1940 e, sobretudo, na de 1950, década em que se registou uma contribuição de 2,08 anos para o aumento total da esperança de vida, que, no total (isto é, considerando a contribuição de todas as idades), foi de 5,88.

A década de 1960 regista uma quebra acentuada nessa contribuição, quebra que se manteve nas décadas seguintes (com uma leve subida na década de 1990) e até ao final do período analisado.

Considerando, agora, o peso relativo das contribuições referidas no ganho total da esperança de vida em cada década, a tendência de fundo mantém-se (uma maior contribuição destas idades nas primeiras décadas analisadas) mas surgem dados novos.

Assim, e mais uma vez, são as décadas de 1940 e 1950 as que revelam uma percentagem mais significativa de ganhos nas idades férteis para o aumento da esperança de vida, com valores de 20,86% e 35,37%, respetivamente.

Quadro 11.2. Contribuição (em anos) dos grupos etários quinquenais entre 15 e 50 anos exatos, para a evolução da esperança de vida, Portugal, sexo feminino

Idades completas	Períodos							
	1940/50	1950/60	1960/70	1970/80	1980/90	1990/2000	2000/05	2005/07
15-19	0,26	0,34	0,04	-0,02	0,05	0,03	0,02	0,01
20-24	0,24	0,44	0,05	0,03	0,02	0,05	0,02	0
25-29	0,26	0,37	0,08	0,05	0,01	0,06	0,01	0,02
30-34	0,24	0,29	0,1	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03
35-34	0,2	0,24	0,08	0,05	0,03	0,03	0,04	0,01
40-44	0,19	0,23	0,04	0,04	0,07	0,02	0,05	0,01
45-49	0,16	0,17	0,04	0,07	0,03	0,07	0,03	0,02
Total	1,55	2,08	0,43	0,25	0,23	0,29	0,2	0,1
Total geral	7,43	5,88	3,2	5,05	2,53	2,56	1,08	0,82
% no total geral	20,86	35,37	13,44	4,95	9,09	11,33	18,52	12,2

Fonte: adaptado de Oliveira e Mendes, 2010, p.136, com alguns cálculos próprios (fundo verde)

De 1950 para 1960 a quebra é acentuada, passando de 35,37 para 13,44% e a década de 1970 é o período em que este grupo etário alargado menos contribui, em termos relativos, para a progressão do indicador do calendário da mortalidade.

A partir de 1980, e sem que os valores absolutos o deixassem perceber, o peso relativo destas contribuições revela um aumento progressivo, em cada década, da contribuição destas idades para a evolução da esperança de vida no nascimento, chegando aos 18,52% em 2000/2005, o valor mais alto encontrado a seguir ao das duas primeiras

décadas em análise. Em 2005/2007 regista-se uma nova diminuição que não apaga, contudo, a importância do aumento verificado entre 1970 e 2005.

Ora, mesmo acompanhando a tendência global do fenómeno da mortalidade, é bastante significativa a quebra acentuada da mortalidade nas idades férteis ao longo das décadas de 1940 e 1950. É ainda de realçar a inversão da tendência na década seguinte bem como a nova quebra da mortalidade após a década de 1970, o que, em certa medida, acompanha a própria evolução do fenómeno mais específico que é a mortalidade materna.

Estes elementos parecem reforçar a ideia de que a entrada no segundo período de transição epidemiológica, em que se fazem sentir os efeitos da redução da mortalidade em grupos mais vulneráveis da população como o das mulheres em idades férteis mas, sobretudo, em mulheres que passaram pela experiência da gravidez e do parto, se deu justamente a partir da década de 1940, isto é, cerca de duas décadas depois do início da quebra da mortalidade, aferida pela TBM.

A singularidade da mortalidade materna reforça o estatuto diferenciador deste fenómeno, pela sua capacidade de sinalizar processos que são menos evidentes à luz de indicadores menos finos.

É curiosa a ponte que é possível fazer entre este início de mudança de padrão num fenómeno tão sensível como o da mortalidade materna que interfere com diferentes dimensões da vida da mulher e a constatação de Bandeira relativamente às gerações nascidas justamente nesta fase (década de 1940).

Terão sido estas gerações a iniciar, no quadro da sua vida reprodutiva, a “definição de um novo quadro social de reprodução demográfica” (Bandeira, 1996: 174), em que a procriação antes moldada por restrições individuais definidas coletivamente, ganha sobretudo a influência de aspirações e estratégias individuais, associadas a determinados contextos sociais (Bandeira, 1996: 174).

Pelo que se a ligação da mortalidade materna à mortalidade geral pode ajudar a perceber o seu indicador como um indicador sanitário e epidemiológico, a ligação da mortalidade materna à natalidade e fecundidade revelam o indicador da mortalidade materna como um indicador social.

11.2.6. Mortalidade materna e fecundidade

Uma primeira leitura comparativa da evolução dos valores da taxa bruta de natalidade e da taxa de mortalidade materna, ao longo de quase um século, levará a dizer que os fenómenos não parecem ter relação entre si (figura 11.9.).

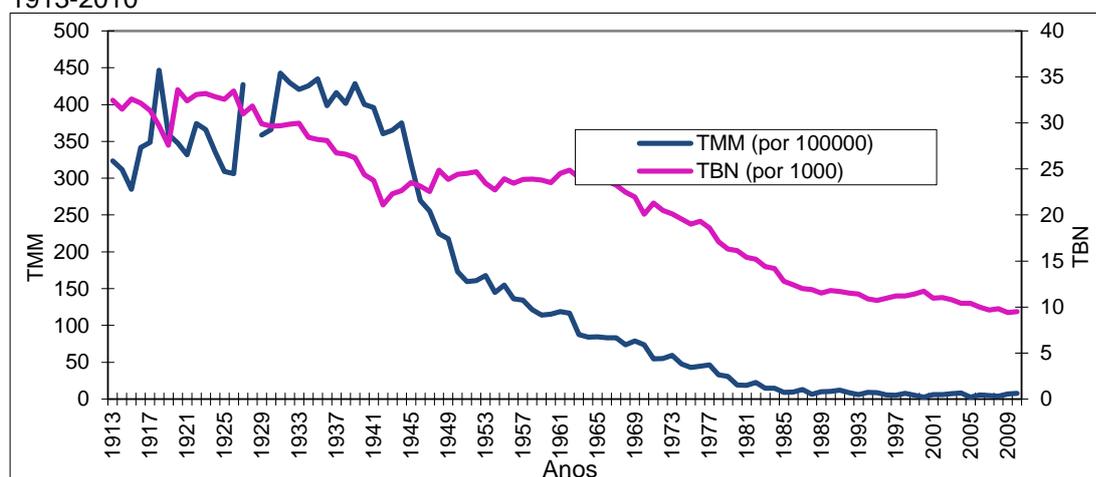
Contudo, uma leitura mais atenta revela uma relação quase simétrica entre os fenómenos, que passam, em simultâneo pelos períodos de crise e de estabilização mas em

polos opostos. Uma tendência semelhante entre os dois fenómenos (no sentido do decréscimo) revela-se a partir da década de 1960, revelando maior coincidência nos tempos de evolução entre a mortalidade materna e a natalidade, do que entre natalidade e mortalidade infantil¹⁴⁵.

Na comparação da mortalidade materna com a natalidade, os períodos que podem ser analisados como tendo características particulares e com uma determinada relação entre os fenómenos, surgem, curiosamente, delimitados ou balizados por inícios e finais de décadas.

Até ao final da década de 1920, as oscilações nos valores são muito acentuadas em ambos os fenómenos. Na década de 1930, os mais elevados valores da taxa de mortalidade materna em todo o período analisado (se não considerarmos o valor excecional de 1918, ano em que a gripe espanhola fez aumentar em muito a mortalidade no país) coincidem com o início claro da quebra dos valores da natalidade.

Figura 11.9. Taxa Bruta de Natalidade (TBN) e Taxa de Mortalidade Materna (Tmm), Portugal, 1913-2010



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

A partir de 1940 (exceção apenas para o ano de 1944), dá-se uma quebra abrupta dos valores da mortalidade materna, coincidente com uma retoma dos valores da natalidade. A década de 50 confirma a queda dos valores da TMM, mas de forma mais amenizada, o que vai de par com uma relativa estabilidade e estagnação dos valores da taxa bruta de natalidade.

As décadas de 1960 e 1970 aceleram um pouco a tendência de decréscimo dos valores da TMM, sendo o decréscimo da natalidade também claro desde 1965. Uma estabilização em valores reduzidos, de ambos os fenómenos acontece a partir de meados da década de 1980.

¹⁴⁵ Ver, a este propósito, a relação entre mortalidade infantil e fecundidade, estabelecida por Bandeira (1996: 260), que se refere a um início da quebra da mortalidade infantil condicionada pela descida da natalidade e à interligação dos fenómenos na descida dos seus valores.

As razões que justificam a simetria de tendências serão diferentes ao longo do tempo mas a articulação dos fenómenos parece incontornável.

A diminuição da natalidade entre o final dos anos 1920 e o início da década de 1940 foi assinalada, à época, como resultando de uma adesão temporária a práticas malthusianas de controlo da fecundidade, logo corrigidas a partir da década de 1940, para agrado da corrente populacionista e do Estado português (Bandeira, 1996: 190-191).

Essas práticas de controlo da fecundidade, não se devendo ainda à entrada num contexto de modernidade demográfica ou social, revelam já uma nova forma de olhar para a família e para a sua estrutura e dimensão. Ora, a saúde materna seria, eventualmente, uma das preocupações das famílias num contexto de descontrolo dos níveis da mortalidade materna potenciado pelos elevados níveis de fecundidade.

Nesse sentido, seria razoável assumir que uma das motivações para a redução da fecundidade poderia ser a salvaguarda da saúde das mulheres que pela redução da sua fecundidade se exporia menos aos riscos associados ao nascimento. Esta é aliás, uma das razões que Mc Laren aponta para a redução dos níveis de fecundidade em França (McLaren, 1997: 188).

E é uma razão que justifica a assimetria dos fenómenos. De facto, quando os níveis de mortalidade materna se encontram mais controlados, a partir da década de 1940, os nascimentos revelam-se menos arriscados e a natalidade aumenta.

Já na segunda fase de quebra da natalidade, a partir da década de 1960, a diminuição dos seus valores acontece num contexto de fortes mudanças sociais e culturais, de redefinição dos papéis de género dentro e fora da esfera familiar, do surgimento de novos modelos familiares, dos quais decorrem novos comportamentos e estilos de vida. Nesse contexto, a criança ganha uma nova centralidade e a fecundidade um novo sentido, claramente mais investido e, por isso, controlado.

Surgem, também, novas opções de restrição e vivência da fecundidade, por via do acesso a contraceptivos modernos (como a pílula feminina) e outras formas de medicalização e institucionalização do padrão da vida reprodutiva, permitindo a emergência de um novo paradigma de gestão do risco associado a estes acontecimentos.

A relação entre os fenómenos mantém-se, nesta fase mais recente, dando agora a simetria lugar a um paralelismo entre natalidade e mortalidade materna. No sentido em que as novas opções de forte restrição em matéria fecunda se aliam a padrões de saúde materna em que se procura cada vez mais controlar o risco associado a acontecimentos cada vez mais raros, por vezes únicos, na vida de uma mulher. Procura-se, assim, garantir que essa exclusividade decorra sem imprevistos.

11.2.7. Evolução regional da mortalidade materna

A análise da mortalidade materna a nível regional é feita considerando os anos a partir de 1913.¹⁴⁶ A descida ao nível do distrito na primeira fase do período analisado remete-nos para a importância da qualidade das fontes.

De facto, se até aqui já trabalhávamos com dados sensíveis, a questão acentua-se agora mais ainda. Isto é, desde 1913 e pelo menos até aos primeiros anos da década de 1920, a qualidade da informação estatística decorrente do registo civil é de natureza duvidosa, justamente pela introdução muito recente da obrigatoriedade do registo civil (de 1911).

É o caso dos óbitos. Se a isso juntarmos duas variáveis tão sensíveis como a causa de morte e a região, a margem de erro da informação com que trabalhamos aumentará substancialmente.

A esse propósito, numa análise comparativa da evolução das taxas brutas de mortalidade e taxas de mortalidade infantil, Bandeira deu conta de uma subavaliação da mortalidade infantil nas primeiras décadas do século XX, sobretudo nas regiões a Norte do país (Minho e Trás-os-Montes) (Bandeira, 1996: 142-146).

Ora, sendo a mortalidade infantil e a mortalidade materna fenómenos próximos na evolução e na valência a que se referem e estando a mortalidade materna associada a uma variável ainda hoje difícil de apurar, que é a causa de morte¹⁴⁷, assumimos como provável, também, dificuldades no registo dos óbitos maternos nos primeiros anos ou décadas de recolha destes dados, comprometendo a qualidade dos indicadores que deles decorrem e marcando a instabilidade nos resultados.

É tendo em conta também essa dimensão da qualidade das fontes, que devemos analisar os resultados referentes à evolução da mortalidade materna a nível distrital, no nosso país, ao longo dos anos (figura 11.10.).

A análise desses resultados dá conta da existência de dois padrões diferenciados, cuja fronteira acontece justamente a meio do século XX. Isto é, a mancha de curvas relativa à taxa de mortalidade materna que encontramos para o conjunto dos distritos portugueses (e ilhas) revela-se oscilante, com alguma dispersão entre distritos e com tendência para a subida dos valores até à segunda metade da década de 1940, começando, a partir daí, a

¹⁴⁶ A análise é apresentada por distritos entre 1913 e 1987 e por NUTS II daí em diante, até 2001, ano a partir do qual deixou de ser divulgada informação segundo a componente regional para, devido ao número reduzido de casos, não comprometer o princípio do segredo estatístico a que a informação é sujeita (Lei nº 22/2008, de 13 de Maio).

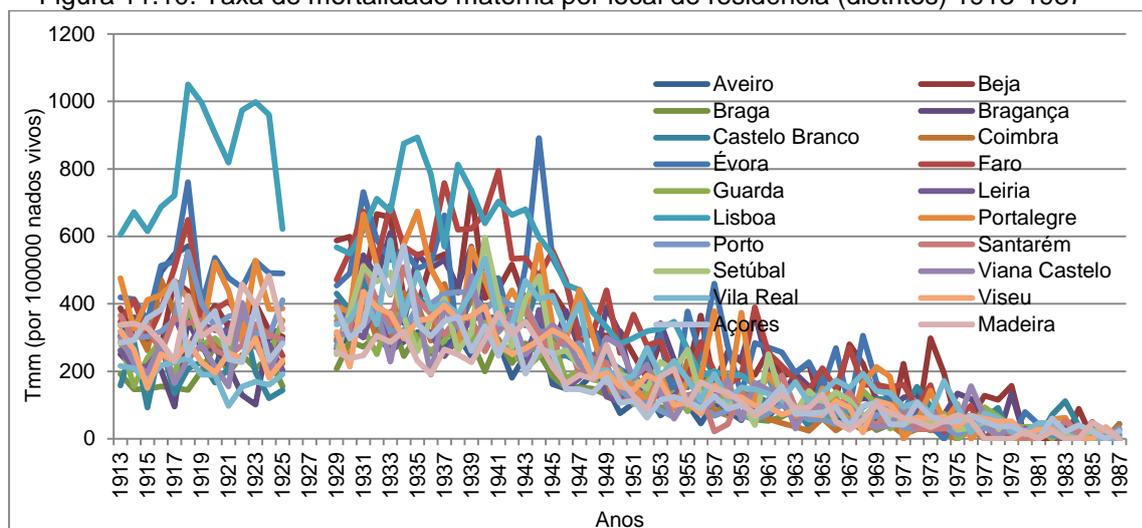
¹⁴⁷ Essa dificuldade pode acentuar-se em períodos críticos. Por exemplo, em 1918, ano de forte acréscimo da mortalidade, o número de óbitos por causa desconhecida era elevadíssimo (Bandeira, 2007).

registar-se uma quebra clara e uma maior aproximação das curvas entre si, revelando maior uniformidade em termos regionais, face ao período anterior.

Estas fortes oscilações e subidas registadas revelarão um real agravamento da mortalidade materna, mas também eventuais problemas no registo dos acontecimentos.

Centrando-nos nas tendências que os resultados mostram, as oscilações que marcam a primeira fase definida são acompanhadas de uma tendência de subida dos valores, entre as duas primeiras décadas em análise (1910 e 1920) e as duas seguintes (1930 e 1940), marcando um retrocesso do fenómeno antes do início da quebra definitiva dos valores, que acontece sensivelmente a meio do século XX.

Figura 11.10. Taxa de mortalidade materna por local de residência (distritos) 1913-1987



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Contudo, verifica-se que a instabilidade nos valores da mortalidade materna se estende até à década de 1940, podendo ser essa oscilação, também, uma marca própria do fenómeno até ao início da quebra dos seus valores.

O padrão de oscilação e dispersão de valores é também visível nos valores encontrados para o desvio-padrão calculado para a taxa de mortalidade materna, entre 1913 e 1987, que – salvo o caso de Braga que, como veremos mais à frente, se revela o distrito com um padrão mais regular na curva da taxa de mortalidade materna – apresenta, para todos os distritos ou regiões, valores superiores a 100, superando os 200 (em distritos do Alentejo) ou 300 por 100000, no caso do distrito de Lisboa que se apresenta como o mais singular (quadro 11.3.).

Quadro 11.3. Desvio-padrão e valores máximos da taxa de mortalidade materna (por 100000 nados-vivos), por distritos e ilhas, Portugal, 1913-1987

Distritos	Desvio-padrão	Valores máximos	Ano do valor máximo
Total	151,35	446,59	1918
Aveiro	143,31	570,71	1918
Beja	179,19	736,60	1939
Braga	98,64	364,36	1933
Bragança	157,04	610,28	1933
Castelo Branco	131,51	476,53	1931
Coimbra	155,21	551,89	1918
Évora	218,19	891,77	1944
Faro	215,62	793,65	1941
Guarda	118,20	396,38	1918
Leiria	126,13	417,75	1932
Lisboa	330,47	1050,25	1918
Portalegre	193,02	673,83	1935
Porto	159,53	554,92	1918
Santarém	143,54	513,90	1931
Setúbal	153,69	596,29	1940
Viana Castelo	127,24	483,16	1939
Vila Real	141,26	589,08	1933
Viseu	121,33	436,55	1931
Açores	140,69	572,92	1934
Madeira	128,84	483,23	1924

Fonte: cálculos próprios, a partir dos valores da taxa de mortalidade materna, previamente calculados.

O cálculo do desvio-padrão e a identificação do valor máximo para as diferentes fases que identificámos atrás de evolução do fenómeno a nível nacional, permitem uma análise mais fina das diferentes características que o fenómeno assume em cada fase (quadro 11.4.). Com efeito, a dispersão de valores entre os distritos, as oscilações referidas e o aumento da prevalência do fenómeno são características que marcam, sobretudo, a primeira fase de evolução da mortalidade materna.

As tendências assinaladas para este período parecem querer revelar uma grande aleatoriedade da evolução do fenómeno ao longo da primeira fase analisada, mostrando uma total incapacidade de prevenção e controlo da mortalidade materna no nosso país, mas também eventuais problemas de qualidade dos dados, como referimos atrás.

E é só a partir de 1945 que se começa a identificar, na maioria dos distritos, uma tendência de quebra controlada do indicador da mortalidade materna que, salvo anos

pontuais, não teve retorno, evidenciando a existência de mecanismos concretos com efeitos claros de controlo do fenómeno.

Quadro 11.4. Desvio-padrão e valor máximo da taxa de mortalidade materna (por 100000 nados-vivos), por períodos, por distritos e ilhas, Portugal, 1913-1987

Distritos	1913-1944		1945-1960		1961-1979		1980-1987	
	Desvio-padrão	Valores máx.	Desvio-padrão	Valores máx.	Desvio-padrão	Valores máx.	Desvio-padrão	Valores máx.
Total	45,18	446,59	60,05	320,37	25,6	119,28	4,67	22,52
Aveiro	89,34	570,71	42,32	192,01	25,58	110,04	13,34	38,35
Beja	119,03	736,6	86,75	435,66	84,3	297,84	31,5	89,09
Braga	61,12	364,36	35,01	186,86	19,52	87,21	9,82	34,58
Bragança	141,65	610,28	84,17	390,34	50,2	212,8	12,98	36,72
Castelo Branco	112,54	476,53	49,18	248,61	51,05	189,9	41,77	112,19
Coimbra	79,92	551,89	64,65	325,08	19,49	61,01	16,76	43,04
Évora	127,65	891,77	119,5	535,97	102,97	306,02	30,11	80,03
Faro	147,73	793,65	115,87	557,18	79,64	270,16	18,98	50,68
Guarda	60,16	396,38	59	283,87	42,89	156,45	18,97	39,12
Leiria	60,92	417,75	49,56	249,07	31,01	138,12	13,55	33,69
Lisboa	149,3	1050,25	110,71	546,19	33,04	178,3	8,59	24,79
Portalegre	102,54	673,83	111,39	441,55	70,39	213,13	27,85	62,19
Porto	58,66	554,92	85,06	318,81	22,45	100,4	10,26	30,39
Santarém	64,05	513,9	80,56	306	43,09	188,32	17,47	52,72
Setúbal	102,79	596,29	64,1	264,02	54,92	250,56	14,04	42,07
Viana Castelo	80,73	483,16	88,07	336,53	43,25	156,25	12,46	24,63
Vila Real	129,12	589,08	92,03	424,07	49,33	193,02	21,43	47,8
Viseu	71,73	436,55	71,73	321,52	24,53	112,33	15,26	35,3
Açores	87,34	572,92	45,67	254,95	32,22	155,33	20	60,29
Madeira	69,05	483,23	53,42	278,09	39,79	132,07	17,87	48,51

Fonte: cálculos próprios, a partir dos valores da taxa de mortalidade materna, previamente calculados.

Ainda na primeira fase, em que há maiores diferenças entre distritos, destacam-se alguns com valores acima da média. O distrito de Lisboa é aquele que assume os valores mais elevados até 1945, só sendo esta região superada em alguns anos por distritos do Alentejo e Sul do país (Portalegre em 1931, Évora em 1931, 1937 e 1944 e Faro em 1931, 1937 e 1941), anos em que se regista uma sintonia de fatores que passam por uma subida forte dos valores da mortalidade materna nos distritos do Sul nos anos indicados, que coincide com uma quebra pontual dos valores do indicador em Lisboa.

Os níveis mais elevados da mortalidade materna em Lisboa assumem uma diferença particularmente elevada face aos dos restantes distritos entre 1913 e 1925 (não há dados para os anos de 1926 a 1928) e nos anos de 1934, 1935, 1936 e 1938. De facto, nesse

período, enquanto a maioria dos distritos não chega a 500 mortes maternas por cada 100000 nados-vivos, no caso de Lisboa, a taxa de mortalidade materna é sempre superior a 500 por 100000, chegando, no período crítico entre 1918 e 1924, a situar-se entre 819 e 1050 mortes maternas por 100000 nados-vivos e voltando, na década de 1930, a assumir valores excecionalmente elevados (na ordem dos 800 por 100000).

Para além de Lisboa, que se destaca claramente na primeira fase com os valores mais elevados, os distritos que mais se aproximam desse padrão são os do Sul¹⁴⁸, isto é, do Alentejo (Portalegre e Évora) e Algarve (Faro) mas, sobretudo, em 1918 e a partir de 1929.

De facto, se atentarmos aos valores máximos assumidos pela taxa de mortalidade materna em cada distrito e ao ano em que esses valores ocorreram, identificamos os distritos de Lisboa (1050 mortes maternas por 100000 nados-vivos), Évora (892 por 100000 nados-vivos), Faro (794 por 100000 nados-vivos), Beja (737 por 100000 nados-vivos) e Portalegre (674 por 100000 nados-vivos) como os que assumem os valores máximos mais elevados.

Se em Lisboa esse pico acontece em 1918 (ano da maior incidência de mortalidade decorrente da gripe pneumónica), já nos restantes distritos referidos esses picos acontecem entre 1935 e 1944, pelo que não parecem relacionar-se, à partida, com outros fenómenos que impulsionem mais a mortalidade podendo, sobretudo, decorrer da própria evolução da mortalidade materna.

O distrito de Setúbal, não chegando a assumir valores tão elevados, junta-se a este grupo em termos de temporalidade (o valor máximo de 596 mortes maternas por 100000 nados-vivos acontece em 1940), sendo também geograficamente próximo dos distritos analisados.

Quanto aos restantes distritos do país, apenas o Funchal assume o pico da mortalidade na década de 1920 (mais concretamente em 1924), assumindo alguma especificidade na evolução do indicador, com valores mais elevados a acontecerem mais cedo do que nos distritos do continente.

Viseu, Castelo Branco e Santarém (em 1931), Leiria (em 1932), Braga, Bragança e Vila Real (em 1933) e os Açores (em 1934) são distritos e regiões que assumiram o valor máximo da mortalidade materna na primeira metade da década de 1930, reforçando a ideia, que já vínhamos percebendo com os distritos do Sul, da existência de um padrão de continuidade geográfica da datação da intensidade do fenómeno.

¹⁴⁸ Para o distrito de Setúbal só há dados a partir de 1929, uma vez que o distrito foi criado apenas no final do ano de 1926 e que entre 1926 e 1928, inclusive, os valores relativos aos óbitos maternos não são disponibilizados a nível regional impossibilitando o cálculo da respetiva taxa.

Assim, o comportamento da mortalidade materna em termos cronológicos e geográficos (figura 11.11.), revela um padrão específico a Norte e Centro, outro ligando o Alentejo ao Algarve e outro, ainda a litoral, como veremos de seguida.

Neste último, encontram-se os distritos de Aveiro, Coimbra, Porto e Guarda que, como Lisboa, registam o pico da mortalidade materna em 1918 e tendo todos em comum a litoralidade – à exceção de Guarda que, sendo um distrito do Interior, faz fronteira com o de Coimbra – e a urbanidade, bem como uma forte incidência da gripe pneumónica, sobretudo o distrito de Aveiro (Bandeira, 2007).

O distrito de Viana do Castelo fica mais próximo do padrão do Alentejo e Sul do país, registando o valor máximo da taxa de mortalidade materna em 1939.

Quanto aos valores máximos propriamente ditos, e depois da análise da sua temporalidade, fica claro, por um lado, a existência do grupo de distritos do Sul (Lisboa - 1050, Portalegre - 674, Évora - 892, Beja - 737, Faro - 794 mortes maternas por 100000 nados-vivos) a assumirem valores claramente acima da média, Setúbal (596 por 100000) com valores próximos dos deste grupo mas não tão elevados, seguido de alguns distritos do litoral (Porto - 555, Aveiro - 571, Coimbra - 552 por 100000), e interior norte (Bragança - 610 e Vila Real - 589 por 100000), bem como dos Açores (573 por 100000).

De seguida, surgem os distritos com valores intermédios (Castelo Branco - 477, Leiria - 418, Santarém - 514, Viana do Castelo - 483, Viseu - 437, e Madeira - 483 por 100000), que geograficamente se ligam e fazem a ponte com os que registam os valores máximos menos elevados do fenómeno e que são os distritos de Braga e Guarda, com 364 e 396 mortes maternas por 100000 nados-vivos, respetivamente.

Após a primeira fase, são, também, os três distritos do Alentejo e Sul referidos (Portalegre, Évora e Faro), pontualmente acompanhados pelo de Beja, que, já em período de quebra franca dos valores da taxa de mortalidade materna, se mantêm com o padrão mais elevado e oscilante do fenómeno. Os distritos de Bragança na segunda e na terceira fase e o de Castelo Branco na última, destacam-se, também pelos valores elevados que apresentam, juntando-se ao grupo do sul.

Lisboa, por seu turno, a partir do ano de 1944, inclusive, inicia uma quebra dos valores de mortalidade materna inigualável até 1950, subindo ligeiramente até 1954 e voltando a descer daí em diante, para não mais emergir da mancha de curvas mais adelgada no final do período¹⁴⁹ e perdendo-se, por isso, entre as que assumem os valores mais reduzidos.

O distrito que alberga a capital do país revela, neste cenário, o caso mais excecional e dissonante dos restantes. Por um lado, apresenta os níveis mais elevados de mortalidade

¹⁴⁹ Período que termina, recorde-se, em 1987.

materna no início do período e ao longo de quase toda a fase de maior incidência do fenómeno, chegando, em 1918, às 1050 mortes maternas por cada 100000 nados-vivos, como já vimos, e tendo valores aproximados nos anos seguintes.

Por outro, enceta a recuperação mais espetacular do fenómeno, considerando duas dimensões: a da temporalidade e a da intensidade. Ou seja, este distrito, num muito curto espaço de tempo e sem mais do que um ou dois anos de estagnação pelo meio, viu a mortalidade materna reduzida para valores inferiores aos da maioria dos restantes distritos, tendo partido dos valores mais elevados.

Esta recuperação aconteceu desde o ano de 1944 inclusive (onde se registou um valor de 597,35 por 100000 face aos 680,90 do ano anterior) atingindo em 1963 o valor de 77,26, isto é, pela primeira vez um valor inferior a 100 mortes maternas por 100000 nados-vivos, o que significa uma variação de -87,07% num espaço de tempo inferior a duas décadas (quadro 11.5.).

Alguns distritos revelam, para o mesmo período, variações ainda mais fortes, como sejam os de Portalegre, com uma variação negativa de 88,57% e Viana do Castelo (-89,46%). E se todos os distritos apresentam variações negativas do fenómeno superiores a -50%, alguns mostram evoluções menos pronunciadas do que outros, o que pode dever-se a diferentes razões mas revela como o controlo da mortalidade materna teve efeitos claros e visíveis em todo o território nacional, embora com intensidades e resultados diferenciados.

Quadro 11.5. Variação da Taxa de mortalidade materna entre 1944 e 1963, por distritos, Portugal

Distritos	Variação (%)	Distritos	Variação (%)
Total	-76,49	Lisboa	-87,07
Aveiro	-86,15	Portalegre	-88,57
Beja	-53,32	Porto	-74,30
Braga	-65,60	Santarém	-69,91
Bragança	-31,88	Setúbal	-83,61
Castelo Branco	-80,61	Viana Castelo	-89,46
Coimbra	-87,23	Vila Real	-59,40
Évora	-78,12	Viseu	-70,83
Faro	-63,41	Açores	-72,23
Guarda	-71,45	Madeira	-67,95
Leiria	-85,62		

Fonte: cálculos próprios, a partir dos valores da taxa de mortalidade materna, previamente calculados.

A propósito desta disparidade de valores do distrito de Lisboa relativamente a todos os outros, é inevitável recordarmos as referências de Loudon (1992) e Mc Laren (1987) ao facto de, em países como França, Inglaterra e EUA, serem as populações urbanas as primeiras a aceder a novas formas de assistência ao nascimento, com novos protagonistas,

como os cirurgiões parteiros, e novas modalidades, em termos de intervenção, mas com resultados desfavoráveis, numa fase inicial, para a saúde das mães e das crianças.

Estes resultados encontrados na taxa de mortalidade materna para o distrito de Lisboa podem ser um indicador da entrada nesse modelo de assistência menos tradicional situado, inicialmente, no distrito de Lisboa.

Distrito que terá beneficiado, posteriormente, em primeira mão dos avanços mais consolidados da prática obstétrica e apoiados por modelos assistenciais hospitalares e farmacêuticos difundidos também noutros países a partir da década de 1940, como novas medidas de higiene ou a introdução do antibiótico para debelar determinadas causas de morte materna.

Os resultados mais favoráveis registados para outros distritos do litoral, como Porto e Coimbra, podem significar que estes distritos terão beneficiado do modelo assistencial moderno na fase de maior consolidação das práticas.

Já alguns distritos do Interior e do Norte do país podem ter beneficiado do isolamento face às maiores cidades e, por aí, da manutenção mais prolongada do modelo tradicional de assistência ao nascimento, onde as parteiras eram as protagonistas. Outros, como Bragança e Castelo Branco, terão sido penalizados por esse afastamento.

Os distritos do Sul, claramente colados a Lisboa, caracterizam-se por modelos culturais menos conservadores e mais abertos à mudança, tendo aderido mais rapidamente a novos padrões de procriação (Bandeira, 1996: 260-261, 416-418) poderão ter aderido também mais rapidamente a modelos assistenciais ditos modernos.

Por outro lado, as características socioculturais e religiosas favoráveis à adesão a comportamentos modernos no Sul do país, assim como as características económicas e de produção (em que o regime de propriedade não tem, à partida, uma base familiar como no Norte do país) resultariam, eventualmente, num maior isolamento físico e numa vida comunitária menos participada. O que por sua vez, poderá ter ditado muitas situações de falta de acesso a qualquer tipo de assistência, com implicações nos níveis de mortalidade materna.

A evolução diferenciada da taxa de mortalidade materna (figura 11.11.) levou-nos a identificar padrões caracterizadores da evolução do fenómeno, considerando os seguintes conjuntos regionais:

- Distritos de Guarda e Braga. Nestes distritos, o valor de 400 mortes maternas por 100000 nados-vivos não é ultrapassado, havendo oscilações e subida dos valores pouco acentuadas na primeira fase (1913 – 1944) e uma quebra regular, com alguma oscilação, no decurso da segunda fase (a partir de 1945).

- Distritos de Viana do Castelo, Castelo Branco, Leiria, Santarém e Açores. Apresentam um padrão semelhante ao anterior mas revelando mais oscilações e, no período de 1928 a meados da década de 1940, com valores que chegam a ultrapassar os 400 por 100000.
- A Madeira, que se diferencia do anterior pelos valores claramente mais elevados da taxa de mortalidade materna entre 1913 e 1925.
- Distritos do interior Norte, nomeadamente, os de Vila Real e Bragança. Grupo de distritos que surge em linha com o padrão do segundo grupo mas com mais oscilações e valores mais elevados no período 1928 – década de 1940, chegando às 600 mortes maternas por 100000 nados-vivos.
- Distritos do litoral, concretamente os de Lisboa, Porto, Aveiro, Coimbra, que registam valores para a taxa de mortalidade materna acima da média na primeira fase e descidas mais pronunciadas face aos restantes desde o início da quebra dos valores.
- Distritos do Sul: Portalegre, Évora, Setúbal, Beja e Faro que se pautam por valores elevados e oscilantes face aos restantes, sobretudo a partir da década de 1930 e praticamente até ao fim do período analisado por distritos (1987).

Vejamos, agora, a evolução dos valores regionais e da respetiva taxa de variação para os quatro períodos definidos no âmbito nacional (figura 11.11. e quadro 11.6.).

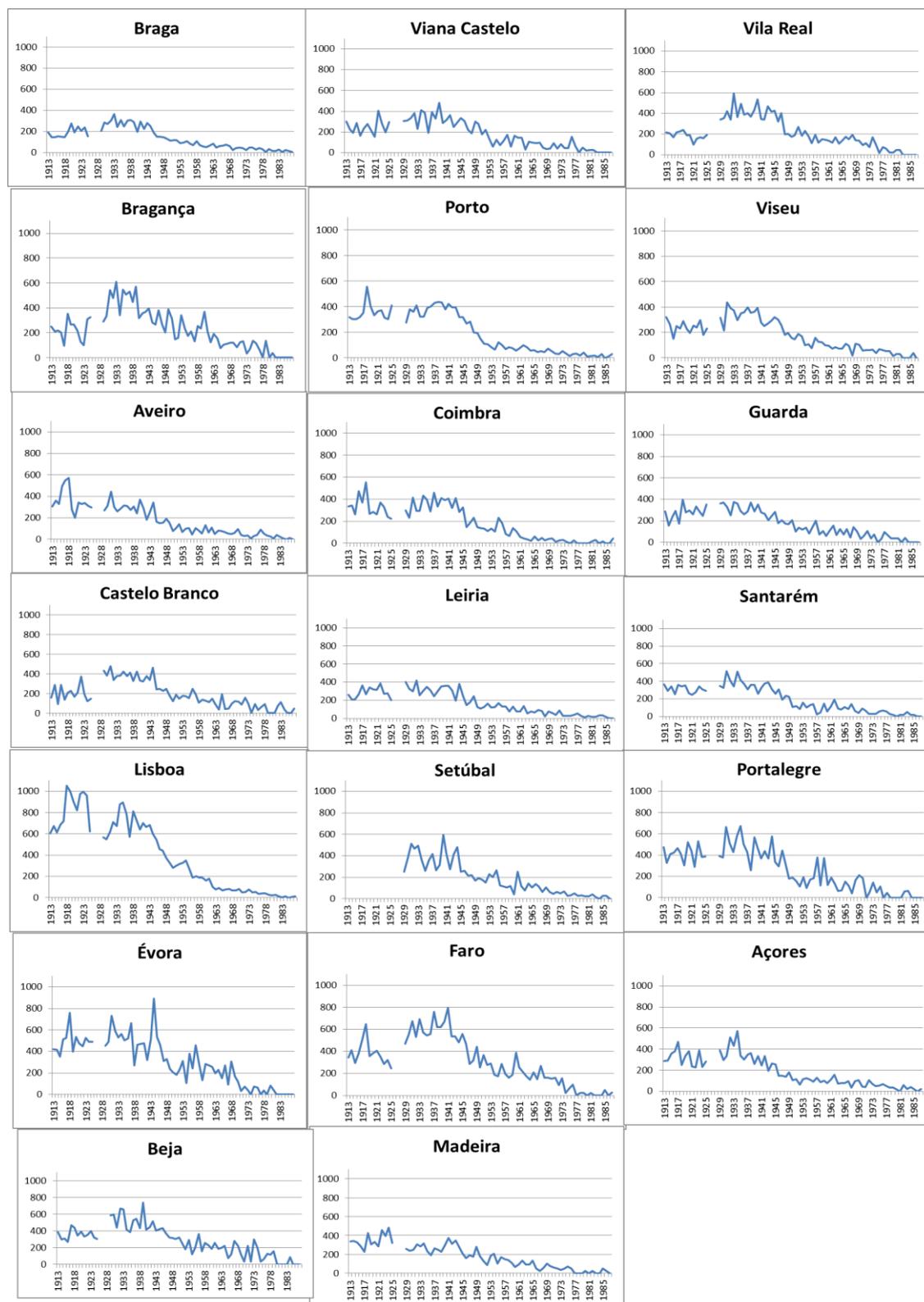
Para a primeira fase, caracterizada, a nível nacional, pela subida irregular dos níveis de mortalidade materna, os distritos de Vila Real, Castelo Branco, Lisboa e os do sul do país são os que chegam ao fim do período com os valores mais elevados e Castelo Branco é aquele que revela uma maior taxa de variação ao longo do período, o que não acontece com os do Sul que já iniciam essa fase com valores francamente elevados.

Os distritos que chegam ao final desta fase com os valores mais baixos de mortalidade materna são os de Braga e Guarda, sendo que Guarda e Coimbra são aqueles cuja taxa de variação no período revela uma melhor recuperação do fenómeno, no sentido do decréscimo da sua incidência, entre 1913 e 1944.

Na segunda fase, apenas em Bragança o fenómeno não regista uma quebra de valores entre o início e o final do período, ficando o distrito no vermelho. Aqueles cuja recuperação foi maior foram Braga e Guarda (que revelam uma grande constância na melhoria dos padrões de mortalidade materna ao longo do tempo), a que se juntam os polos urbanos Lisboa e Porto, e também Santarém, Setúbal, Viseu e Açores, logo seguidos de Coimbra, Leiria, Portalegre, Madeira e Vila Real.

Esta foi uma fase de quebra generalizada dos valores de mortalidade materna, com uma expressão também generalizada superior a 50% de variação no sentido do decréscimo da respetiva taxa, a que só escaparam os distritos de Viana do Castelo, Aveiro, Castelo Branco e do sul do país (Beja, Évora, Faro), cuja consolidação da descida da mortalidade materna se deslocou para mais tarde.

Figura 11.11. Evolução da taxa de mortalidade materna (por 100000 nados-vivos), por distritos, Portugal, 1913-1987



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Quadro 11.6. Taxa de mortalidade materna (por 100000 nados-vivos) e taxas de variação (%) nos distritos e ilhas nas datas limites das fases de evolução do fenómeno a nível nacional

Distritos e ilhas	Primeira fase - subida irregular			Segunda fase - movimento de quebra acentuada e irreversível			Terceira fase - consolidação da quebra a ritmo mais lento			Quarta fase - Ensaio de anulação do fenómeno com oscilações		
	1913*	1944	taxa var. (%)	1945	1960	taxa var. (%)	1961	1979	taxa var. (%)	1980	1987**	taxa var. (%)
Aveiro	305,17	342,73	12,31	162,22	130,94	-19,28	65,10	37,13	-42,96	27,33	0	-100,00
Beja	386,85	421,60	8,98	435,66	189,36	-56,54	259,38	157,29	-39,36	0,00	0	0,00
Braga	191,91	253,49	32,09	186,86	57,20	-69,39	52,77	6,86	-87,00	34,58	8,35	-75,84
Bragança	251,22	283,17	12,72	266,48	370,70	39,11	212,80	135,27	-36,43	0,00	0	0,00
Castelo Branco	158,17	462,80	192,59	243,04	128,02	-47,33	109,24	0,00	-100,00	0,00	44,58	44,58
Coimbra	335,81	285,26	-15,05	325,08	107,50	-66,93	58,45	0,00	-100,00	0,00	43,04	43,04
Évora	418,97	891,77	112,85	535,97	284,24	-46,97	271,00	0,00	-100,00	80,03	0	-100,00
Faro	346,13	480,90	38,94	557,18	389,94	-30,02	254,95	23,56	-90,76	0,00	25,27	25,27
Guarda	287,76	244,68	-14,97	283,87	60,68	-78,62	110,55	35,74	-67,67	34,84	0	-100,00
Leiria	261,78	381,98	45,92	249,07	77,80	-68,76	76,49	14,64	-80,86	30,28	0	-100,00
Lisboa	604,47	597,35	-1,18	546,19	159,52	-70,79	178,30	25,97	-85,43	23,34	13,89	-40,49
Portalegre	476,09	575,90	20,96	337,00	116,82	-65,33	190,29	0,00	-100,00	0,00	0	0,00
Porto	317,43	317,41	-0,01	318,81	56,77	-82,19	75,93	42,49	-44,04	10,95	30,39	177,44
Santarém	365,04	308,81	-15,40	258,88	55,59	-78,53	113,34	16,13	-85,77	0,00	0	0,00
Setúbal	250,45	481,49	92,25	250,59	41,01	-83,63	250,56	30,57	-87,80	20,30	0	-100,00
Viana do Castelo	300,87	291,34	-3,17	336,53	165,24	-50,90	145,14	48,77	-66,40	23,31	0	-100,00
Vila Real	216,10	414,77	91,93	424,07	147,07	-65,32	133,66	21,39	-84,00	21,23	0	-100,00
Viseu	318,69	292,34	-8,27	321,52	98,25	-69,44	95,37	51,98	-45,50	13,50	0	-100,00
Açores	285,31	266,13	-6,72	254,95	76,21	-70,11	108,70	37,54	-65,47	19,13	22,61	18,23
Madeira	337,79	284,90	-15,66	213,46	68,34	-67,98	92,35	0,00	-100,00	21,89	0	-100,00

Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

* Para o distrito de Setúbal, esta fase inicia-se no ano de 1929

** Último ano para o qual existem dados por distritos

Aveiro e Castelo Branco são, contudo, casos particulares, uma vez que iniciaram esta fase com valores abaixo da média o que tornou menos expressiva a evolução e o resultado da taxa de variação ao longo do período. Para além disso, Aveiro iniciou um forte movimento de quebra logo no ano de 1961.

A terceira fase, de consolidação da quebra a um ritmo mais lento, a nível nacional, regista já valores mais residuais e, portanto, variações mais abruptas. É, desde logo, pautada pela continuação de uma descida clara dos valores no distrito de Braga, mas

também em distritos menos previsíveis como Castelo Branco, Portalegre, Setúbal, Évora e Faro e ainda Lisboa, Leiria, Coimbra, Santarém e Vila Real, alguns dos quais chegando ao fim do período com uma incidência nula de mortalidade materna.

A existência de valores muito residuais a nível regional na última fase do período analisado, torna desinteressante a análise das variações dos valores da taxa de mortalidade materna, pelo que não a faremos para os anos entre 1980 e 1987 mas vamos considerá-la para uma avaliação conjunta da evolução do fenómeno.

Em termos globais e em síntese, diríamos que os distritos ou regiões com resultados mais positivos na evolução da mortalidade materna entre o início e o final de cada fase, isto é, cuja variação entre o início e o final de cada fase é sempre no sentido do decréscimo dos valores são Viana do Castelo, Viseu, Guarda, Lisboa, Santarém e Madeira.

Braga, Vila Real, Aveiro, Beja, Leiria e Portalegre revelam taxas de variação positivas na primeira fase. Da segunda fase em diante a mortalidade materna tende sempre a decrescer.

Coimbra, Porto e os Açores mostram uma evolução positiva nas três primeiras fases mas a última é marcada pela subida dos valores da mortalidade materna.

Évora, Faro e Setúbal mostram variações da mortalidade materna oscilantes, alternando fases de variação positiva com fases de variação negativa.

Bragança e Castelo Branco mostram também oscilações de tendências, embora não coincidentes entre si nem com o padrão do sul, ao que se soma a particularidade de, nestes distritos, bem como nos do sul do país e em Vila Real encontrarmos os valores da taxa de mortalidade materna (sombreados a vermelho) mais acentuados do país, nos anos limite das fases definidas, sobretudo nas duas primeiras fases.

Na terceira fase (entre 1961 e 1970), alguns desses distritos são aqueles que apresentam maiores níveis de redução da mortalidade materna, fixando esta como a fase não só de consolidação da quebra como também da aproximação de padrões do fenómeno a nível regional.

As fases e respetivas designações que estabelecemos para a evolução da mortalidade materna na análise do fenómeno a nível nacional parece-nos adequada quando descemos para o nível regional. Salientamos algumas ideias:

- muita irregularidade, diferença de padrões e alcance de valores extremos na primeira fase;
- uma segunda fase caracterizada pela quebra acentuada e generalizada da mortalidade materna, mas ainda marcada pela resistência à mudança de padrão a sul, cujos distritos assumem valores elevados no final do período, e pelo isolamento de Bragança que continua com uma evolução negativa;
- uma terceira fase de consolidação final da quebra da mortalidade materna em todas as regiões, reforçada pelo aproximar de padrões regionais, homogeneizando os níveis de

mortalidade materna. Os valores mais elevados no final deste período continuam a ser o de Bragança e o de um distrito do Sul, Beja, que apesar disso acompanham a tendência generalizada de quebra de valores;

- uma última fase de anulação do fenómeno em alguns distritos ou regiões. Uma fase também onde se registam alguns retrocessos que podem dever-se ao número residual de casos mas que são, claramente, de assinalar: Castelo Branco, Faro, Porto e Açores.

Diríamos ainda que, de todo o período analisado, aquele em que a mortalidade materna sofreu as maiores transformações a nível regional foi o que corresponde às duas fases centrais da nossa análise (que se encontram mais sombreadas) e que se referem a três décadas e meia, de 1945 a 1979.

11.2.8. Mortalidade materna, natalidade e mortalidade – análise regional

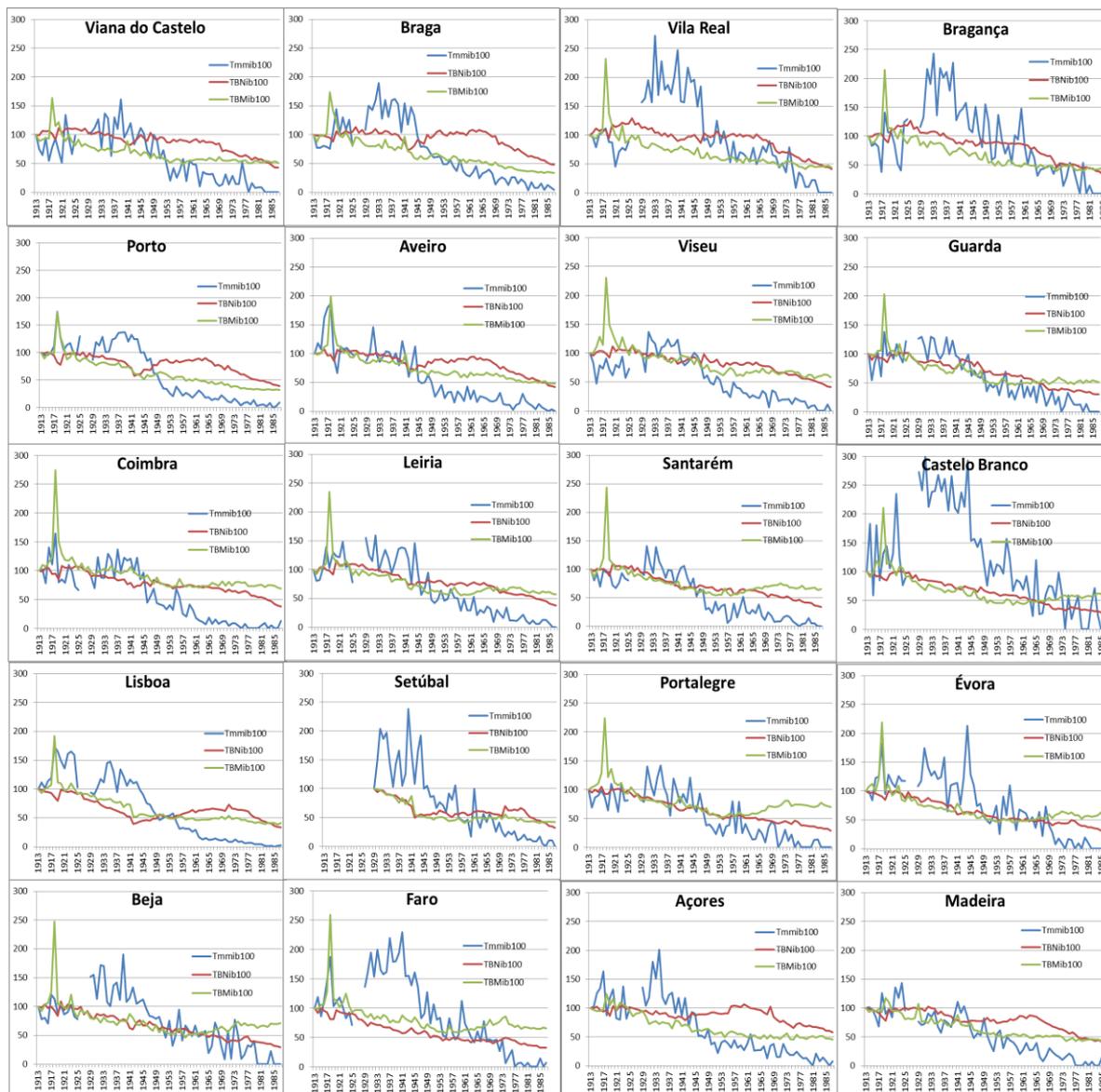
A irregularidade nos valores da mortalidade materna nos primeiros anos da análise foi também registada no fenómeno da natalidade, estudado por Bandeira (1996: 210), cujo declínio, em alguns distritos, terá sido precedido por aumentos. Se assim for, e excluindo possíveis imperfeições estatísticas na recolha da informação, também sugeridas por Bandeira, apesar de as temporalidades serem divergentes, podemos encontrar alguma sintonia no arranque de mudanças profundas das suas tendências.

De facto, estes são fenómenos que se ligam e interligam, pelo que uma análise conjunta poderá ser particularmente rica para o estudo da mortalidade materna. Vamos por isso ancorar-nos na análise que Bandeira fez da evolução da natalidade, com recurso às taxas brutas calculadas ano a ano e aos critérios que definiu, para prosseguirmos uma leitura conjunta dos fenómenos na assunção de relação entre as tendências assumidas nas suas evoluções (figura 11.12.).

A evolução da natalidade registou, desde o início da descida dos seus valores, diferentes padrões regionais de evolução, com temporalidades diferenciadas na descida dos valores. Nas Ilhas, em Lisboa (1912), Porto (1915), Portalegre (1917), Beja (1920), Faro (1920), Santarém (1920) e Évora (1922), o início da descida da natalidade foi mais precoce, tendo iniciado o processo de quebra nos restantes distritos ao longo da década de 1920 (Bandeira, 1996: 208).

Nesse processo, apenas os distritos do Sul (Portalegre, Évora, Beja e Faro), Castelo Branco e Santarém registam um movimento de quebra da natalidade sem interrupções ou retrocessos. E são os distritos como os de Braga (onde esta tendência foi mais forte), Porto, Aveiro e Lisboa, bem como as ilhas, as regiões cuja interrupção do decréscimo da natalidade aconteceu desde o início da década de 1940 (o que é transversal à generalidade dos distritos) e se manteve até, pelo menos, ao início da década de 1960 (Bandeira, 1996:

Figura 11.12. Índice de base 100 da Taxa de Mortalidade Materna (azul), da Taxa Bruta de Natalidade (vermelho) e da Taxa Bruta de Mortalidade (verde), por distritos, 1913-1987, Portugal



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Noutro conjunto de distritos, quase todos a Norte do Tejo (Bragança, Vila Real, Viseu, Guarda, Viana do Castelo, Coimbra e Leiria) mas também em Setúbal, a natalidade estagnou, em quase todos até cerca de 1965 (exceção para Guarda, cuja estagnação terminou em 1948, e Coimbra e Viana do Castelo, cuja estagnação se estendeu até ao final da década de 1960) (Bandeira, 1996: 213).

Constata-se, assim, uma “clivagem entre os distritos do Sul e Centro e os do Norte e Ilhas” (Bandeira, 1996: 213), sendo que se nos últimos o declínio da natalidade foi “muito lento e tardio, as regiões do Centro e do Sul e também os distritos mais urbanizados (Lisboa e Porto) manifestaram maior predisposição a mudanças de comportamentos em matéria de

procriação” (Bandeira, 1996: 260). São, nessa análise, destacados como casos particulares, mas por razões diferentes, o de Lisboa, o de Castelo Branco, o da Guarda e o de Viseu.

Ora, a analogia que podemos fazer entre a evolução regional da natalidade e a da mortalidade materna passa, desde logo, pela existência de padrões diferenciados geograficamente, embora no caso da natalidade seja mais clara a existência de blocos de distritos contíguos geograficamente com tendências comuns, nomeadamente na 2ª fase de declínio (entre o início da década de 1940 e meados da década de 1960) enquanto na mortalidade materna, para além do grupo dos distritos do sul, os conjuntos são mais variáveis e não agregam necessariamente distritos fronteiriços entre si.

Nesta fase, os distritos do sul do país que resistem ao declínio da mortalidade materna são marcados por níveis de natalidade reduzidos, verificando-se aí um padrão de coincidência entre baixos níveis de natalidade e elevados níveis de mortalidade materna, isto é, de simetria entre os fenómenos.

Encontramos, ainda, uma coincidência temporal entre a interrupção da queda da natalidade e o período inicial e mais intenso da quebra da mortalidade materna, ou seja, a estagnação ou subida dos valores da natalidade acontecem em simultâneo com o arranque do movimento de quebra da mortalidade materna cuja maior intensidade no declínio acontece, justamente, no período em que a natalidade está estagnada ou até em movimento de subida.

Os casos de Braga e Lisboa são paradigmáticos. Sendo Braga o distrito em que a taxa de natalidade regista uma subida clara, desde o início da década de 1940 até à década de 1960, chegando nesta década aos valores mais elevados do país (cerca de 35 por mil) (Bandeira, 1996: 213), é também este o distrito com um padrão de mortalidade materna que definimos como mais regular, isto é, com valores mais baixos e menos oscilantes.

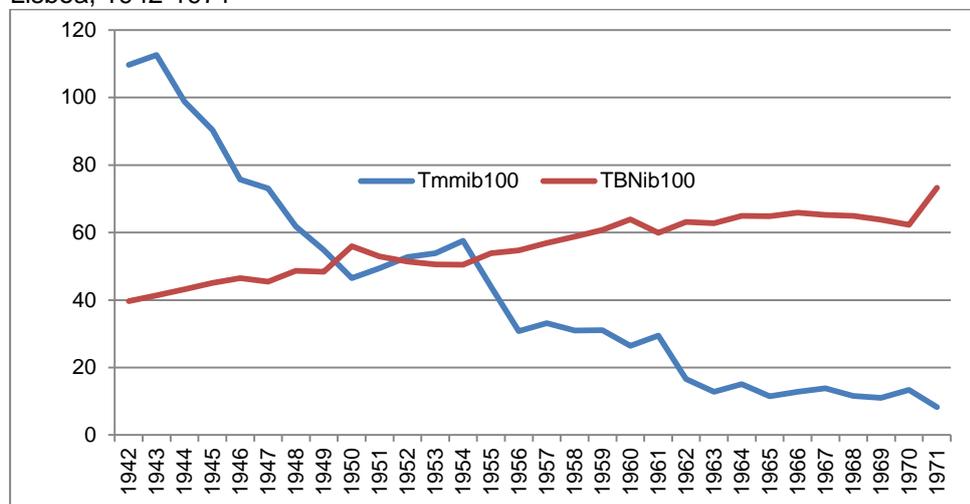
Lisboa surge como um caso singular em ambos os fenómenos, firmando-se como um exemplo claro de ligação entre ambos. A evolução da natalidade deste distrito é descrita como intrigante, tendo decrescido fortemente (o decréscimo foi de 56,4%) entre 1912 e 1941 e a partir daí aumentando ao longo de 30 anos (Bandeira, 1996: 213-214).

Ora, este período de trinta anos é justamente aquele em que se assiste à quebra mais espetacular da mortalidade materna do país, que aí assumira desde 1913 e até ao início da década de 1940 os valores mais elevados.

A comparação dos índices relativos aos dois indicadores no período de mudança de padrão (entre o início da década de 1940 e o início da de 1970), deixa perceber a relação quase simétrica entre os fenómenos, isto é, a descida brusca da mortalidade materna acompanhada por uma recuperação da natalidade, em contraciclo com a evolução anterior, parecendo existir um efeito de novo fôlego que a diminuição da mortalidade materna incute na natalidade e/ou o contrário (figura 11.13.).

Essa ligação é tão visível neste período que, entre 1951 e 1954, uma interrupção da tendência de quebra da mortalidade materna e consequente subida se reflete numa imediata (nos mesmo anos) descida dos valores da natalidade.

Figura 11.13. Taxa de mortalidade materna e Taxa Bruta de Natalidade (índices base 100), distrito Lisboa, 1942-1971



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Ainda no distrito de Lisboa, o retomar da quebra da natalidade, já na década de 1970 coincide com a estabilização da descida dos valores da mortalidade materna.

Voltando ao conjunto dos distritos, a terceira fase de evolução dos fenómenos, que se inicia na década de 1960, caracteriza-se pelo esbater da simetria entre os fenómenos determinado pela definição de uma tendência de declínio generalizada da natalidade e da mortalidade materna. Esse processo não se consolidou, apesar de tudo, da mesma forma em todos os distritos, e os distritos com maior atraso nessa consolidação não foram os mesmos nos dois fenómenos.

De facto, o declínio da mortalidade materna encontra algum atraso no final desta fase em Beja (um distrito do sul e interior, sempre pautado por valores elevados) e Bragança (marcado, nos valores sempre elevados, pela interioridade do norte), enquanto esse atraso na natalidade se verifica nas Ilhas, em Braga e no Porto, onde a evolução do fenómeno se revelou particularmente irregular ao longo de todo o período.

Já na relação da mortalidade materna com a mortalidade geral, em termos regionais, é mais difícil encontrar tendências semelhantes, desde que a mortalidade inicia o movimento de quebra, ao longo da década de 1920 (em alguns distritos até antes disso).

Os níveis mais elevados a Norte, na década de 1920, só encontram tendência semelhante em Bragança, ao nível da mortalidade materna. De resto, contrastam com o padrão regional da mortalidade materna, cujos maiores índices se encontravam a Sul. A estabilidade da mortalidade que se registou até ao início do recuo em muitos distritos, também contrasta com as fortes oscilações que, nesse período, se registaram para a

mortalidade materna na maioria dos distritos.

Já vimos, também, que o início do recuo da mortalidade é muito anterior ao da mortalidade materna, sendo que, em 1960, alguns distritos já teriam terminado o processo de recuo da mortalidade e a maioria dos distritos aproximava-se da média nacional (Bandeira, 1996), enquanto na mortalidade materna o processo de recuo, tendo sido iniciado cerca de duas décadas mais tarde, também se completou mais tarde. As variações são, também aí, mais marcadas na mortalidade materna em todos os distritos.

A última fase definida por Bandeira para a mortalidade (1960-1989) é aquela que, na tendência, revela diferenças mais substanciais face à evolução da mortalidade materna. Na medida em que a mortalidade regista, em alguns distritos (do Centro, Sul e Norte interior), um novo movimento de subida que nunca acontece na mortalidade materna. Esta regista uma tendência de declínio irreversível, em todos os distritos.

A subida da mortalidade geral revelada pelas taxas brutas é contrariada, como referimos atrás, pelos valores da esperança de vida, que, segundo Bandeira, nas décadas de 1960 e 1970 continuam a revelar subidas no número de anos que homens e mulheres esperavam viver.

Ainda assim, diríamos que os sentidos contrários assumidos pelos valores das taxas brutas de mortalidade e das taxas de mortalidade materna poderão estar relacionados com a entrada da mortalidade num novo estágio epidemiológico, tal como definido na TTE, onde emergem novas doenças, definidas como doenças da sociedade (onde se incluem, por exemplo, as doenças crónicas e degenerativas), pela sua ligação a novos comportamentos e estilos de vida, que se configuram como novas e importantes causas de morte e que não incluem a mortalidade materna, já controlada numa fase anterior da transição epidemiológica.

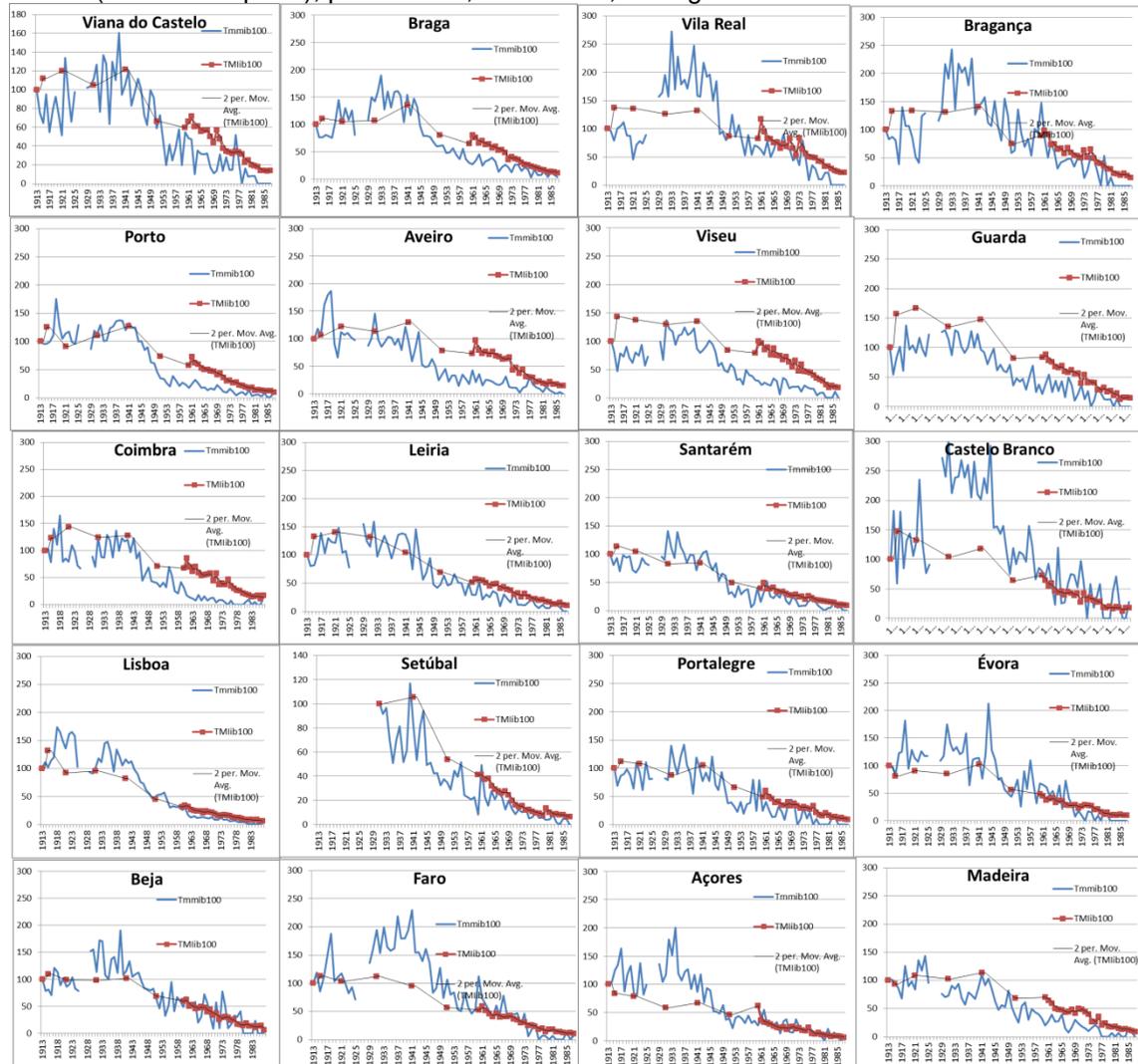
Na relação da mortalidade materna com a mortalidade infantil, os padrões de evolução dos fenómenos e, mais concretamente, o movimento de quebra, em termos regionais, parece seguir tendências comuns (figura 11.14).

As semelhanças vão no sentido do padrão oscilante de ambos os fenómenos antes do declínio, de uma quebra generalizada dos valores desde a década de 1940, da oscilação dos valores em anos próximos do início da década de 1960 e de um movimento de quebra sem retrocesso desde então. Estes são os fenómenos, aliás, cuja evolução mais se assemelha, mesmo em termos regionais.

As maiores diferenças na evolução dos respetivos valores que, ainda assim, se encontram, acontecem, sobretudo em alguns distritos do Norte, Centro e Litoral do país, nomeadamente, Porto, Braga, Aveiro, Coimbra, Setúbal, Guarda, Viseu, e também a Madeira, onde a mortalidade infantil revela um padrão mais elevado do que a mortalidade materna, nomeadamente nas décadas de 1940 e 1950, fase da mais importante e

generalizada quebra de ambos os fenómenos.

Figura 11.14. Índice de base 100 da Taxa de Mortalidade Materna (azul) e da Taxa de Mortalidade Infantil (vermelho e preto), por distritos, 1913-1987, Portugal



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Noutros distritos, no Interior e no Sul do país, como Castelo Branco, Vila Real, Faro, Beja e Lisboa a tendência é oposta, isto é, a mortalidade materna assume-se mais elevada do que a mortalidade infantil.

Os distritos onde as tendências anteriores não são claras, isto é, onde o padrão de evolução dos indicadores se confunde estão dispersos pelo país: a Norte, Viana do Castelo e Bragança; no Centro, Leiria, Santarém; no Alentejo e Sul do país, Portalegre e Évora. Os Açores também se incluem neste padrão.

Estes resultados são claramente marcados e decorrentes do padrão de mortalidade materna mais elevada a sul do país que determina comparações que considerem essa tendência.

Na fase mais recente, desde 1960 e até ao final da década de 1980, é curioso

verificar que é nos distritos do Interior Centro e Sul do país (Castelo Branco, Portalegre, Évora, Beja, Faro, Lisboa e Setúbal) e nos Açores, que a evolução dos fenómenos mais se assemelha, sendo que, de uma maneira geral, nos restantes, a quebra da mortalidade materna, apesar de mais oscilante, reduz-se mais do que a mortalidade infantil, mostrando-se, mais uma vez, um fenómeno com maior capacidade de flutuação impulsionado por estrangimentos externos.

Pela análise feita, parece perceber-se uma ligação em triângulo entre os fenómenos da mortalidade materna, mortalidade infantil e natalidade. De facto, a ligação da natalidade e mortalidade materna sintoniza-se com a influência, identificada por Bandeira, da natalidade no arranque da quebra da mortalidade infantil e na simultânea aceleração da quebra dos fenómenos.

Esta ligação da natalidade a componentes específicas da mortalidade como são a mortalidade infantil e a mortalidade materna é particularmente importante na medida em que a relação entre a natalidade a mortalidade geral, no período de quebra da primeira, não parece muito estabelecida (Bandeira, 1996: 260), se não por via da mortalidade infantil que inicia o movimento de recuo, desde o início da década de 1940, após a quebra consistente da natalidade e acentua a tendência de quebra sobretudo a partir do início da década de 1960, altura da tendência durável de quebra da natalidade (Bandeira, 1996: 249-250).

Assumindo a ligação que foi sendo estabelecida na análise entre mortalidade materna e mortalidade infantil e também entre os dois fenómenos e a natalidade, diríamos que os três fenómenos refletem, de alguma forma, processos sociais semelhantes. A esse propósito, mais concretamente sobre a ligação entre a natalidade e a mortalidade infantil, e assumindo não ser possível identificar a variável determinante, Bandeira refere:

De facto, será a própria dinâmica social inerente à emergência de comportamentos modernos face à procriação que influencia ao mesmo tempo a redução voluntária da fecundidade e o progresso dos cuidados sanitários e educacionais de que beneficiam os recém-nascidos. Da interligação desses novos comportamentos resulta, então, o apressar da queda da mortalidade infantil e da fecundidade (Bandeira, 1996: 251).

Pela análise que fizemos, diríamos que a mortalidade materna não fica de fora deste processo.

No período mais recente (de 1988 a 2001), para o qual a informação regional se apresenta por NUTS, analisamos a informação por NUTSII, o que, apesar de implicar uma maior agregação da informação, se coaduna, de alguma forma, com o número reduzido de casos e a sua maior volatilidade, não justificando desagregações geográficas como para períodos anteriores (quadro 11.7.).

Assim, verificamos a existência de regiões, como a Madeira, que a maior parte dos anos regista uma taxa de mortalidade materna nula. Outras, como o Norte, o Centro e

Lisboa, apesar de alguma oscilação, revelam uma tendência para a estabilização em valores francamente baixos, sendo que Lisboa e o Centro chegam a valores nulos no último ano observado e o Norte protagoniza uma subida de 2,25 para 14,47 mortes maternas por 100000 nados-vivos.

Quadro 11.7. Taxa de mortalidade materna por local de residência (NUTS II), 1988-2010, Portugal

Ano	Total	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira
1988	6,55	4,09	4,98	5,63	17,83	0,00	23,53	25,83
1989	10,12	10,61	0,00	8,58	18,43	49,95	25,13	0
1990	10,22	2,17	20,23	14,25	0,00	0,00	25,63	28,19
1991	12,03	10,81	0,00	22,50	0,00	25,57	0,00	0
1992	8,69	4,41	5,59	19,52	0,00	0,00	0,00	0
1993	6,14	2,24	11,40	11,17	0,00	0,00	0,00	0
1994	9,15	9,40	5,85	11,57	22,84	0,00	0,00	0
1995	8,40	4,79	9,17	11,11	15,61	0,00	28,65	0
1996	5,44	2,32	4,47	14,30	0,00	0,00	0,00	0
1997	5,31	0,00	4,36	13,86	14,62	0,00	0,00	0
1998	7,93	4,60	4,40	13,36	0,00	26,04	29,08	0
1999	5,17	4,58	4,27	6,41	0,00	0,00	29,74	0
2000	2,50	2,25	0,00	6,03	0,00	0,00	0,00	0
2001	6,20	14,47	0,00	0,00	0,00	0,00	31,96	0

Fonte: cálculos próprios a partir de INE, DGS, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde

Ainda assim, são o Algarve, o Alentejo e os Açores que mantêm o padrão mais oscilante que até aqui caracterizava sobretudo o sul do país, variando entre taxas nulas e valores superiores aos das restantes regiões e à média nacional.

Neste período, o Alentejo chegou aos 22 óbitos maternos por 100000 nados-vivos, o Algarve aos 49,95 e, os Açores, já em 2001, ao valor de 31,96 mortes maternas por 100000 nados-vivos.

11.3. Padrões internacionais de mortalidade materna

Nas últimas décadas, as tendências globais da mortalidade materna opõem os países desenvolvidos aos países em desenvolvimento. A sua frequência é um indicador de desenvolvimento utilizado e considerado nos habituais relatórios de instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a UNICEF, o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), a Organização para as Nações Unidas (ONU) onde se compilam dados por país ou região, para todo o mundo.

De facto, a preocupação com as questões relativas à saúde materna continua muito presente na agenda dessas grandes instituições mundiais. Nesse sentido, a ONU definiu oito grandes objetivos de desenvolvimento para o milénio, um dos quais (o quinto) é, justamente, o de melhorar a saúde materna no mundo (ONU, 2011).

As metas definidas nesse objetivo passam (1) pela redução em 75% dos níveis de mortalidade materna no mundo, entre 1990 e 2015¹⁵⁰, e (2) pela universalização do acesso à saúde reprodutiva até 2015. Na definição da primeira meta, assume-se que a maioria das mortes maternas poderia ser evitada¹⁵¹; que o risco associado à gravidez e ao parto é particularmente elevado no sul da Ásia e na África Subsariana, onde a maioria das mulheres dá à luz sem assistência especializada; que o hiato rural-urbano em cuidados especializados durante o parto diminuiu.

Para a segunda meta, considerou-se que tem aumentado o número de mulheres a receber cuidados ao longo da gravidez¹⁵² mas as desigualdades nesses cuidados continuam a ser muitíssimo elevadas: apenas uma em cada três mulheres nas regiões em desenvolvimento tem uma gravidez vigiada; a redução do número de gravidezes na adolescência estagnou, colocando em risco mais jovens mães; ao que se junta o facto de a pobreza e falta de escolarização continuarem a estar associadas a elevados níveis de fecundidade; o progresso na expansão do uso de contraceptivos femininos abrandou¹⁵³, sendo esse uso menos frequente entre as mulheres mais pobres e menos escolarizadas; a melhoria da saúde reprodutiva feminina fica claramente comprometida com a desadequação de verbas atribuídas ao planeamento familiar das populações, que terá diminuído, globalmente, entre 2000 e 2008, de 8,2 para 3,2% (ONU, 2011).

A concretização destes objetivos acontece de diferentes formas. Quer como resultado da implementação de políticas internas em cada país, orientadas para a saúde materna, quer por parcerias criadas entre governos e a ONU ou outras instituições públicas ou privadas (ONU, 2011).¹⁵⁴

¹⁵⁰ Em 2008, estima-se que tenham ocorrido cerca de 358.000 mortes maternas em todo o mundo, 99% das quais nos países em desenvolvimento, onde se regista uma média de 290 mortes maternas por cada 100.000 nados-vivos, contra um valor de 450 registado para o ano de 1990, o que corresponde a uma quebra de 34% nos valores da mortalidade materna ao longo desse período. Ainda assim, esses valores contrastam com os encontrados para as regiões ditas desenvolvidas, que variaram entre 16 e 14 mortes maternas por 100000 nados-vivos, no mesmo período, e estão ainda longe da meta definida para 2015 (ONU, 2010a).

¹⁵¹ Cerca de 80% das mortes ocorre por hemorragias, infeções, abortos clandestinos e sem acompanhamento, trabalhos de parto obstruídos e doenças relacionadas com hipertensão na gravidez, podendo as mortes associadas a estas causas ser prevenidas, com o devido acompanhamento da gravidez.

¹⁵² No Norte de África a percentagem de mulheres vista pelo menos uma vez ao longo da gravidez por um profissional especializado aumentou cerca de 70%; no Sul e oeste asiático o aumento foi de cerca de 50%.

¹⁵³ Cerca de 215 milhões de mulheres, no mundo, que prefeririam adiar ou até evitar uma gravidez não têm acesso a contraceção segura e eficaz, estimando-se que a satisfação das necessidades existentes em termos de práticas contraceptivas poderia evitar, pelo menos, um terço de todas as mortes maternas.

¹⁵⁴ No Egipto, por exemplo, a construção de 32 novas maternidades em zonas rurais, possibilitou o aumento de cuidados obstétricos e neonatais para o dobro. No Paquistão, clínicas móveis financiadas pelo FNUAP garantem, atualmente a assistência a quase metade das mulheres grávidas em zonas rurais e remotas.

A monitorização do cumprimento destas metas é feita em parceria com a OMS que, entre outras iniciativas, criou um grupo de trabalho (composto por obstetras, parteiras, epidemiologistas e profissionais de saúde pública de países com diferentes níveis de desenvolvimento) no sentido de desenvolver a classificação das causas de morte materna (Pattinson *et al.*, 2009).

Na breve compilação de dados que aqui se apresenta, os valores da taxa de mortalidade materna que balizam as últimas décadas e que se apresentam muito diferenciados em função da região do mundo a que se reportam, evidenciam os resultados das divergências identificadas (quadro 11.8.).

Quadro 11.8. Taxa de mortalidade materna por região do mundo (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010

Região	Ano		
	1990	2000	2010
África	820	720	480
América	100	80	63
Sudeste Asiático	590	370	200
Europa	44	29	20
Médio Oriente	430	360	250
Pacífico Ocidental	140	77	49

Fonte: *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

Apesar de uma notável evolução dos valores no espaço de duas décadas em regiões como África, Sudeste Asiático e Médio Oriente, é também notável a enorme diferença de valores que separa essas regiões das restantes consideradas no quadro.

África, por exemplo, apresenta para 2010, um valor semelhante ao registado por diversos países da Europa ocidental no início do século XX, sendo que são justamente essas duas regiões as que apresentam os valores extremos na atualidade. Nas contas da Organização Mundial de saúde, 99% dos acontecimentos relativos a este fenómeno ocorrem nos países em desenvolvimento, sendo que mais de metade ocorre na África subsariana e quase um terço no sul da Ásia (WHO, 2012).

De facto, e apesar de um decréscimo da mortalidade materna entre 1990 e 2010 de cerca de 47%, a nível mundial, se a leitura dos valores se fizer por país, encontramos realidades muito preocupantes, confirmando que os países do mundo que registam os mais elevados índices de mortalidade materna se localizam no continente africano (quadro 11.9.).

Na situação oposta encontramos maior dispersão mas, ainda assim, a maioria dos países com os valores mais baixos encontram-se no continente europeu, a ocidente e a leste (quadro 11.10.). É curioso verificar que do conjunto de países com uma taxa de mortalidade materna inferior a 7 mortes maternas por 100000 nados-vivos, em 2010, não se encontrava nenhum país do continente americano.

Nesse ano, por exemplo, os EUA registavam uma taxa de mortalidade materna de 21 por 100000, o Canadá, com o valor mais baixo do continente, 12 por 100000, a Argentina 77 e o Brasil 56 mortes maternas por 100000 nados-vivos.

Quadro 11.9. Taxas de mortalidade materna mais elevadas do mundo por país (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010

País	Ano		
	1990	2000	2010
Chade	920	1100	1100
Somália	890	1000	1000
República Centro-Africana	930	1100	890
Serra Leoa	1300	1300	890
Burundi	1100	1000	800
Guiné-Bissau	1100	970	790
Libéria	1200	1300	770
Sudão	1000	870	730
Nigéria	1100	970	630
Guiné	1200	970	610

Fonte: Dados selecionados de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

Quadro 11.10. Taxa de mortalidade materna mais baixas do mundo por país (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010

País	Ano		
	1990	2000	2010
Estónia	48	28	2
Grécia	6	5	3
Singapura	6	15	3
Áustria	10	5	4
Bielorrússia	37	31	4
Itália	10	4	4
Suécia	6	5	4
Finlândia	7	5	5
Islândia	8	7	5
Japão	12	10	5
Polónia	17	8	5
República Checa	15	7	5
Eslováquia	15	13	6
Espanha	7	5	6
Holanda	10	13	6
Irlanda	6	6	6

Fonte: dados selecionados de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

Mas nesta comparação de valores, ficam de fora elementos importantes que não podemos negligenciar. Em primeiro lugar, importa não esquecer que existem diferenças importantes dentro dos países das diferentes regiões consideradas (regiões que são definidas geograficamente pela OMS). Em segundo lugar, importa enquadrar estes resultados num contexto histórico mais alargado, isto é, havendo informação disponível, interessa perceber qual a evolução da mortalidade materna desde os seus níveis mais elevados.

Por último, é fundamental que, para o contexto ocidental, por apresentar padrões de mortalidade materna francamente mais favoráveis do que os das regiões emergentes, não se considere que os valores atingidos são definitivos, irreversíveis e aceitáveis.

De facto, os valores mais baixos apurados para o contexto ocidental esconderão duas realidades importantes. A primeira relaciona-se com o efeito da subestimação da mortalidade materna que, em países como a França, rondam os 50% (Danet, 2011: 236-237).

A segunda relaciona-se com tendências mais recentes de aumento dos níveis de mortalidade materna em países como os Estados Unidos da América (cuja mortalidade materna evoluiu de 12 para 14 e 21 mortes maternas por 100000 nascimentos, entre 1990, 2000 e 2010, respetivamente) que se atribuem, em grande medida, à assistência médica mas no sentido oposto ao que se coloca nos países com os piores níveis de mortalidade materna.

De facto, as atuais práticas obstétricas, como o grande aumento do número de cesarianas (associadas a outras intervenções obstétricas), poderão influenciar o risco que um nascimento implica para a saúde materna (mas também fetal e infantil).

No sentido de dar corpo a estas questões, vejamos, antes de mais, os resultados relativos à taxa de mortalidade materna para os anos que balizam as últimas três décadas nos países de todas as regiões do mundo.

As regiões que aqui apresentamos e os países que agregam são definidas pela OMS¹⁵⁵, não correspondendo, em exata medida, à delimitação geográfica clássica dos Continentes. No total, são 6 as regiões apresentadas: África, América, Europa, Médio Oriente, Sudeste Asiático, Pacífico Ocidental.

A região de África apresenta as taxas de mortalidade materna mais elevadas do mundo, sendo que, entre 1990 e 2010, 8 dos 45 países da região (correspondendo a 17,8%) viram o fenómeno agravar-se ainda mais nesse período. São eles África do Sul, Botswana, Camarões, Chade, Congo, Lesoto, Suazilândia e Zimbabwe (quadro 11.11).

¹⁵⁵ Consulta feita a 17/12/2012, em <http://www.who.int/en/>.

Apesar da variação da taxa de mortalidade materna no sentido do decréscimo na maioria dos países, os valores de partida (referentes a 1990) são de tal forma elevados que em 2010 a maioria dos países supera os valores que os países das restantes regiões (com exceção da região do sudeste asiático e de parte do Médio Oriente) apresentavam para 1990.

As exceções, isto é, os países com os valores menos elevados são, curiosamente, arquipélagos que, estando geograficamente isolados dos restantes países, também apresentam valores distantes da maioria. Esses países são Cabo Verde, Maurícias e São Tomé, todos (e os únicos) com taxas de mortalidade materna inferiores a 100 por 100000, em 2010.

Quadro 11.11. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região de África (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010

País	Ano			Var. 1990 - 2010 (%)	País	Ano			Var. 1990 - 2010 (%)
	1990	2000	2010			1990	2000	2010	
África do Sul	250	330	300	20	Madagáscar	640	400	240	-62,5
Angola	1200	890	450	-62,5	Malawi	1100	840	460	-58,2
Argélia	220	140	97	-55,9	Mali	1100	740	540	-50,9
Benim	770	530	350	-54,5	Mauritânia	760	630	510	-32,9
Botswana	140	350	160	14,3	Maurícias	68	28	60	-11,8
Burq. Faso	700	450	300	-57,1	Moçambique	910	710	490	-46,2
Burundi	1100	1000	800	-27,3	Namíbia	200	280	200	0
Cabo Verde	200	170	79	-60,5	Níger	1200	870	590	-50,8
Camarões	670	730	690	3,0	Nigéria	1100	970	630	-42,7
Chade	920	1100	1100	19,6	Quénia	400	490	360	-10
Comores	440	340	280	-36,4	R. C. Africana	930	1000	890	-4,3
Congo	420	540	560	33,3	R. D. Congo	930	770	540	-41,9
C. Marfim	710	590	400	-43,7	Ruanda	910	840	340	-62,6
Etiópia	950	700	350	-63,2	S. T. Príncipe	150	110	70	-53,3
Eritreia	880	390	240	-72,7	Seicheles	...	...	...
Gabão	270	270	230	-14,8	Senegal	670	500	370	-44,8
Gâmbia	700	520	360	-48,6	Serra Leoa	1300	1300	890	-31,5
Gana	580	550	350	-39,7	Suazilândia	300	360	320	6,7
Guiné	1200	970	610	-49,2	Tanzânia	870	730	460	-47,1
G. Bissau	1100	970	790	-28,2	Togo	620	440	300	-51,6
G. Equatorial	1200	450	240	-80	Uganda	600	530	310	-48,3
Lesoto	520	690	620	19,2	Zâmbia	470	540	440	-6,4
Libéria	1200	1300	770	-35,8	Zimbabwe	450	640	570	26,7

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

Esta é uma região com um padrão muito elevado de mortalidade materna, de uma forma geral, mas o número elevado de países que a compõem (45 países), as

diferentes realidades (dentro do mau padrão), bem como os exemplos positivos (apesar de poucos) já referidos, tornam elevado o valor do desvio-padrão, quer em 1990, quer em 2010, apesar de alguma recuperação expressa pela diminuição do valor desta medida nesse período (-33,3%) (quadro 11.12.).

Quadro 11.12. Limites e variações da Mortalidade Materna na região de África, 1990 - 2010

Valor máx. 2010	1100
Valor mín. 2010	60
Desvio-padrão 1990	353,3
Desvio-padrão 2010	235,6
Varia. Des.-padrão	-33,3

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

Com efeito, em 1990, o valor do desvio-padrão da taxa de mortalidade materna entre todos os países da região de África só é ultrapassado pelos valores do Médio Oriente e do Pacífico Ocidental (regiões que assim se revelam mais heterogéneas) e, em 2010, pelo Médio Oriente, cuja heterogeneidade assume um peso ainda mais forte se se considerar o reduzido número de países que agrega (21 países).

A variação do desvio-padrão é a segunda mais baixa de todas as regiões analisadas, a seguir à do Médio Oriente, revelando que a heterogeneidade de situações entre países não foi tão corrigida como noutras regiões, onde já havia, à partida, uma menor diversidade de casos e, por isso, onde, naturalmente, se esperaria uma variação menor nessa medida (desvio-padrão).

Neste contexto, não é de estranhar a constatação de que os valores máximo (Chade, com 1100 mortes maternas por 100000 nados-vivos) e mínimo (Maurícias, com um valor de 60 por 100000) da região africana em 2010 são, ambos, os mais elevados do mundo.

Quanto à região da América, em 1990, alguns países da América do Norte, alguns arquipélagos e o Chile registavam já valores francamente baixos, criando um contraste claro entre a Região Norte e o restante território do Continente Americano (exceção para o Chile) (quadro 11.13.).

No entanto, realçamos o facto de o Canadá e os EUA, ambos com valores mais baixos e destacados dos restantes nos 3 anos considerados, terem ambos registado um aumento no valor da taxa de mortalidade materna, em contraste com o padrão dos restantes países ocidentais (nomeadamente a maioria dos europeus). A tendência de aumento nas duas décadas em análise regista-se, aliás, para 25% dos países desta região (8 em 32). Apesar dessa tendência eventualmente inesperada, muitos países apresentam, em 2010, um valor para a taxa de mortalidade materna inferior a 100 por 100000, por oposição à realidade africana, por exemplo.

Quadro 11.13. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região da América (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010

País	Ano			Var. 1990 - 2010 (%)	País	Ano			Var. 1990 - 2010 (%)
	1990	2000	2010			1990	2000	2010	
Antígua e Barbuda	...	...	...		Guatemala	160	130	120	-25,0
Argentina	71	63	77	8,5	Haiti	620	460	350	-43,5
Bahamas	52	56	47	-9,6	Honduras	220	160	100	-54,5
Barbados	120	49	51	-57,5	Jamaica	59	83	110	86,4
Belize	71	100	53	-25,4	México	92	82	50	-45,7
Bolívia	450	280	190	-57,8	Nicarágua	170	130	95	-44,1
Brasil	120	81	56	-53,3	Panamá	100	110	92	-8,0
Canadá	6	7	12	100,0	Paraguai	120	110	99	-17,5
Chile	56	29	25	-55,4	Peru	200	120	67	-66,5
Colômbia	170	130	92	-45,9	R. Dominicana	220	130	150	-31,8
Costa Rica	38	47	40	5,3	S. Cristóvão e Nevis	...	...	...
Cuba	63	63	73	15,9	Sta. Lúcia	64	46	35	-45,3
Dominica	...	...	...		S. Vicente e Granadinas	59	88	48	-18,6
El Salvador	150	110	81	-46,0	Suriname	84	130	130	54,8
Equador	180	130	110	-38,9	Trinidad e Tobago	86	59	46	-46,5
EUA	12	14	21	75,0	Uruguai	39	35	29	-25,6
Guiana	180	220	280	55,6	Venezuela	94	91	92	-2,1
Grenada	34	27	24	-29,4					

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

As diferenças que se encontram na região concretizam-se, num sentido extremo, nos valores máximo e mínimo de 350 e 12 por 100000, assumidos pelo Haiti e pelo Canadá, respetivamente. O desvio-padrão era, em 1990, de 123,6, tendo sofrido uma redução de 41,6% para 2010 (quadro 11.14.).

Em termos comparativos, podemos dizer que, em 1990, só a Europa apresentava um desvio-padrão mais baixo, isto é, uma menor dispersão de valores entre países, tendo aí mais significado na medida em que agrega um maior conjunto de países do que a América. Para além disso, a Europa conseguiu alcançar uma maior taxa de variação nessa medida até 2010 (-42,5%), apresentando-se como a região mais homogénea, como veremos adiante. A América, por seu turno, apresenta-se como a segunda região do mundo mais homogénea mas com um padrão de mortalidade materna claramente mais elevado do que o da Europa.

Quadro 11.14. Limites e variações da Mortalidade Materna na região da América, 1990 - 2010

Valor máximo 2010	350
Valor mínimo 2010	12
Desvio-padrão 1990	123,6
Desvio-padrão 2010	72,2
Varia. Desvio-padrão	-41,6

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

A Europa é a região do mundo que apresenta melhores resultados para a taxa de mortalidade materna em todos os anos (quadro 11.15.).

Quadro 11.15. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região da Europa (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010

País	Ano			Var. 1990 - 2010 (%)	País	Ano			Var. 1990 - 2010 (%)
	1990	2000	2010			1990	2000	2010	
Albânia	48	39	27	-43,8	Itália	10	4	4	-60,0
Alemanha	13	7	7	-46,2	Letónia	57	43	34	-40,4
Andorra	...	...	...		Lituânia	34	21	8	-76,5
Arménia	46	38	30	-34,8	Luxemburgo	6	11	20	233,3
Áustria	10	5	4	-60,0	Macedónia	16	15	10	-37,5
Azerbaijão	56	65	43	-23,2	Malta	14	12	8	-42,9
Bélgica	10	9	8	-20,0	Moldávia	62	39	41	-33,9
Bielorrússia	37	31	4	-89,2	Mónaco	...	...	...
Bósnia e Herzeg.	18	10	8	-55,6	Montenegro	8	11	8	0,0
Bulgária	24	28	11	-54,2	Noruega	9	8	7	-22,2
Cazaquistão	92	70	51	-44,6	Polónia	17	8	5	-70,6
Chipre	17	15	10	-41,2	Portugal	15	8	8	-46,7
Croácia	8	11	17	112,5	Quirguistão	73	82	71	-2,7
Dinamarca	13	8	12	-7,7	Reino Unido	10	12	12	20,0
Eslováquia	15	13	6	-60,0	República Checa	15	7	5	-66,7
Eslovénia	11	12	12	9,1	Roménia	170	52	27	-84,1
Espanha	7	5	6	-14,3	Rússia	74	57	34	-54,1
Estónia	48	28	2	-95,8	San Marino	...	...	...
Finlândia	7	5	5	-28,6	Sérvia	23	12	12	-47,8
França	13	10	8	-38,5	Suécia	6	5	4	-33,3
Geórgia	63	58	67	6,3	Suíça	7	6	8	14,3
Grécia	6	5	3	-50,0	Tajiquistão	94	120	65	-30,9
Holanda	10	13	6	-40,0	Turquia	67	39	20	-70,1
Hungria	23	10	21	-8,7	Turquemenistão	82	91	67	-18,3
Irlanda	6	6	6	0,0	Ucrânia	49	35	32	-34,7
Islândia	8	7	5	-37,5	Uzbequistão	59	33	28	-52,5
Israel	12	9	7	-41,7					

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

Mesmo agregando um maior número de países, é aquela cujos valores máximo e mínimo em 2010 são os menos elevados de todas as regiões do mundo, bem como a que apresenta menor dispersão entre países.

Na Europa Ocidental, Central e de Leste encontramos mesmo os valores mais baixos do mundo (só acompanhados por países a oriente ou nos antípodas, como a Austrália, o Japão, Singapura e o Qatar). É nesse contexto que encontramos, em 2010, um valor máximo para a taxa de mortalidade materna de 71 por 100000 (no Quirguistão, já fora do contexto ocidental) e um valor mínimo de 2 por 100000, o valor mais baixo do mundo, protagonizado pela Estónia que, aliás, regista uma recuperação espetacular entre 1990 (48 por 100000) e 2010 nos valores da taxa de mortalidade materna, na ordem dos 96%.

Sendo esta a região mais homogénea nos valores da taxa de mortalidade materna, entre países – o que é duplamente positivo se pensarmos que esta homogeneidade se situa em valores francamente baixos –, apresenta um desvio-padrão de 32,6 em 1990 e com uma variação muito forte, no sentido positivo, para 2010 (ano em que o desvio-padrão é de 18,7), de -42,5% (quadro 11.16.), só atrás do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental.

Ainda assim, à semelhança do verificado em países como o Canadá e os EUA, encontramos em 12% dos países desta região (6 em 50), um aumento da TMM no espaço de duas décadas analisado, evidenciando falhas na prevenção do fenómeno, uma vez que se parte de valores baixos. São os casos da Croácia, Eslovénia, Geórgia, Luxemburgo, Reino Unido e Suíça.

Quadro 11.16. Limites e variações da Mortalidade Materna, na região da Europa, 1990-2010

Valor máximo 2010	71
Valor mínimo 2010	2
Desvio-padrão 1990	32,6
Desvio-padrão 2010	18,7
Varia. Desvio-padrão	-42,5

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

A região do Médio Oriente apresenta situações muito díspares, com 3 países (Qatar, Emirados Árabes Unidos e Koweit) com valores de mortalidade materna francamente baixos, ao nível dos mais baixos do mundo, a contrastar com países do Continente Africano que integram esta região, como a Somália e o Sudão, que apresentam das taxas mais elevadas do mundo (quadro 11.17.). Assim, encontra-se aqui, em 2010, o valor máximo de 1000 mortes maternas por 100000 nados-vivos na Somália, por oposição ao valor mínimo de 7 mortes materna no Qatar.

Quadro 11.17. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região do Médio Oriente (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010

País	Ano			Var. 1990 - 2010 (%)
	1990	2000	2010	
Afeganistão	1300	1000	460	-64,6
Arábia Saudita	44	27	24	-45,5
Bahrein	23	22	20	-13,0
Djibouti	290	290	200	-31,0
Egipto	230	100	66	-71,3
Emirados A. Unidos	24	14	12	-50,0
Iémen	610	380	200	-67,2
Irão	120	48	21	-82,5
Iraque	89	78	63	-29,2
Jordânia	110	79	63	-42,7
Koweit	11	9	14	27,3
Líbano	52	38	25	-51,9
Líbia	99	67	58	-41,4
Marrocos	300	170	100	-66,7
Oman	110	51	32	-70,9
Paquistão	490	380	260	-46,9
Qatar	15	11	7	-53,3
Síria	240	120	70	-70,8
Somália	890	1000	1000	12,4
Sudão	1000	870	730	-27,0
Tunísia	130	84	56	-56,9

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

Justificando este como outros exemplos, os valores para o desvio-padrão da taxa de mortalidade materna de 363,4 e 260 (o mais elevado de todas as regiões) marcam os anos de 1990 e 2010, respetivamente, ditando a menor variação nesse período desta região face a todas as outras e dando conta de uma fortíssima disparidade de padrões de mortalidade materna no seio desta região, cuja composição também agrega realidades geográficas, socioeconómicas e culturais muito diferenciadas (quadro 11.18.).

Quadro 11.18. Limites e variações da Mortalidade Materna na região do Médio Oriente, 1990 - 2010

Valor máx. 2010	1000
Valor mín. 2010	7
Desvio-padrão 1990	363,4
Desvio-padrão 2010	260,0
Varia. Des.-padrão	-28,4

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

Assim, e apesar de muitos países apresentarem variações importantes no sentido da quebra da mortalidade materna e valores para a taxa referente ao fenómeno muito confortáveis em 2010 (a Arábia Saudita, o Bahrein, os Emirados Árabes Unidos, o Irão, o

Koweit, o Líbano e o Qatar apresentavam todos inferiores a 30 por 100000) e apesar, também, de apenas dois (o Koweit e a Somália, com expressões muito diferentes entre si) verem crescer o valor da taxa de mortalidade materna nas duas décadas que ligam 1990 e 2010, esta é a região do mundo com a maior dispersão e heterogeneidade de padrões na mortalidade materna, onde países como a Somália, o Afeganistão, o Djibouti, o Iêmen, o Paquistão e o Sudão apresentam valores muito elevados.

O Sudeste Asiático é a única região do mundo cujos países (11 no total) apresentam, na totalidade, quebras na mortalidade materna, entre 1990 e 2010, a maioria das quais bastante expressiva. Dois (Sri Lanka e Maldivas) dos três países (os dois anteriores e a Tailândia) com os valores mais reduzidos da taxa de mortalidade materna em 2010 são insulares, repetindo o padrão africano (quadro 11.19).

Quadro 11.19. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região do Sudeste Asiático (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010

País	Ano			Var. 1990 - 2010 (%)
	1990	2000	2010	
Bangladesh	800	400	240	-70,0
Butão	1000	430	180	-82,0
Coreia do Norte	97	120	81	-16,5
Índia	600	390	200	-66,7
Indonésia	600	340	220	-63,3
Maldivas	830	190	60	-92,8
Myanmar (Birmânia)	520	300	200	-61,5
Nepal	770	360	170	-77,9
Sri Lanka	85	58	35	-58,8
Tailândia	54	66	48	-11,1
Timor Leste	1000	610	300	-70,0

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

O valor máximo de 300 mortes maternas por 100000 nados-vivos (registado em Timor Leste) coloca esta região na segunda melhor posição, após a Europa, que apresenta o valor máximo mais baixo de todas as regiões nesse ano. Já o desvio-padrão da mortalidade materna entre países, em 1990, é muito elevado (354,8), sobretudo se atendermos ao número reduzido de países da região (quadro 11.20.).

Quadro 11.20. Limites e variações da Mortalidade Materna na região do Sudeste Asiático, 1990-2010

Valor máx. 2010	300
Valor mín. 2010	35
Desvio-padrão 1990	354,8
Desvio-padrão 2010	88,1
aria. Des.-padrão	-75,2

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

Esse valor, que vem revelar a disparidade e heterogeneidade de realidades nos resultados da saúde materna na região, surge em linha com os valores do Médio Oriente e

Pacífico Ocidental, deixando perceber que essa heterogeneidade é uma característica das regiões do mundo a oriente, onde há países que se destacam pela positiva e que contrastam com outros, menos avançados no desenvolvimento atestado pelo indicador da mortalidade materna.

Voltando ao caso africano, essa região, neste cenário de diversidade de realidades, ao ficar de fora, não será pelas melhores razões. Pelo contrário, se em 1990 não apresentava um desvio-padrão mais elevado era porque o padrão da esmagadora maioria dos países que a integram era francamente negativo, com taxas de mortalidade materna muito elevadas. Para além disso, enquanto África recupera menos entre 1990 e 2010, o Sudeste Asiático apresenta a maior variação no desvio-padrão entre 1990 e 2010 (-75,2%), sinal de uma franca recuperação dos valores da taxa de mortalidade materna com a respetiva e progressiva aproximação entre países.

O Pacífico Ocidental inscreve-se neste conjunto de regiões com a maior heterogeneidade de padrões entre países nos resultados do indicador relativo à mortalidade materna (quadro 11.21).

Quadro 11.21. Taxa de mortalidade materna por país e respetiva variação, na região do Pacífico Ocidental (critério OMS) (por 100000 nados-vivos), 1990, 2000, 2010

País	Ano			Var. 1990 - 2010 (%)
	1990	2000	2010	
Austrália	10	9	7	-30,0
Brunei Darussalam	29	24	24	-17,2
Camboja	830	510	250	-69,9
China	120	61	37	-69,2
Coreia do Sul	18	19	16	-11,1
Fiji	32	31	26	-18,8
Filipinas	170	120	99	-41,8
Ilhas Cook	...	...	...
Ilhas Marshall	...	...	...
Ilhas Salomão	150	120	93	-38,0
Japão	12	10	5	-58,3
Kiribati	...	...	...
Laos	1600	870	470	-70,6
Malásia	53	39	29	-45,3
Micronésia	140	130	100	-28,6
Mongólia	120	96	63	-47,5
Nauru	...	...	...
Niue	...	...	...
Nova Zelândia	18	12	15	-16,7
Palau	...	...	...
Papua Nova Guiné	390	310	230	-41,0
Samoa	...	...	...
Singapura	6	15	3	-50,0
Tonga	67	87	110	64,2
Tuvalu	...	...	...
Vanuatu	220	120	110	-50,0
Vietnam	240	100	59	-75,4

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

É nesta região que se encontra o valor mais elevado para o desvio-padrão da taxa referida, em 1990, pela oscilação da taxa entre os valores francamente baixos de Singapura, Austrália e Japão e o valor mais elevado do mundo nesse ano, em Laos (1600 mortes maternas por 100000 nados-vivos).

Mas esta é também a região, a par com a geograficamente contígua do Sudeste Asiático, que enceta uma das maiores recuperações nesses valores, para níveis menos elevados e mais uniformes do fenómeno, em 2010, com uma variação do desvio-padrão de -70,1% (quadro 11.22.).

Quadro 11.22. Limites e variações da Mortalidade Materna na região do Pacífico Ocidental, 1990 - 2010

Valor máx. 2010	470
Valor mín. 2010	3
Desvio-padrão 1990	385,7
Desvio-padrão 2010	115,5
Varia. Des.-padrão	-70,1

Fonte: Agrupamento de países e cálculos próprios, a partir de *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*. WHO, UNICEF and the World Bank estimates. Geneva, World Health Organization

Nesse contexto, apenas um país viu aumentar, no período estudado, o valor da taxa de mortalidade materna (Tonga, com um aumento de 67 para 110 por 100000).

11.4. Causas de morte dos óbitos maternos

11.4.1. Evolução da classificação da mortalidade materna

Poderão ser vários os fatores que concorrem para a evolução da mortalidade e da saúde maternas em geral. Esses fatores influenciam a própria evolução das causas de morte materna, redefinindo a importância de cada uma em função do contexto em que se vive. Nesta evolução fica claro que, ao longo do tempo, com o recuo da mortalidade materna, a especificidade das causas vai-se afinando. O que significa um duplo ganho, no sentido do sucesso ao combate da mortalidade materna.

Por um lado, por via da redução dos seus valores, e, por outro, da evolução na capacidade de identificar as causas dos óbitos, o que ajuda na prevenção de situações semelhantes no futuro. A que se junta uma mudança na frequência das diferentes causas de morte materna, sobretudo nos países ocidentais.

Assim, a mudança nos padrões de mortalidade materna revela que, à grande diminuição de frequência da mortalidade materna, no final do séc. XX, corresponde uma mudança radical na frequência das causas (Bouvier-Colle, 2005: 5).

Por exemplo, pela análise da evolução das causas em França, parece perceber-se uma evolução no sentido de as causas que atualmente predominam estarem mais ligadas ao parto e pós-parto, assumindo uma componente nova, que se liga ao estado emocional das mulheres (associado, por seu lado, a causas de natureza indireta).

Assim, as infeções puerperais, complicações de hipertensão e complicações por abortos (alguns de origem infecciosa) típicos do imediato pós-guerra deram lugar a hemorragias, complicações de hipertensão, traumatismos cérvico-vaginais, complicações operatórias, complicações do estado gravido-puerperal de natureza indireta (patologias cardíacas, hemorragias cerebrais, depressão e psicose puerperal) (Bouvier-Colle, 2005: 5).

Por isso mesmo, a classificação dessas causas – que já eram identificadas pela Classificação Internacional de Doenças definida em 1893, no grupo designado de 'Doenças puerperais' (Meslé, 2002: 57) – foi evoluindo, ao longo do século XX, em função da expressão que cada uma foi assumindo, ao longo do tempo, no contexto internacional.

O reagrupamento das causas de morte materna segundo grandes categorias de diagnóstico, que foi sendo feito ao longo do séc. XX e que inclui um detalhe cada vez maior nas subcategorias, é revelador da preocupação em precisar diagnósticos como forma de melhorar o conhecimento sobre as situações patológicas para melhor perceber onde se verifica a maior incidência de casos e em que há uma maior necessidade de intervenção médica, com particular enfoque nas causas identificadas como obstétricas diretas (Bouvier-Colle, 2005: 3).

A evolução da classificação variou, como dizíamos, muito em função da evolução da própria incidência do fenómeno, isto é, a redução da mortalidade materna veio redefinir o mapeamento das causas, sendo que a partir da década de 1940 se verificou uma redução muito clara do fenómeno em todo o contexto ocidental, aparentemente decorrente do controlo de infeções letais para as puérperas. O controlo dessas infeções, por sua vez, associa-se aos avanços na descoberta e uso do antibiótico.

Ainda na década de 1940, a Organização Mundial da Saúde assumiu a responsabilidade das revisões decenais da Classificação de Causas de Morte, também conhecida como Classificação de Bertillon, sendo aprovada em 1948 e posta em uso em 1950 a sua 6ª Revisão.

No que diz respeito à mortalidade materna esta revisão apresentou um conjunto bastante mais alargado e abrangente de categorias. Para além das causas de morte em si, passou a incluir doenças e introduziu, também, uma terminologia em definições, conceitos e designações concordante, tanto quanto possível, com a utilizada nas estatísticas vitais (Laurenti e Buchalla, 1997:18).

Os grandes grupos para classificar a morte materna foram nessa revisão definidos como *Complicações da gravidez, Aborto, Parto sem complicações, Parto com complicações específicas, Complicações no puerpério*.

A 7ª revisão trouxe apenas pequenas alterações de pormenor a algumas causas de morte, não interferindo com os critérios de classificação da mortalidade materna. Na 8ª revisão (definida em 1965 pela OMS) as mudanças não são tão significativas como foram na 6ª revisão face aos critérios anteriores, no número de novas categorias, mas são importantes¹⁵⁶.

Outra evolução importante na classificação da saúde materna aconteceu na 9ª revisão da CID, com data de 1975, que tem a ver com a criação de três grandes grupos de causas. Assim, as causas afetas à morte materna¹⁵⁷, definidas na Classificação Internacional de Doenças (CID) a partir do período compreendido entre os anos de 1980 e 2002, passam a distribuir-se entre as *causas obstétricas diretas*, as *causas obstétricas indiretas* e as *causas acidentais ou fortuitas* (ou *incidentais*) que a OMS não considera como causa de morte materna, para o apuramento de indicadores mas que considerou como categoria na 10ª revisão da Classificação Internacional de doenças (CID-10) (Fortney, 2002: 111).

As causas obstétricas diretas são as que resultam de complicações relativas à gestação (gravidez, parto e pós-parto), de possíveis intervenções, omissões de tratamentos ou tratamentos incorretos, ou, também, de consequências desses acontecimentos¹⁵⁸.

As causas obstétricas indiretas resultam de condições pré-existentes, mas agravadas pela gestação¹⁵⁹.

As causas não obstétricas ou não relacionadas, têm que ver com outras causas acidentais ou incidentais que aconteceram durante a gravidez, mas sem relação com ela¹⁶⁰ (WHO, 2010:4-5).

¹⁵⁶ As categorias que esta revisão considera para as causas de morte materna são: *Infeções do trato genital durante a gravidez, Gravidez ectópica, Hemorragia da gravidez, Anemia da gravidez, Outras complicações da gravidez, Infeções urinárias decorrentes da gravidez e do puerpério, Doença renal decorrente da gravidez e do puerpério, Pré-eclâmpsia, eclâmpsia e toxemia, Hiperémese gravídica, Outras toxemias da gestação e do puerpério, Aborto induzido por razões médicas e outras razões legais, Aborto induzido por outros motivos, Restantes tipos de aborto, Complicação do parto por placenta prévia ou hemorragia pré-parto, Parto complicado por placenta retida e hemorragia pós-parto, Outras complicações do parto, Infeção do parto e puerpério, Flebite e trombose puerperal, Embolia pulmonar puerperal, Outras complicações do puerpério*. (consultado em www.demogr.mpg.de/publications/files/2969...1.../ICD8.xls, a 16/01/2013)

¹⁵⁷ Cujas principais categorias que se subdividem, depois, noutras categorias, são: *Gravidez terminada por aborto, Complicações ligadas principalmente com a gravidez, Parto normal e outras indicações de cuidados na gravidez, no trabalho de parto e no parto, Complicações ocorrendo principalmente durante o trabalho de parto e no parto, Complicações do puerpério* (consultado em <http://smi.ine.pt/Categoria>, a 16/01/2013).

¹⁵⁸ De que são exemplo as mortes por hemorragia, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (toxemia), por complicações associadas a anestésias ou à realização de cesarianas.

¹⁵⁹ Como as mortes maternas devidas ao agravamento de doença renal ou cardíaca.

Ora, alguns autores alertam para a dificuldade em decidir a atribuição de certos óbitos maternos a esta última categoria (não sendo assim, catalogados como óbitos maternos) ou a uma causa indireta (aí já sendo considerados óbitos maternos). É o caso de acidentes fortuitos que podem dever-se ao estado de gravidez, suicídios influenciados pelo estado da gravidez (que são substancialmente superiores no caso de mulheres grávidas solteiras do que casadas), violência doméstica em situações de gravidezes não desejadas que levem a óbito¹⁶¹, ... (Sousa *et al.*, 2006: 162, Souza *et al.*, 2006; Fortney, 2002: 111-112).

Esta dificuldade leva a que a não consideração destes óbitos no cálculo dos indicadores de mortalidade materna possa funcionar como um fator de subestimação do fenómeno, pelo que se defende uma fórmula mais universal e simples, em que mortalidade materna poderia definir-se apenas como “o total de óbitos ocorridos ao longo da gravidez e até um ano após o seu término, qualquer que fosse a sua causa” (Fortney, 2002: 112).

Ainda a CID-10, que já não consideramos na análise de informação estatística, pelo facto de a sua implementação em Portugal ocorrer a partir de 2002 e de a nossa análise por causas terminar em 2001 – ano a partir do qual deixa de ser divulgada a informação relativa a óbitos por causa de morte, pela possibilidade de ficar comprometida a garantia de confidencialidade dos dados – surge com fortes mudanças, talvez a maior em termos relativos, face a todas as revisões desde a CID-6.

Assim,

O Capítulo XV: ‘Gravidez, Parto Puerpério’ (até à CID-9 denominado de ‘Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério’), mostra oito agrupamentos, sendo que o número de categorias aumentou para 75 (na CID-9 eram 45). Existem, no capítulo 25, ‘categorias vazias’, isto é, sem diagnóstico, o que possibilita aos usuários, particularmente em morbilidade, caso desejem, fazer expansões visando mais especificações (Laurenti, 2001).

Numa nova fase, a revisão da classificação das mortes maternas a incluir na nova versão da Classificação internacional de Doenças (CID-11), procura dar resposta a inconsistências que foram sendo encontradas na classificação de mortes maternas, bem como à inexistência de definições e critérios padronizados que identifiquem casos de morbilidade materna grave e casos de *near-miss*, o que dificulta uma classificação prática das ocorrências e uma compreensão clara por parte dos utilizadores dessa informação.

As causas definidas no âmbito desta revisão têm por base o princípio da exclusividade destas face a outras ocorrências e deverão dizer respeito à doença ou

¹⁶⁰ Estas são, aparentemente, as mortes mais difíceis de contabilizar por serem as menos registadas, por obrigar a registar nos certificados de óbito a eventual condição de grávida da mulher falecida, independentemente da sua causa de morte. O que nem sempre acontece, por esta ser uma informação ‘paralela’.

¹⁶¹ Como se verá mais à frente, alguns destes critérios serão alterados com as alterações que se propõem para a 11ª revisão da CID.

patologia que tenha dado início à sequência de eventos que levaram à morte materna, ou às circunstâncias do acidente ou situação com o mesmo desfecho.

A nova proposta de classificação considera três grupos de causas de morte que se dividem, depois, em categorias de doenças e estas em causas individuais de morte. Os três grupos são: *mortes maternas diretas (direct maternal deaths)* (onde passa a incluir-se o suicídio na gravidez, a morte por psicose puerperal e depressão pós-parto); *mortes maternas indiretas (indirect maternal deaths)* e *complicações inesperadas no acompanhamento (unanticipated complications of management)* (Pattinson *et al.*, 2009).

Os autores referem a importância desta última categoria para o despiste de situações de iatrogenia no acompanhamento da gravidez, aplicável, por exemplo, em cesarianas, o que é particularmente importante em contextos como os da maioria do mundo ocidental (onde se inclui o nosso país), com níveis muito elevados de prática desta cirurgia.

Para além disso, a separação de causas subjacentes à morte e de condições que terão contribuído para um desfecho de morte materna parece ser, também, fundamental para, nos países ocidentais, nomeadamente, se perceber o papel da assistência à gravidez e ao parto na saúde materna.

Fundamental, finalmente, é o surgimento de uma definição, a este nível (da OMS), para o conceito de *near-miss* (uma mulher que quase morreu, mas acabou por sobreviver a complicações ocorridas durante a gravidez, o parto ou até 42 dias após a gravidez), podendo este estado de morbidade ser medido a partir da mesma classificação proposta para as causas de morte (Pattinson *et al.*, 2009).

Esse conceito traz para a discussão a importância do estudo da morbidade, sobretudo nos contextos de fracos níveis de mortalidade mas onde, eventualmente, a manifestação do risco para a saúde materna associado à gravidez e ao parto se pode transferir para o fenómeno mais invisível que é a morbidade.

11.4.2. A evolução da mortalidade materna por causas em Portugal

As categorias consideradas na publicação das estatísticas demográficas e da saúde no que diz respeito à mortalidade materna não são totalmente coincidentes com os grupos considerados nas diferentes revisões da Classificação Internacional de Doenças o que poderá relacionar-se com a preocupação em destacar as causas em que, no caso do nosso país, a incidência da mortalidade materna era mais expressiva.

Assim, os óbitos maternos em Portugal foram classificados, em termos estatísticos, como se apresenta na lista que se segue.

Evolução da classificação dos óbitos maternos em Portugal

1913

[Códigos](#)

Septicémia puerperal (Febre, Peritonite, Flebite puerperais)

Outros acidentes puerperais da gravidez e do parto

1923

[Códigos](#)

Septicémia puerperal (Febre, Peritonite puerperais)

Outros acidentes puerperais da gravidez e do parto

1931

[Códigos](#)

Septicémia e infeções puerperais

Outras doenças da gravidez, do parto e do estado puerperal

1952

[Códigos](#)

Complicações da gravidez, do parto e do estado puerperal

1955

[Códigos](#)

XI. Partos e complicações da gravidez, do nascimento e do puerpério

A115 Doenças da gravidez, do parto e do estado puerperal

A116 Toxemias da gravidez e do estado puerperal

A117 Hemorragias da gravidez e do parto

A118 Aborto sem menção de infeção ou de toxemia

A119 Aborto com infeção

A120 Outras complicações da gravidez, do parto e do estado puerperal

1971

[Códigos](#)

XI. Complicações da gravidez, do parto e do puerpério

A112 Toxemias da gravidez e do puerpério

A113 Hemorragias da gravidez e do parto

A114 Aborto provocado por razões admitidas legalmente

A115 Outros abortos e os abortos não especificados

A116 Infeções do parto e do puerpério

A117 Outras complicações da gravidez, do parto e do puerpério

A118 Parto sem complicações

1980

[Códigos](#)

38-Gravidez terminando por aborto

39-Causas obstétricas diretas:

390-Hemorragia na gravidez e no parto

391-Toxemia gravídica

392-Infeções do aparelho geniturinário na gravidez

393-Trabalho de parto obstruído

394-Complicações do puerpério

Resto 39(399)-Outras complicações principalmente ligadas com a gravidez, parto e trabalho de parto

40-Causas obstétricas indiretas

41-Parto completamente normal

2002

[Códigos \(CID10\)](#)

O00-O08-Gravidez que termina em aborto

O10-16-Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério

O20-O29-Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez

O30-O48-Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas li

O60-O75-Complicações do trabalho de parto e do parto

O80-O84-Parto

O85-O92- Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério

O95-O99-Outras afeções obstétricas, não classificadas em outra parte

A classificação aplicada em Portugal durante a primeira metade do século XX concentra-se em duas categorias, uma consagrada à morte por infeção e a outra abrangendo todas as outras possíveis causas. As mudanças de designação atribuídas às causas de morte em 1923 e 1931 parecem de menor importância na medida em que, aparentemente, se referem à mesma causa, com maior ou menor detalhe.

Esta dicotomia na classificação das causas de morte materna ao longo de cerca de meio século vem revelar o peso esmagador das infeções na determinação de muitos desfechos trágicos para as mães no nascimento dos seus filhos, dando pouco espaço à manifestação de outras causas. Peso que se percebe pela evolução das proporções dos óbitos maternos por causa de morte, de 1913 a 1954 (quadro 11.23. e figura 11.15.).

Quadro 11.23. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1913-1954, Portugal

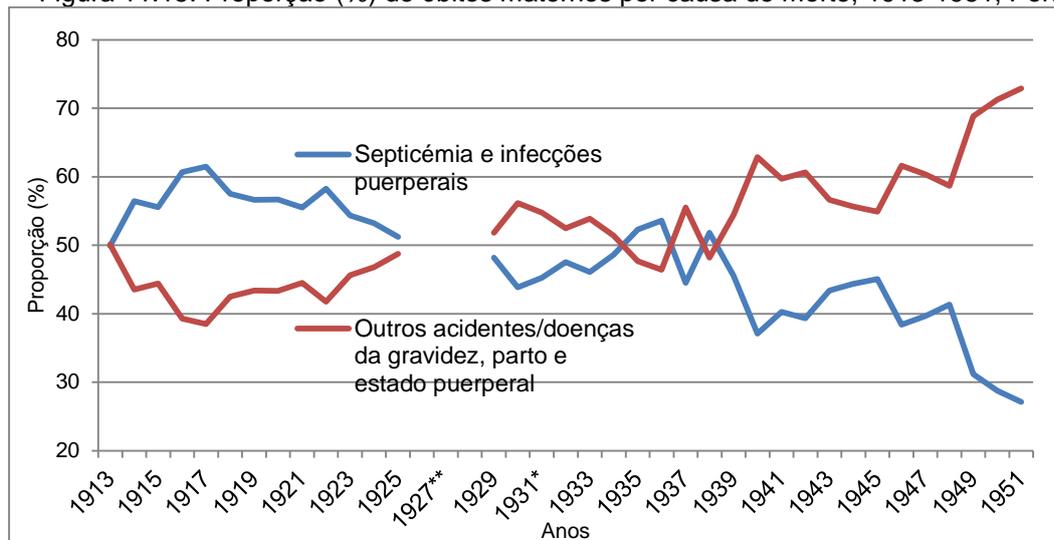
Ano	Causa de morte materna		Ano	Causa de morte materna	
	Septicémia e infeções puerperais	Outros acidentes/ doenças da gravidez, parto e estado puerperal		Septicémia e infeções puerperais	Outros acidentes/ doenças da gravidez, parto e estado puerperal
1913	49,92	50,08	1934	48,61	51,39
1914	56,46	43,54	1935	52,31	47,69
1915	55,58	44,42	1936	53,60	46,40
1916	60,70	39,30	1937	44,48	55,52
1917	61,49	38,51	1938	51,81	48,19
1918	57,52	42,48	1939	45,54	54,46
1919	56,62	43,38	1940	37,10	62,90
1920	56,66	43,34	1941	40,27	59,73
1921	55,50	44,50	1942	39,35	60,65
1922	58,27	41,73	1943	43,38	56,62
1923	54,35	45,65	1944	44,37	55,63
1924	53,23	46,77	1945	45,07	54,93
1925	51,24	48,76	1946	38,38	61,62
1926**	-	-	1947	39,65	60,35
1927**	-	-	1948	41,33	58,67
1928**	-	-	1949	31,17	68,83
1929	48,19	51,81	1950	28,73	71,27
1930	43,86	56,14	1951	27,11	72,89
1931*	45,24	54,76	1952**	-	-
1932	47,54	52,46	1953**	-	-
1933	46,10	53,90	1954**	-	-

Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1913-1954

* neste ano houve pequenas mudanças nas designações das doenças que, de alguma forma, poderão justificar (ou não) uma inversão da tendência identificada até 1930.

** anos sem dados relativos a óbitos por causa de morte (1926, 1927, 1928) ou sem desagregação em diferentes categorias de morte materna (1952, 1953, 1954).

Figura 11.15. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1913-1951, Portugal



Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1913-1954

No início do período, nomeadamente entre 1914 e 1925, o peso da morte por septicémia ou infeção puerperal superava os 50%, isto é, era mais importante do que o de todas as outras causas no seu conjunto, sendo esse peso particularmente forte em 1916 e 1917 e começando a diminuir a partir de 1923.

O ano de 1929 é aquele em que, pela primeira vez, desde 1913, o peso das restantes causas de morte materna superam o impacto das infeções na mortalidade materna, tendência que se manteve até ao meio da década de 1930 e com nova regressão a partir de 1935, revelando que as medidas no combate às infeções maternas não foram suficientemente eficazes para fazer diminuir, em definitivo, a sua incidência nos óbitos femininos.

Assim, só a partir de 1939, inclusive, e ainda assim com uma tendência oscilante, se verifica uma descida segura da mortalidade materna provocada por infeções que se consolidou, em definitivo, cerca de uma década depois, com a entrada nos anos 1950. Com efeito, desde o fim da década de 1930 verifica-se uma recuperação muito rápida da morte por infeção e se em 1938 tínhamos ainda um peso de 51,81% de mortes por infeção, já em 1951 (pouco mais de uma década mais tarde), esse peso era apenas de 27,11%, cerca de metade.

Esta é, face à tendência internacional conhecida, uma mudança rápida mas tardia. De facto, verificamos que o peso da mortalidade materna decorrente de infeções puerperais na primeira metade da década de 1920 era já inferior, em alguns países ocidentais, ao valor verificado em Portugal no final da década de 1940 (quadro 11.24.).

Quadro 11.24. Proporção (%) de óbitos maternos devidos a infecção puerperal em diferentes países, 1920-24

País	Proporção (%)
Holanda	33
Suécia	46
Dinamarca	37
Inglaterra e Gales	36
Austrália	34
Nova Zelândia	35
Bélgica	46
EUA	37

Fonte: adaptado de Loudon, 1992: 450

Voltando ao caso português, já na segunda metade do século XX, e durante três anos (entre 1952 e 1954, inclusive), em termos de registo estatístico, existiu apenas uma categoria para identificar a mortalidade materna como causa de morte: *Complicações da gravidez, do parto e do estado puerperal*. A partir de 1955 as categorias consideradas para registo estatístico não são totalmente coincidentes com os grandes grupos da 6ª revisão da CID, já em vigor neste período, mas o seu leque é claramente mais alargado face ao dos registos anteriores.

Assim, no período de 1955 a 1970, na classificação dos óbitos maternos em Portugal, surgiram seis novas categorias. Duas delas referem-se a situações decorrentes de aborto, cuja distinção se refere à existência ou não de infecção ou toxemia (hipertensão ou eclâmpsia na gravidez).

Pela forma como esta distinção é feita, podemos admitir, por um lado, que o *aborto sem menção de infecção ou toxemia* como causa de morte poderá estar mais associado a interrupções voluntárias de gravidez e que o *aborto com infecção* estará associado a complicações na gravidez que originem perdas involuntárias e precoces do feto. Por outro lado, a infecção também poderá ser decorrente de abortos voluntários mal conduzidos ou com complicações subsequentes.

A categoria *Toxemias da gravidez e do estado puerperal* refere-se a situações de hipertensão ou eclâmpsia que afetam a saúde da mulher e do feto, podendo resultar na morte de ambos. É uma causa que incide na saúde da mulher no decurso da gravidez, revelando a sua identificação uma preocupação com a assistência à mulher grávida e vigilância da sua saúde no período pré-parto e sendo esta causa um bom indicador da consolidação da mudança de paradigma na assistência ao nascimento, no sentido da sua medicalização, pelo facto de implicar um conhecimento do estado de saúde da grávida e acompanhamento da gravidez.

A causa *Hemorragias da gravidez e do parto* também se liga com a gravidez mas toca já o momento do parto e é mais fácil de diagnosticar, independentemente do acompanhamento a que a mulher que padeça desta causa tenha sido sujeita ao longo da sua gravidez.

As duas causas restantes – *Doenças da gravidez, do parto e do estado puerperal e Outras complicações da gravidez, do parto e do estado puerperal* – são bastante mais abrangentes e permitem considerar todas as situações que não se incluísem nas anteriores e às quais, eventualmente, ainda não tivesse sido reconhecida importância, valor ou até que ainda não fossem conhecidas.

Ao longo de quase uma década (entre 1955 e 1964) a causa com maior expressão na mortalidade materna é a relativa a hemorragias da gravidez e do parto, seguida de outras complicações da gravidez, parto e puerpério (quadro 11.25. e figura 11.16.).

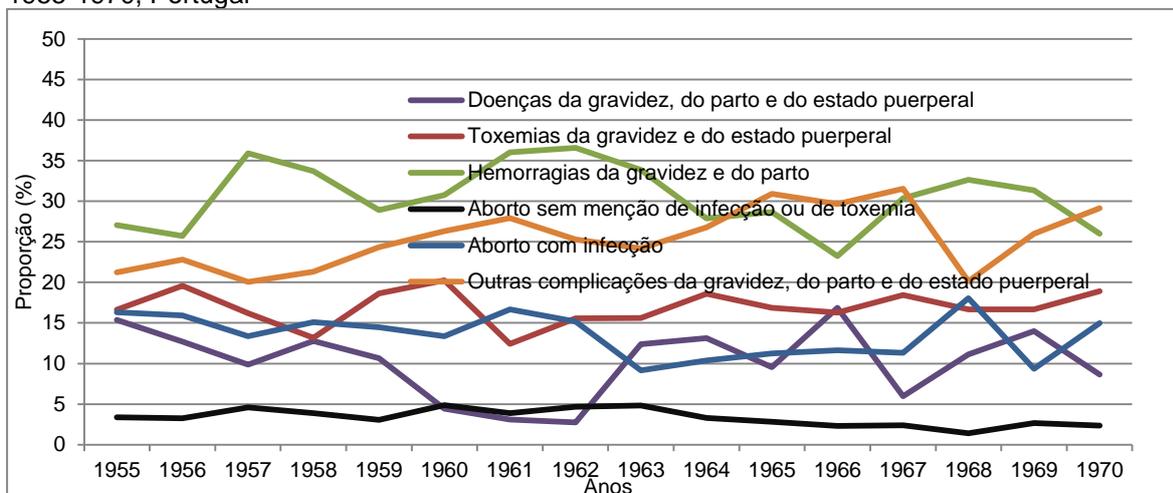
A partir de 1964 e até 1970, a importância destas duas causas vai-se alternando sobretudo pela perda de peso relativo da causa de morte relativa às hemorragias da gravidez e do parto que, na década de 1970 passa, em definitivo, para segundo plano na definição da morte materna, recuperando importância entre 1977 e 1979. As hemorragias, até ao início da década de 1960 e no final da década de 1970 são responsáveis por cerca de um terço das mortes maternas ocorridas no nosso país.

Quadro 11.25. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1955-1970, Portugal

Ano	Causa de morte materna					
	Doenças da gravidez, do parto e do estado puerperal	Toxemias da gravidez e do estado puerperal	Hemorragias da gravidez e do parto	Aborto sem menção de infeção ou de toxemia	Aborto com infeção	Outras complicações da gravidez, do parto e do estado puerperal
1955	15,38	16,62	27,08	3,38	16,31	21,23
1956	12,68	19,57	25,72	3,26	15,94	22,83
1957	9,86	16,20	35,92	4,58	13,38	20,07
1958	12,79	13,18	33,72	3,88	15,12	21,32
1959	10,65	18,63	28,90	3,04	14,45	24,33
1960	4,45	20,24	30,77	4,86	13,36	26,32
1961	3,10	12,40	36,05	3,88	16,67	27,91
1962	2,72	15,56	36,58	4,67	15,18	25,29
1963	12,37	15,59	33,87	4,84	9,14	24,19
1964	13,11	18,58	27,87	3,28	10,38	26,78
1965	9,55	16,85	28,65	2,81	11,24	30,90
1966	16,86	16,28	23,26	2,33	11,63	29,65
1967	5,95	18,45	30,36	2,38	11,31	31,55
1968	11,11	16,67	32,64	1,39	18,06	20,14
1969	14,00	16,67	31,33	2,67	9,33	26,00
1970	8,66	18,90	25,98	2,36	14,96	29,13

Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1955-1970

Figura 11.16. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, segundo a classificação CID, 1955-1970, Portugal



Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1955-1970

Ainda no período de 1955 a 1970, estas duas principais causas são seguidas, por ordem de importância, pelas toxemias (hipertensão, eclâmpsia, pré-eclâmpsia), pelo aborto com infecção e por doenças da gravidez, do parto e do estado puerperal. A primeira destas causas é a que assume uma tendência mais estável ao longo de todo o período (entre os 15 e os 20% de proporção face a todas as causas de morte materna).

O aborto com infecção, com valores próximos dos 15% até 1962, perde alguma expressão a partir de 1963 (recuperando em 1968), ano a partir do qual surgem com maior destaque as doenças da gravidez, do parto e do estado puerperal. A maior estabilidade na determinação da morte materna assumida pelas toxemias, face ao aborto com infecção e às doenças da gravidez, parto e puerpério, mais instáveis nessa determinação, poderá dever-se à possibilidade de um maior controlo dessa causa em função da assistência prestada às mulheres.

O aborto sem menção de infecção ou toxemia surge em último lugar na determinação das causas de morte sem ultrapassar, em todo o período, um peso superior a 5% e revelando, antes, tendência para perder ainda mais peso ao longo do tempo.

A partir de 1971, considerando os critérios adotados em Portugal para fins estatísticos, três causas da versão considerada anteriormente mantêm-se, com algumas ligeiras alterações na designação mas não no conteúdo, aparentemente (*Toxemias da gravidez e do puerpério*, *Hemorragias da gravidez e do parto* e *Outras complicações da gravidez, do parto e do puerpério*).

Para além disso, no que diz respeito ao aborto, o critério de distinção entre as ainda duas causas por aborto é alterado. Desde logo, cai a referência a aborto por infecção, passando a existir, novamente, uma causa de morte exclusiva para os casos decorrentes de

infecção (*Infeções do parto e do puerpério*), depois do interregno de quase duas décadas, embora esta não inclua casos de aborto.

As causas decorrentes de aborto passam a ser distinguidas não em função de critérios médicos mas em função do seu carácter legal, sendo curioso que o critério relativo à legalidade venha substituir o relativo à existência de infecção. Critérios que, na verdade, podem estar relacionados, remetendo para a hipótese que formulámos atrás de que a morte por aborto sem infecção ou com infecção pode ter correspondência com casos de perda gestacional mais ou menos voluntária.

Ainda nesta versão, uma categoria desaparece (*Doenças da gravidez, do parto e do estado puerperal*), talvez pela abrangência em demasia, surgindo uma categoria completamente nova designada de *Parto sem complicações*, que se associa a mortes sem razões aparentes ou sem causas associadas que impliquem a saúde da mulher.

Já vimos que neste período as hemorragias da gravidez e do parto e sobretudo outras complicações da gravidez, do parto e do puerpério são as principais causas de morte sendo que esta última revela muito pouca especificidade, decorrente, talvez, da dificuldade em classificar as mortes maternas ou até da falta de precisão no registo médico do óbito e respetivas causas.

As toxemias, com um peso semelhante ao do período anterior, surgem em terceiro lugar na determinação das mortes maternas, seguidas do aborto (outros abortos e abortos não especificados) que neste período vai perdendo importância (assumindo um valor de 15% de peso no total de óbitos maternos, em 1971, chega a 1979 com pouco mais de 5%), colando-se à causa relativa às infeções do parto e do puerpério, que não foram consideradas no período anterior e aqui assumem um peso quase sempre abaixo dos 10% (salvo em 1973 e 1976) (quadro 11.26. e figura 11.17.).

As causas quase invisíveis, isto é, que praticamente não contribuem para a mortalidade materna, são o parto sem complicações e o aborto provocado por razões admitidas legalmente. Esta última causa aparece apenas – mas ainda assim com valores muito residuais – nos anos de 1975 e 1979, próximos ou coincidentes com anos de acontecimentos políticos importantes nesta matéria.

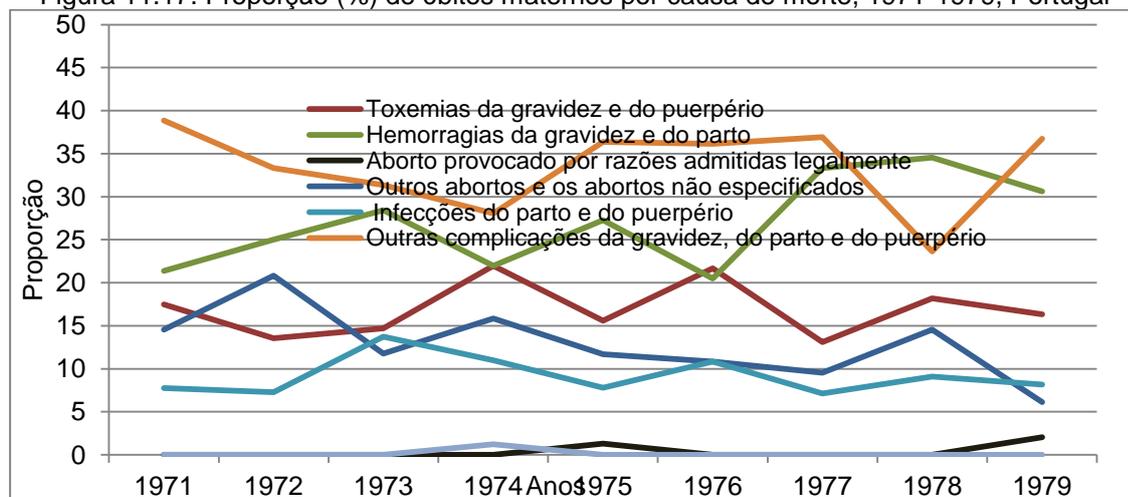
A reivindicação do direito ao aborto foi introduzida na discussão pública logo no pós-25 de Abril de 1974, datando de 4 de Maio o primeiro comunicado público sobre a despenalização do aborto, por iniciativa do Movimento de Libertação das Mulheres (Monteiro, 2012: 595)

Quadro 11.26. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, segundo a classificação CID, 1971-1979, Portugal

Ano	Causa de morte materna						
	Toxemias da gravidez e do puerpério	Hemorragias da gravidez e do parto	Aborto provocado por razões admitidas legalmente	Outros abortos e os abortos não especificados	Infeções do parto e do puerpério	Outras complicações da gravidez, do parto e do puerpério	Parto sem complicações
1971	17,48	21,36	0,00	14,56	7,77	38,83	0,00
1972	13,54	25,00	0,00	20,83	7,29	33,33	0,00
1973	14,71	28,43	0,00	11,76	13,73	31,37	0,00
1974	21,95	21,95	0,00	15,85	10,98	28,05	1,22
1975	15,58	27,27	1,30	11,69	7,79	36,36	0,00
1976	21,69	20,48	0,00	10,84	10,84	36,14	0,00
1977	13,10	33,33	0,00	9,52	7,14	36,90	0,00
1978	18,18	34,55	0,00	14,55	9,09	23,64	0,00
1979	16,33	30,61	2,04	6,12	8,16	36,73	0,00

Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1971-1979

Figura 11.17. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1971-1979, Portugal



Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1971-1979

Em 1975, na sequência de um debate público sobre contraceção e aborto (de que se demarcaram os partidos políticos, nomeadamente, o PCP e o PS), foi redigido um manifesto (distribuído no dia 1 de Maio), posteriormente publicado em livro (Bandeira, 1975), e foi criado o Movimento pela Contraceção e o Aborto Livre e Gratuito (MCALG).

Em 1979 é lançada a Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção, com um projeto de lei com vista ao direito ao aborto, livre e gratuito a pedido da mulher (Santos, 2004: 12).

No seguimento destas iniciativas e de uma proposta de lei do Partido Comunista apresentada em 1982, a primeira lei no sentido da despenalização do aborto, em condições restritas, surge alguns anos mais tarde, em 1984 (Monteiro, 2012: 595-596).

Em 1984 a Assembleia da República legisla o acesso generalizado à contraceção moderna, que até então era, sobretudo, utilizada por casais adultos e jovens universitários, deixando uma maior margem a situações de gravidezes imprevistas, indesejadas e a consequentes interrupções, através do recurso ao aborto, em franjas populacionais como os jovens, cujo acesso a consultas de planeamento familiar estava dependente, até então, de autorização parental (Almeida *et al.*, 2004: 33-34).

Esta nova fase de visibilidade, em termos sociais e políticos, que surgiu no pós 25 de Abril para o aborto, questionando o seu carácter clandestino, foi coincidente com um claro aumento deste acontecimento como fator determinante da mortalidade materna e, com certeza, ainda fortemente subestimado.

Aliás, entre 1982 e 1987 esta foi a principal causa de morte materna em Portugal, atingindo, em 1986, um peso de 50% na totalidade das causas de morte materna, revelando, por um lado, a incidência da prática do aborto, independentemente do seu carácter legal ou clandestino e, por outro, as consequências trágicas, ao nível da saúde e mortalidade materna, a que os abortos mal conduzidos podem levar (quadro 11.27. e figura 11.18.).

No período de 1980 a 1987, todas as outras causas registam proporções que raramente ultrapassam os 20%, embora se destaquem as complicações do puerpério e outras complicações ligadas à gravidez, parto e pós-parto.

As complicações do puerpério, desde 1988 e durante cerca de uma década, assumem algum protagonismo, como causa de morte, assim como as hemorragias, as toxemias e ainda o aborto, embora o número cada vez mais reduzido de óbitos maternos, com o passar dos anos, torne estas tendências demasiado oscilantes e com menor leitura estatística. O parto normal continua, como no período anterior, sem qualquer expressão no conjunto, assim como o trabalho de parto obstruído e até as causas obstétricas indiretas.

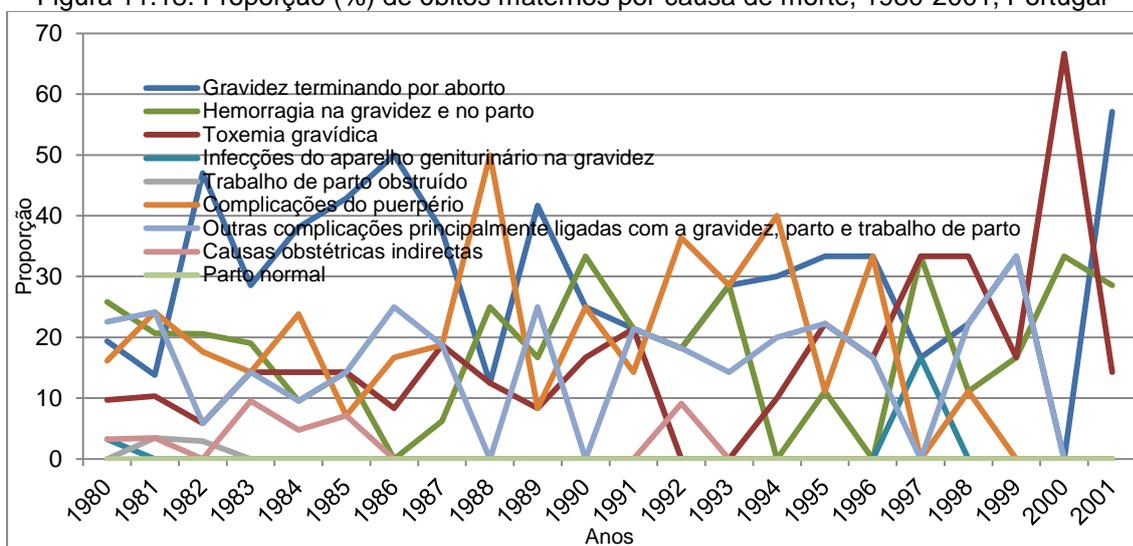
O facto de o parto normal não ter mortalidade associada pode levar-nos a pensar que este tipo de partos é sujeito a uma menor intervenção, por um lado, e, por outro, comporta um menor risco para a saúde da mulher.

Quadro 11.27. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1980-2001, Portugal

Ano	Gravidez terminando por aborto	Causas obstétricas diretas						Causas obstétricas indirectas	Parto normal
		Hemorragia na gravidez e no parto	Toxemia gravídica	Infeções do aparelho geniturinário na gravidez	Trabalho de parto obstruído	Complicações do puerpério	Outras complicações principalmente ligadas com a gravidez, parto e trabalho de parto		
1980	19,35	25,81	9,68	3,23	0,00	16,13	22,58	3,23	0,00
1981	13,79	20,69	10,34	0,00	3,45	24,14	24,14	3,45	0,00
1982	47,06	20,59	5,88	0,00	2,94	17,65	5,88	0,00	0,00
1983	28,57	19,05	14,29	0,00	0,00	14,29	14,29	9,52	0,00
1984	38,10	9,52	14,29	0,00	0,00	23,81	9,52	4,76	0,00
1985	42,86	14,29	14,29	0,00	0,00	7,14	14,29	7,14	0,00
1986	50,00	0,00	8,33	0,00	0,00	16,67	25,00	0,00	0,00
1987	37,50	6,25	18,75	0,00	0,00	18,75	18,75	0,00	0,00
1988	12,50	25,00	12,50	0,00	0,00	50,00	0,00	0,00	0,00
1989	41,67	16,67	8,33	0,00	0,00	8,33	25,00	0,00	0,00
1990	25,00	33,33	16,67	0,00	0,00	25,00	0,00	0,00	0,00
1991	21,43	21,43	21,43	0,00	0,00	14,29	21,43	0,00	0,00
1992	18,18	18,18	0,00	0,00	0,00	36,36	18,18	9,09	0,00
1993	28,57	28,57	0,00	0,00	0,00	28,57	14,29	0,00	0,00
1994	30,00	0,00	10,00	0,00	0,00	40,00	20,00	0,00	0,00
1995	33,33	11,11	22,22	0,00	0,00	11,11	22,22	0,00	0,00
1996	33,33	0,00	16,67	0,00	0,00	33,33	16,67	0,00	0,00
1997	16,67	33,33	33,33	16,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1998	22,22	11,11	33,33	0,00	0,00	11,11	22,22	0,00	0,00
1999	33,33	16,67	16,67	0,00	0,00	0,00	33,33	0,00	0,00
2000	0,00	33,33	66,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2001	57,14	28,57	14,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1980-2001

Figura 11.18. Proporção (%) de óbitos maternos por causa de morte, 1980-2001, Portugal



Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1980-2001

11.4.3. Tipo de nascimento e risco para a saúde materna

Nesta evolução das causas de morte materna, nomeadamente, desde a segunda metade da década de 1950 (altura a partir da qual as diferentes causas de morte materna são identificadas no nosso país) e até ao final da década de 1970, ao mesmo tempo que se deixa para trás o protagonismo das infeções puerperais, verifica-se a importância (mesmo que forma alternada) de causas como as hemorragias e problemas de hipertensão (toxemias), o aumento do peso das complicações da gravidez, parto e pós-parto e alguma perda de expressão do aborto com infeção ou clandestino na determinação das causas de mortes.

O que tem alguma correspondência, em termos internacionais, por exemplo com o caso francês, em que as infeções puerperais, complicações de hipertensão e complicações por abortos (alguns de origem infecciosa) típicos do imediato pós-guerra dão lugar a hemorragias, complicações de hipertensão, traumatismos cérvico-vaginais, complicações operatórias, complicações do estado gravido-puerperal de natureza indireta (patologias cardíacas, hemorragias cerebrais, depressão e psicose puerperal) (Bouvier-Colle, 2005: 5).

O desfasamento temporal estará presente nesta comparação mas não nos parece tão longo como o que existe entre a evolução dos valores da mortalidade materna no seu conjunto de Portugal e a de outros países do contexto ocidental ou como o que existiu entre a evolução da mortalidade materna por infeção que em Portugal foi controlada várias décadas mais tarde do que noutros países.

A entrada na década de 1980 assume novas peculiaridades na evolução das causas associadas à mortalidade materna no nosso país, no que diz respeito, por um lado, ao ressurgimento da importância do aborto como causa de morte, o que terá que ver com a especificidade do nosso contexto social, cultural, político e legislativo. Por outro lado, assiste-se ao protagonismo crescente da categoria relacionada com as complicações no puerpério.

Esta última tendência permite-nos, mais uma vez, a ligação ao caso francês onde também parece perceber-se uma evolução no sentido de as causas que atualmente predominam estarem mais ligadas ao parto e, sobretudo, ao pós-parto (Bouvier-Colle, 2005: 5).

Esta temporalidade mais tardia no calendário da mortalidade materna, tendo em conta as diferentes fases do processo de nascimento, assume uma componente nova que se liga, entre outros aspetos, ao estado emocional das mulheres (associado, por seu lado, a causas de natureza indireta).

Assim, se em 1955, se percebia a entrada numa nova fase, no que diz respeito à assistência da gravidez (e não apenas do parto) e respetiva medicalização e

institucionalização, a partir da década de 1970 e, sobretudo, da de 1980 percebe-se a importância de registar óbitos maternos ocorridos fora do padrão das causas habituais associados a doença da mãe ou complicações associadas à gravidez e ao parto.

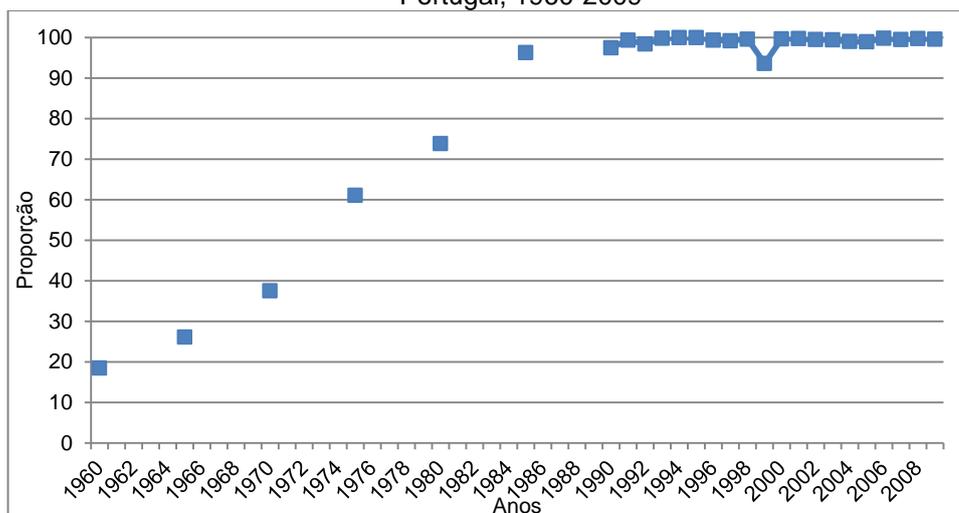
Registo que permite questionar de uma forma reflexiva e crítica o tipo de assistência na gravidez e no nascimento e, por aí, a sua gestão em termos médico-políticos, mas também sociais, num espaço de tempo muito curto (de poucas décadas).

Como víamos atrás, em Portugal este processo terá sido mais atrasado mas não necessariamente mais lento. De facto, quando se analisa a evolução dos partos hospitalares no nosso país, a década de 1970 foi aquela em que se deu um grande avanço na institucionalização do nascimento.

O eventual reconhecimento de falhas no sistema que comprometam a saúde materna não seriam fáceis de identificar em fase de definição da política para a saúde materno-infantil, de criação de infraestruturas, do enquadramento em novos contextos, regras, práticas, rotinas associadas a essa nova realidade.

Como já vimos pela análise das medidas políticas dirigidas à saúde materno-infantil, foi em Abril de 1975 que se definiu o direito a consultas e exames aconselhados pelo médico assistente e eventual internamento gratuitos ao longo da gravidez e puerpério (definido pelo período de 60 dias após o parto). E foi, sobretudo, a partir do final da década de 1980, quando se criou uma estrutura política autónoma (1ª Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil), que se reforçaram essas medidas, contribuindo para que em cerca de duas décadas se universalizasse o nascimento em estabelecimentos de saúde (figura 11.19.).

Figura 11.19. Proporção de partos em estabelecimentos de saúde face ao total de partos (%), Portugal, 1960-2009



Fonte: Cálculos próprios a partir de INE, Estatísticas Demográficas até 1984, INE (verbete nado-vivo), Inquérito aos Hospitais e Centros de Saúde (INE/DGS) desde 1985, via PORDATA

A nível internacional, nomeadamente no contexto ocidental, essa universalização aconteceu, essencialmente, entre 1920 e 1950 (Loudon, 1992; Thomasson e Treber, 2008) e no início da década de 1970 já se identificava com importância suficiente para as regulamentar na Classificação de causas de morte, a morte associada a partos normais, o que implica o questionamento das condições que rodeiam o parto e extravasam a saúde da mulher, em termos meramente patológicos.

O tipo de nascimento e a sua envolvência são, na verdade, elementos-chave na manifestação da mortalidade materna, ligando-se ao tipo de assistência dirigido ao nascimento, de uma forma clara. Pelo que, considerando a universalidade da institucionalização dos nascimentos e o facto de para o tipo de nascimento concorrerem fatores não naturais, como o contexto hospitalar (vimos, por exemplo, que o nascimento por cesarianas é muitíssimo mais frequente, nos dias de hoje e, sobretudo, em hospitais privados), entre outros, era interessante perceber de que forma esses fatores se relacionam com a mortalidade materna.

Não existem, contudo, dados para o nosso país, para além dos que analisámos relativamente às causas de mortes. Mas, voltando ao contexto internacional, podemos fazer uma breve leitura dos valores compilados pelo Europeristat, relativamente ao ano de 2004, para alguns países que disponibilizaram informação nesse sentido, e que relacionam a mortalidade materna com o tipo de parto (quadro 11.28.).

Quadro 11.28. Taxa de mortalidade materna (por 100000 nados-vivos) segundo o tipo de nascimento em alguns países europeus, 2004

País	Tipo de nascimento			
	Vaginal - espontâneo	Vaginal - instrumentalizado	Cesariana eletiva	Cesariana com trabalho de parto
Bélgica	2,4	15,5	7,5	0
Rep. Checa	3,9	32,8	0	12,7
Dinamarca	2,2	20,3	19,8	0
Alemanha	3,6	5,4	15	13,4
Estónia	9,2	0	0	128,8
Letónia	16,2	0	50,2	0
Eslovénia	3,4	0	64,1	66,3
Finlândia	3,4	13,5	11,4	9,5

Fonte: adaptado de Europeristat, 2008: 237

A leitura destes valores revela, claramente, uma maior incidência da mortalidade materna em casos de partos vaginais instrumentalizados e cesariana (sobretudo eletivas mas também com trabalho de parto associado), face aos resultados da mortalidade materna decorrente de partos vaginais espontâneos. O tipo de parto é uma variável importante no estudo da mortalidade materna e em termos médicos é clara a leitura de que a intervenção

no parto, por via da instrumentalização e cirurgia, se liga a uma maior mortalidade materna (Odent, 2005).

Pelo que, não questionando a importância da institucionalização do nascimento, será pertinente questionar a forma como a respetiva assistência é conduzida, quando se fala em saúde e mortalidade materna.

Já identificámos indicadores do reconhecimento da importância de fatores que não os estritamente médicos e patológicos ligados à saúde da mulher na determinação da mortalidade materna, como a evolução da classificação das categorias das causas de morte materna, definidas pela OMS.

Existe, contudo, um caminho a percorrer na perceção de que um óbito materno é um acontecimento social e não apenas médico. Em Portugal um indicador disso mesmo é a não inclusão do tipo de nascimento ou parto no verbete de nado-vivo, onde, por outro lado, existem questões muito abrangentes e igualmente importantes ligadas ao nascimento.

Seria de todo o interesse relacionar essas questões assim como poder relacionar todas com os dados relativos à mortalidade materna.

Para isso, seria necessário criar um sistema de inquirição mais próximo da fonte primária, isto é, dos próprios serviços hospitalares.

11.5. Mortalidade materna segundo a idade, o estado civil e a sazonalidade em Portugal

11.5.1. Distribuição etária dos óbitos maternos

O risco de morte materna foi-se desenhando ao longo do século XX em função de critérios que não apenas as causas de morte. De facto, pela evolução da mortalidade materna distribuída pelas idades férteis, apurada anualmente pelo cálculo das proporções dos óbitos maternos segundo o grupo etário quinquenal, damos-nos conta de um redesenhar de tendência no sentido do adiamento do risco para idades mais tardias, com o passar das décadas.

O que é acompanhado de mais oscilações na sua manifestação e da existência de picos que acentuam fortemente a mortalidade em idades cada vez mais tardias conforme se avança no tempo, anulando, cada vez mais, algum efeito de linearidade na distribuição do fenómeno nas primeiras décadas.

Assim, conforme se foi controlando a mortalidade materna, o fenómeno também se modificou nas suas manifestações em termos etários, tornando-se mais oscilante e tardio, com incidências cada vez mais fortes nas idades mais maduras da vida fértil.

Esta tendência não fica, obviamente, à margem da evolução do próprio calendário da fecundidade, isto é, o acentuar do risco de mortalidade materna nas idades mais avançadas do percurso fértil será, por um lado, o resultado da própria tendência de um arrastar do calendário da fecundidade para idades mais tardias. Isto é, havendo mais nascimentos em determinadas faixas etárias, também aí se concentra mais o risco de ocorrência de um desfecho negativo para a saúde materna.

Mas este adiamento da fecundidade tem um duplo efeito na mortalidade materna nas décadas mais recentes. De facto, não é só o maior número de nascimentos que potencia a subida do risco para a saúde materna, mas também o facto de a idade tardia na gravidez e no parto, por si só, funcionar, de acordo com o estabelecido em termos médicos, como fator de risco acrescido, potenciando o aumento de situações de mortalidade e morbilidade materna (Campos *et al.*, 2008: 1).

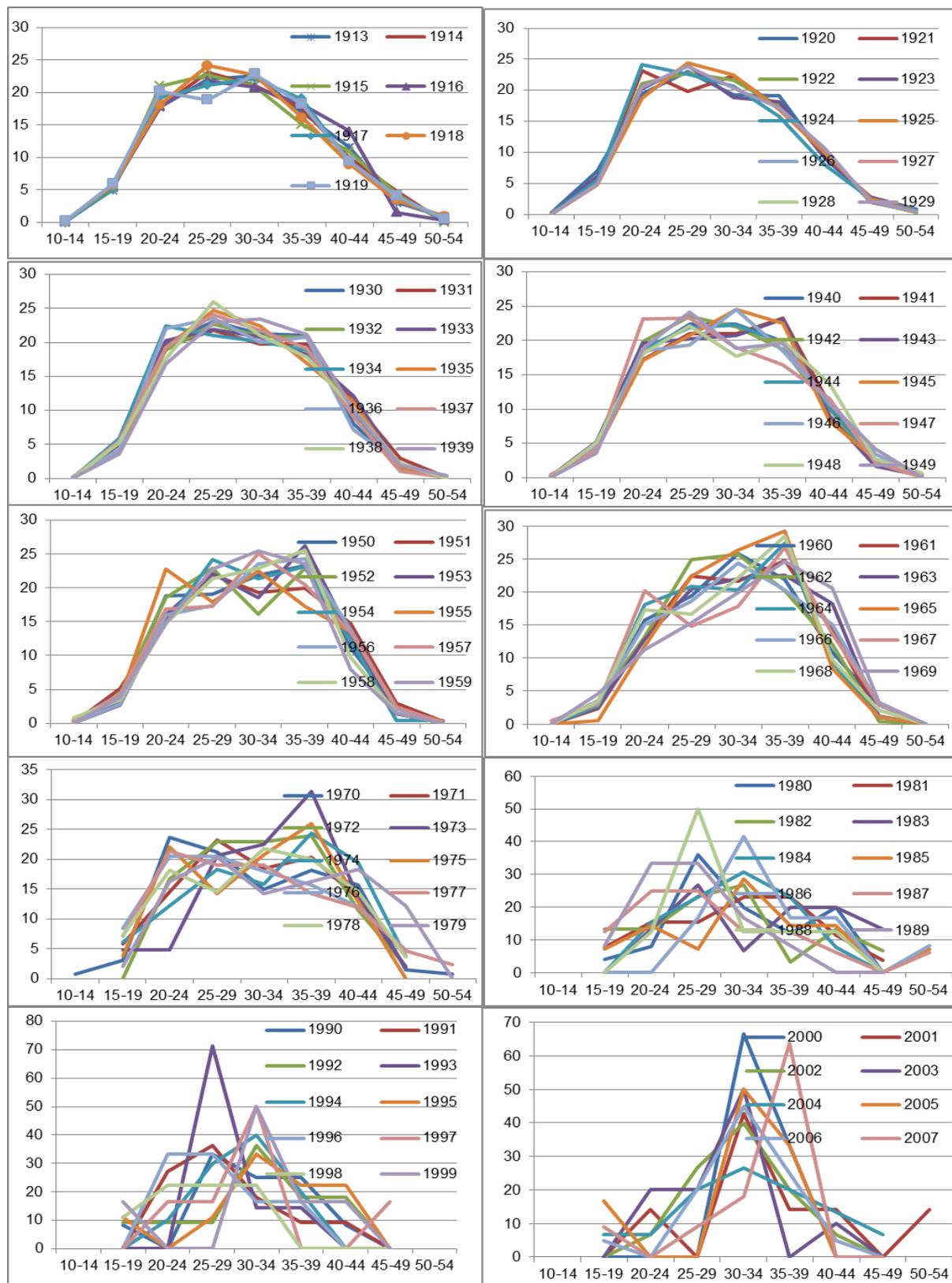
Assim, na primeira década analisada (1913-1919), as proporções de óbitos maternos apuradas para as diferentes idades mostram, para todos os anos, uma concentração dos acontecimentos sobretudo entre os 20 e os 34 anos completos, sendo que, à exceção do ano de 1919, a classe etária modal foi sempre a dos 25-29 anos completos (figura 11.20.). Estas são as idades mais importantes da procriação, isto é, as que concentram mais nascimentos.

Na década seguinte (1920-1929) a tendência foi semelhante mas com um peso maior dos óbitos em idades ainda mais precoces, o que se ilustra pelo facto de o grupo etário dos 20 aos 24 anos completos repartir com o seguinte a concentração do maior peso dos óbitos maternos nos diferentes anos em análise (recorde-se que entre 1926 e 1928, inclusive, não foram divulgados dados sobre óbitos por causa de morte).

Na década de 1930, a distribuição dos óbitos maternos é mais repartida por quatro grupos etários quinquenais, isto é, ao longo de 20 anos do percurso fértil da mulher. Ainda assim, o risco faz-se sentir, na maioria dos anos, com maior incidência, entre os 25 e os 29 anos. A exceção é o ano de 1939, cujo maior peso da mortalidade materna incide no grupo etário seguinte, dos 30 aos 34 anos, anunciando a tendência de adiamento nas idades de morte materna que referíamos em cima.

A década de 1940, que registou a grande quebra da mortalidade materna em Portugal, revela mudanças claras de tendência do fenómeno também na questão etária. A dispersão do peso da mortalidade pelas diferentes idades é muito evidente, perdendo-se a ideia da existência de uma classe etária modal. O peso do fenómeno tornou-se oscilante de ano para ano, e passou a repartir-se pelos diferentes grupos etários de uma forma quase igualitária, entre os 20 e os 39 anos completos.

Figura 11.20. Evolução da proporção dos óbitos maternos (%) segundo a idade da mulher, década a década, 1913-2007, Portugal



Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1913-2007

A década de 1950 mantém o perfil da anterior e começa já a esboçar a tendência para a mortalidade materna revelar um maior peso nas idades mais tardias, sendo que em

três anos dessa década (1953, 1956 e 1958) o grupo etário em que se registaram mais mortes maternas em Portugal foi o dos 35 aos 39 anos completos. A oscilação de valores é muito forte, face às décadas anteriores, nos grupos etários com as proporções mais elevadas (dos 20 aos 39 anos completos), o que se enquadra já num contexto de redução consolidada mas ainda forte dos valores da mortalidade materna no nosso país.

Em 1960 já não há margem para dúvidas quanto à expressão das mortes maternas em grupos etários mais velhos, sendo o grupo dos 35 aos 39 anos aquele que regista o maior peso de acontecimentos em 6 anos dessa década (1961, 1963, 1964, 1965, 1968, 1969), puxando o pico da mancha de curvas dos anos 1950 para a segunda metade do percurso fértil feminino. Esta é, assim, a década em que se define, em definitivo, a transição da mortalidade materna para idades mais tardias.

Essa tendência consolida-se na década seguinte, embora ao longo dos anos 70, de uns anos para os outros se verifique uma maior oscilação e, sobretudo, uma dispersão de valores na curva referente à evolução das proporções que aqui medem o fenómeno. Essa dispersão é ainda mais marcada nas três décadas seguintes (1980 a 2007), cuja análise deve ser feita com prudência, atendendo ao reduzido número de casos envolvidos e repartidos, para além disso, pelas diferentes categorias da variável etária.

Na década de 1980, apesar da dispersão, percebe-se a tendência para o maior número de mortes maternas, ao longo dos anos, se concentrar entre os 25 e os 34 anos completos. As décadas de 1990 e de 2000 concentram mais os acontecimentos, o que se evidencia por picos muito fortes de mortalidade materna em dois grupos etários seguidos mas não coincidentes, entre os 25 e os 34 anos nos anos 1990, e entre os 30 e os 39, nos anos 2000.

É, assim, curioso perceber que as alterações da evolução das mortes maternas em função da sua estrutura etária acompanharam as alterações do próprio fenómeno. Isto é, as curvas relativas à proporção das mortes maternas distribuídas por idades, nas décadas em que o fenómeno apresentava um padrão muito elevado (até final da década de 1930), eram semelhantes de ano para ano, e revelavam um maior peso da mortalidade em grupos etários mais jovens do percurso de vida fértil.

A forte quebra da mortalidade materna, a partir do início da década de 1940, veio trazer, em termos etários, uma maior distribuição dos acontecimentos por idades, transportando-o para idades mais tardias, em termos relativos. O que veio, de alguma forma, aliviar o peso da mortalidade nas idades mais jovens e fazer supor que as mulheres mais jovens beneficiaram de uma forma clara do recuo da mortalidade materna desde o seu início, talvez mais do que as mais velhas.

O maior peso da mortalidade materna nas classes mais velhas consolidou-se totalmente na década de 1960 quando estabilizou a quebra da mortalidade materna, por ter

atingido já valores francamente mais baixos do que os que existiam apenas duas décadas mais cedo. Assim, o fator idade revela-se mais evidente no risco de mortalidade materna, sobretudo a partir do início desta década, reforçando-se na década seguinte.

As décadas de 1980, 1990 e 2000 são menos conclusivas, diríamos que pelo menor número de casos que torna os resultados desta medida muito oscilantes. Ainda assim, e sobretudo nos anos 2000, é muito clara a tendência para a concentração dos óbitos maternos nas idades mais tardias, reforçando a ideia de que o efeito etário no risco de mortalidade materna não é neutro.

11.5.2. Sazonalidade dos óbitos maternos

A sazonalidade dos óbitos maternos nas primeiras décadas do século XX, isto é, de 1913 até ao final da década de 1940, apresenta uma tendência não muito expressiva mas evidente, que se reflete numa ligeira curva em U, apontando para uma menor concentração dos óbitos maternos nos meses do Verão (figura 11.21.).

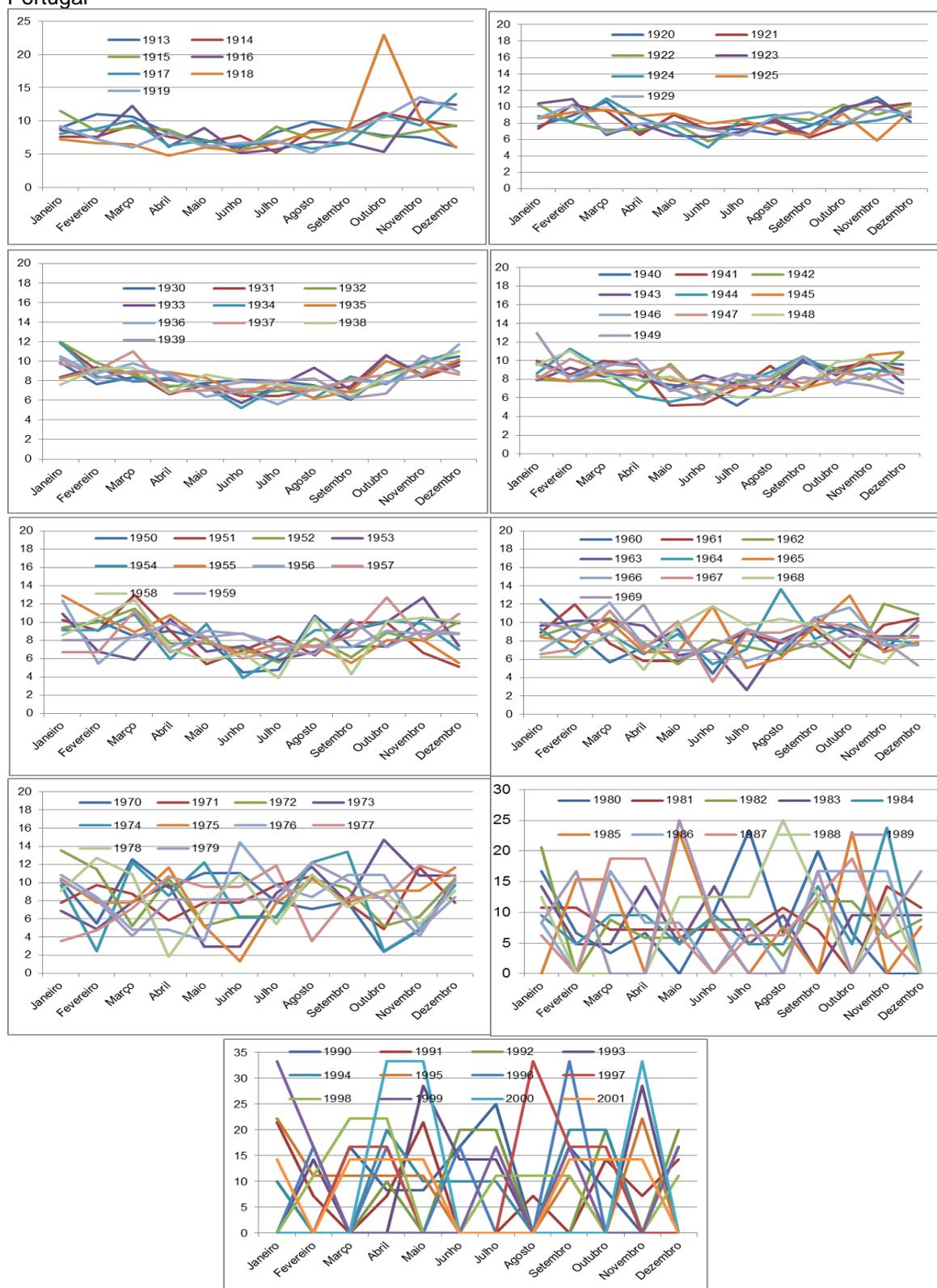
Os meses de Junho e Julho, mas também os que os ladeiam, são aqueles onde tendem a acontecer menos mortes maternas, face aos restantes meses do ano. O ano de 1918, ano de forte incidência da gripe pneumónica, apresenta um pico de mortes maternas no mês de Novembro, que pode dever-se justamente ao efeito da gripe na mortalidade das mães.

A partir da década de 1950, as oscilações são mais evidentes, decorrentes, talvez do menor número de mortes maternas que confere maior aleatoriedade à distribuição dos casos. Com efeito, na década de 1950, o número total de mortes maternas assumiu, em todos os anos, valores inferiores a 400, menos de metade dos que se verificavam duas décadas antes (anos 1930).

Já no final dos anos 1950 mas, sobretudo, no decurso da década de 1960, a quebra é mais acentuada ainda, para valores inferiores a duas centenas por ano. O ano de 1972 é aquele em que se quebra a fasquia da centena de mortes maternas, sendo a década de 1980 a da confirmação deste como um fenómeno com muito pouca expressão, no nosso país, com efeitos de maior oscilação na respetiva distribuição pelos diferentes meses do ano.

Mas a perda de tendência definida na sazonalidade dos óbitos maternos pode dever-se, também, à própria anulação dos fatores que potenciavam mais óbitos maternos nos meses mais frios. De facto, já na década de 1970 deixa de ser possível falar em sazonalidade dos óbitos maternos com tendência definida, sendo as oscilações da distribuição dos óbitos por meses muito marcadas.

Figura 11.21. Evolução da sazonalidade dos óbitos maternos (%), década a década, 1913-2001, Portugal



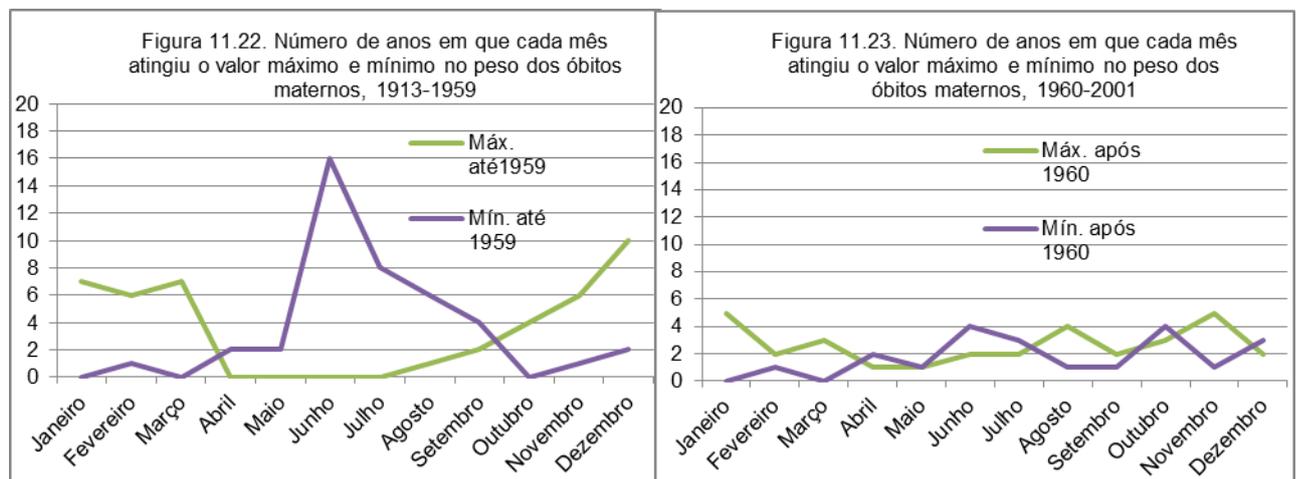
Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1913-2001

Esta perda de influência de um aspeto natural como os meses do ano na mortalidade materna pode refletir uma neutralização desse efeito, ao longo do tempo, fazendo concorrer outras causas para o controlo do risco de mortalidade materna que anulam as causas ditas essencialmente 'naturais'.

Nesse sentido, se quantificarmos o número de anos em que cada mês assumiu um pico máximo ou mínimo de óbitos maternos até ao final da década de 1950 (isto é, entre 1913 e 1959) e de 1960 até ao início do século XXI (1960-2001), encontramos diferenças claras (figuras 11.22. e 11.23.).

Até ao fim da década de 1950, os meses do inverno foram os que registaram sempre mais óbitos maternos e os do verão, sobretudo junho, os que registaram mais anos um menor número de mortes materna.

Já entre 1960 e 2001 deixaram de existir modas ou tendências claras na sazonalidade do fenómeno.



Fonte: compilação e cálculos próprios, a partir de Estatísticas Demográficas e da Saúde, INE, 1913-2001

Assim, a perda de expressão de uma sazonalidade definida na frequência dos óbitos maternos, ditada pelas estações do ano, pode funcionar como um indicador do ganho de importância de outros fatores no controlo e influência da incidência e dos ritmos do fenómeno que estudamos.

Sendo que a transição para um padrão ainda em U mas mais oscilante de ano para ano se faz na década de 1950 (uma década após o início franco da queda dos valores da mortalidade materna) e a perda de sentido do termo sazonalidade acontece na década de 1960, quando o fenómeno assume valores já francamente baixos e definitivamente controlados.

A importância desses outros fatores no controlo da mortalidade materna que anulam o efeito de causas naturais como a sazonalidade será tanto mais importante quanto considerarmos que fenómenos que lhe estão diretamente associados, como a fecundidade

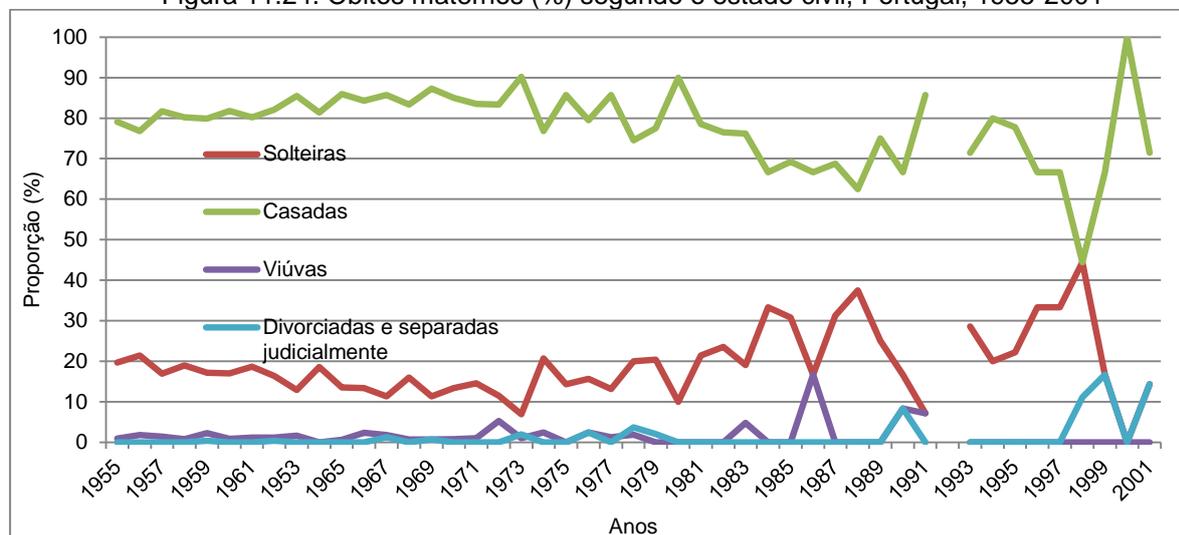
e até a nupcialidade em Portugal mantêm padrões sazonais claros e interligados até à atualidade (Caleiro, 2008a) (Caleiro, 2008b).

Essa influência vem mostrar a forte intervenção a que este fenómeno terá sido sujeito no sentido do seu controlo ao ponto de linearizar e homogeneizar a sua incidência no sentido da sua redução.

11.5.3. Mortalidade materna segundo o estado civil das mulheres

A análise da mortalidade materna segundo o estado civil das mulheres tem como ponto de partida o ano de 1955¹⁶² e revela mudanças de padrão década a década, opondo, sobretudo, as categorias das mulheres solteiras e casadas (figura 11.24.).

Figura 11.24. Óbitos maternos (%) segundo o estado civil, Portugal, 1955-2001



Fonte: cálculos próprios a partir de INE, Estatísticas Demográficas e da Saúde, 1913-2001

Nota: ano de 1992 sem informação por falta de dados (não publicados).

Para além disso vai revelando, com o passar dos anos, o acentuar do peso dos óbitos maternos de mulheres solteiras. Com efeito, até ao início da década de 1970 (1972, mais concretamente), verificamos um peso muito forte, em torno dos 80%, com tendência de subida e sem grandes variações, na população feminina casada, face a menos de 20% de mortalidade materna no seio da população feminina solteira e valores muito residuais referentes à população viúva.

A partir de 1973, e também pelo mais reduzido número de casos, a proporção de óbitos maternos torna-se mais oscilante nas diferentes categorias analisadas e começa a definir-se a tendência para o decréscimo do peso relativo do fenómeno no seio da população casada, face, sobretudo, ao da população solteira, que regista um crescimento no peso dos óbitos maternos.

¹⁶² Por falta de informação a esse respeito para anos anteriores.

Os anos 1980 são marcados pelo reforço da importância do peso dos óbitos maternos de mulheres solteiras acompanhado da perda de importância relativa da mortalidade materna da população casada que, no ano de 1988, perfazia 62,5% dos óbitos maternos ocorridos.

Na década de 1990 e até ao ano de 2001, apesar das fortes oscilações determinadas pelo reduzido número de casos, mantém-se a tendência de uma maior aproximação do peso dos óbitos maternos da população feminina casada e solteira, mas predominando sempre e em franca maioria a primeira.

Em alguns dos últimos anos (1986, 1990, 1991, 1998, 1999), a população viúva e divorciada também revela alguma expressão na frequência do fenómeno, o que surge como uma total novidade face a todo o período anterior.

É interessante a leitura sobreposta desta informação com a relativa às causas de morte. O que se percebe é que a emergência de uma mortalidade materna mais dispersa pelas diferentes situações de conjugalidade, nomeadamente, pelo maior peso da mortalidade materna na população feminina solteira acontece em simultâneo, em termos temporais, com o aumento do peso do aborto como causa de morte materna.

Apesar das mudanças de classificação a que assistimos e que ditam quebras de série que limitam a leitura comparativa de informação, fica claro que até 1970 o peso do aborto (juntando as situações de aborto com e sem infeção) não ultrapassava os 20% nos diferentes anos em análise e entre 1971 e 1979 o seu peso como causa de morte desceu de 15 para menos de 10%, surgindo em ambas as décadas como uma das menos importantes causas de morte em Portugal.

Já a partir da década de 1980, o aborto surge como a principal causa de morte em diferentes anos (de 1982 a 1987, inclusive, em 1995, 1996, 1999 e 2001), sendo que em 2 desses anos (1996 e 1999) esse lugar de primazia como causa de morte materna foi partilhado com outras, (assumindo, portanto menos peso, no conjunto dos anos).

Este último período de análise, desde 1980, coincide com a utilização da última revisão da CID (CID9) em que a leitura comparativa dos valores relativos ao peso das causas na mortalidade materna não é comprometida por quebras de série. Ora, é neste período que o aborto se destaca face às restantes causas de morte materna e face aos períodos anteriores. Essa tendência coincide, justamente, com a fase em que o peso da mortalidade materna na população não casada e sobretudo solteira tende a aumentar, o que pode significar alguma ligação entre as duas tendências.

11.5.4. Indicadores de calendário e intensidade da mortalidade materna

Apresentámos, até agora, os dados referentes à mortalidade materna com base em

indicadores que designámos de taxas mas que, na verdade, como já se viu, são rácios de mortalidade materna, que relacionam os óbitos maternos com os nados-vivos ocorridos no mesmo período de tempo.

Vamos abordar de seguida os indicadores que em demografia correspondem, exatamente, a taxas de mortalidade materna, na medida em que medem a frequência do fenómeno da mortalidade materna na população em que ocorrem (Bandeira, 2004: 128), relacionando os óbitos maternos com a população feminina em idade fértil (e sendo, habitualmente, expressos em permilagem).

Sendo este um fenómeno que afeta as mulheres e ocorre ao longo do período fértil, considerámos, no que diz respeito às variáveis de sexo e idade, a população feminina nos grupos etários referentes ao período fértil, nomeadamente, aqueles para os quais se registaram óbitos maternos no nosso país, nos períodos analisados.

Quanto aos períodos, incidimos a análise em períodos de dois anos definidos em função dos momentos censitários verificados ao longo de todo o período para o qual dispúnhamos de dados relativos aos óbitos maternos.

Assim, atendendo a um dos princípios de cálculo das taxas demográficas, segundo o qual a população de referência é aquela que se encontra a meio do período considerado (Bandeira, 2004: 128), e atendendo, também, às datas dos censos, desde 1920 até 2001¹⁶³, definimos como períodos de análise os de 1920/21, 1930/31, 1940/41, 1950/51, 1960/61, 1970/71, 1980/81, 1990/91, 2000/01, usando os dados, relativos à população, dos censos ocorridos sensivelmente a meio de cada um desses períodos¹⁶⁴.

A consideração do total de óbitos maternos e do total da população feminina em idade fértil, permite o cálculo de uma taxa global de mortalidade materna, dando conta da frequência do fenómeno de uma forma global. Na verdade, a noção de taxa global não é, habitualmente, aplicada ao fenómeno da mortalidade porque esta incide em todos os grupos etários de uma população, usando-se, para a sua medição global a taxa bruta de mortalidade, onde não há a introdução de qualquer critério diferenciador da população como a idade o sexo (Bandeira, 2004: 128-129).

Mas como aqui analisamos a mortalidade materna que, por sua vez, incide apenas nas mulheres em idade fértil e se associa a outro fenómeno demográfico que é a

¹⁶³ As datas dos censos considerados são as seguintes: 1 de Dezembro de 1920, 1 de Dezembro de 1930, 12 de Dezembro de 1940, 15 de Dezembro de 1950, 15 de Dezembro de 1960, 15 de Dezembro de 1970, 16 de Março de 1981, 15 de Abril de 1991 e 12 de Março de 2001 (www.censos.ine.pt, consultado a 10/02/2013).

¹⁶⁴ E assumindo que entre o momento exato referente ao meio do período bianual (31 de Dezembro do ano terminado em 0 ou 1 de Janeiro do ano seguinte) e a data exata do censo não houve alterações significativas na população.

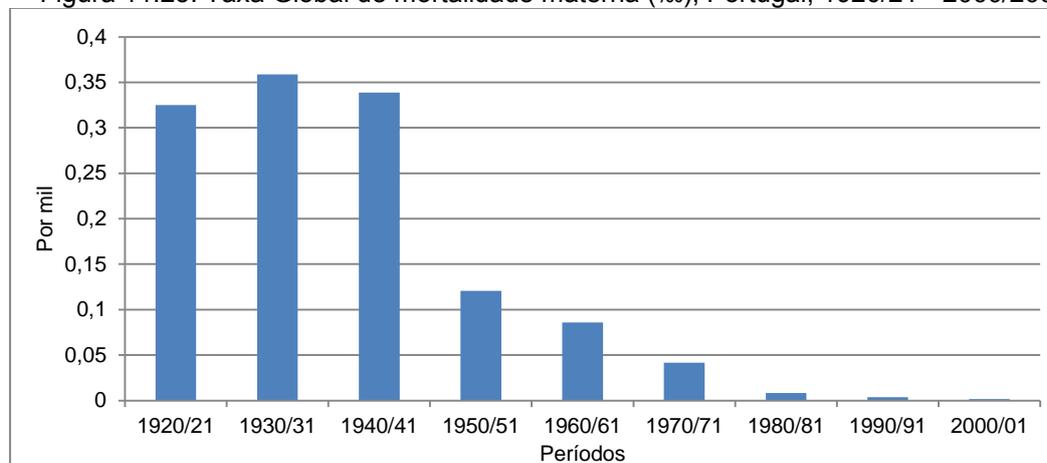
fecundidade, parece-nos pertinente a consideração da taxa global¹⁶⁵, também considerada na análise da fecundidade.

A introdução de grupos etários (quinquenais, no nosso caso) permite-nos o cálculo de taxas específicas de mortalidade materna que, por sua vez, permitem, através do cálculo de quocientes¹⁶⁶ e da construção de tábuas, a análise do calendário e intensidade do fenómeno e o cálculo dos respetivos indicadores que possibilitam uma análise mais fina do fenómeno (Bandeira, 2004: 128-164).

Mais uma vez, a intensidade não é um conceito considerado na mortalidade, porque quando falamos na população no seu conjunto, a intensidade da mortalidade é sempre igual a 1, na medida em que todos os indivíduos sofrem o acontecimento medido pelo fenómeno. Mas sendo este um fenómeno particular, na mortalidade, considerámos o conceito e o indicador que dele decorre, à luz do que se faz para a fecundidade.

Assim, o peso da mortalidade materna na população feminina em idade fértil tem uma expressão claramente mais forte até 1940/41, mudando de padrão a partir de 1950/51 e tornando-se totalmente residual já em 1980/81 (figura 11.25.). O que surge em linha com a evolução do indicador anterior relativo à mortalidade materna, onde se percebia que as décadas de 1940 e 1950 eram totalmente decisivas na determinação da evolução do fenómeno.

Figura 11.25. Taxa Global de mortalidade materna (‰), Portugal, 1920/21 - 2000/2001



Fonte: Cálculos próprios a partir de dados consultados em INE, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde, 1920, 1921, 1930, 1931, 1940, 1941, 1950, 1951, 1960, 1961, 1970, 1971, 1980, 1981, 1990, 1991, 2000, 2001; INE, Recenseamentos Gerais da População em Portugal, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1981, 1991, 2001.

A análise das taxas específicas revela uma tendência semelhante (figura 11.26.). Mas apresenta mais detalhes, pelas características da medida, que possibilita a análise do fenómeno por grupo etários. Assim, percebem-se algumas divergências entre o padrão

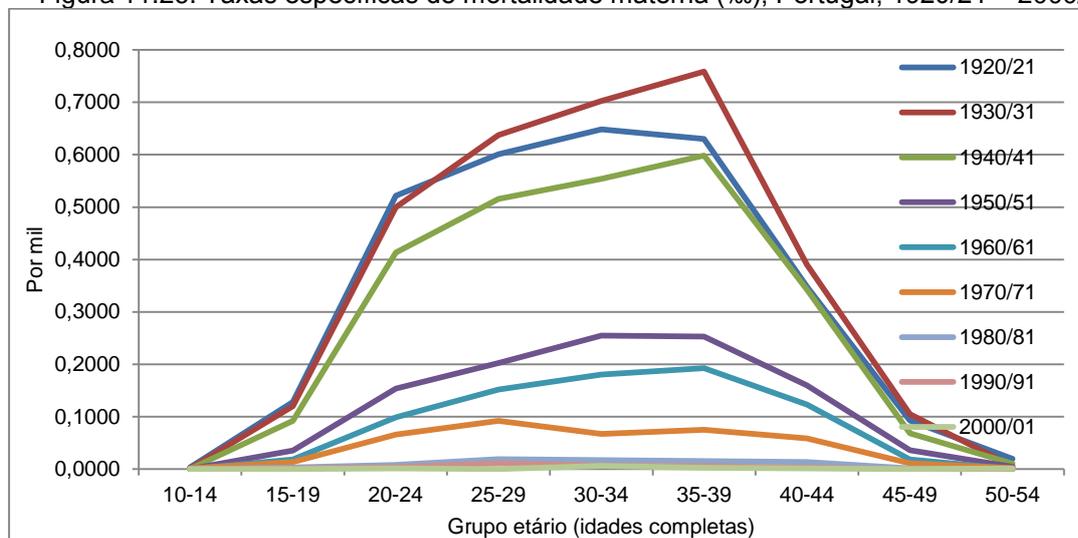
¹⁶⁵ Cujo cálculo se processa através da divisão entre o número total de óbitos maternos e o total da população feminina em idade fértil.

¹⁶⁶ Uma vez que partimos de taxas de 1ª categoria (Bandeira, 2004: 145, 155).

etário até ao período bianual de 1940/41, inclusive, e o seguinte.

A primeira é a já referida maior frequência do fenómeno no primeiro período. A segunda tem a ver justamente com a sua distribuição etária.

Figura 11.26. Taxas específicas de mortalidade materna (%), Portugal, 1920/21 – 2000/01



Fonte: Cálculos próprios a partir de dados consultados em INE, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde, 1920, 1921, 1930, 1931, 1940, 1941, 1950, 1951, 1960, 1961, 1970, 1971, 1980, 1981, 1990, 1991, 2000, 2001; INE, Recenseamentos Gerais da População em Portugal, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1981, 1991, 2001.

Se no primeiro período se verificava uma tendência para a concentração dos óbitos maternos em idade mais tardias (com o grupo etário modal incidindo nos 35-39 anos, em 1930/31 e em 1940/41, e nos 30-34 anos em 1920/21), já na segunda metade do século XX, verifica-se a tendência para uma maior dispersão da frequência do fenómeno pelos diferentes grupos etários, sendo menos evidente a sua concentração em idades mais tardias (embora ainda aconteça em 1950/51 e em 1960/61).

Essas tendências são menos visíveis no indicador que designámos de idade média na mortalidade materna, onde se percebe uma média de idades na mortalidade materna tendencialmente elevada (quadro 11.29. e figura 11.27.).

Os resultados dos indicadores do calendário e da intensidade materna são muito expressivos da mudança de padrão que se afirmou em 2000/01.

Este é o período em que estes indicadores mais finos revelam um fenómeno tardio e quase inexistente.

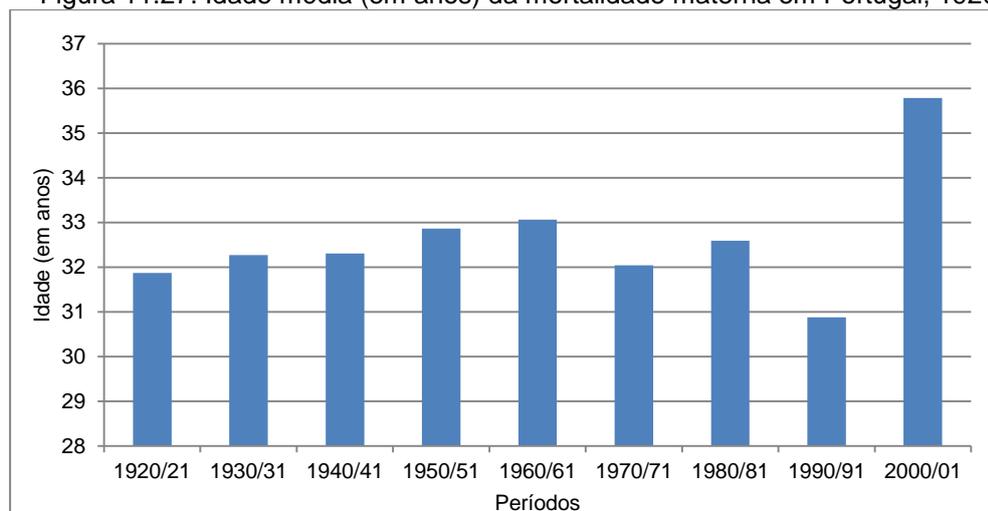
Vamos procurar perceber, de seguida, como evoluiu a morbilidade materna, isto é, se este quase desaparecimento da mortalidade materna significa uma transferência da manifestação do risco associado ao nascimento para outro fenómeno.

Quadro 11.29. Indicadores da intensidade e do calendário da mortalidade materna, Portugal, 1920/21, 1930/31, 1940/41, 1950/51, 1960/61, 1970/71, 1980/81, 1990/91, 2000/2001

Período	Intensidade (por 100000 mulheres)	Idade média (em anos)
1920/21	1485	31,87
1930/31	1598	32,27
1940/41	1289	32,30
1950/51	549	32,86
1960/61	391	33,07
1970/71	193	32,04
1980/81	39	32,59
1990/91	16	30,88
2000/01	7	35,79

Fonte: Cálculos próprios a partir de tábuas de mortalidade materna construídas a partir de dados consultados em INE, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde, 1920, 1921, 1930, 1931, 1940, 1941, 1950, 1951, 1960, 1961, 1970, 1971, 1980, 1981, 1990, 1991, 2000, 2001; INE, Recenseamentos Gerais da População em Portugal, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1981, 1991, 2001.

Figura 11.27. Idade média (em anos) da mortalidade materna em Portugal, 1920/21 - 2000/01



Fonte: Cálculos próprios a partir de tábuas de mortalidade materna construídas a partir de dados consultados em INE, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde, 1920, 1921, 1930, 1931, 1940, 1941, 1950, 1951, 1960, 1961, 1970, 1971, 1980, 1981, 1990, 1991, 2000, 2001; INE, Recenseamentos Gerais da População em Portugal, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1981, 1991, 2001.

11.6. A morbidade materna em Portugal

11.6.1. A mortalidade materna como fenómeno evitável e a morbidade materna como fenómeno sentinela

A mortalidade materna já em 1870 seria definida como um fenómeno evitável (Loudon, 1992: 1558). Atualmente, o conceito de *evitabilidade* faz ainda mais sentido, sobretudo, em contextos de quase inexistência do fenómeno. A noção de *evitabilidade* significa que certas

patologias ou acontecimentos não deveriam conduzir ao óbito ou a um *handicap* daí decorrente.

Nesse sentido, um só acontecimento associado a um fenómeno considerado *evitável* já justifica uma análise que permita, de forma aprofundada, o apuramento das respetivas causas (Bouvier-Colle, 2005: 5).

Foi a partir desse princípio, por exemplo, que foi criado, em 1995, em França, e já num contexto de fracos níveis de mortalidade materna, mas onde mais de 50% das mortes maternas se consideram evitáveis, o “*Comité national d’experts sur la mortalité maternelle évitable*” (INSERM, 2007), com o objetivo de estudar, a partir de inquéritos confidenciais, a taxa de mortalidade materna, os seus fatores de risco e de evitabilidade, assim como de emitir recomendações aos profissionais de saúde (Cismef, 2009).

Também no âmbito dessa preocupação, foram, divulgados, em 2008, os resultados do projeto europeu de vigilância da saúde materna e infantil, com dados e indicadores interessantes sobre a mortalidade materna e sobre factos associados à gravidez e condições do parto em 26 países analisados, já referenciado neste trabalho (Europeristat, 2008).

Em Portugal, sob a responsabilidade científica de médicos e epidemiologistas, a Direcção-Geral da Saúde vem publicando relatórios sobre as mortes maternas ocorridas no nosso país. O último destes relatórios, que cobre o período de 2001 a 2007 (recuando, na apresentação de alguns dados e indicadores, até 1975), apresenta muito rigor na explicitação dos conceitos considerados na análise da mortalidade materna em Portugal, bem como uma lista muito completa de fontes.

Esse relatório suporta-se na consulta de relatórios anteriores, no acesso a dados não publicados da própria DGS e, para a informação a partir de 2001, em registos de episódios de internamento, enviados pelos hospitais públicos à DGS, em inquéritos epidemiológicos realizados também em contexto hospitalar a profissionais de saúde e, finalmente, no recurso às estatísticas relativas aos óbitos por causa de morte, do Instituto Nacional de Estatística (INE) (DGS, 2010: 5).

É um trabalho que surge no âmbito de iniciativas da OMS, com as quais se visa estimular e ajudar os países a criarem mecanismos essenciais à correcta identificação e categorização de cada óbito materno ou perinatal, possibilitando que a análise da evolução dos indicadores de mortalidade pudesse não só reflectir de forma correcta os progressos alcançados nas respectivas áreas, mas fornecer, também, pistas claras sobre como intervir para acelerar este processo (DGS, 2010: 2).

A propósito da subestimação das mortes maternas, a OMS alerta para que se veja “para além dos números”, expressão que dá o título à publicação sobre o tema¹⁶⁷, o que remete para a necessidade de “corrigir” a mortalidade evitável que este fenómeno configura, conhecendo-o bem e atuando sobre as suas causas.

Mas remete, também, para uma questão central que é a de deslindar o que revela a quase inexistência do fenómeno da mortalidade materna, no que diz respeito ao *risco* associado à gravidez e ao nascimento de um filho e como fazer essa avaliação.

De facto, a quase inexistência de óbitos maternos em Portugal, nos últimos anos, não significa, necessariamente, que se tenha anulado o risco associado à gravidez e ao parto na medida em que esse risco não se esgota no fenómeno da mortalidade materna.

Esse risco, na verdade, pode ganhar novos contornos com os novos paradigmas de assistência ao nascimento. Vimos, num capítulo anterior (subcap. 11.4.3.), por exemplo, que a incidência da mortalidade materna é claramente mais forte nos partos instrumentalizados ou cirúrgicos, como a cesariana, e vimos também, noutra capítulo, o claro aumento deste tipo de partos (subcap. 10.6.2.).

E mesmo que os indicadores associados à mortalidade materna deixem de conseguir cobrir o risco para a saúde materna associado ao nascimento, já a análise da morbilidade materna, “fenómeno sentinela” da mortalidade – no sentido em que se desencadearam condições que evitaram o óbito materno mas não a incidência de patologias associadas à mesma causa –, poderá ser a forma de acompanhar os riscos sofridos pelas mulheres que vivem a gravidez e o nascimento dos filhos, riscos esses que se manifestam em patologias decorrentes da vivência desses acontecimentos (Sousa *et al.*, 2006: 163).

Apesar da importância reconhecida ao estudo da morbilidade (nomeadamente pela própria OMS, na revisão da CID), não é consensual entre autores a definição do conceito de morbilidade materna e é clara a dificuldade em identificar critérios que definam essa morbilidade.

Nessa discussão, foi adotado, no final da década de 1980, o conceito de *near miss* que identifica situações em que um acontecimento adverso sério tenha originado uma situação de morbilidade para a mãe, embora não tenha chegado a situação de óbito. Este conceito remete, assim, para situações de morbilidade materna grave, tendo alguns autores (Pruhal *et al.*, 2000) relacionado estes casos com as designadas causas obstétricas diretas, consideradas para a classificação das causas de mortalidade.

Em Portugal ainda não há recolha de informação sobre morbilidade hospitalar que operacionalize o conceito de *near miss*. Mas constata-se uma grande evolução na informação recolhida, quer em quantidade – pelo cada vez maior número de indicadores

¹⁶⁷ *Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer* (2004), World Health Organization, Geneva (DGS, 2010: 4).

considerados, respeitando as classificações internacionais como a CID –, quer em qualidade, revelada pela procura em cobrir, de uma forma cada vez mais abrangente, as patologias associadas à gravidez, ao parto e ao puerpério.

A divulgação de informação referente à morbilidade em Portugal é feita, desde 2004, através dos *Relatórios de Morbilidade Hospitalar*, da responsabilidade da Divisão de Estatística da Direcção-Geral da Saúde, sendo o ano mais recente e para o qual dispomos de mais informação a este nível o de 2009. Entre 2000 e 2003, a Direcção-Geral da Saúde considerava já alguns dados relativos a morbilidade materna nas publicações relativas a *Elementos Estatísticos de Saúde*.

A informação recolhida e divulgada nestes relatórios diz respeito a situações que decorrem de internamentos hospitalares, relativamente aos quais é feito um registo individualizado que considera diferentes variáveis.

Os critérios de divulgação dos dados baseiam-se, por um lado, nas categorias da 9ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID9) e, por outro, na classificação de Grupos de Diagnóstico Homogéneos¹⁶⁸ (GDH), considerando os 25 grupos mais frequentes. A utilização desses critérios contribui para uma leitura comparativa e harmonizada dos resultados.

Os obstáculos que, contudo, identificamos, na leitura destes valores, passam pela falta de registo histórico deste tipo de informação, que limita a leitura evolutiva dos dados, bem como alguma mudança de critério na apresentação da informação e dos indicadores considerados, de uns anos para os outros.

Ainda assim, é muito assinalável o trabalho desenvolvido no sentido de identificar situações de internamento e/ou morbilidade que permitam caracterizar fenómenos relativamente invisíveis porque não mensuráveis de outra forma, com enquadramento hospitalar, bem como alguns contornos da assistência de que são alvo.

A morbilidade materna, decorrente da gravidez, parto e puerpério é um desses fenómenos. O seu registo não é de todo obrigatório (como é, por exemplo, o relativo à mortalidade materna) mas, por esta via, se houver acompanhamento hospitalar, o registo da situação poderá ser assegurado. Se não houver internamento ou sequer o recurso ao hospital, os casos relativos à morbilidade materna não serão medidos, contabilizados, apurados, tornando o fenómeno invisível.

Os resultados que vamos analisar cobrirão, por isso, uma parte do fenómeno relativo à morbilidade materna e deixarão de parte os casos em que não houve internamento e, sobretudo, aqueles que não implicaram uma ida ao hospital. O que nos leva a supor que os

¹⁶⁸ “Os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) definem-se, no seu conjunto, como um sistema constituído por múltiplas variáveis que, ao serem agregadas, caracterizam um produto hospitalar correspondente a episódios de internamento que utilizam recursos semelhantes” (DGS, 2007: 3).

casos aqui considerados serão, pelo menos em parte, os mais agudos, isto é, aqueles que, de uma forma mais próxima, correspondem ao conceito de *near miss*.

Vamos analisar a informação referente à morbilidade materna, considerando todos os anos com informação disponível e, sempre que possível, de forma comparativa.

11.6.2. Internamentos por complicações da gravidez, parto e puerpério

Começamos pela informação relativa aos internamentos devidos a complicações da gravidez, do parto e do puerpério que ocorreram no território do Continente¹⁶⁹, ao longo do período de 1995 a 2009 e ao peso desses internamentos no conjunto dos internamentos ocorridos em hospitais públicos.

Assim, ao longo desse período de 14 anos, é significativa a redução do número de doentes com internamento devido a complicações da gravidez, parto e puerpério (13,26%). O peso do número dessas doentes face ao total de doentes internados em cada ano (entre 1995 e 2003) assim como o número de dias de internamento (entre 2000 e 2009) e a demora média do internamento (dados disponíveis entre 1995 e 2009) também diminuem (quadro 11.30.).

Quadro 11.30. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), Continente

Ano	Doentes saídos	% (face ao total de doenças)	Demora média (dias)	Dias internamento
1995	118992	13,8	3,8	
1996	115811	13,6	3,8	
1997	121406	13,6	3,7	
1998	125411	13,6	3,7	
1999	130041	13,6	3,6	
2000	127066	13,6	3,5	443871
2001	119047	12,8	3,5	421143
2002	125086	12,4	3,4	425843
2003	120503	11,5	3,3	401843
2004	116739		3,3	384690
2005	114914		3,3	384790
2006	111465		3,4	375905
2007	105741		3,4	356054
2008	106668		3,4	359844
2009	103218		3,3	343068

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 1995 a 2009, DGS

Nota: Estes dados não incluem a supervisão da gravidez e do puerpério (isto é, situações onde, à partida, não há patologia associada).

O significado de todas as reduções assinaladas parece-nos ter sentidos a dois níveis. Por um lado, a redução do número de doentes, da sua percentagem face ao total de

¹⁶⁹ A informação dos relatórios diz respeito ao Continente.

doentes e do número total de dias de internamento dever-se-ão, pelo menos em parte, à própria redução do número de nascimentos no mesmo período¹⁷⁰.

Já a duração média de internamento poderá antes ter que ver com uma mudança na resposta assistencial a este tipo de morbilidade, motivando uma recuperação mais célere.

Voltando ao primeiro dado, referente ao número de doentes saídas, isto é, ao número de internamentos referentes a complicações na gravidez, parto e puerpério, é curioso estabelecer a relação entre a sua evolução e a do número de nados-vivos do mesmo período.

Nessa relação percebe-se que as situações de morbilidade superam, em quantidade, o número de nados-vivos ocorridos no Continente, ao longo de todo o período, apesar da tendência para a diminuição do valor da relação (quadro 11.31.). O que significa que cada nascimento vivo implica, em média, uma ou mais situações de morbilidade associada a complicações relacionadas com gravidez, parto e puerpério e com episódio de internamento.

Quadro 11.31. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), Nados-vivos e relação entre as doentes saídas e os nados-vivos, Continente, 1995-2009

Ano	Doentes saídos	Nados-vivos	Relação doentes saídas / nados-vivos (%)
1995	118992	100537	118,36
1996	115811	103668	111,71
1997	121406	106299	114,21
1998	125411	106857	117,36
1999	130041	109381	118,89
2000	127066	113318	112,13
2001	119047	106479	111,80
2002	125086	108192	115,61
2003	120503	106232	113,43
2004	116739	103309	113,00
2005	114914	103420	111,11
2006	111465	99713	111,79
2007	105741	96925	109,10
2008	106668	99057	107,68
2009	103218	94324	109,43

Fonte: cálculos próprios, a partir de (Doentes) DGS, Elementos Estatísticos de Saúde (1995-2003) e Relatórios de Mobilidade Hospitalar (2004-2009); (nados-vivos), INE, Estatísticas Demográficas 1995-2009 (consultado em www.ine.pt)

¹⁷⁰ Entre 1995 e 2009, o número de nados-vivos na região do Continente sofreu uma redução de cerca de 6%, variando, em termos absolutos entre os valores de 100537 e 94324 (cálculos próprios a partir dos dados recolhidos em www.ine.pt).

No limite, e se considerarmos a subestimação a que o fenómeno está sujeito, poderemos dizer, com segurança, que, em média, todos os nascimentos terão implícita uma ou mais situações de morbilidade materna.

Esta é uma leitura muito sumária, abrangente e, eventualmente, redutora mas não deixa de ser reveladora da importância deste fenómeno.

Os quadros seguintes, pelo detalhe da informação relativa à tipologia da morbilidade e à fase a que se refere, permitem mais detalhe na análise. Os anos considerados são apenas de 2006 a 2009, os únicos para os quais a informação que se segue foi disponibilizada (ainda assim, com diferentes critérios).

A análise que fazemos é condicionada pelo facto de existir pouca continuidade de ano para ano, na informação apresentada nos relatórios da DGS relativos a morbilidade hospitalar, o que limita a análise evolutiva e comparativa dos dados.

De qualquer forma, importa realçar que em 2006 se deu o grande salto na divulgação de informação relacionada com morbilidade materna, desagregando em grande medida as categorias e considerando as três fases associadas ao nascimento: gravidez, parto e puerpério. Nos 3 anos seguintes não consideram essa distinção das três fases, misturando todas as categorias mas, ainda assim, podemos dividir estas categorias relacionando-as com as respetivas fases.

Da leitura dos dados relativos a 2006, podemos perceber que parte das situações de morbilidade diz respeito a episódios e situações que não originam um nado-vivo, como as 'situações abortivas'.

Essas situações enquadram-se, juntamente com as relativas a 'Complicações da gravidez no período antenatal' (isto é, antes do parto) e a 'Complicações da gravidez durante o parto', a casos de morbilidade decorrentes do estado de gravidez. Sendo este o que regista de uma forma expressiva mais casos de internamentos, face aos decorrentes do parto e do puerpério (quadro 11.32.).

O número de internamentos registados em 2006, relativos apenas a complicações da gravidez no período antenatal (46181 doentes saídas) é quase o dobro do número registado para situações de complicações da gravidez durante o parto (24489) e cerca de 36 vezes mais do que as complicações do puerpério (isto é, do pós-parto) (1268 doentes saídas).

O que revela uma preocupação muito clara com o acompanhamento médico da mulher ao longo da gravidez e até ao parto, privilegiando a assistência, em termos médicos e institucionais, até esse momento, aquele em que se concretiza a fecundidade.

Esta realidade, medida pelo número de internamentos ocorridos ao longo de três fases distintas do processo de nascimento em que o padrão assistencial vinculado na intervenção e assistencialismo médico e institucional, com vista a garantir o controlo do nascimento, perde claramente expressão na fase do puerpério, e é indicativa de que a

noção de risco aplicada ao ciclo reprodutivo da mulher assume significados diferentes em função da fase em que incide.

De facto, a avaliar pelo número de internamentos registados e pela diferença abissal que encontramos entre o número de situações de morbilidade associadas ao período antenatal e ao período do puerpério, percebe-se que a noção de risco associada ao nascimento é orientada para o período da gestação, até ao momento do parto.

Ora, sendo as três fases definidas distintas entre si, elas estarão interligadas e serão decorrentes umas das outras, pelo que a diferença de valores encontrada não parece revelar-se como totalmente natural.

Quadro 11.32. Doentes saídas discriminadas do grupo de patologias relacionadas com a gravidez, parto e puerpério, 2006, Portugal

Patologias	Doentes saídos	Dias internamento	Demora média (dias)
Situações abortivas	11795	20717	1,8
Complicações da gravidez no período antenatal	46181	183480	4
Complicações da gravidez durante o parto	24489	86002	3,5
Parto espontâneo simples	22123	59995	2,7
Outras situações de parto	1906	6338	3,3
Complicações relacionadas com o puerpério	1268	5093	4
Outras situações obstétricas	3703	14280	3,9
Total	111465	375905	3,4

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2006, DGS

Isto é, justificando-se um modelo assistencial muito forte em duas fases do processo de nascimento humano, ditado por definições de risco muito apertadas para essas fases, há uma clara quebra nessa assunção de risco na passagem para a terceira fase desse processo, a fase do puerpério.

A noção de risco que se constrói em torno do nascimento humano parece, assim, moldada pelo significado associado a cada uma das fases que intervêm nesse processo. Significado para o qual concorrem determinações que não se cingem à esfera médica e que assumem uma natureza social.

A noção social de risco aplicada ao nascimento humano assume-se, aqui, em dois sentidos. Por um lado, procura-se garantir a preservação da espécie, a reprodução de um todo, de um coletivo, de uma sociedade, assegurando o sucesso de todos e de cada nascimento.

Por outro, define-se e redefine-se o papel social da mulher nesse acontecimento que, sendo um acontecimento maior em termos sociais pela contribuição que traz à reprodução coletiva, tem toda a importância. Como dizíamos, nesse acontecimento, o papel da mulher parece secundarizado, pela intervenção a que o seu corpo é sujeito ao longo de toda a preparação para o nascimento (Davis-Floyd, 1992; Davis-Floyd, 1993), assim como pela quebra de cuidados a que é sujeita assim que o nascimento tem lugar, isto é, assim que o corpo do novo ser que nasce se desliga do seu.

E sendo cada gravidez um processo único, só uma regulação forte garante que decorra de uma forma padrão, só a existência de regras permite o seu cumprimento, só a definição de riscos permite a sua previsibilidade, só a sua patologização permite o seu verdadeiro controlo.

No quadro 11.33., onde se identificam as patologias que ditaram internamentos no período antenatal, percebe-se que, em 2006, a causa que justificou o internamento de mais doentes no decurso da gravidez relacionava-se com ‘outros problemas amnióticos e das membranas’, seguida de ‘outros problemas fetais e da placenta’ e de ‘trabalho [de parto] prematuro’. Por outro lado, a demora média mais prolongada nos internamentos desse ano ficou a dever-se à existência de ‘gestações múltiplas’ e a ‘polihidrâmio’ (que consiste no diagnóstico de líquido amniótico em excesso no útero, durante a gravidez).

Estes dados levantam questões importantes que se prendem como o modelo assistencial subjacente e com o suporte justificativo desse modelo. O que remete para uma prática médica enquadrada na ‘cultura *pop*’ definida por Lobo Antunes (1998), na medida em que, desde logo, o diagnóstico da maioria destas ‘patologias’ é possível apenas com recurso a alta tecnologia, nomeadamente, entre outros, através de ultrassonografias ou ecografias.

Por outro lado, a gestação múltipla é definida nos protocolos de medicina materno-fetal (Campos *et al.*, 2008: 8-9) como necessitando de uma vigilância mais frequente e com indicações específicas de suplementos farmacológicos e nutricionais ao longo dos três trimestres da gravidez, diferentes exames ecográficos e sanguíneos, uma periodicidade de consultas de 3 a 4 semanas no 2º trimestre, quinzenal até às 34 semanas e posteriormente semanal. Nos casos em que se identificam patologias, a vigilância é maior, com maior número de exames e consultas.

Quanto à via de parto, as indicações para cesariana eletiva passam por cinco situações¹⁷¹ e, no caso de parto vaginal, há indicação para a indução do trabalho de parto, não se prevendo nascimentos após as 38 semanas (as triplas deverão acontecer até às 36 semanas de gestação e as gemelares monoamnióticas até às 34 semanas).

Assim, não sendo a gestação múltipla, por si só, uma situação de patologia, é considerada de risco e definida como patologia em termos protocolares (Campos *et al.*, 2008: 161). Surge, também, como categoria de patologia na lista aqui apresentada, obedecendo aos guias protocolares da medicina materno-fetal e é associada a uma maior demora nos internamentos verificados.

A própria terminologia considerada ('patologia', 'doentes') englobando os casos ou categorias de 'gravidez múltipla', 'gravidez prolongada' revelam a utilização dos conceitos de risco, doença e patologia de uma forma relativamente generalizada e legitimadora de práticas que padronizam acontecimentos associados à gravidez e ao parto e, sobretudo, definem a condição da mulher atribuindo-lhe o estatuto de doente, de enferma, requerendo cuidados específicos e especializados, vigilância e intervenção.

Quadro 11.33. Doentes saídas discriminados do grupo de patologias relacionados com complicações da gravidez no período antenatal, 2006, Portugal

Patologias	Doentes saídos	Dias internamento	Demora média (dias)
Hemorragia no princípio da gravidez	694	2706	3,9
Hemorragia anteparto	1331	7551	5,7
Hipertensão	2272	12520	5,5
Vómitos excessivos	660	1905	2,9
Trabalho prematuro	5268	20942	4
Gravidez prolongada	1375	4104	3
outras complicações	2434	10062	4,1
Gestação múltipla	611	4234	6,9
Má posição e apresentação do feto	3026	12238	4
Desproporção	4006	16420	4,1
Anormalidade de órgãos e tecidos moles da pélvis	3266	12719	3,9
Anormalidades fetais	627	2189	3,5
Outros problemas fetais e da placenta	6927	28725	4,1
Polihidrâmio	92	524	5,7
Outros problemas amnióticos e das membranas	9266	30634	3,3
Outras situações	4326	16007	3,7
Total	46181	183480	4

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2006, DGS

¹⁷¹ "Primeiro feto não cefálico; segundo feto não cefálico com peso estimado < 1700g ou crescimento fetal discordante; gravidez monoamniótica; gravidez com mais de dois fetos; contra-indicações maternas e/ou fetais para partos vaginal" (Campos *et al.*, 2008: 9).

As complicações associadas ao parto que surgem com um maior número de casos nesse mesmo ano de 2006 são as que se referem a trabalho de parto obstruído (quadro 11.34.). Esta é uma situação que requer, frequentemente, intervenção manual ou a instrumentalização do parto, por via da utilização de fórceps, ventosas ou, no limite, o recurso a cesariana.

Esta informação relaciona-se com a que analisámos noutro capítulo deste trabalho (subcap. 10.6.2.), que tem que ver com a elevada e crescente incidência de partos instrumentalizados no nosso país, com um número de cesarianas muito acima dos 10 a 15% recomendados pela OMS.

As patologias decorrentes do parto com mais situações de internamento, depois da já referida, são a 'distócia funcional', o 'trabalho de parto prolongado', 'complicações com o cordão umbilical' e o 'trauma do períneo e da vulva'.

A categoria 'distócia funcional' relaciona-se com a referente ao 'trabalho de parto prolongado', significando que o parto decorre de forma lenta e difícil. Ora, o risco de surgimento de distócia funcional no parto está associado a fatores como a posição supina (deitada de barriga para cima) ou semi-sentada da mãe no decurso do trabalho de parto, a extração do bebé a vácuo, puxos com respiração suspensa e pressão uterina, entre outras.

A posição supina face a posições laterais era, já na década de 1950, associada a contrações mais prolongadas e menos eficazes (O'Leary, 2009: 271) sendo, apesar disso, a mais usualmente adotada nos partos hospitalares.

Para além disso, a identificação da categoria 'trabalho de parto prolongado' como patologia, por si só, mais uma vez nos remete para a questão da procura de normalização de padrões, tendências de comportamento, aqui operacionalizados pela quantificação do tempo do trabalho de parto e, por aí, definindo desvios e respetivas formas de atuação e correção.

Segundo o Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto, guia que reúne informação baseada em evidências científicas, e referindo-nos apenas à duração da primeira fase do trabalho de parto,

a fase latente do trabalho de parto, desde o início das contrações uterinas até ao início da dilatação progressiva do colo (...), é pouco compreendida. Como essa fase geralmente começa antes do início do internamento da mulher, muitas vezes é difícil determinar o momento exacto do início. A duração da fase latente varia tanto de uma mulher para outra que é difícil definir uma faixa normal. De acordo com alguns estudos, uma fase latente prolongada não está associada a aumento da morbilidade, mortalidade ou outro resultado adverso no período perinatal. Outros estudos mostraram uma incidência significativamente maior de cesariana e menores índices de Apgar ao 5º minuto, tanto em primigrávidas como em multigrávidas, com uma fase latente prolongada. Não se sabe ao certo se esses efeitos adversos foram devidos à condição subjacente ou resultaram de tratamento não criterioso. Frequentemente é difícil

diferenciar entre a fase latente prolongada e o falso trabalho de parto. Essa distinção só pode ser feita retrospectivamente. Há necessidade urgente de estudos controlados sobre esse problema comum, stressante e mal compreendido no trabalho de parto, sua etiologia, seu significado e a melhor política de tratamento (Enkin *et al.*, 2005: 178-181).

Quadro 11.34. Doentes saídos discriminados do grupo de patologia relacionadas com complicações da gravidez durante o parto, 2006, Portugal

Patologias	Doentes saídos	Dias internamento	Demora média (dias)
Trabalho de parto obstruído	7025	39669	4,2
Distócia funcional	5175	19054	3,7
Trabalho prolongado	3276	11519	3,5
Complicações com o cordão umbilical	3869	11227	2,9
Trauma do períneo e da vulva	3773	10451	2,8
Outros traumas obstétricos	205	681	3,3
Retenção da placenta ou membranas, sem hemorragia	513	1416	2,8
Complicações da administração de anestésicos e sedativos	31	123	4
Outras complicações não especificadas	336	1075	3,2
Total	24489	86002	3,5

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2006, DGS

O trauma do períneo e da vulva associa-se, por seu lado, a situações de laceração ou à incidência de episiotomias que, em Portugal, como vimos atrás (subcap. 10.6.3.), ronda os 80% (Europeristat, 2008: 89-91), e cuja prática rotineira a OMS integra na categoria de práticas obstétricas “frequentemente utilizadas de modo inadequado”, como mencionado noutra capítulo deste trabalho.

O uso seletivo e não rotineiro desta prática está, por seu lado, associado a melhores resultados da fase puerperal como a “diminuição das lesões severas e um maior número de períneos intactos, recuperação puerperal e retorno mais rápido à vida sexual” (Pereira e Pinto, 2011: 185).

O puerpério é, como vimos, a fase que regista menos internamentos. Os casos que aqui se registam são os institucionalizados, que corresponderá à morbilidade mais grave, porque institucionalizada e reconhecida em termos médicos. Não nos parece, contudo, que os estados de morbilidade sucumbam drasticamente com o nascimento de uma criança. Assumimos antes uma subestimação mais forte do fenómeno na fase do puerpério.

Com efeito, não é claro que a assistência médica e institucionalizada garantida ao longo da gravidez e do parto previna a morbilidade da mulher na sua fase de puerpério e as fases posteriores a essa. Aliás, os resultados que vemos de seguida apontam antes para que algumas patologias do puerpério, que requerem um maior número de dias de internamento e respetiva demora média, sejam as que estão associadas a uma maior intervenção na gravidez e no parto (quadro 11.35.).

Quadro 11.35. Doentes saídas discriminadas do grupo de patologia relacionadas com complicações do puerpério, 2006, Portugal

Patologias	Doentes saídos	Dias internamento	Demora média (dias)
Infeção puerperal	111	582	5,2
Complicações do sistema venoso na gravidez e puerpério	638	2193	3,4
Hipertermia de origem desconhecida	37	189	5,1
Embolismo pulmonar obstétrico	9	101	11,2
Outras complicações não especificadas	273	1380	5,1
Infeções mamárias	56	216	3,9
Efeitos tardios	144	432	3
Total	1268	5093	4

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2006, DGS

De facto, quando consideramos todas as causas de morbilidade, mesmo as relacionadas com a gravidez e com o parto, a causa que origina uma maior demora no internamento situa-se na fase do puerpério e é o embolismo pulmonar obstétrico (11,2 dias, em média), sendo que o risco associado a esta causa de morbilidade incide mais nas mulheres submetidas a cesariana do que nas que passaram por um parto normal (Andrade *et al.*, 2009: 617).

A embolia pulmonar obstétrica conduz, inclusivamente, a óbitos maternos em 2007, 2008 e 2009 (anos para os quais existe informação nesse sentido) o que é ainda mais significativo se tivermos em conta que existem poucos casos de óbitos maternos, assumindo aí os óbitos relativos a esta categoria um peso mais relevante.

Ainda no puerpério, em 2006, o maior número de internamentos relaciona-se com a categoria relativa ao sistema venoso (638 internamentos, o que corresponde a mais de 50% do total de internamentos desse ano devidos a complicações no puerpério), categoria que se liga com a anterior. De seguida surgem outras complicações não especificadas, indicador do caminho por fazer na qualidade do registo de informação desta natureza.

Os anos de 2007, 2008 e 2009 não consideram a informação desagrupada pelas fases de gestação, parto e puerpério, embora a identificação das categorias permita fazer essa separação. Essa informação vai no mesmo sentido da apresentada para 2006.

Nesse sentido, as situações de morbilidade que originam, em 2007, óbitos maternos¹⁷² (informação de que não dispomos para o ano de 2006) são as decorrentes de aborto, a ‘tentativa de aborto malograda’, ‘hemorragia anteparto, descolamento prematuro da placenta e placenta prévia’, ‘hipertensão complicando a gravidez, o parto e o puerpério’, ‘ameaça de trabalho de parto ou trabalho de parto precoce’, ‘afecções existentes na mãe, complicando a gravidez, o parto ou o puerpério’, ‘indicações de assistência ou intervenção relacionada com o trabalho de parto e parto’, ‘complicações do trabalho de parto e do parto’ e ‘embolia pulmonar obstétrica’ (quadro 11.36).

São situações que se associam, sobretudo, ao período da gravidez e do parto, o que pode decorrer do facto de ser também nessas fases que se registam mais casos de internamento. Este padrão repete-se em 2008 e 2009.

Nestes três anos para os quais dispomos de dados relativos a óbitos maternos em função da situação de morbilidade anterior, existem causas de morbilidade que se repetem em pelo menos 2 anos, que vamos assinalar. São as situações de aborto, gravidez ectópica e embolia pulmonar obstétrica, sendo que esta última situação de morbilidade é a que implica uma maior duração média de internamento, sugerindo, como já havíamos referido para 2006, uma morbilidade mais severa (quadros 11.36. a 11.38.). O aborto e a gravidez ectópica ligam-se à fase da gravidez e a embolia pulmonar obstétrica ao puerpério.

Nos três anos, a situação de morbilidade que justificou um maior número de internamentos foi a relativa a ‘problemas associados com a cavidade amniótica e com as membranas’, sendo que em nenhum desses anos se registaram óbitos decorrentes dessa situação de morbilidade.

¹⁷² No capítulo relativo à mortalidade materna não tratámos a informação relativa aos óbitos maternos para anos posteriores a 2001, sendo que essa informação não é apresentada nas Estatísticas da Saúde nem nas Estatísticas Demográficas pelo princípio do segredo estatístico e do respeito pela confidencialidade dos dados. Nos relatórios dos quais decorre a informação que agora analisamos, conseguimos perceber quais as situações de morbilidade que dão origem a óbitos, embora não sejam quantificados os óbitos (surgem como ‘valor confidencial’ – ‘vc’).

Quadro 11.36. Doentes saídas discriminadas do grupo de patologias relacionadas com a gravidez, parto e puerpério, 2007, Continente

Patologias	Doentes saídos	Dias intern.	Day case	Óbitos	Demora média (dias)	%DC	%O	Patologias	Doentes saídos	Dias internamento	Day case	Óbitos	Demora média (dias)	%DC	%O
Gravidez molar: mola hidatiforme	98	296	4	0	3	4,1	0	Anomalias dos órgãos e dos tecidos moles da pelve na gravidez	3255	12361	3	0	3,8	0,1	0
Produto anormal da concepção	264	307	39	0	1,2	14,8	0	Anomalias fetais confirmadas ou suspeitadas que afectam a conduta em relação a mãe	517	1876	11	0	3,6	2,1	0
Aborto retido	2969	3862	409	0	1,3	13,8	0	Problemas fetais e da placenta conhecidos ou suspeitos afectando a mãe	6629	27248	19	0	4,1	0,3	0
Gravidez ectópica	904	3751	7	0	4,1	0,8	0	Polihidramnio	109	597	0	0	5,5	0	0
Aborto espontâneo	3526	5541	624	0	1,6	17,7	0	Problemas associados com a cavidade amniótica e com as membranas	9288	30084	28	0	3,2	0,3	0
Aborto induzido por indicações admitidas legalmente	1434	3089	203	0	2,2	14,2	0	Indicações de assistência ou intervenção relacionada com o trabalho de parto e parto	4500	17148	19	vc	3,8	0,4	vc
Aborto induzido sem indicações admitidas legalmente	108	234	40	0	2,2	37	0	Parto obstruído	6662	28152	vc	0	4,2	vc	0
Aborto não especificado	1766	2645	297	0	1,5	16,8	0	Anomalia das forças do parto	5260	19090	vc	0	3,6	vc	0
Tentativa de aborto malograda	6	9	valor confidencial	vc	1,5	vc	vc	Trabalho de parto prolongado	3222	11419	0	0	3,5	0	0
Complicações consequentes de aborto, gravidez ectópica e molar	38	168	3	0	4,4	7,9	0	Complicações do cordão umbilical	3258	9307	vc	0	2,9	vc	0
Hemorragia do início da gravidez	553	2029	29	0	3,7	5,2	0	Trauma do períneo e da vulva durante o parto	4326	11774	5	0	2,7	0,1	0
Hemorragia ante parto, descolamento prematuro da placenta e placenta prévia	1306	7066	15	vc	5,4	1,1	vc	Traumas obstétricos	219	771	0	0	3,5	0	0
Hipertensão complicando a gravidez, o parto e o puerpério	2209	11975	20	vc	5,4	0,9	vc	Hemorragia pós-parto	266	801	25	0	3	9,4	0
Vómitos excessivos na gravidez	622	1977	16	0	3,2	2,6	0	Retenção da placenta ou das membranas sem hemorragia	466	1281	43	0	2,7	9,2	0
Ameaça de trabalho de parto ou trabalho de parto precoce	4729	18921	233	vc	4	4,9	vc	Complicação da administração anestésica/sedativos no trabalho de parto e parto	33	118	0	0	3,6	0	0
Gravidez tardia	2625	7737	vc	0	2,9	vc	0	Complicações do trabalho de parto e do parto	2092	6841	vc	vc	3,3	vc	vc
Complicações da gravidez, não classificadas em outra parte	2032	9092	26	0	4,5	1,3	0	Infecção puerperal	112	552	0	0	4,9	0	0
Doenças infecciosas e parasitárias complicando a gravidez, parto e puerpério	482	2064	3	0	4,3	0,6	0	Complicações do sistema venoso na gravidez e no puerpério	519	1823	vc	0	3,5	vc	0
Afeções existentes na mãe, complicando a gravidez, o parto ou o puerpério	2934	11161	26	vc	3,8	0,9	vc	Hipertermia de origem desconhecida ocorrida durante o puerpério	29	130	0	0	4,5	0	0
Condições ou status da mãe, complicando a gravidez, o parto ou o puerpério	13	51	0	0	3,9	0	0	Embolia pulmonar obstétrica	7	62	0	vc	8,9	0	vc
Parto normal	19115	52121	11	0	2,7	0,1	0	Complicações do puerpério e as não especificadas	242	1252	15	0	5,2	6,2	0
Gestação múltipla	526	3441	6	0	6,5	1,1	0	Infecções da mama e mamilo associadas com o parto	67	202	7	0	3	10,4	0
Má posição e má apresentação do feto	2503	10138	4	0	4,1	0,2	0	Afeções da mama associada ao parto e alterações da lactação	199	584	0	0	2,9	0	0
Desproporção	3702	14906	0	0	4	0	0	Total	105741	356054	2200	10	3,4	2,1	0

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2007, DGS

Quadro 11.37. Doentes saídas discriminadas do grupo de patologias relacionadas com a gravidez, parto e puerpério, 2008, Continente

Patologias	Doentes saídos	Dias intern.	Day case	Óbitos	Demora média (dias)	%DC	%O	Patologias	Doentes saídos	Dias intern.	Day case	Óbitos	Demora média (dias)	%DC	%O
Gravidez molar: mola hidatiforme	94	250	7	0	2,7	7,4	0	Anomalias dos órgãos e dos tecidos moles da pelve na gravidez	3276	12579	6	0	3,8	0,2	0
Produto anormal da concepção	247	297	34	0	1,2	13,8	0	Anomalias fetais confirmadas ou suspeitadas que afectam a conduta em relação a mãe	477	1760	16	0	3,7	3,4	0
Aborto retido	2772	3689	399	0	1,3	14,4	0	Problemas fetais e da placenta conhecidos ou suspeitos afectando a mãe	6511	26866	16	vc	4,1	0,2	vc
Gravidez ectópica	989	3852	10	vc	3,9	1	vc	Polihidramnio	109	561	vc	0	5,1	vc	0
Aborto espontâneo	2895	4487	498	vc	1,5	17,2	vc	Problemas associados com a cavidade amniótica e com as membranas	9658	31973	36	0	3,3	0,4	0
Aborto induzido por indicações admitidas legalmente	1828	3241	320	0	1,8	17,5	0	Indicações de assistência ou intervenção relacionada com o trabalho de parto e parto	4798	18114	17	0	3,8	0,4	0
Aborto induzido sem indicações admitidas legalmente	89	137	40	0	1,5	44,9	0	Parto obstruído	7280	29965	5	vc	4,1	0,1	vc
Aborto não especificado	1678	2439	262	vc	1,5	15,6	vc	Anomalia das forças do parto	5643	20375	5	0	3,6	0,1	0
Tentativa de aborto malograda	8	20	0	0	2,5	0	0	Trabalho de parto prolongado	3599	12853	0	0	3,6	0	0
Complicações conseqüentes de aborto, gravidez ectópica e molar	55	211	4	0	3,8	7,3	0	Complicações do cordão umbilical	3062	8797	vc	0	2,9	vc	0
Hemorragia do início da gravidez	524	1872	22	0	3,6	4,2	0	Trauma do períneo e da vulva durante o parto	4804	13191	vc	0	2,7	vc	0
Hemorragia ante parto, descolamento prematuro da placenta e placenta prévia	1281	7083	13	0	5,5	1	0	Traumas obstétricos	234	752	0	0	3,2	0	0
Hipertensão complicando a gravidez, o parto e o puerpério	2155	11939	21	0	5,5	1	0	Hemorragia pós-parto	261	763	27	0	2,9	10,3	0
Vómitos excessivos na gravidez	576	1607	17	0	2,8	3	0	Retenção da placenta ou das membranas sem hemorragia	461	1172	46	0	2,5	10	0
Ameaça de trabalho de parto ou trabalho de parto precoce	4785	19435	270	0	4,1	5,6	0	Complicação da administração anestésica/sedativos no trabalho de parto e parto	43	141	vc	0	3,3	vc	0
Gravidez tardia	2849	8385	3	vc	2,9	0,1	0	Complicações do trabalho de parto e do parto	2029	6654	vc	0	3,3	vc	0
Complicações da gravidez, não classificadas em outra parte	2065	9020	26	vc	4,4	1,3	0	Infecção puerperal	120	599	vc	0	5	vc	0
Doenças infecciosas e parasitárias complicando a gravidez, parto e puerpério	445	1636	3	0	3,7	0,7	vc	Complicações do sistema venoso na gravidez e no puerpério	421	1522	0	0	3,6	0	0
Afecções existentes na mãe, complicando a gravidez, o parto ou o puerpério	3102	11597	29	0	3,7	0,9	vc	Hipertermia de origem desconhecida ocorrida durante o puerpério	34	145	0	0	4,3	0	0
Condições ou status da mãe, complicando a gravidez, o parto ou o puerpério	31	94	0	0	3	0	0	Embolia pulmonar obstétrica	13	98	vc	vc	7,5	vc	vc
Parto normal	18160	49121	6	0	2,7	0	0	Complicações do puerpério e as não especificadas	261	1263	16	0	4,8	6,1	0
Gestação múltipla	616	3762	3	0	6,1	0,5	0	Infecções da mama e mamilo associadas com o parto	62	247	7	0	4	11,3	0
Má posição e má apresentação do feto	2533	10504	5	0	4,1	0,2	0	Afecções da mama associada ao parto e alterações da lactação	174	498	vc	0	2,9	vc	0
Desproporção	3561	14278	3	0	4	0,1	0	Total	106668	359844	2200	10	3,4	2,1	0

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbidade hospitalar, 2008, DGS

Quadro 11.38. Doentes saídas discriminadas do grupo de patologias relacionadas com a gravidez, parto e puerpério, 2009, Continente

Patologias	Doentes saídos	Dias intern.	Day case	Óbitos	Demora média (dias)	%DC	%O	Patologias	Doentes saídos	Dias intern.	Day case	Óbitos	Demora média (dias)	%DC	%O
Aborto espontâneo	2677	4001	514	vc	1,5	19,2	vc	Gravidez tardia	3256	9609	3	0	3	0,1	0
Aborto induzido por indicações admitidas legalmente	3688	3274	2120	0	0,9	57,5	0	Hemorragia anteparto, descolamento prematuro da placenta e placenta prévia	1243	7651	14	0	6,2	1,1	0
Aborto induzido sem indicações admitidas legalmente	55	122	10	0	2,2	18,2	0	Hemorragia do início da gravidez	458	1679	14	0	3,7	3,1	0
Aborto não especificado	1286	1945	123	0	1,5	9,6	0	Hemorragia pós-parto	247	710	25	0	2,9	10,1	0
Aborto retido	2759	3625	368	0	1,3	13,3	0	Hipertensão complicando a gravidez, o parto e o puerpério	2127	11670	34	0	5,5	1,6	0
Afeções da mama associada ao parto e alterações da lactação	127	344	0	0	2,7	0	0	Hipertermia de origem desconhecida ocorrida durante o puerpério	27	159	0	0	5,9	0	0
Afeções existentes na mãe, complicando a gravidez, o parto ou o puerpério	3214	11765	39	0	3,7	1,2	0	Indicações de assistência ou intervenção relacionada com o trabalho de parto e parto	4802	18621	17	0	3,9	0,4	0
Ameaça de trabalho de parto ou trabalho de parto precoce	4614	19375	291	0	4,2	6,3	0	Infecção puerperal	97	501	0	0	5,2	0	0
Anomalia das forças do parto	4480	16539	0	0	3,7	0	0	Infecções da mama e mamilo associadas com o parto	79	333	7	0	4,2	8,9	0
Anomalias dos órgãos e dos tecidos moles da pelve na gravidez	3184	11951	5	0	3,8	0,2	0	Má posição e má apresentação do feto	2369	9603	5	0	4,1	0,2	0
Anomalia fetal confirmada ou suspeitada que afecta a conduta em relação à mãe	444	1629	9	0	3,7	2	0	Mola hidatiforme	83	210	4	0	2,5	4,8	0
Complicações consequentes ao aborto, gravidez ectópica e molar	49	298	1	0	6,1	2	0	Outros produtos anormais da concepção	271	313	42	0	1,2	15,5	0
Complicações da administração de anestésicos/sedativos no trabalho de parto e parto	42	127	2	0	3	4,8	0	Parto obstruído	7612	31640	3	0	4,2	0	0
Complicações da gravidez não classificadas em outra parte	1868	7778	29	0	4,2	1,6	0	Polihidramnio	117	579	2	0	4,9	1,7	0
Complicações do cordão umbilical	2765	7726	2	0	2,8	0,1	0	Problemas associados com a cavidade amniótica e com as membranas	10023	32823	41	0	3,3	0,4	0
Complicações do puerpério e as não especificadas	213	1127	8	vc	5,3	3,8	vc	Problemas fetais e da placenta conhecidos ou suspeitos afectando a mãe	5733	23743	15	0	4,1	0,3	0
Complicações do sistema venoso na gravidez e no puerpério	336	1255	0	0	3,7	0	0	Retenção da placenta ou das membranas sem hemorragia	415	1080	45	0	2,6	10,8	0
Complicações do trabalho de parto e do parto	1850	5868	1	0	3,2	0,1	0	Tentativa de aborto malograda	23	62	4	0	2,7	17,4	0
Desproporção	3163	12534	1	0	4	0	0	Trabalho de parto prolongado	3915	13837	0	0	3,5	0	0
Doenças infecciosas e parasitárias complicando a gravidez, parto e puerpério	443	1745	9	0	3,9	2	0	Trauma do períneo e da vulva durante o parto	4646	12453	1	0	2,7	0	0
Embolia pulmonar obstétrica	6	53	0	vc	8,8	0	vc	Traumas obstétricos	215	661	1	0	3,1	0,5	0
Gestação múltipla	597	3635	8	0	6,1	1,3	0	Vómitos excessivos na gravidez	546	1642	21	0	3	3,8	0
Gravidez ectópica	929	3429	8	vc	3,7	0,9	vc								

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbidade hospitalar, 2009, DGS

11.6.3. Internamentos por complicações da gravidez, parto e puerpério – Regiões, Idade, Dimensão do Hospital

Quando analisamos os internamentos referentes a complicações da gravidez, parto e puerpério, por região, nos anos de 2000 a 2005, percebemos uma tendência para uma muito ligeira diminuição da demora média do internamento associado a este tipo de

morbilidade, ao longo dos anos referidos. O que não deixa de ser revelante pelo facto de ser generalizada, isto é, ocorrer em todas as regiões, e por ocorrer num espaço de tempo relativamente curto (seis anos).

As regiões que registam uma duração inferior ao longo de todo o período são as do Sul do país, sobretudo a do Alentejo que, em 2005, era a única região com um tempo médio de internamento de 3 dias. As regiões do Norte e de Lisboa apresentam resultados equivalentes entre si e intermédios face às restantes. A região Centro, por seu lado, é a que regista sempre uma duração de internamento mais elevada, começando com 3,8 dias, em 2000, e terminando com 3,6, em 2005, o que tem algum significado, se compararmos este valor com os do Alentejo e Algarve (quadros 11.39. a 11.43.).

Quadro 11.39. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), região Norte, 2000-2005

Ano	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)
2000	45761	153329	3,4
2001	42547	144587	3,4
2002	42833	138271	3,2
2003	40341	128660	3,2
2004	38403	126114	3,3
2005	37733	122743	3,3

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2000-2005, DGS

Quadro 11.40. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), região Centro, 2000-2005

Ano	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)
2000	30867	116610	3,8
2001	27684	106244	3,8
2002	29602	107426	3,6
2003	28677	102629	3,6
2004	27752	93896	3,4
2005	26636	95883	3,6

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2000-2005, DGS

Quadro 11.41. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), região de Lisboa, 2000-2005

Ano	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)
2000	41288	144057	3,5
2001	40998	144750	3,5
2002	42152	145208	3,4
2003	40891	136232	3,3
2004	39748	129918	3,3
2005	39678	132239	3,3

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2000-2005, DGS

Quadro 11.42. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), região do Alentejo, 2000-2005

Ano	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)
2000	4895	15230	3,1
2001	4925	15999	3,2
2002	5097	16289	3,2
2003	4992	14896	3
2004	4983	15437	3,1
2005	4747	14168	3

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2000-2005, DGS

Quadro 11.43. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), região do Algarve, 2000-2005

Ano	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)
2000	4255	14645	3,4
2001	2893	9563	3,3
2002	5402	18649	3,5
2003	5602	19426	3,5
2004	5853	19325	3,3
2005	6120	19757	3,2

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2000-2005, DGS

Os resultados que acabamos de ver sintonizam-se, de alguma forma, com a informação relativa ao número de consultas de obstetrícia, por região de Saúde, para o quinquénio anterior ao período analisado. Com efeito, verifica-se que foi justamente a região Centro, que apresentava uma duração média de internamentos superior à das restantes regiões, a que viu aumentar em mais de 50% o número de consultas de obstetrícia, entre 1996 e 1999, inclusive (quadro 11.44.). A região com uma variação mais reduzida foi, novamente, uma do Sul, agora o Algarve, ficando Lisboa, o Norte e o Alentejo em situações intermédias.

Quadro 11.44. N.º de consultas de obstetrícia, por Região de Saúde

Região \ Ano	1996	1997	1998	1999	Var. (%) 1996-1999
Norte	62610	68066	75984	84570	35,07
Centro	42988	56308	65485	66371	54,39
Lisboa	57040	57507	49531	76980	34,96
Alentejo	4125	4843	5606	5759	39,61
Algarve	2209	2313	2269	2553	15,57

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 1996-1999, DGS

Estes dados apontam para dois sentidos. O primeiro será o de um padrão assistencial com tendência para um claro reforço no acompanhamento obstétrico,

nomeadamente, ao longo da gravidez (e falamos apenas de hospitais públicos) e com uma evolução muito forte num período de tempo muito curto.

O segundo o de alguma desigualdade entre regiões, que pode dever-se a ajustamentos, a nível político e administrativo, que se vão fazendo ao longo do tempo no sentido de normalizar e padronizar respostas ao nível das necessidades dos cuidados de saúde nesta valência.

Essa desigualdade pode ter que ver, também, com especificidades do padrão de atendimento à gravidez e ao parto de cada região, em função de marcas culturais próprias, das características sociodemográficas das gestantes e das características dos próprios hospitais, profissionais de saúde e práticas hospitalares.

A análise da informação legislativa que fizemos anteriormente (cap. 8) sugere-nos que os possíveis ajustamentos de que falamos podem ancorar-se na identificação, em termos políticos, de necessidades específicas atribuídas às mulheres nesta valência da saúde obstétrica, justificando nova legislação, que se concretizou em 1996 e 1997, com vista a um reforço da vigilância da saúde materna, mais medicalizada, em função de uma conceção cada vez mais afinada da noção de risco.

E que se reflete neste claro aumento do número de consultas, que é generalizado mas diferenciado. Assim, já vimos que as diferentes regiões apresentam características próprias nessa evolução, apesar de todas registarem um acréscimo do número de consultas de obstetrícia entre 1996 e 1999. Esse aumento confirma-se pelos resultados observados para o Continente, que dão conta de uma subida no número de consultas na ordem dos 39,81% num espaço de 5 anos (quadro 11.45.).

A sua diferenciação refletiu-se já na disparidade de resultados entre regiões e verifica-se agora pelo tipo de Hospital, parecendo os resultados uma resposta muito forte às definições legislativas, no sentido de a vigilância da gravidez se concentrar de uma forma clara em hospitais especializados e focados nessa valência e, em simultâneo, com capacidade de acomodação de novas preocupações.

Essas preocupações relacionam-se com a importância atribuída ao nascimento, nas suas diferentes fases, e ao risco definido em torno desse processo. É, sobretudo, o caso das maternidades mas também dos hospitais distritais¹⁷³.

A tendência dos últimos anos e da atualidade parece divergir desta, enveredando as medidas políticas, nesta matéria, por um sentido mais centralizador de recursos.

¹⁷³ Um hospital distrital é um “hospital público caracterizado por possuir recursos inerentes às valências básicas, podendo ter, quando se justifique, outros relacionados com valências intermédias e diferenciadas e só excecionalmente altamente diferenciadas, com responsabilidades no âmbito da sub-região onde se inserem” (INE, 2013).

Quadro 11.45. N.º de consultas de obstetrícia, por tipo de Hospital, Continente

Tipo Hospital \ Ano	1996	1997	1998	1999	Var. (%) 1996-1999
Total	168972	189037	198875	236233	39,81
Hosp. Centrais Gerais ¹⁷⁴	55479	62056	65259	67789	22,19
Hospitais Distritais	74169	86314	93458	109149	47,16
Hospitais Distritais Nível 1 ¹⁷⁵	9454	14125	12078	11163	18,08
Maternidades	25050	22909	23705	43512	73,70
Outros Hospitais Especializados	4820	3633	4375	4620	-4,15

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 1996-1999, DGS

Para além das diferenças que temos vindo a notar no padrão assistencial na valência de obstetrícia no nosso país, em termos regionais e hospitalares, verificam-se, também, padrões tendencialmente diferenciados nos indicadores apresentados em função das características sociodemográficas para as quais dispomos de informação, relativas às gestantes, parturientes e mães.

De facto, no Continente e entre 2000 e 2005, confirmando-se a já referida tendência para a diminuição da demora média no internamento, o padrão é diferenciado em função da idade da parturiente, o que pode confirmar que as características sociodemográficas podem ajudar a definir o tipo de assistência médica de que se é alvo.

Assim, à exceção do primeiro ano em análise, percebe-se que as mulheres mais novas (com idades até aos 15 anos exatos) e as mais velhas (com mais de 45 anos) são aquelas cuja duração de internamento por complicações da gravidez, parto e puerpério é mais longa, face à das mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos completos (quadro 11.46.).

Uma gravidez em idades nos extremos do ciclo biológico fértil justificará essa diferença, suportada, mais uma vez, pela sua catalogação como gravidez de risco (Campos *et al.*, 2008:3) e por uma atenção mais apertada às condições e situações envolventes e daí decorrentes. O que se relaciona com questões de natureza biológica e fisiológica mas também social, cultural e ideológica.

¹⁷⁴ “Hospital público caracterizado por dispor de meios humanos e técnicos altamente diferenciados, com responsabilidades de âmbito nacional ou inter-regional” (INE, 2013).

¹⁷⁵ “Hospital cujo internamento se limita, em regra, às valências mais básicas: Medicina Interna, Cirurgia Geral, Obstetrícia / Ginecologia, Pediatria, podendo, excepcionalmente, haver casos em que se inclua também a Ortopedia” (INE, 2013).

Quadro 11.46. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), por grupo etário (idades completas), Continente, 2000-2005

Ano 2000				Ano 2001			
Grupo etário	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)	Grupo etário	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)
5-14	126	441	3,5	5-14	148	575	3,9
15-24	126628	442374	3,5	15-24	32165	110562	3,4
25-44							
45-64	292	1020	3,5	45-64	202	842	4,2
Ano 2002				Ano 2003			
Grupo etário	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)	Grupo etário	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)
5-14	134	562	4,2	5-14	117	480	4,1
15-24	32147	107201	3,3	15-24	29351	94837	3,2
25-44							
45-64	204	828	4,1	45-64	226	804	3,6
Ano 2004				Ano 2005			
Grupo etário	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)	Grupo etário	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)
5-14	101	393	3,9	5-14	139	505	3,6
15-24	27392	89641	3,3	15-24	25848	83839	3,2
25-44							
45-64	235	851	3,6	45-64	215	705	3,3

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2000-2005, DGS

Também será interessante apurar se nos hospitais mais pequenos o tempo de internamento é mais curto do que nos grandes, o que pode trazer indicações sobre condições para a existência de padrões assistência ao nascimento ditos mais humanizados que tenderão a favorecer os resultados no parto (Enkin *et al.*, 2005: 133-136).

A tendência (à exceção das duas primeiras categorias) parece, de facto, apontar para que quanto maior for a lotação do hospital, maior é o tempo médio de estada, o que pode dever-se a um maior contacto dos profissionais de saúde com as doentes nos hospitais mais pequenos, contribuindo para um desenrolar mais célere de todo o processo de nascimento e respetiva hospitalização (quadro 11.47.).

Estes valores podem, contudo, também estar ligados a um encaminhamento dos casos mais difíceis para os hospitais centrais, com maior lotação, e com maior capacidade de resposta para situações específicas de morbilidade fazendo aumentar o tempo médio de internamento das pacientes.

É curioso ainda perceber que a maior lotação do hospital, embora corresponda a uma maior demora média, não corresponde, necessariamente, a um maior número de doentes e dias de internamento, em termos totais.

Quadro 11.47. Doentes saídas dos hospitais por complicações da gravidez, parto e puerpério (grupo XI da CID-9), por tipo de hospitais agrupados pela lotação, Continente, 2000-2005

2000				2001		
Lotação	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)
< 200 camas	23715	81601	3,4	18389	62455	3,4
>ou= a 200 e < a 500 camas	66044	223643	3,4	65742	227214	3,5
>ou= a 500 e < a 1000 camas	24232	85376	3,5	23029	83081	3,6
> ou = a 1000 camas	13075	53251	4,1	11887	47673	4
2002				2003		
Lotação	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)
< 200 camas	19714	117448	6	20228	66190	3,3
>ou= a 200 e < a 500 camas	71924	239711	3,3	71529	234403	3,3
>ou= a 500 e < a 1000 camas	21223	74434	3,5	17043	57452	3,4
> ou = a 1000 camas	12227	46181	3,8	11703	43798	3,7
2004				2005		
Lotação	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)	Doentes saídas	Dias internamento	Demora média (dias)
< 200 camas	25906	88400	3,4	21042	69653	3,3
>ou= a 200 e < a 500 camas	59979	184976	3,1	58094	185093	3,2
>ou= a 500 e < a 1000 camas	19412	67281	3,5	24629	87765	3,6
> ou = a 1000 camas	11438	44013	3,8	11148	42273	3,8

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2000-2005, DGS

11.6.4. Internamentos em função da forma de nascimento

Se analisarmos o tempo de internamento em função dos episódios de internamento definidos ao nível dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH), também entre 2000 e 2005, percebemos uma constância com uma quebra muito ténue nos valores referentes ao tempo de internamento por parte de mulheres que passaram por um parto vaginal, sem diagnóstico complicado, semelhante ao tempo de internamento para o 'recém-nascido normal'. Estas situações de internamento, em 2005, não chegavam a durar 3 dias, em média (quadro 11.48.).

A cesariana, por seu lado, regista uma duração média de internamento claramente mais elevada, com mais dois dias de internamento, em 2000, face ao parto vaginal, o que

representa quase mais dois terços do tempo. Por outro lado, no espaço de tempo até 2005, essa demora média diminui de forma mais expressiva, chegando a uma duração de 4,5 dias.

Verifica-se uma tendência semelhante na análise feita por regiões (cujos quadros se encontram em anexo) embora se verifique no Centro e no Algarve uma maior demora média nos casos de cesariana, face às restantes regiões.

O que significa, desde logo que a cesariana requer uma maior vigilância, aqui medida pelo tempo de internamento, envolvendo mais recursos, a diferentes níveis, alguns não facilmente mensuráveis.

Quadro 11.48. Episódios de internamento em função dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) relacionados com gravidez, parto e puerpério, Continente, 2000

GDH	2000			2001		
	Doentes saídos	Dias internamento	Demora média (dias)	Doentes saídos	Dias internamento	Demora média (dias)
Recém-nascido normal	78996	232235	2,9	73002	213504	2,9
Parto vaginal, sem diagnóstico complicado	68847	207030	3	63692	190364	3
Cesariana, sem CC	24814	126737	5,1	24969	125975	5
Aborto com dilatação e curetagem, aspiração ou histerotomia	8895	13672	1,5	7952	12043	1,5
GDH	2002			2003		
	Doentes saídos	Dias internamento	Demora média (dias)	Doentes saídos	Dias internamento	Demora média (dias)
Recém-nascido normal	73810	211028	2,9	71556	203178	2,8
Parto vaginal, sem diagnóstico complicado	65899	222037	3,4	62451	179331	2,9
Cesariana, sem CC	25498	122066	4,8	25691	119326	4,6
Aborto com dilatação e curetagem, aspiração ou histerotomia	8580	12800	1,5	8207	11416	1,4
GDH	2004			2005		
	Doentes saídos	Dias internamento	Demora média (dias)	Doentes saídos	Dias internamento	Demora média (dias)
Recém-nascido normal	67386	189769	2,8	65600	185772	2,8
Parto vaginal, sem diagnóstico complicado	59844	172586	2,9	57853	166726	2,9
Cesariana, sem CC	25368	115766	4,6	26121	116421	4,5
Aborto com dilatação e curetagem, aspiração ou histerotomia	7874	11057	1,4	7293	10853	1,5

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2000-2005, DGS

Nota: estes GDH situam-se sempre entre os 25 com maior frequência

Por outro lado, a evolução na diminuição da demora média da cesariana, embora a deixe ainda longe do tempo de internamento que implica em média o parto vaginal, encaminha a recuperação deste procedimento nesse sentido, revelando algum caminho feito no sentido de agilizar a recuperação ou, simplesmente, de rentabilizar recursos.

A constância dos tempos referentes ao parto vaginal e a sua proximidade face aos tempos para o recém-nascido parecem-nos elementos de análise importantes no sentido de indicar que os partos vaginais, à partida sujeitos a uma menor intervenção, são acontecimentos cujo desenrolar e respetivo puerpério são mais previsíveis e com menos complicações.

A este respeito é de notar que em alguns países do norte da Europa, a alta hospitalar é comumente concedida no próprio dia do parto, quando se trata de um parto vaginal que decorre sem complicações.

Se introduzirmos na análise a variável relativa à lotação hospitalar em que os internamentos ocorrem verificamos que os hospitais mais pequenos, com lotação inferior a 200 camas, revelam tendência para terem dias de internamento mais aproximados entre os diferentes tipos de nascimento. Ao longo dos anos ocorre uma redução da demora média associada à cesariana, fazendo aproximar ainda mais os valores¹⁷⁶ (quadro 11.49.).

Quadro 11.49. Duração média (em dias) dos episódios relacionados com gravidez, parto e puerpério (em função dos GDH), em função da lotação hospitalar, Continente, 2000

GDH	2000				2005			
	Lotação				Lotação			
	< 200 camas	>= 200 e <500 camas	>= 500 e < 1000 camas	> 1000 camas	< 200 camas	>= 200 e <500 camas	>= 500 e < 1000 camas	> 1000 camas
Parto vaginal, sem diagnóstico complicado	3	2,9	2,9	3,6	2,8	2,8	3	3,3
Cesariana, sem CC	4,9	5	5,2	5,8	4,1	4,3	4,9	4,8

Fonte: Compilação própria a partir de relatórios de morbilidade hospitalar, 2000 e 2005, DGS

Os hospitais com uma capacidade entre 200 e 500 camas revelam uma tendência semelhante à dos hospitais mais pequenos mas com demoras na cesariana um pouco mais elevadas, fazendo aumentar a diferença no tempo de internamento dos casos referentes a partos vaginais e cesarianas.

¹⁷⁶ A informação referente ao número de doentes saídas, aos dias de internamento e à demora média para as situações de parto vaginal, sem diagnóstico complicado e cesariana mas também para outras categorias relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério definidas nos GDH (nomeadamente recém-nascido normal e aborto), para todos os anos entre 2000 e 2005 e para os diferentes tipos de hospital definidos em função da lotação, também foram considerados nesta análise evolutiva, apesar de aqui nos referirmos apenas aos valores para os anos do início e fim do período.

Nos hospitais com uma lotação entre 500 e 1000 camas verificam-se demoras médias mais prolongadas nos partos vaginais e nas cesarianas face aos hospitais mais pequenos em praticamente todo o período.

As maiores diferenças nos tempos de internamento entre os hospitais com lotação entre 200 e 500 camas e os que comportam entre 500 e 1000 são mais evidentes no caso das cesarianas. A duração do internamento após a realização de cesarianas era de 4,3 e 4,9 dias, respetivamente, no ano de 2005, enquanto a decorrente de partos vaginais sem diagnóstico complicado, nesse mesmo ano, era de 2,8 e 3, respetivamente.

Ao longo do período considerado, os hospitais maiores registam um decréscimo mais acentuado das durações de internamento associadas aos nascimentos por cesarianas, que assim se aproximam do padrão de duração dos partos vaginais. No fim do período considerado, em 2005, o tempo médio de estada no hospital por cesariana ou parto vaginal é mais aproximado nos hospitais com uma lotação inferior (com uma diferença de 1,5 dias) do que nos hospitais com lotação entre 500 e 1000 camas (com uma diferença de 1,9 dias) (quadro 11.50.).

O que significa que nos hospitais com capacidade entre 500 e 1000 camas face aos que apresentam uma capacidade imediatamente inferior, não só a duração média dos internamentos de mulheres com experiências de parto vaginal ou cesariana se apresenta mais prolongada como a própria diferença no tempo de internamento entre essas duas situações é maior nesses hospitais quando comparados com os mais pequenos.

Nos hospitais com lotação superior a 1000 camas reforça-se o que tínhamos verificado para os hospitais da classe imediatamente anterior, isto é, um padrão de demoras médias mais prolongadas nos partos vaginais e nas cesarianas face ao dos hospitais mais pequenos. Os hospitais correspondentes às duas categorias de dimensão superior são que registam a maior duração de internamento em 2000 e 2005 nos dois tipos de nascimento considerados (quadro 11.49.). O que reforça a ideia de que quanto maior a dimensão do hospital maior o tempo de internamento associado a situações de parto vaginal e cesariana.

É curioso constatar que os partos vaginais implicam uma demora média mais prolongada que nos hospitais desta dimensão face à dos hospitais mais pequenos, revelando uma aproximação de padrão com a demora da cesariana, tal como nos hospitais mais pequenos, mas aqui no sentido de a demora ser maior, enquanto nos hospitais mais pequenos a demora era tendencialmente pequena. O que significa que ambientes hospitalares de hospitais maiores tendem a implicar internamentos mais prolongados associadas ao nascimento, eventualmente justificados pelo próprio ambiente hospitalar com um registo de menor proximidade entre profissionais de saúde e pacientes. A ser assim, justifica-se a ideia, já veiculada atrás e confirmada em termos científicos, de que uma

assistência mais próxima poderá ser benéfica e terapêutica (Enkin *et al.*, 2005: 133-136), no sentido, neste caso, de fazer diminuir a permanência no hospital.

Quadro 11.50. Diferença na duração média (em dias) dos internamentos decorrentes de cesarianas e partos vaginais sem diagnóstico complicado e respetiva variação, em função da lotação hospitalar, Continente, 2000 e 2005

Ano	Lotação			
	< 200 camas	>= 200 e <500 camas	>= 500 e < 1000 camas	> 1000 camas
2000	1,9	2,1	2,3	2,2
2005	1,3	1,5	1,9	1,5
Var. diferença (%)	-31,58	-28,57	-17,39	-31,82

Fonte: Cálculos próprios a partir de compilação de dados de relatórios de morbilidade hospitalar, 2000 e 2005, DGS

O facto de hospitais de maior dimensão registarem durações de internamento mais prolongadas no nascimento assim como maiores diferenças na demora do internamento associado a cesariana ou a parto vaginal, terá uma leitura analítica.

Falamos de acontecimentos ligados ao nascimento sem patologias associadas cujas diferenças nos padrões assistenciais são aqui medidas pelo tempo que duram em contexto hospitalar. Esse tempo, ao mostrar-se diferenciado com a introdução de um critério apenas, o da duração do internamento, revela uma culturalização hospitalar e institucional dos acontecimentos, condicionando a sua natureza mais fisiológica, no sentido de uma desnaturalização e conseqüente sociabilização em contexto de assistência medicalizada.

A diferença entre as demoras médias associadas a partos vaginais e cesarianas reforçam a ilustração do que vimos dizendo no sentido em que sendo a cesariana uma forma de nascimento mais medicalizada e intervencionada, logo mais desnaturalizada, requer, em conseqüência, um tempo de internamento mais prolongado.

11.6.5. Consultas, urgências, procedimentos cirúrgicos e recursos em Obstetrícia

Os valores relativos ao número de consultas, pacientes e situações de urgência observados em maternidades no Continente, entre 1985 e 1999, apontam para um reforço assistencial no acompanhamento da gravidez e do parto.

Nesse período, verifica-se um enorme aumento no número de consultas ao longo da primeira década (88,56%), período em que foi criada a 1ª Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI) e onde se enquadra o grande esforço legislativo no sentido de generalizar a rede nacional de cuidados materno-infantis. De 1995 em diante, com a exceção do ano de 1997, a tendência foi para o aumento do número de consultas todos os anos, numa variação entre os 5 e os 7% (quadro 11.51.).

O número de urgências teve uma variação semelhante, no sentido de um forte aumento na primeira década e uma evolução também positiva daí em diante e apenas com um ano com variação negativa, por sinal o último em análise. Já o número de doentes (segundo a terminologia da fonte), apresenta uma variação contrária. Isto é, desde 1985 e até 1998, regista-se um decréscimo do número de mulheres consultadas contrastando com um aumento de 20,6%, no último ano.

Considerando a evolução geral destes valores, para todo o período, é claríssimo o aumento do número de consultas em maternidades, para mais do dobro das inicialmente existentes, a maior resposta também das urgências no mesmo tipo de estabelecimentos, em quase 50%, e um crescimento de apenas 8% de pacientes, apenas suportado pelo crescimento do último ano que contrariou a tendência de quebra verificada nos seus valores até aí.

Assim, é interessante perceber que mesmo com um fraco aumento do número de doentes ao longo de todos os anos aumenta para o dobro o número de consultas e aumenta bastante o número de urgências, refletindo claramente o nível de assistência à especialidade de obstetrícia. Mesmo que este aumento seja decorrente de uma reorganização de serviços e estruturas hospitalares no nosso país, que implicassem a concentração de serviços desta especialidade em instituições hospitalares especializadas como as maternidades, este é um indicador claro entre a oferta e a procura destes serviços nessa rede e a análise da sua dinâmica mantém toda a pertinência, assim como a ilação de que se procurou, ao longo deste período, garantir a especialização de unidades hospitalares em valências exclusivas, apesar da política de fecho de maternidades com blocos de partos com menor atividade.

Quadro 11.51. Consultas, doentes saídos e urgências em Maternidades, Continente

Anos	Consultas	Doentes Saídos	Urgências	Variação (%) - Consultas	Variação (%) - Doentes Saídos	Variação (%) - Urgências
1985	54200	22200	34800			
1995	102200	21400	46100	88,56	-3,60	32,47
1996	107300	20700	47100	4,99	-3,27	2,17
1997	101900	20000	49300	-5,03	-3,38	4,67
1998	109500	19900	52100	7,46	-0,50	5,68
1999	115300	24000	51300	5,30	20,60	-1,54
Var. total (%)				112,73	8,11	47,41

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 1985-1999, DGS

Nota: não se consideram estes indicadores para outro tipo de estabelecimentos porque não sabemos as causas associadas aos internamentos.

Nota2: variações resultam de cálculos próprios com resultados não coincidentes com os da publicação.

Atualmente, a estratégia política parece passar por uma opção de centralização de recursos e unidades hospitalares, não tendo por critério apenas a intensidade da atividade que determinou o fecho de blocos de partos mais pequenos e com menos nascimentos atendidos, ao longo das últimas duas décadas. Ao critério da intensidade juntar-se-á o economicista que poderá ditar o encerramento de maternidades de grande dimensão e cujos recursos serão absorvidos pelos hospitais gerais e centrais.

Essa centralização não condiciona, para já, o padrão assistencial marcado pelo crescimento da intervenção obstétrica. Com efeito, no que diz respeito à prática, no período de 1995 a 1999 observou-se um claro aumento do número de cirurgias nesta valência, em todas as regiões do Continente (NUTSII) (quadro 11.52.). Facto que não só reforça a ideia do aumento da assistência formal e institucional da especialidade da obstetrícia num curto espaço de tempo, como sugere o aumento de tipo de intervenção mais invasivo, relacionado com a prática cirúrgica, que podemos associar, como ilustração, à cesariana.

Quadro 11.52. Intervenções cirúrgicas em obstetrícia (% do total de intervenções cirúrgicas) (intervenções obstétricas, segundo a CID-9. cód.72-75), por regiões de saúde, 1995-1999, Continente

Anos	Continente	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve
1995	8,86					
1996	8,8	11,9	10,2	6,6	2,8	11,6
1997	9,2	12,6	10,1	7,4	3,3	11,6
1998	9,5	12,9	9,2	8,4	6,2	11,4
1999	12,6	15,6	12,6	11,5	12	14,2

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 1995-1999, DGS

O aumento do número de médicos, assim como uma clara redução do valor do rácio relativo ao número de habitantes por médicos da especialidade de ginecologia e obstetrícia, num espaço de tempo ainda mais curto (1995-1998) consolida a ideia da aposta num modelo assistencial reforçado no acompanhamento da saúde materno-infantil, para este período (quadro 11.53.).

Quadro 11.53. Número de médicos e número de habitantes por médico na especialidade de ginecologia/obstetrícia e obstetrícia, Continente

Anos	Ginecologia/Obstetrícia		Obstetrícia	
	N.º Médicos	N.º Hab. por médico	N.º Médicos	N.º Hab. por médico
1995	916	10831	164	60493
1996	1017	9276	158	62874
1997	1434	6944	n.d.	n.d.
1998	1481	6738		

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 1995-1998, DGS

Os quadros 11.54. e 11.55. detalham os procedimentos cirúrgicos obstétricos praticados em Portugal no ano de 2009. No primeiro, são mesmo definidos indicadores com base no serviço em que o procedimento cirúrgico tem lugar (bloco operatório ou

ambulatorio) e na letalidade associada aos procedimentos cirúrgicos (embora os valores sejam confidenciais). O interesse deste quadro, no nosso entender, tem sobretudo que ver com a novidade de, em 2009, o relatório de morbidade hospitalar incluir a medição da intervenção obstétrica e suas características e, característica fundamental, as consequências associadas a essa intervenção, nomeadamente, a respetiva mortalidade.

Quadro 11.54. Número de procedimentos cirúrgicos obstétricos e respetivos indicadores, Continente, 2009

Indicadores	Procedimentos Obstétricos	Indicadores	Procedimentos Obstétricos
PC - Procedimento cirúrgico	207974	AMB25+PCBO - 25+PCBO feitos em ambulatório	4
PCBO - Procedimento cirúrgico efetuado em bloco operatório	27491	AMB25+PCBO/25+PCBO*100 - % de AMB25+PCBO no total dos 25+PCBO	0
PCBO/PC *100 - % de PCBO no total dos PC	13,2	O25+PCBO - Óbitos nos 25 PCBO com maior número de procedimentos	VC
25 +PCBO - Os 25 PCBO com maior número de procedimentos	27491	O25+PCBO/25+*100 - letalidade nos 25 PCBO com maior número de procedimentos	VC
25 +PCBO/PCBO*100 - % de 25+PCBO no total dos PCBO	100		

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbidade hospitalar, 2009, DGS

O quadro 11.55. discrimina os procedimentos cirúrgicos contabilizados em cima, identificando-os, assim como ao número de doentes, aos dias de internamento, *day cases* e óbitos associados. E, como avançávamos em hipótese mais em cima, a esmagadora maioria dos procedimentos diz respeito a cesarianas, sendo também esta cirurgia (na versão de cesariana cervical baixa, a mais frequente e clássica) o único procedimento cirúrgico que regista situações de mortalidade, no ano visado. Este facto ilustra o risco de mortalidade materna associado à cesariana.

Nos procedimentos descritos aparece mais do que uma vez a referência a lacerações, não sendo clara a situação que justifique esse procedimento nas suas diferentes versões aqui apresentadas. Assumimos que alguma(s) das categorias que descreve(m) a reparação de lacerações esteja(m) relacionada(s) com a prática da episiotomia. O que ilustra a expressão 'cascata de intervenções', utilizada a propósito dos procedimentos sucessivos que muitas vezes as práticas hospitalares desencadeiam.

Apesar do curto período de análise, os indicadores identificados revelam mudanças claras e muito rápidas no padrão da assistência ao nascimento, ao mesmo tempo que registam mudanças no padrão de morbidade, evidenciando a pertinência desta análise conjugada e enquadrada num padrão de níveis muito residuais de mortalidade materna.

Quadro 11.55. Número de procedimentos cirúrgicos realizados em bloco operatório e respetivos indicadores, pelos 25 procedimentos do grupo Procedimentos Obstétricos, ordenados por ordem decrescente de grandeza, Continente, 2009

N.º	Código	Descrição	Doentes Saídos	Dias Internamento	Day Cases	Óbitos
1	741	Cesariana cervical baixa	27050	123344	4	vc
2	7551	Reparação de laceração obstétrica recente do colo uterino	183	592	0	0
3	740	Cesariana clássica	47	293	0	vc
4	7499	Cesarianas de tipo não especificado NCOP	43	236	0	0
5	7399	Intervenções de assistência ao parto NCOP	40	231	0	0
6	744	Cesariana de outro tipo especificado	31	202	0	0
7	7561	Reparação de laceração obstétrica recente da bexiga e uretra	22	134	0	0
8	7599	Operações obstétricas NCOP	19	159	0	0
9	7536	Correção de defeito fetal	18	83	0	0
10	7550	Reparação de laceração obstétrica recente do útero, não especificada de outro modo	12	76	0	0
11	743	Remoção de gravidez ectópica extratubar	10	31	0	0
12	7552	Reparação de laceração obstétrica recente do corpo uterino	8	37	0	0
13	742	Cesariana extraperitoneal	3	16	0	0
14	7491	Histerotomia para interrupção de gravidez	vc	8	0	0
15	7593	Correção cirúrgica de útero invertido	vc	3	0	0
		Total	27491	125445	4	vc

Fonte: Compilação própria a partir de Relatórios de morbilidade hospitalar, 2009, DGS

A residualidade que caracteriza os níveis atuais de mortalidade materna estará relacionada com uma mudança no paradigma de assistência ao nascimento, mais institucionalizado, intervencionado e medicalizado. E é coincidente com um aumento de doenças associadas à gravidez, parto e puerpério, aumento que se revela, em parte, nas hospitalizações e internamentos associados.

A maior parte dos casos de morbilidade materna ficarão a descoberto das estatísticas, contudo. Casos resolvidos ou não resolvidos sem internamento e muitos deles nem classificados, catalogados ou até conceptualizados.

As consequências traumáticas de experiências tão longas, profundas e transformadoras como são a gravidez, o nascimento de um filho e todo o puerpério podem ser várias, abrangentes e de difícil mensuração quantitativa. O atual figurino de assistência, muito centrado na figura dos profissionais de saúde, nas suas determinações e decisões, muito pouco confiante na capacidade e entrega do poder de decisão à mulher que vive essas experiências não será um elemento neutro na vivência de experiências conducentes a situações de morbidade física e emocional.

Nesse sentido, ainda que de difícil mensuração, consideramos que o risco associado ao nascimento de um filho não se anula pela quase inexistência de mortes maternas. É um risco que se manifesta na modernidade em que vivemos, e que, sobretudo, ganhou um carácter novo ao manifestar-se através da morbidade e não já da mortalidade, com um carácter menos letal mas perigoso porque encoberto pela invisibilidade.

O que aproxima os fenómenos morbidade e mortalidade materna em termos de características são, consideramos nós, a sua subestimação clara (seguramente mais forte na morbidade) e a sua inevitabilidade.

CONCLUSÃO

Premissas

O nascimento humano implica hoje, como implicou sempre, a ocorrência de riscos. O advento da modernidade (Giddens, 1997) complexificou a dinâmica desses riscos e da sua manifestação e limitou a sua compreensão ou capacidade de mensuração.

Assim, por um lado, é evidente que a criação de respostas médico-sanitárias, ainda na primeira metade do século XX, e, mais recentemente, de claros avanços na obstetrícia e o surgimento de tecnologia de ponta para acompanhar uma gravidez e um parto, permitiram um controlo completamente novo do risco para a saúde materna associado a esses acontecimentos.

Desse quadro emergiu uma nova forma de assistência ao nascimento e de gestão do risco vivido pelas mulheres nesse processo, uma gestão fortemente medicalizada, institucionalizada e normalizada. Esse modelo configura uma sólida aceitação social, de que é exemplo a atual universalização do nascimento hospitalar, também maioritariamente marcado pela presença de um médico. E suporta-se nos resultados claros dos indicadores existentes e visíveis para a saúde materna, nomeadamente, na residualidade da mortalidade materna.

Por outro lado, o novo modelo assistencial ao nascimento e à maternidade também introduziu novas variantes nas características dos nascimentos que não devem ser ignoradas e que condicionaram a própria leitura do respetivo risco. É disso exemplo a multiplicação do número de categorias associadas à causa de morte materna, ao longo do século XX, definidas pela Classificação Internacional de Doenças.

No presente estudo, procurámos trabalhar em torno das dimensões do risco para a saúde materna decorrente do nascimento de um filho e das condições sociais e assistenciais do nascimento. Com vista à compreensão desse risco assumimos como hipótese de trabalho que em Portugal, como noutros países ocidentais, se operou uma transformação na sua manifestação.

Essa transformação terá tido como ponto de partida uma dimensão físico-biológica em que o risco assumia contornos mais tradicionais e se manifestava de uma forma muito expressiva e dramática, dando lugar à atual dimensão do risco, definida como cultural-científico-política, essencialmente determinada pela maior envolvimento do nascimento em contextos onde a assistência se tem desenvolvido e legitimado.

No nosso entender, a emergência dessa nova dimensão do risco associado ao nascimento concretiza-se na transferência da manifestação de um fenómeno mais visível – o da mortalidade materna – para outro menos visível – o da morbilidade materna. E assenta

numa valorização desse risco, que o contexto de modernidade, pautado por um padrão de fecundidade contida, permite e do qual decorre a própria evolução das condições de assistência, dos sistemas de saúde, da prática obstétrica e do suporte tecnológico.

Resultados

A valorização e os novos contornos da gestão do risco associado ao nascimento humano criaram condições para uma colossal melhoria dos resultados dos indicadores associados à saúde e mortalidade materno-infantil, a partir da década de 1940 no nosso país. Os progressos a esse nível levaram Portugal a alcançar taxas de mortalidade materna e infantil das mais reduzidas no mundo nos últimos anos.

As principais medidas políticas, técnicas e médicas orientadas para essa valência específica da saúde fazem-se notar pontualmente a partir da década de 1970. Ainda em 1969, o médico Albino Aroso introduziu a primeira consulta de planeamento familiar em Portugal, assumindo ser essa a base da melhoria das condições de saúde materno-infantil. Em 1971, foram criados os primeiros centros de saúde, possibilitando uma nova forma de acompanhamento e vigilância das gravidezes.

Uma ação concertada a nível nacional, com peso legislativo e suporte técnico e médico das especialidades de ginecologia, obstetrícia e pediatria, surgiu mais tarde, a partir do final da década de 1980, de que é expressão a criação da primeira Comissão para a Saúde Materna e Infantil, consolidando, de forma tendencialmente universal, a melhoria das condições de saúde materno-infantil para níveis de excelência.

Foram definidas medidas muito concretas para esse efeito, como o encerramento de unidades de saúde onde decorriam partos sem condições definidas como mínimas para a vigilância e assistência desses acontecimentos e criou-se uma rede de transporte de emergência para grávidas e recém-nascidos, a nível nacional.

As medidas referidas, como outras, apontam para uma tentativa de centralização de cuidados na expectativa do garante da uniformização da qualidade da resposta assistencial ao nascimento e apontam também para a progressiva *diferenciação* (Graça, 2011) dos serviços e instituições, no sentido do aprofundamento de conhecimentos da especialidade e de uma hierarquização na definição de funções que rentabilize essa diferenciação.

Na articulação entre a dimensão política e médica ou técnica da gestão do risco associado ao nascimento, com resultados tão importantes na redução dos níveis da mortalidade materna, a aposta foi, claramente, ganha, na medida em que se reorganizaram e reestruturaram serviços, a nível nacional, de uma forma muito planeada (Baptista Pereira, 2011) e, sobretudo, se consolidaram resultados ímpares, a nível mundial.

Esta foi uma fase decisiva para essa consolidação. Mas a grande redução dos níveis de mortalidade materna iniciou-se na década de 1940, de forma irreversível e acelerada tendo, por isso, começado várias décadas antes da mobilização política e técnica para esta causa. A intervenção política a que se assistiu a partir dos anos 1970 e 1980 terá atuado já a partir de um quadro de valores relativamente controlados de mortalidade materna.

Pelo que a evolução do fenómeno no sentido do decréscimo terá tido motores diferentes em fases diferentes, tendo o último um papel decisivo e desafiante na procura de uma redução e estabilização com tendência para a anulação do fenómeno e o primeiro motor o papel de fazer arrancar, de forma irreversível e drástica, a redução dos valores da mortalidade materna.

Ora, se ao segundo motor já associámos as medidas políticas com um forte suporte técnico, o primeiro, que começou a atuar na década de 1940, terá características diferentes. Com efeito, ainda nos anos 1960 e 1970 a especialidade da obstetrícia no nosso país assumia um estatuto secundário no panorama da medicina nacional (Graça, 2011) e os serviços de saúde não assumiam uma cobertura eficaz da vigilância e assistência, de que é exemplo uma fraca expressão dos partos hospitalares até à década de 1970.

A primeira fase de redução da mortalidade materna dever-se-á a outros fatores, como sejam progressos médico-sanitários mais abrangentes e até fatores de ordem sociocultural. O início da década de 1940 foi, justamente, marcado pelo posicionamento crítico face à redução dos níveis de natalidade, por parte de movimentos e personalidades pró-natalistas, envolvendo-se no debate higienistas e médicos, para além de demógrafos (Bandeira, 1996: 190-191).

Ora, esse debate e algumas medidas daí decorrentes poderão ter potenciado quer a recuperação dos valores da natalidade (Bandeira, 1996: 190-191) quer a redução clara dos valores da mortalidade materna. Por outro lado, a redução dos níveis de mortalidade materna decorrerão também de uma nova consciência social que motivou uma primeira fase de quebra da natalidade na década de 1930.

A articulação que Bandeira faz entre os fenómenos da natalidade e mortalidade infantil bem como a respetiva sustentação, também se aplicarão à natalidade e mortalidade materna. De facto, “será a própria dinâmica social inerente à emergência de comportamentos modernos face à procriação que influencia ao mesmo tempo a redução voluntária da fecundidade e o progresso dos cuidados sanitários e educacionais de que beneficiam os recém-nascidos” (Bandeira, 1996: 251) e as mães. Nesse sentido, a dimensão sociocultural e sanitária das populações poderá ter sido a primeira grande condição para a redução dos níveis de mortalidade materna.

No período mais recente, nas últimas décadas, verificámos resultados oscilantes nos valores da taxa de mortalidade materna, revelando este fenómeno mais oscilação do que,

por exemplo, o da mortalidade infantil. Para essas oscilações, que vão marcando um ligeiro retrocesso nos resultados alcançados no nosso país para os níveis de mortalidade materno-infantil, médicos especialistas apontam razões de conjuntura.

A variabilidade dos resultados terá que ver com a residualidade dos números associados quer à mortalidade infantil quer à mortalidade materna, este último assumindo cerca de 7 ou 8 casos por ano, nos últimos anos, a nível nacional.

Ainda assim, os 7 ou 8 casos que configura a mortalidade materna na atualidade no nosso país merecem, apesar de poucos, toda a cobertura e vigilância, no sentido em que este é definido como um fenómeno *evitável* e, no limite, deve almejar-se a completa anulação do fenómeno.

Para além disso, a cobertura e vigilância de que falamos deve estender-se o mais possível a novas dimensões do risco vivido pelas mulheres a partir da gravidez e do parto, cujos contornos não alcançam a fronteira da morte mas que são, mesmo assim, lesivos para a saúde das mulheres, sendo cada vez mais diferenciados, invisíveis e mais dificilmente mensuráveis. Falamos da morbilidade materna

A informação relativa à morbilidade materna severa (a que é, atualmente, com dados secundários, passível de ser medida, por decorrer de internamentos) dá, justamente, conta, de um aumento da incidência do fenómeno que, por sua vez, podemos associar a características específicas da assistência ao nascimento. Apesar de não ser possível estabelecer uma ligação direta entre os dois tipos de informação (assistência e casos de morbilidade), a análise dos resultados permitiu concluir, por exemplo, que a causa de morbilidade materna que se revelou mais grave em 2009 (no sentido em que originou mais óbitos maternos) é uma causa que decorre mais frequentemente da prática de cesariana.

Este exemplo, como outros, permitiram perceber que as situações de patologia mais frequentes estão sobretudo associadas, segundo a literatura científica, a maiores intervenções obstétricas. Ficou também claro que algumas práticas que marcam o modelo assistencial não só não se enquadram nas recomendações da Organização Mundial de Saúde como são desaconselhadas pelas evidências científicas mais recentes. A atual incidência de episiotomias e de cesarinas são práticas que o revelam e para as quais dispomos já de alguma cobertura estatística. São, também, exemplo do padrão normalizado que marca a assistência ao nascimento nos nossos dias e a forma como se gere o respetivo risco.

Confirma-se, com os resultados alcançados, que a prevalência do risco para a saúde materna, ao longo do período analisado, começa por assumir uma dimensão essencialmente física e biológica, passando por uma dimensão sociocultural, familiar e sanitária, e sendo, atualmente, controlada por fatores que se associam a uma dimensão essencialmente política e médica.

É de considerar que esta última dimensão expressa pela medicalização do nascimento e a inerente intervenção obstétrica, inibiu de uma forma clara e eficaz riscos consideráveis para a saúde materna. Mas outros riscos terão sido potenciados, sendo menos mensuráveis e não se situando já ao nível da mortalidade materna.

A passagem de um modelo mais tradicional (físico-biológico) para outro, de natureza social-política-científica, ao longo de menos de um século, não implicou apenas o quase desaparecimento da mortalidade e o surgimento de situações de morbidade materna. Com efeito, os níveis de mortalidade bastante mais reduzidos assumiram novas características que se espelham no alargamento do número de causas inerentes, bem como a concentração do fenómeno em grupos etários mais curtos.

No que diz respeito à manifestação social do risco na atualidade, a universalização da institucionalização do nascimento e a generalização das práticas obstétricas ditadas pelos protocolos hospitalares sugerem, à partida, que a morbidade e a mortalidade maternas atravessem de forma linear ou acriteriosa os diferentes grupos sociais.

Na verdade, não é possível apurar de forma direta o perfil social das mulheres que protagonizam situações de mortalidade e morbidade materna. Mas, se sabemos já que esses acontecimentos se associam a maiores níveis de intervenção obstétrica, podemos inferir as características das mulheres que padecem dessas causas de mortalidade e morbidade, pela análise das condições de nascimento.

Nessa análise identificámos perfis sociais diferenciados na fecundidade, na medida em que a população socialmente favorecida e mais velha (a partir dos 30 anos) é, atualmente, a mais fecunda.

Ora, as características sociais desses protagonistas remetem para o lugar que ocupam no espaço social, tendendo o seu posicionamento a moldar os seus comportamentos o que, por sua vez, influencia a estrutura social em que se movem (Costa, 1999). Significa isto que os recursos sociais diferenciados que caracterizam a população fecunda não serão um elemento neutro na determinação do risco vivido em acontecimentos como a gravidez e o parto. Porque a diferença de recursos possibilita diferentes formas de gestão individual do risco na vivência desses acontecimentos.

E, nessa medida, identificámos, também, perfis sociais tendencialmente diferenciados na assistência ao nascimento, no sentido de a população socialmente mais favorecida, que é também a mais fecunda, ser aquela que procura e tem acesso a uma assistência mais medicalizada e normalizada.

Mas a posse de recursos privilegiados não ativa, necessariamente, o protagonismo individual em todo o processo de decisão relativo à gestão da vida reprodutiva e fecunda, antes alarga o âmbito das opções na escolha da oferta de cuidados e dos profissionais.

Serão estes últimos os verdadeiros protagonistas que assumirão as decisões finais no processo socialmente construído e controlado que é o do nascimento.

Esse processo é, atualmente, marcado pela institucionalização da vigilância da gravidez e do parto; pela existência de protocolos hospitalares onde o conceito de risco associado à gravidez e ao parto é apresentado e detalhado e onde se apresentam os procedimentos técnicos e médicos a seguir em função de cada situação identificada; pela ritualização de práticas e procedimentos hospitalares que a existência desses protocolos possibilita e determina, naturalizando-os e legitimando-os socialmente.

Assim, no processo de vigilância médica do nascimento, damos-nos conta de um processo paralelo de incorporação do papel cultural e social da mulher e da sua transposição para o contexto hospitalar. O conceito médico de risco associado ao nascimento e a sua gestão daí decorrente reproduz esse papel, assim como o poder da profissão médica e institucional.

Ora, se faz sentido que o conhecimento científico seja o recurso central para a definição do risco existente na gravidez e no parto e, por aí, da correta forma de assistência, em função desse risco, o mesmo não se aplicará ao uso de tecnologia.

Mais do que critérios tecnológicos, deveriam prevalecer critérios na definição do tipo de assistência que um nascimento deverá receber. E as mais recentes evidências científicas parecem revelar, cada vez mais, que o crescente uso de intervenções com base em tecnologias pode aumentar o risco para a saúde da mãe e da criança e não o contrário, se for utilizado de forma padronizada, discricionária e normativa, e não em função das necessidades específicas de cada caso.

Nessa perspectiva, “A natureza começa ‘a chegar ao fim’ no sentido em que o mundo natural é crescentemente ordenado de acordo com os sistemas internamente reflexivos da modernidade. (...) Num sentido profundo, a natureza cessa literalmente de existir à medida que os eventos de ocorrência natural são puxados mais e mais para dentro de sistemas determinados por influências socializadas” (Giddens, 1997: 152-153).

O papel da mulher-mãe, no atual processo de nascimento de um filho concretiza essa ideia, na forma como se atribuem e apropriam decisões e o protagonismo de experiências físicas, muito para lá do controlo do risco.

A forma como “as fronteiras do corpo” (Giddens, 1997: 201) são ritualisticamente invadidas por procedimentos especializados e normalizados, tende a configurar essa anulação quase absoluta da natureza. “Tornando-se socializada, a natureza é sugada para a colonização do futuro e para os palcos, em parte imprevisíveis, do risco criado pelas instituições modernas em todas as áreas sujeitas à sua vaga” (Giddens, 1997: 153).

O posicionamento crítico dos indivíduos face aos riscos produzidos pelos avanços tecnológicos, que poderia emergir a partir de uma nova consciência social, informada e capacitada não parece aqui existir.

Neste cenário de falta de consciência social, verifica-se o que Areosa (2008) define como uma noção parcial ou incompleta dos riscos que se vivenciam e o conseqüente desaparecimento do pensamento social e falta de noção desse desaparecimento, referidos por Beck (2001).

Assim, se considerarmos três dimensões, evolutivas, da noção do risco – a científica, a política e a social – poderemos dizer que as mudanças científicas implicam intervenção política e o ganho de consciência social, a base da participação social. No nosso trabalho, verificamos que, no que diz respeito à saúde materna, se verificam os efeitos da evolução científica e tecnológica, da intervenção política mas a consciência social decorrente desse processo não parece estar estabelecida e muito menos ter originado a designada participação social, por via de uma maior intervenção nas decisões individuais referentes aos procedimentos em matéria de saúde materna, nomeadamente na gestão de acontecimentos relacionados com o nascimento, como a gravidez e o parto.

Por outro lado, parece-nos também que não há melhor oportunidade do que a atual para transformar positivamente o cenário das condições do nascimento no nosso país, uma vez que a população fecunda tem, cada vez mais, um perfil socialmente favorecido, com recursos educacionais e profissionais, tendencialmente capacitantes para a tomada de decisões informadas, esclarecidas e autónomas.

A forma como atualmente se gere a própria gravidez e o próprio parto é incapacitante e não decorre de falta de recursos para assumir decisões diferentes. Centra-se, antes, numa questão social de valorização da figura do médico e de desresponsabilização individual relativamente a decisões do foro da saúde, mesmo que não patológicas. É uma questão que se relaciona também com a importância da criança e com a sua centralidade na família e na sociedade.

Capacitação das mulheres

Um novo padrão assistencial no nascimento implica transformações sociais a diferentes níveis. As verdadeiras protagonistas desses acontecimentos, as mulheres, terão que desejar essas transformações, assumindo a natureza do processo.

Talvez seja um sinal da modernidade, da sociedade de risco em que vivemos, a incapacidade que tem o indivíduo em sentir-se seguro, capaz, sem uma rede cada vez mais forte a suportá-lo.

Em matéria de saúde fomos perdendo a capacidade de conhecer o nosso corpo, de o fazer de uma forma autónoma e individual. Informamo-nos sobre tudo o que nos rodeia e desligamo-nos do nosso próprio corpo. Precisamos que diferentes especialistas nos ajudem a conhecê-lo e a lidar com cada uma das suas partes. Somos, muitas vezes, meros espectadores passivos do funcionamento e da reparação do corpo que habitamos. Funcionamos como agentes passivos, incapacitados socialmente para o viver na primeira pessoa.

Para este desligar do corpo, nomeadamente num processo fisiológico tão importante como uma gravidez e um nascimento de um filho (que só sabemos se corre bem se o médico nas consulta das x semanas nos diz que sim, que está tudo bem) não será neutra a forma como vivemos a modernidade.

Muitas das dimensões que agora podemos viver de uma forma nova, liberta e autónoma implicam também acumulação de funções, tarefas, obrigações, num equilíbrio de difícil alcance. Essas dimensões, competindo entre si, competem com a própria mulher, que se vai desligando de si, do que sente, do que quer sentir e viver. Cada pessoa é desafiada, nesta forma de viver, a encontrar a sua identidade pessoal na soma das muitas identidades que se criam pela vivência das múltiplas dimensões da sua vida.

O risco é a perda de identidade num coletivo que procura normalizar processos, padrões, comportamentos, resultados. Um coletivo que procura o previsível para controlar e minorar os riscos crescentes da sociedade moderna.

Essa perda de identidade no coletivo, a obediência aos padrões, a especialização em cada uma das funções que assumimos, leva a que nos demitamos de aspetos essenciais da nossa vida. Perdemos a noção do todo, do todo que somos e do que nos estrutura como pessoas e como indivíduos.

Somos mais um num conjunto normalizado de indivíduos que nascem cada vez mais da mesma forma, de quem se espera que tenham os filhos cada vez mais da mesma forma, que se espera que se movam e se comportem cada vez mais da mesma forma, sob o pretexto do contexto de risco em que se vive.

Nesse contexto, por mais recursos que tenhamos, em termos educacionais e socioprofissionais, mobilizamo-los para seguir o padrão – é o que se vê nas condições de nascimento, em que são as mulheres com mais recursos as que têm comportamentos e características mais homogêneas. Deixamos que decidam por nós e seguimos o que nos é imposto. Não temos margem para a capacitação individual.

Essa capacitação também não nos será dada, apesar do que defende a nova corrente de saúde pública. É uma conquista individual. Que só será possível com uma nova postura individual. No caso das mulheres grávidas, têm aí uma excelente oportunidade para decidirem viver o que querem viver de forma informada e assistida.

Ou seja, os níveis de intervenção médica, na valência da obstetrícia, eventualmente prejudiciais para a saúde materna, poderão ser alterados se as mulheres o desejarem. O conhecimento científico e as evidências que possibilitam as melhores condutas já o permitem. A determinação política também, pela corrente da nova saúde pública. Mas o papel individual é de cada um e o seu caminho não pode ser percorrido por médicos ou legislação.

Se já assistimos a níveis ótimos de mortalidade materna, temos condições para os melhorarmos ainda mais, para reduzir os níveis de morbidade e para tornar este fenómeno mais visível. Temos, também condições, para viver cada gravidez e cada parto de uma forma única, nova e com decisões tomadas na primeira pessoa, que possibilitem experiências mais intensas, ricas, felizes e saudáveis.

Este é um trabalho dos indivíduos, é um trabalho das mulheres. A quem compete contribuir para a definição do papel que ocupam na sociedade. E o nascimento de um filho é um momento de tal forma importante na vida de uma mulher que pode ser decisivo na forma como esta se posiciona perante si própria e perante a sociedade, nesse momento e para o futuro. Porque

os momentos decisivos, frequentemente também marcam períodos de requalificação e capacitação, são momentos em que, independentemente de quão reflexivo seja um indivíduo no moldar da sua auto-identidade, ele tem de se erguer e aperceber-se tanto de novas exigências quanto de novas possibilidades. (...) As decisões consequentes, uma vez tomadas, dão nova forma ao projecto reflexivo da identidade através das consequências para o estilo de vida que se lhe seguem (Giddens, 1997: 132).

O processo de nascimento pode ser, nesta medida, transformador numa perspetiva pessoal, individual e social, possibilitando a redefinição de papéis e o posicionamento dos agentes e atores que se movem em torno do mesmo acontecimento e estruturando o seu lugar na sociedade.

Atendendo às características sociais e às múltiplas dimensões em que no presente as mulheres se movem, o exercício de capacitação que esse processo pode imprimir na vida das mulheres nem sempre será óbvio. Os acontecimentos ligados à gravidez e ao parto são vividos como particularmente sensíveis e fragilizantes, para a mulher, atendendo, desde logo, à importância do risco que lhe está atualmente associado.

Nesse quadro, o reforço emocional pode ser um elemento-chave e capacitante. Aí entra a importância de uma *diferenciação* (Graça, 2011) na distribuição de competências, atribuições e papéis nas decisões e na assistência ao nascimento que privilegie, antes de mais e de uma forma abrangente, a saúde materno-infantil.

Entra também o que Aroso (2011) definiu como a *educação para a afetividade*. Segundo o médico, para a melhoria da saúde materno-infantil em Portugal, “não é preciso

fazer mais nada do que aquilo que está legislado (...) Temos de melhorar no sentido da afetividade” (Aroso, 2011).

Curiosamente, Graça referia-se à diferenciação entre profissionais de saúde e Aroso referia-se à afetividade fora da esfera da atuação médica e institucional (referindo-se à dimensão conjugal, familiar e política), reproduzindo ambos, de forma conceptualmente diferenciada, a ideia da existência de espaços socialmente determinados e hierarquicamente delimitados no contexto do nascimento na atualidade.

Ao espaço institucional e de atuação profissional, atribui-se a importância da diferenciação, no sentido de rentabilizar os conhecimentos e a respetiva prática. À esfera privada e familiar atribui-se a importância da afetividade.

Nesta reflexão permitimo-nos ir mais longe, desafiando a afetividade a entrar no plano de atuação dos profissionais de saúde e a diferenciação a chegar, também, à esfera familiar e privada, pela importância dos atores desse contexto. Esse desafio é proposto no sentido de conferir ao nascimento, de uma forma absoluta e oficial, o estatuto de acontecimento natural e social e não apenas médico, e no sentido de reconhecer a todos os agentes envolvidos nesse processo, o protagonismo e o papel que realmente têm para tornar o nascimento um acontecimento seguro, mas também feliz, capacitante, íntimo e de profundo respeito pela essência da mulher, da criança, da família que o vive.

Entendemos que esse exercício de reconhecimento da importância de cada protagonista do processo de nascimento é decisivo para a garantia de experiências de nascimento que possibilitem escolhas informadas, emocionalmente suportadas e resultados positivos para a saúde materna, de uma forma abrangente.

A articulação entre a dimensão afetiva do nascimento e a diferenciação de papéis dos agentes envolvidos nos respetivos acontecimentos resultará numa mais eficaz resposta às necessidades multidimensionais das mulheres que os acontecimentos que vivem suscitam. E cada agente desse processo poderá, dessa forma, assumir um papel decisivo que será tanto mais eficaz nos bons resultados para cada nascimento quanto mais exercido em função e no respeito das próprias competências mas também no respeito das competências de todos os envolvidos nesse acontecimento.

Nessa perspetiva, médicos, enfermeiros, doulas, parceiros, familiares, todos terão um papel importante, decisivo e insubstituível.

Os médicos, a quem cabe a atuação na dimensão médica, profissional, suportada em evidências científicas, na lógica do modelo tecnicista (Carapinheiro, 1991b) são, nesta medida, chamados a assumir uma postura também humanista (Carapinheiro, 1991b), permitindo-se escutar a mulher e o seu testemunho na primeira pessoa, sobre o que vive, o que faz tanto mais sentido se pensarmos que a maioria das situações de gravidez não configura situações de patologia.

Aos enfermeiros caberá uma assistência mais personalizada, podendo acompanhar de forma autónoma face à figura médica, como a lei define, as gravidezes e os partos de baixo risco.

As doulas¹⁷⁷ assumirão um papel de apoio afetivo, emocional, informativo com base em evidências científicas e fazendo a ponte, em termos de informação com profissionais de saúde, sempre que necessário.

Esta é, também, uma oportunidade de reforço da solidariedade conjugal. Pelo que, com o garante de um acompanhamento profissional bem estabelecido, haverá espaço para um suporte afetivo conjugal mais profundo.

O desafio para a reinvenção da educação sexual, através da sua dimensão afetiva e a aposta na diferenciação de funções e papéis agem na dimensão mais complexa do risco associado ao nascimento que é a que se manifesta atualmente, porque toca e reequaciona as suas diferentes subdimensões (política, médica e sociocultural) e a forma como elas se manifestam, interferem e atuam sobre esse risco.

O nascimento continua a ser, como tradicionalmente, uma oportunidade para o estabelecimento de laços, para a manifestação da afetividade, para a afirmação dos indivíduos como seres de afetos, seres multidimensionais.

Esse reforço dos afetos será um excelente ingrediente para uma nova consciência sobre si e sobre o que vive a mulher. Essa nova consciência dará espaço a uma nova responsabilidade no que se vive e a uma nova forma de aceitação e incorporação de um risco que se conhece de uma forma menos mediada e, por isso, menos constrangedora e atemorizante.

É nesse sentido que

um certo número de mulheres, em reacção contra o legado do medo, procura experimentar um acontecimento sem precisar de defesas, entregando-se a uma espécie de abandono ao processo de dar à luz, e recusando-se a um corte, nesse momento, com o seu ambiente de vida. Voltar ao passado? Sim, no sentido em que a mulher tem tendência, ao dar à luz, de procurar e recuperar as suas referências fundamentais (...). Mas voltar ao passado num contexto de vida diferente.

Os nascimentos de há dois ou três séculos, uns seguidos aos outros, cada gravidez representando um risco, cumpria num mundo difícil a tarefa de assegurar a continuidade da sua comunidade, sendo que cerca de metade dessas crianças faleceria até aos 5 anos. Para estas mulheres, a presença de um ambiente humano – parteira, vizinhas, parentes – era, de

¹⁷⁷ O papel da doula está estudado empiricamente e as evidências científicas são claras quanto aos seus benefícios, no que diz respeito à redução de intervenções no processo de nascimento (nomeadamente, na incidência de parto instrumentalizados mas também, por exemplo, na redução do tempo de trabalho de parto, na redução de administração de analgesias,...) e consequente poupança de recursos financeiros, materiais e humanos.

facto, um recurso vital à permanência, à continuidade do destino das suas mães e das suas avós, à reprodução do passado como um valor moral. Este sentimento de uma missão maior, inscrito na repetição dos séculos, domina as mulheres das sociedades pré-industriais e pré-medicalizadas: a necessidade de colocar no mundo muitos filhos era, em si, uma questão ética, desligada da noção de felicidade individual. (...) O que procuramos na imagem das mulheres de todos os tempos que deram à luz nas suas casas, nas suas camas e ajudadas pelo seu ambiente familiar? Uma forma de coerência, uma maior proximidade da criança, um enquadramento afectivo? As motivações podem ser difusas. Mas elas carregam a atracção sentida pela geração mais jovem de uma certa sabedoria do passado, como uma reacção contra comportamentos demasiado artificiais ou impostos. Esta é uma hipótese de (...) [entender] como o passado nos condiciona e de que maneira a consciência das nossas raízes contribui para equilíbrios profundos. Procurar perceber o que foram as mães de antigamente, do passado, permitirá talvez às mulheres, na rapidez das mudanças das suas condições de vida, a integração da consciência da sua cultura e conhecimento, sem um tradicionalismo irreflectido e sem a autoridade de um sistema estabelecido, e a definição das mães que querem ser (Laget, 1982: 327-329).

Este retorno às raízes será, enfim, uma expressão da dimensão afetiva assumida pelas próprias mulheres na procura de conhecimento e sabedoria capacitantes para decisões individuais, mas agora na segurança de um contexto que permite fazer face a riscos não controláveis no passado.

Novas medidas políticas para a saúde materna

O protagonismo assumido pelas mulheres nos processos de decisão relativos ao nascimento, que não passem simplesmente pela escolha do médico ou do hospital, poderá ser uma alavanca para a contenção da intervenção excessiva na prática obstétrica, para abordagens assistenciais mais personalizadas e, conseqüentemente, melhores resultados para a saúde materna e para a vivência da experiência que é o nascimento de um filho.

Sendo conhecido que o aumento do número de processos judiciais contra os médicos faz aumentar a intervenção obstétrica (Jeffcott, 2002) no sentido de uma procura de normalização de procedimentos e resultados, a partilha de responsabilidades poderá atenuar o posicionamento defensivo dos profissionais de saúde.

Os resultados dessa menor intervenção são visíveis pela análise da saúde materna no contexto internacional. De facto, os exemplos de países do contexto ocidental com níveis semelhantes ou melhores do que os do caso português nos resultados da saúde materna revelam respostas assistenciais nos respetivos modelos de nascimento muito menos interventivas.

São modelos diferenciados nos moldes assistenciais (por exemplo, nos países nórdicos aposta-se numa vigilância precoce da gravidez enquanto no Reino Unido esse não será um requisito generalizado) mas pautam-se por um padrão de medicalização controlada e intervenção condicionada às características de cada nascimento.

Nesses países vigoram políticas claras de capacitação da mulher na gestão da sua vida reprodutiva e nas tomadas de decisão sobre a forma como querem viver as suas gravidezes e os seus partos. Na Dinamarca, por exemplo, é frequente a *alta hospitalar* no próprio dia do parto; em Inglaterra o acompanhamento da gravidez é, muitas vezes, assegurado por parteiras, em casa, podendo essa assistência estender-se até ao momento do nascimento, cujo local é escolhido pela mulher; em França, começam a surgir as primeiras casas de parto, onde se procura assegurar um ambiente familiar que propicie as melhores condições de nascimento, mas perto de uma resposta mais medicalizada a acionar se necessário.

O caso holandês é o mais paradigmático da liberalização do modelo assistencial no nascimento, com uma forte parceria no trabalho entre parteiras e médicos, reproduzindo uma estreita ligação entre um modelo assistencial tradicional e as condições médicas e tecnológicas modernas, para o que é fundamental a definição rigorosa do risco associado ao nascimento.

Em Portugal, para além das medidas políticas já referidas, assiste-se, atualmente, a novas medidas que apontam, no nosso entender, para modelos positivos de assistência ao nascimento, mesmo que associadas a motivações de carácter economicista, no sentido de rentabilizar recursos na valência de obstetrícia, que, aliás, se juntam à poupança já garantida com a diminuição do número de nascimentos, bem evidente de ano para ano. Esse sentido economicista não anula o efeito benéfico que as medidas podem trazer à saúde materna.

O recente anúncio da criação de uma Comissão Nacional para a Redução das Taxas de Cesariana (Despacho n.º 3482/2013, de 5 de março) é um exemplo dessas medidas. Surgiu com base na constatação de que “Portugal é um dos países europeus com maior taxa de cesarianas. A taxa de cesarianas registada por todo o Sistema de Saúde em 2010 foi de 36,6%, e a do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 2011, referente apenas ao sector público, foi de 31%”. Estes valores são superiores ao considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde, já que a realização de cesarianas sem necessidade técnica acarreta riscos acrescidos para a mãe e para o feto; (...) é possível trabalhar no sentido de reduzir a taxa de cesarianas em Portugal, sem colocar em risco os bons resultados na saúde que foram atingidos nos últimos anos” (Despacho n.º 3482/2013, de 5 de março).

As competências da Comissão passam pela apresentação de propostas de normas e orientações sobre: “Vigilância de gravidez de baixo risco; Sistematização dos motivos de

cesariana; Definição de trabalho de parto estacionário e da suspeita de incompatibilidade feto-pélvica; Motivos e métodos de indução do trabalho de parto; Indicações e cuidados a respeitar na tentativa de parto vaginal após uma cesariana; Análise e decisão clínica com base em cardiotocografia e eletrocardiografia fetal; Colheita de sangue umbilical para gasometria; Versão cefálica por manobras externas”.

Para além disso, a comissão deverá “Propor um painel de indicadores de monitorização”, bem como “apoiar cientificamente a implementação do registo obrigatório em cada unidade de saúde das indicações de cesariana, desagregadas pelo tipo de indicação e pelas complicações maternas e perinatais associadas” (Despacho n.º 3482/2013, de 5 de março).

O levantamento de informação previsto nas incumbências da Comissão criada parece-nos inteiramente pertinente. Essa seria, aliás, uma oportunidade-chave para possibilitar de uma forma definitiva o estudo da saúde materna sem descurar a sua dimensão social. De facto, a caracterização social, demográfica e económica das mulheres ou de ambos os pais é fundamental, assim como todas as características relativas à vigilância e assistência da gravidez e do nascimento, para se perceber de forma integrada as condições de ocorrência da prática das cesarianas.

A este ponto relativo à recolha de informação integrada voltaremos no ponto seguinte.

Limitações do trabalho e indicações para trabalhos futuros

Identificamos na nossa análise limitações a dois níveis. Por um lado, a descontinuidade temporal nos dados trabalhados para os fenómenos que ilustram as duas dimensões do risco que o nascimento representa para a saúde materna e também entre esses dados e os relativos ao enquadramento contextual das condições de nascimento no nosso país.

Por outro, a impossibilidade de articulação direta entre esses dois vetores de análise, isto é, dos resultados relativos à mortalidade e morbilidade materna e da caracterização social, relacional e assistencial que enquadra esses acontecimentos.

Considerando a primeira questão, de facto, se a mortalidade materna (cujos dados de base são os óbitos por causa de morte e os nados-vivos) pode ser estudada praticamente desde o início do século XX, por existirem registos de dados que o permitam, o mesmo não acontece com a morbilidade materna, cujo registo terá começado a ser divulgado em Portugal a partir da década de 1990.

Mas ainda a propósito dos dados relativos aos óbitos por causa de morte, importa dizer que a qualidade desses dados, pelo menos nos primeiros anos de registo, se não décadas, será questionável, o que se estende, obviamente à causa de morte materna. Na

verdade, muitas causas de morte terão tido uma contagem subestimada nos primeiros anos, atestada, desde logo, pelo número elevadíssimo de casos de óbitos registados com causas desconhecidas (Bandeira, 2007).

As razões para a inexistência de dados relativos à morbidade materna até muito recentemente serão várias. Este fenómeno assumiu uma nova relevância com a diminuição da mortalidade materna, fazendo agora mais sentido do que antes a sua compreensão e, por isso, o seu registo. Esse registo não só não é universal nem obrigatório, como não é de fácil operacionalização. A própria noção de morbidade materna deverá ser bem estabelecida para permitir uma efetiva mensuração do fenómeno que, atualmente, é medido, apenas, na sua expressão mais grave, associada a internamentos nos cuidados intensivos.

Mas outras situações serão manifestações de morbidade materna, desde que configurem patologias decorrentes da gravidez e do parto. Falamos, por exemplo, de situações como incontinência (urinária e/ou fecal), depressão pós-parto, incapacidade para retomar a atividade sexual, decorrente de cicatrizações dolorosas do períneo, entre outras.

A manifestação mais evidente que a morbidade materna agora assume prende-se com a transferência da manifestação do risco de uma dimensão para outra e poderá estar associada, entre outros fatores, aos procedimentos que marcam a atual assistência hospitalar e medicalizada fazendo, por isso, cada vez mais sentido a sua medição.

Assim, se, a análise da mortalidade materna teve uma cobertura de cerca de um século, no presente trabalho, os dados relativos à morbidade materna não permitiram fazer recuar o seu estudo mais do que alguns anos.

Já a análise das condições dos nascimentos, por via da informação relativa às bases de dados dos nados-vivos centrou-se, essencialmente, num ano recente (2010), com o intuito de aprofundar as características sociais e assistenciais dos nascimentos no contexto atual. Ainda assim, uma vez que tínhamos dados desde 1988, recuámos quinquénios ou décadas na análise, sempre que nos pareceu pertinente.

Faltaria, eventualmente, uma análise histórica mais detalhada semelhante à que fizemos para 2010 mas, não só os dados não nos permitiriam recuar para além do final da década de 1980, como nos pareceu demasiado ambicioso ensaiar essa análise para diferentes anos no presente trabalho.

Faltou também uma análise mais pormenorizada acerca da evolução das condições assistenciais ao nascimento no nosso país, nomeadamente ao longo do século XX, que ajudaria a suportar substantivamente a transformação dos valores da mortalidade materna. A pesquisa bibliográfica que encetámos não nos levou a referências nesse sentido.

Voltando à análise empírica, como explicámos no decorrer do trabalho, as diferentes dimensões da análise consideraram informação a partir de diferentes fontes, o que não

permitiu a ligação direta entre os fenómenos que estudámos (mortalidade materna e morbidade materna) e as condições sociais e assistenciais do nascimento.

As próprias condições sociais e assistenciais nem sempre foram estudadas de forma articulada, na medida em que a informação relativa à assistência foi recolhida a partir de duas fontes diferentes (alguns dados provêm das bases de dados dos nados-vivos e outros do Inquérito aos Hospitais). A falta de cruzamento da informação limita as conclusões mas permite, pelo menos, o lançamento de novas hipóteses e de leituras interrogativas acerca dos resultados alcançados para as questões colocadas.

Para além das limitações referidas, consideramos existirem muitas outras possíveis abordagens no estudo da saúde materna e da manifestação dos seus riscos em Portugal, considerando de forma privilegiada a abordagem demográfica e sociológica.

A relação entre saúde materna e infantil foi referida ao longo do trabalho mas não de forma aprofundada. Fizemos, aliás, diversas vezes referência ao fenómeno da mortalidade infantil pela sua estreita ligação com a mortalidade materna mas uma análise mais detalhada dos dois fenómenos, procurando o apuramento das respetivas causas de evolução, de encontros e desencontros, justificar-se-ia num trabalho futuro.

Na análise da saúde materna e dos fenómenos a que recorreremos para a sua medição, a mortalidade e a morbidade maternas, houve variáveis que não aprofundámos. No estudo da mortalidade será pertinente, no futuro, considerar a análise das mortes maternas em função não só da idade mas também da duração do casamento, do número de filhos, do estado civil e do local de residência.

A introdução dessas variáveis na análise possibilitam um enquadramento social dos acontecimentos totalmente novo e, eventualmente, explicativo das tendências encontradas.

Já na caracterização da população fecunda poderá ter interesse a análise filtrada pela nacionalidade das mães. Apesar de ser pouco expressivo o peso da população fecunda não portuguesa seria interessante perceber, num contexto de mobilidade crescente e de novos contornos no panorama migratório nacional, a diferenciação nas características sociais e assistenciais do nascimento em Portugal.

As características do nascimento são, hoje, uma questão que nos parece fundamental, em termos de análise, pela possibilidade de se assumirem como um dos fatores decisivos na variação dos resultados para a saúde materna. Uma abordagem mais aprofundada dessas características e da sua relação ou influência nos resultados da saúde materna só será possível, no nosso entender, pela exploração de uma vertente qualitativa de análise.

Assim, num futuro momento de análise empírica gostaríamos de ensaiar um estudo que focasse a saúde materna decorrente da experiência do nascimento a partir de uma dimensão qualitativa. Dessa forma seria possível – a partir do uso de informação de

natureza primária, recolhida de forma direta – considerar aspetos que a informação estatística, por si só, não deslinda mas relativamente aos quais pode ajudar a levantar questões. A análise da morbilidade materna, pela menor cobertura de que esse fenómeno atualmente dispõe, poderia surgir como objeto de análise prioritário.

Mas seria possível cobrir também questões de natureza subjetiva, nomeadamente as que se relacionam com a forma como se constrói, nos indivíduos – nas mulheres grávidas, em particular – a perceção do risco associado à gravidez e ao parto e as consequências dessa perceção na gestão das vivências desses acontecimentos e no que daí decorre.

Faz sentido que essas reconstruções se estabeleçam retrospectivamente na medida em que a identificação de alguns fenómenos como fatores de risco não se apreendem no momento em que são vividos. Um estudo retrospectivo permitirá “estabelecer a relação entre o factor de risco biológico, os factores de risco sociais e os riscos psicológicos determinados pelo ambiente” (Zveiter, 2005).

Numa abordagem direta às mulheres e aos profissionais de saúde, poder-se-ia interrogar a forma como se viveu e assistiu todo um percurso de gravidez e parto mas, também, quando termina esse acompanhamento e quando se considera que termina essa fase da vida reprodutiva das mulheres para dar lugar a outra.

Interessaria, por exemplo, calendarizar o acompanhamento que, atualmente, se dirige às mulheres que passam pela experiência da gravidez e do parto, no sentido de perceber se, numa fase final do processo, por via de uma interrupção marcada pelo acontecimento maior que é o parto, não ficarão por diagnosticar situações de morbilidade que permanecem na invisibilidade, em termos sociais e médicos, mas não individuais e pessoais.

E que podem acarretar consequências a diferentes níveis. Como sejam, a saúde física e a saúde emocional das mulheres, que se ligam e têm implicações ao nível das relações que se estabelecem em termos conjugais, familiares e sociais. Com possíveis consequências para a saúde e a vida reprodutiva futura dessa população, visível nos indicadores da sua fecundidade, quer ao nível do calendário – no sentido do adiamento de próximas gravidezes – quer ao nível da descendência final – no sentido da limitação do número de filhos.

Esta reflexão leva-nos, de novo, à vertente quantitativa da análise, nomeadamente, ao apuramento de indicadores relativos ao calendário da fecundidade e descendência final das mulheres em função da existência de filhos anteriores, para perceber se poderá ou não existir relação entre experiências anteriores de morbilidade e um adiamento ou limitação da descendência das mulheres visadas.

Os fenómenos demográficos tocam-se, explicam-se entre si e enquadram-se socialmente, possibilitando uma análise da saúde materna que claramente extravasa a dimensão tradicional da abordagem médica desta valência da saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, J. M. (2010), *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de género*, São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Alexander, Sophie, K. Wildman, W. Zhang, M. Langer, C. Vutuc e G. Lindmark (2003), "Maternal health outcomes in Europe", *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 111, S78-S87.
- Almeida, Ana Nunes (1986), "Entre o dizer e o fazer: a construção da identidade feminina", *Análise Social*, volume XXII, (92-93), 3º-4º, pp.493-520.
- Almeida, Ana Nunes, Cristina Ferreira, Filipa Ferrão e Isabel M. André (1995), *Padrões recentes da fecundidade em Portugal*, Lisboa, Comissão para a Igualdade e os Direitos das Mulheres.
- Almeida, Ana Nunes, José Manuel Sobral e João Ferrão (1997), "Destinos cruzados: estruturas e processos da homogamia", *Análise Social*, volume XXXII, (143-144), (4º - 5º), pp.875-898.
- Almeida, Ana Nunes, Isabel M. André e Piedade Lalanda (2002), Novos padrões e outros cenários para fecundidade em Portugal, *Análise Social*, volume XXXVII, (163), pp.371-409.
- Almeida, Ana Nunes, Duarte Vilar, Isabel M. André e Piedade Lalanda (2004), *Fecundidade e contraceção - percursos de saúde reprodutiva das mulheres portuguesas*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.
- Almeida Filho, Naomar de (1986), "Bases históricas da Epidemiologia", *Cad. Saúde Pública*, (Versão eletrónica) volume 2, (3), pp.304-311.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000300004>
- Andrade, Beatriz, Gisela Gagliardo e Frederico Péret (2009), Tromboembolismo venoso no ciclo gravídico-puerperal, *FEMINA*, Novembro 2009, volume 37, (11), pp.611-618.
- Antunes, J. Lobo (1998), "Três culturas", *Análise Social*, volume XXXIII, (146-147), pp.563-582.
- Areosa, João (2008), "O risco no âmbito da teoria social", *VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas*, Lisboa, FCSH-UNL.
- Ariès, Philippe (1981), *História social da criança e da família*, Rio de Janeiro, Zahar editores.
- Ariès, Philippe (1988), *A criança e a vida familiar no Antigo Regime*, Lisboa, Relógio d'Água.
- Arney, William Ray (1982), *Power and Profession of Obstetrics*, Chicago, University of Chicago Press.
- Bandeira, Mário Leston (1975), *Aborto e Contraceção em debate*, Lisboa, ISCSP.
- Bandeira, Mário Leston (1996), *Demografia e Modernidade. Família e Transição Demográfica em Portugal*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Bandeira, Mário Leston (2004), *Demografia: Objecto, teoria e métodos*, Lisboa, Escolar Editora.
- Bandeira, Mário Leston (2007), "A sobremortalidade de 1918 em Portugal: uma análise demográfica", comunicação apresentada no *Colóquio Internacional 'Olhares sobre a Pneumónica'*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- Barreto, Maria Renilda Nery (2005), *A medicina luso-brasileira: instituições, médicos e populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851)*, Dissertação de doutoramento em História e Ciências da Saúde, Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Barreto, Maria Renilda Nery (2007), "A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia", *Niterói*, volume 7, (2), pp.217-234.

- Beck, Ulrich (2001), *La Société du Risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Éditions Flammarion, Paris.
- Bentes, Margarida, Carlos Matias Dias, Constantino Sakellarides e Vaida Bankauskaite (2004), *Health care systems in transition: Portugal*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bongaarts, J. e T. Sobotka (2012), "A demographic explanation for the recent rise in European fertility", *Population and Development Review*, 38(1), pp.83-120.
- Bouvier-Colle, Marie-Hélène e Emmanuelle Szego (2005), "La mortalité maternelle en France depuis 1945", em C. Bergougnyan *et al*, *La population de la France*, tome II, Paris, CUPED, pp.373-384.
- Cabral, Manuel Villaverde e Pedro Alcântara da Silva (2009), *O estado da saúde em Portugal: acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde – evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Caleiro, António (2008a), *Uma Análise de Causalidade entre o número de Casamentos e de Nascimentos em Portugal*, Documento de Trabalho nº 2008/03, Universidade de Évora, Departamento de Economia.
- Caleiro, António (2008b). *Detecting Peaks and Valleys in the Number of Births in Portugal*, Munich Personal RePEc Archive (MPRA) Paper No. 7031.
Disponível em: <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/7031/>
- Caldwell, John C. (1976), "Toward a restatement of demographic transition theory", *Population and Development Review*, volume 2, 2-3, pp.321-366.
- Campos, Diogo Ayres e João Pedro Neves (2012), "Mortalidade maternel em Portugal desde 1929", *Acta Obstet Ginecolo Port*, 6 (3), pp.94-100.
- Campos, Diogo Ayres, Nuno Montenegro e Teresa Rodrigues (2008), *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*, Lisboa, Lidel.
- Campos, Diogo Ayres, Isabel Santos Silva e Fernando Jorge Costa (2011), *Emergências Obstétricas*, Lousã, Lidel.
- Carapinheiro, Graça (1986), "A saúde no contexto da sociologia", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1, pp.9-22.
- Carapinheiro, Graça (1991a), "Poder Médico e Poder Administrativo no Quotidiano Hospitalar", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33, pp.83-91.
- Carapinheiro, Graça (1991b), "Médicos e representações da medicina: Humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 9, pp.22-41.
- Carapinheiro, Graça (2006), "A saúde enquanto matéria política", em Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores, pp.137-164.
- Carneiro, Marinha (2008), *Ajudar a nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séc. XV-1974)*, Porto, Série do Saber 8, Editora da Universidade do Porto.
- Carvalho, Helena (2008), *Análise Multivariada de Dados Qualitativos – Utilização da ACM com o SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Castro, Jamile Claro e Maria José Clapis (2005), "Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto", *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (6), 960-967.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>

- Chazan, Lilian Krakowski (2005), “O melhor filme da minha vida!”. O ultra-som, o corpo grávido e o corpo fetal”, VI RAM, Montevideu.
- Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/colu/colu30.htm>
- Coale, Ansley (1984), “The Demographic Transition”, *The Pakistan Development Review*, volume XXIII, 4 (Winter), pp.531-552.
- Coale, Ansley e Susan Watkins (1986), *The Decline of Fertility in Europe*, Princeton, Princeton University Press.
- Costa, António Firmino (1999), *Sociedade de Bairro*, Celta Editora, Oeiras.
- Cunha, Vanessa (2002), “O filho único na sociedade portuguesa contemporânea: descendência ideal ou descendência possível?” *Actas do Colóquio Internacional “Família, Género e Sexualidade nas Sociedades Contemporâneas”*, Lisboa, Associação Portuguesa de Sociologia.
- Cunha, Vanessa (2005), “A Fecundidade das Famílias”, em Karin Wall (ed.), *Famílias em Portugal - Percursos, Interações, Redes Sociais*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp.395-464.
- Danet, Sandrine (dir.) (2011), *L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011*, Collection Études et Statistiques, France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère du Budget, des Comptes Publics et de la Réforme de l'État, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale.
- Davis-Floyd, Robbie (1992), *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley, University of California Press.
- Davis-Floyd, Robbie (1993), “The Technocratic Model of Birth”, em Susan Tower Hollis, Linda Pershing e M. Jane Young (eds.), *Feminist Theory in the Study of Folklore*, University of Illinois Press.
- Dias de Souza, João Paulo, José Guilherme Cecatti e Mary Angela Parpinelli (2005) “Factores associados à gravidade da morbidade materna na caracterização do *near miss*”, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27, (4), pp.197-203.
- Dupâquier, Jacques (1972), “De l'animal à l'homme: le mecanism autorégulateur des populations traditionnelles”, *Revue de l'Institut de Sociologie*, 2, Éditions de l'Université de Bruxelles, pp.177-221
- Durkheim, E. (1984), *A divisão do trabalho social*, Lisboa, Editorial Presença.
- Enkin, Murray, Marc J.N.C. Keirse, James Neilson, Caroline Crowther, Lelia Duley, Ellen Hodnett e Justus Hofmeyr (2005), *Guia para atenção efectiva na gravidez e no parto*, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 3ª ed.
- Ennis, M. e C.A. Vincent (1990), “Obstetric accidents: a review of 64 cases”, *BMJ*, 300, pp.1365-1367.
- Fernandes, Ana, Maria João G. Moreira e Teresa R. Veiga (2004), “Transição Demográfica e Transição Epidemiológica. O modelo de mortalidade no contexto das transformações sociais e políticas da sociedade portuguesa”, *Fórum Sociológico*, 11/12, (2ª série), pp.75-104.
- Ferreira, F. A. Gonçalves (1990), *Moderna Saúde Pública*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, Pedro Moura e Sofia Aboim (2002), “Modernidade, laços conjugais e fecundidade: a evolução recente dos nascimentos fora do casamento”, *Análise Social*, 37, (163), pp.411-446.
- Fortney, Judith A. (2002), “Méthodes de mesure et niveaux de la mortalité maternelle”, em *Les Déterminants de la Mortalité*, Démographie: analyse et synthèse, volume III, Paris, INED, pp.109-127.

- Foucault, Michel (1992), *O nascimento da medicina Social in: Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro, Graal.
- Giddens, Anthony (1997). *Modernidade e Identidade Pessoal*, Lisboa, Celta Editora.
- Graça, Luís (1996), *Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica*, Disciplina de Sociologia da Saúde / Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde, Textos T1238 a T1242, Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Graça, Luís (2000), *Evolução do Sistema Hospitalar: Uma Perspectiva Sociológica (VII Parte). Europa: O Sistema Técnico (Depois da II Guerra Mundial)*, Textos sobre saúde e trabalho, (Online), 99.
Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos99.html>
- Guibentif, Pierre (2013), *Atitudes Sociais dos Portugueses: Família, Trabalho e Bem-estar*, Comentário apresentado no XIII Seminário de Apresentação de Resultados do European Social Survey 2010, Lisboa, ICS.
- Henriques, Filipa e Teresa Rodrigues (2008), “O século XX: a transição”, em Teresa Rodrigues (coord.), *A População Portuguesa. Das longas permanências à conquista da modernidade*, Porto, Afrontamento, pp. 417-514.
- Jackson, Melanie (2012), *Home birth proponents highly educated*, (online).
Disponível em: <http://www.abc.net.au/news/2012-07-29/home-birth-proponents-highly-educated/4161984>; <http://melaniethemidwife.blogspot.pt/>
- Jeffcott, Michele (2002), “Examining the Role of Risk Perception in the Use of Obstetric Technology”, comunicação apresentada na WWDU Internacional Conference, 22 a 25 de Maio, (Online), Berchtesgaden – Germany.
Disponível em: <http://www.dcs.gla.ac.uk/~johnson/papers/Jeffcott.pdf>
- Joaquim, Teresa (1983) *Dar à Luz. Ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal*, Lisboa, Publicações D. Quixote.
- Jones, Ricardo (2004), *Memórias do Homem de Vidro. Reminiscências de um Obstetra Humanista*, Porto Alegre, Ideias a Granel.
- Jones, Ricardo (2010), *Textos apresentados no Curso de Formação de Educadores Perinatais*, Coimbra.
- Lages, Mário F. (2007), “Os comportamentos de risco dos jovens portugueses e a sua mortalidade”, *Análise Social*, volume XLII, (183), pp.395-418.
- Laget, Mireille (1982), *Naissances: l'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, Éditions du Seuil.
- Laurenti, Ruy (2001), “Medindo a mortalidade materna”, (online).
Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/.../med_mort_matern.pdf
- Laurenti, Ruy e Cássia Maria Buchalla (1997), “Indicadores da saúde materna e infantil: implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças”, *Ver. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 1, (1), pp.18-22.
- Leite, Lúcia (coord.) (2012), *Pelo direito ao Parto Normal. Uma visão partilhada*, Ordem dos Enfermeiros.
- Leridon, Henri (1987), *La seconde revolution contraceptive: la régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Paris, PUF-INED.

- Loudon, Irvine (1986), "Obstetric care, social class, and maternal mortality", *British Medical Journal*, 293, pp.606-608.
- Loudon, Irvine (1992), *Death in Childbirth. An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950*, Oxford, Clarendon Press.
- Loudon, Irvine (1992a), "The transformation of maternal mortality", *BMJ*, volume 305, 19-26, December, pp.1557-1560.
- Machado, Fernando Luís e António Firmino da Costa, A. F. (1998), "Processos de uma modernidade inacabada. Mudanças estruturais e mobilidade social", em J. M. L. Viegas e A. F. Costa (orgs.), *Portugal, que modernidade*, Oeiras, Celta, pp. 17-44.
- Marmot, Michael (2005), "Social determinants of health inequalities", *Public Health Lancet*, 365, pp.1099-1104.
- Matos, Raquel (2011), "'A História dos Três Macacos Sábios', ou de como sobre os protestos do encerramento de blocos de partos em Portugal o poder político não viu, ouviu ou falou", (online), e-cadernos CES, (11), pp.52-78.
Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/ecadernos11/II%20-%20Ana%20Raquel%20Matos.pdf>
- Mauritti, Rosário (2003), "Caracterização e origens sociais", em J. Ferreira de Almeida *et al*, *Diversidade na Universidade: Um Inquérito aos Estudantes de Licenciatura*, Oeiras, Celta Editora.
- Mausner, Judith S., Shira Kramer e Anita K. Bahn (2007), *Introdução à Epidemiologia*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 4ª ed.
- McLaren, Angus (1997), *História da Contraceção. Da Antiguidade à Actualidade*, Lisboa, Terramar.
- Mendes, Filomena (1987), "Algumas questões teóricas e metodológicas sobre o custo económico da criança", *Análise Social*, volume XXIII, (96), pp.311-332.
- Meslé, France (2002), "Les causes médicales de décès", *Les Déterminants de la Mortalité*, Démographie: analyse et synthèse, volume III, Paris, INED, capítulo 42.
- Meslé, France e J. Vallin (2002), "La transition sanitaire: tendances et perspectives", *Les Déterminants de la Mortalité*, Démographie: analyse et synthèse, volume III, Paris, INED, capítulo 57.
- Miles, Agnes (1991), *Women, Health and Medicine*, Milton Keynes, Filadélfia, Open University Press.
- Monteiro, Rosa (2012), "A descriminalização do aborto em Portugal: Estado, movimentos de mulheres e partidos políticos", *Análise Social*, volume XLVII, (3.º), 204, pp.586-605.
- Morais, Graça (2002), *Causas de Morte no Século XX: Transição e estruturas da mortalidade em Portugal Continental*, Évora, Edições Colibri / CIDEHUS-EU.
- Morgan, S. P., T. Sobotka e M. Rita Testa (eds.) (2011), *Vienna Yearbook of Population Research* 2011, volume 9, special issue "Reproductive decision-making".
- Neves, Daniel (2011), Comunicação no Seminário "O parto não vigiado pela autoridade da ciência: entre o encerramento de maternidades e o parto domiciliar em Portugal", e-cadernos CES, (11), pp.13-50.
Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/ecadernos11/ecadernos11.pdf>
- Nieuwenhuijze, Marianne, Ank de Jonge, Irene Korstjens e Toine Lagro-Jansse (2012), "Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, March, volume 33, (1), pp.25-31.

- Noble, Kimberly, W. Fifer, V. Rauh, Y. Normura e H. Andrews (2012), "Academic Achievement Varies With Gestational Age Among Children Born at Term", *Pediatrics*, (Online).
Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3408682/>
- Notestein, Frank W. (1945), "Population: the long view", em Theodore W. Schultz (ed.), *Food for the World*, Chicago, University of Chicago Press, pp.36-56.
- O'Leary, James A. (2009), *Shoulder Dystocia and Birth Injury: Prevention and Treatment*, Florida, Humana Press.
- Oakley, Ann (1984), *The captured Womb: a history of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford, Basil, Blackwell.
- Odent, Michel (2005), *A Cesariana. Operação de salvamento ou indústria do nascimento?*, Miosóti, Lisboa.
- Oliveira, Ana Flávia P. Lucas, Simone Grilo Diniz e Lilia Blima Schraiber (2002), "Violence against women in health-care institutions: an emerging problem", *The Lancet*, volume 359, pp.1681-1685.
- Oliveira, Isabel (2007), "Fecundidade e Educação", *Revista de Estudos Demográficos*, 40, INE, pp.5-19.
- Oliveira, Isabel e Filomena Mendes (2010), "A diferença de esperança de vida entre homens e mulheres: Portugal de 1940 a 2007", *Análise Social*, volume XLV, (194), pp.115-138.
- Omran, Abdel R. (2005), "The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change", *Milbank Quarterly*, volume 83, (4), pp.731-757.
- Pattinson, Robert, João Paulo Souza, Nynke van den Broek, Cleone Rooney (2009), "WHO maternal death and near-miss classifications", *Bulletin of the World Health Organization*, (Versão eletrônica), 87, 734-734.
Disponível em <http://www.who.int/bulletin>
- Peixoto, José, José Palmilha e Pereira Leite (2001), *Proposta de Carta Hospitalar. Criação de Redes Perinatais Regionais 1999*, Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança, Rede de Referência materno-infantil, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- Peixoto, José (2004), *Pontos de reflexão presentes a S. Ex.^a o Sr. Ministro da Saúde*, Lisboa, Comissão Nacional da Saúde Materno-Neonatal.
- Peixoto, José, *Organização da assistência materno-infantil e pediátrica em Portugal*.
Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/File/Noticias/Assistencia_Pediatica_1.pdf
- Pereira, Gislene Valéria e Fátima Arthuzo Pinto (2011), "Episiotomia: uma revisão de literatura", *Ensaio e Ciência. Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, volume 15, (3), pp.183-196.
- Petersen, Alan e Deborah Lupton (1996), *The New Public Health, Health and Self in the Age of Risk*, Londres.
- Pruhal A., Bouvier-Colle M.H., De Bernis L., Bréart G. (2000), "Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates", *Bulletin of The World Health Organization*, 78, pp. 593-602.
- Raposo, Helder (2009), "Risco e incerteza no pensamento biomédico: notas teóricas sobre o advento da quantificação e da prova experimental na medicina moderna", *Análise Social*, volume XLIV, (193), 2009, pp. 747-765.
- Revista de Estudos Femininos*, (Versão eletrônica), volume 10, (2), Florianópolis.
Disponível em: <http://www.sieclo.br/sieclo.php>

- Rodrigues, Teresa (2008) (coord.), *História da população portuguesa. Das longas permanências à conquista da modernidade*, Porto, Edições Afrontamento.
- Rosa, Maria João (1998), "Notas sobre a população – a propósito da evolução recente do número de nascimentos", *Análise Social*, volume XXXIII, (145), (1º), pp.183-188.
- Rosa, Rodrigo (2004), *Escolha do cônjuge e locais de encontro*, Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia - Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção, Braga, pp.130-138.
- Santos, Aline (2004), *A despenalização do aborto*, (online), Coimbra, Universidade de Coimbra.
Disponível em: <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2003002.pdf>
- Santos, Mário (2012), *Nascer em Casa. A desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português*, Dissertação de Mestrado em Saúde, Medicina e Sociedade, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Silva, Luísa Ferreira e Fátima Alves (2003), *A Saúde das Mulheres em Portugal*, Porto, Edições Afrontamento.
- Shorter, Edward (1982), *A History of Women's Bodies*, Harmondsworth, Pelican.
- Sobotka, T. (2004), "Is lowest-low fertility in Europe explained by the postponement of childbearing?", *Population and Development Review*, 30, (2), pp.195-220.
- Sournia, Jean-Charles (1992), *História da Medicina*, Instituto Piaget.
- Sousa, Maria Helena, José Guilherme Cecatti, Ellen E. Hardy, Eliana Amaral, João P. Souza e Suzanne Serruya (2006), "Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna", *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, (Versão eletrónica), 6, (2), pp.161-168.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000200002
- Souza, João Paulo, José Guilherme Cecatti, Mary Angela Parpinelli, Maria Helena de Sousa e Suzanne Jacob Serruya (2006), "Revisão sistemática sobre morbidade materna *near miss*", *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, (Versão eletrónica), 22, (2), pp. 255-264.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/03.pdf>
- Thébaud, Françoise (2002), "A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre as duas guerras", *Revista de Estudos Feministas*, (Versão eletrónica), 10, (2), Florianópolis.
Disponível em: <http://www.sieclo.br/sieclo.php>
- Thomasson, Melissa A. e Jaret Treber (2008), "From home to hospital: The evolution of childbirth in the United States, 1928–1940", *Explorations in Economic History*, 45, Elsevier, pp.76–99.
- Torres, Anália Cardoso, F. V. da Silva, T. Líbano Monteiro e M. Cabrita (2004), *Homens e Mulheres entre Família e Trabalho*, Lisboa, CITE - Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, Ministério do Trabalho e da Segurança Social.
- Valkonen, Tapani (2002), "Les inégalités sociales devant la mort", *Les Déterminants de la Mortalité*, Démographie: analyse et synthèse, volume III, Paris, INED, capítulo 54.
- Vallin, Jacques (2002), "Mortalité, sexe et genre", *Les Déterminants de la Mortalité*, Démographie: analyse et synthèse, volume III, Paris, INED, capítulo 53.
- Vallin, Jacques, Graziella Caselli e Pierre Surault (2002), "Comportements, styles de vie et facteurs socioculturels de la mortalité", *Les Déterminants de la Mortalité*, Démographie: analyse et synthèse, volume III, Paris, INED, capítulo 51.

- Valongueiro, Sandra, Lucilene Dias Cordeiro (2004), “Riscos competitivos entre mortalidade materna e mortalidade feminina em idade reprodutiva no Brasil 1999-2001: um exercício metodológico”, *XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, Brasil, ABEP.
- Veiga, Teresa Rodrigues (2004), “A dinâmica das populações humanas e os modelos de mortalidade”, *Fórum Sociológico*, 11/12, (2ª série), pp.11-29.
- Vincent, C. A. (1989), “Research into medical accidents: a case of negligence?”, *BMJ*, 199, pp.1150-1153.
- Wildman Katherine, Béatrice Blondel, Jan Nijhuis, Paul Defoort e Chryssa Bakoula (2003), “European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period”, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 111, pp.S53-S65.
- World Health Organization (1985), “Appropriate technology for birth”, *Lancet*, 2(8452), pp.436-437.
- World Health Organization (1985a), *Targets for health for all. Targets in support for the European strategy for health for all*, Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe.
- Zveiter, Marcele, Jane Márcia Progianti, Octávio Muniz da Costa Vargens (2005), “O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica”, *Pulsional. Revista de Psicanálise*, ano XVIII, 182, pp.86-92.

Informação e metainformação estatística, documentos institucionais¹⁷⁸

- Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal (2006), *Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Organização Perinatal Nacional*, Lisboa, CNSMN.
- Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal e Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2007), *A Saúde Materna e Infantil em Portugal: uma história de um sucesso*, Conferencia Internacional de Salud: hechos y realidades, Buenos Aires.
- Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (2010), *Reunião CRSMCA e ARS* (apresentação de Bilhota Xavier), Lisboa, CNSMCA.
- Direcção-Geral da Saúde (2010), *Relatório Mortes Maternas em Portugal 2001-2007*, Lisboa, DGS.
- Direcção-Geral da Saúde, *Elementos Estatísticos de Saúde 1995-2003 2008*, Lisboa, DGS (Versão eletrónica).
- Disponível em: <http://www.dgs.pt/>
- Direcção-Geral da Saúde, *Morbilidade Hospitalar. Serviço Nacional de Saúde. 1995-2009*, Lisboa, DGS (Versão eletrónica).
- Disponível em: <http://www.dgs.pt/>
- Europeristat (2008), *European Perinatal Health Report. 2004*, Paris, INSERM (Versão eletrónica).
- Disponível em: <http://www.europeristat.com/>
- Europeristat (2013), *European Perinatal Health Report. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*, Paris, INSERM (Versão eletrónica).
- Disponível em: <http://www.europeristat.com/>
- INSERM - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (2007), “Mortalité maternelle”, *L'état de santé de la population en France – indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique – Rapport 2007*, Unité 149, France, INSERM.

¹⁷⁸ No caso dos documentos consultados com a mesma designação e referentes à mesma instituição, optámos por agrupá-los na mesma referência e sem data de publicação mas com a indicação de todos os anos analisados no título do documento.

Instituto Nacional de Estatística (1998), *Verbete para nado-vivo - instrumento de notação do Sistema Estatístico Nacional*, INE (Versão eletrónica).
Disponível em: <http://smi.ine.pt/SuporteRecolha/Detalhes/8977>

Instituto Nacional de Estatística (2005), *Documento Metodológico, Operação estatística Nados-vivos, código 105, versão 1.0*, INE (On-line).
Disponível em: <http://smi.ine.pt/DocumentacaoMetodologica?clear=True>

Instituto Nacional de Estatística (2013), *Censos 2011 – Preparação, Metodologia e Conceitos*, Lisboa - Portugal, INE.

Instituto Nacional de Estatística, *Bases de dados de nados-vivos 1988-2011*, INE.

Instituto Nacional de Estatística, *Informação estatística*, INE (On-line).
Disponível em: <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística, *Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde 1913-2012*, INE.

Instituto Nacional de Estatística, *Estatísticas da Saúde 2000-2010*, INE (Versão eletrónica).
Disponível em: <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística, *Indicadores Demográficos 1960-2012*, PORDATA (On-line).
Disponível em: www.pordata.pt

Instituto Nacional de Estatística, *Inquérito aos Centros de Saúde 1985-2010*, PORDATA (On-line).
Disponível em: www.pordata.pt

Instituto Nacional de Estatística, *Inquérito aos Hospitais 1985-2010*, PORDATA (On-line).
Disponível em: www.pordata.pt

Instituto Nacional de Estatística, *Inquérito aos Hospitais 1985-2010*, INE (Versão eletrónica).
Disponível em: <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística, *Recenseamentos gerais da População, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1981, 1991, 2001, 2011*, INE (Versão eletrónica).
Disponível em: www.ine.pt

Instituto Nacional de Estatística, *Sistema de Metainformação*, INE (On-line).
Disponível em: <http://smi.ine.pt>

Max Planck Institute for Demographic Research, *Classificação Internacional de Doenças 8ª revisão* (On-line).
Disponível em: www.demogr.mpg.de/publications/files/2969...1.../ICD8.xls

United Nations, 2010b, “Goal 5. Improve Maternal Health”, Fact Sheet, *We Can End Poverty. 2015 Millennium Development Goals*, United Nations Summit, High-level Plenary Meeting of the General Assembly, 20-22 September 2010, New York, UN (Versão eletrónica).
Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_FS_5_EN_new.pdf

United Nations, 2011, *United Nations Millennium Development Goals*, UN (Versão eletrónica).
Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>

Wikipédia, 2010, *Doula* (On-line).
Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Doula>

Wikipédia, 2010, *Parto* (On-line).
Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Parto>

World Health Organization (2009), *Monitoring Emergency Obstetric Care. A Handbook*, Geneva, Department of Reproductive Health and Research - WHO, UNFPA, UNICEF, AMDD (Versão eletrónica).

Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547734_eng.pdf

World Health Organization (2010), *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*, Geneva, WHO (Versão eletrônica).

Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf

World Health Organization (2010a), "Goal 5. Improve maternal health", *The Millennium Development Goal Report. 2010*, Addendum 2, Geneva, WHO (Versão eletrônica).

Disponível em:

http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2010/2010_Addendum_Goal5.pdf

World Health Organization (2010b), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*, Geneva, WHO (Versão eletrônica).

Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>

World Health Organization (2011), *WHO recommendations for induction of labour*, Geneva, WHO (Versão eletrônica).

Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501156_eng.pdf

World Health Organization (2012), *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank*, Geneva, WHO (Versão eletrônica).

Disponível em: <http://reliefweb.int/report/world/trends-maternal-mortality-1990-2010-who-unicef-unfpa-and-world-bank-estimates>

World Health Organization, *International Classification of Diseases, Revision 6 (1948)*, Geneva, WHO (Versão eletrônica).

Disponível em: <http://www.wolfbane.com/icd/icd6h.htm>

Instituições e documentos institucionais consultados on-line

Administração Regional de Saúde da Região Centro, Vigilância da gravidez, ARS Centro, Ministério da Saúde.

Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/circuitos/Paginas/vigilanciagravidez.aspx>

Associação Portuguesa pela Humanização do Parto, Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) no Atendimento ao Parto Normal, Humpar (On-line).

Disponível em: <http://www.humpar.org/recomendacedilolildees-da-oms-no-atendimento-ao-parto-normal.html>

Biblioteca Cochrane.

Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org>

Cismef.

Disponível em: <http://www.chu-rouen.fr/ssf/tech/mortalitematernelle.html>

Direcção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC), Ministério da Educação e Ciência.

Disponível em: <http://www.dgeec.mec.pt>

Ordem dos Enfermeiros (2013), *Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Versão eletrônica).

Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/EspecializacaoEnfermagemSaudeMaternaObstetrica.aspx>

Organização Mundial de Saúde

Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>

Primal Health Research Databank

Disponível em: <http://www.primalhealthresearch.com>

Sverigesradio

Disponível em: <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=2054&artikel=3826444>

Filmes / Entrevistas

Aroso, Albino (2011), entrevista no âmbito do documentário “Nascido para viver”, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Disponível em: <https://ffms.pt/evento/247/nascido-para-viver>

Baptista Pereira, António (2011), entrevista no âmbito do documentário “Nascido para viver”, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Disponível em: <https://ffms.pt/evento/248/nascido-para-viver>

Calado, Beatriz (2011), entrevista no âmbito do documentário “Nascido para viver”, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Disponível em: <https://ffms.pt/evento/245/nascido-para-viver>

Graça, Luís M. (2011), entrevista no âmbito do documentário “Nascido para viver”, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Disponível em: <https://ffms.pt/evento/251/nascido-para-viver>

Odent, Michel (2010), entrevista no programa televisivo *Entre Nós*, (Online), Lisboa, SIC.

Disponível em: <http://maternar.webnode.com/products/d/>

Legislação

Decreto-Lei n.º 32171/1942 de 29 de Julho, Diário da República n.º 175/42, I Série, Ministério da Justiça.

Decreto-Lei n.º 131/95 de 6 de Junho, Diário da República n.º 131/95, I Série - A, Ministérios das Finanças e da Justiça.

Decreto Regulamentar n.º 8/89 de 17 de Março, Diário da República n.º 64/89, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 1/91 de 1 de Fevereiro, Diário da República n.º 27/91, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 6/91 de 20 de Junho, Diário da República n.º 139/91, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 20/91 de 6 de Julho, Diário da República n.º 114/91, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho de 6 de Julho, Diário da República n.º 154/94, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 7/96 de 6 de Fevereiro, Diário da República n.º 31/96, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 5411/97 de 6 de Agosto, Diário da República n.º 180/97, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 4359/98 de 13 de Março, Diário da República n.º 61/98, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 12917/98 de 27 de Julho, Diário da República n.º 171/98, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 10325/99 de 26 de Maio, Diário da República n.º 122/99, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 3305/2003 de 18 de Fevereiro, Diário da República n.º 41/2003, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 24256/2003 de 17 de Dezembro, Diário da República n.º 290/2003, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 24257/2003 de 17 de Dezembro, Diário da República n.º 290/2003, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 17283/2005 de 11 de Agosto, Diário da República n.º 154/2005, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 21929/2009 de 1 de Outubro, Diário da República n.º 191/2009, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 9872/2010 de 11 de Junho, Diário da República n.º 112/2010, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 17595/2010 de 23 de Novembro, Diário da República n.º 227/2010, II Série, Ministério da Saúde.

Despacho n.º 3482/2013 de 5 de Março; Diário da República n.º 45/2013, II Série, Ministério da Saúde.

Lei n.º 4/84 de 5 de Abril, Diário da República n.º 81/84, I Série, Assembleia da República.

Lei n.º 142/99 de 31 de Agosto, Diário da República n.º 203/99, I Série – A, Assembleia da República.

Lei n.º 22/2008 de 13 de Maio, Diário da República n.º 92/2008, I Série, Assembleia da República.

ANEXOS

Quadro 1. Mulheres fecundas em função da Evolução da duração da gravidez (%), 1988-2011, Portugal*

Anos	Duração da gravidez (em semanas)						Duraçã o ignora da
	< 22	22 a 27	28 a 31	32 a 36	37 a 41	+ de 41	
1988	0	0,2	0,5	13,7	81,1	1,9	2,6
1989	0	0,2	0,4	12	82,3	2,3	2,9
1990	0	0,2	0,5	11,3	83,6	2,4	2
1991	0	0,2	0,6	10,3	84,6	2,5	1,8
1992	0	0,2	0,5	7,8	86,8	2,6	2,1
1993	0	0,2	0,5	7,1	87,7	2,6	1,8
1994	0	0,2	0,5	7,5	87,7	2,3	1,7
1995	0	0,2	0,5	5,6	88,9	2,1	2,6
1996	0	0,3	0,6	5,9	89,8	1,7	1,6
1997	0	0,4	0,5	5,8	90,3	1,8	1,2
1998	0	0,3	0,6	5,7	90,7	1,6	1
1999	0	0,3	0,6	5,2	91,3	2,4	0,3
2000	0	0,2	0,6	5,1	91,9	2,1	0,2
2001	0	0,2	0,5	4,9	92,4	1,8	0,2
2002	0	0,3	0,6	5,6	89,8	3,6	0,2
2003	0	0,2	0,6	6,1	87,1	5,8	0,2
2004	0	0,3	0,7	5,8	87,2	5,9	0,1
2005	0	0,3	0,6	5,7	89,6	3,7	0,1
2006	0	0,2	0,6	7	89	3	0,1
2007	0	0,3	0,8	8	88,4	2,4	0,1
2008	0	0,2	0,8	7,9	87,5	2,6	1
2009	0	0,2	0,8	7,7	88,8	2,3	0,1
2010	0	0,2	0,8	6,6	91,7	0,5	0,2
2011	0	0,3	0,7	6,5	92,1	0,2	0,2

Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2011, cedida por INE

*Quadro referente às figuras 10.15 e 10.16

Quadro 2. Mulheres fecundas em função do local de nascimento (%), 1988-2011, Portugal*

Anos	Local de nascimento		
	Domicílio	Hospital	Outro
1988	7,6	92,3	0,1
1989	6	93,9	0,1
1990	4,4	95,5	0,1
1991	3,4	96,5	0,1
1992	2,6	97,3	0,1
1993	1,7	98,2	0,1
1994	1,1	98,8	0,1
1995	1,1	98,8	0,1
1996	1,6	98,3	0,1
1997	1	98,9	0,1
1998	0,8	99,2	0,1
1999	0,6	99,3	0,1
2000	0,4	99,5	0,1
2001	0,4	99,2	0,3
2002	0,7	99,2	0,1
2003	0,5	99,4	0,1
2004	0,4	99,5	0,1
2005	0,4	99,5	0,1
2006	0,6	99,3	0,1
2007	1	98,9	0,1
2008	0,9	98,1	1,1
2009	0,7	99,1	0,2
2010	0,8	99	0,2
2011	0,8	99	0,2

Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

*Quadro referente às figuras 10.17. e 10.18.

Quadro 3. Número de nados-vivos ocorridos no domicílio e noutro local e índices de base 100, 1988-2011, Portugal

Anos	Local de nascimento					
	Domicílio	Índice base 100 (ano base 1988) - Dom.	Índice base 100 (ano base anterior) - Dom.	Outro local (OL)	Índice base 100 (ano base 1988) - OL	Índice base 100 (ano base anterior) - OL
1988	9325	100	100	132	100	100
1989	7127	76,43	76,43	130	98,48	98,48
1990	5099	54,68	71,54	132	100,00	101,54
1991	3914	41,97	76,76	143	108,33	108,33
1992	2961	31,75	75,65	111	84,09	77,62
1993	1886	20,23	63,69	119	90,15	107,21
1994	1148	12,31	60,87	137	103,79	115,13
1995	1167	12,51	101,66	158	119,70	115,33
1996	1737	18,63	148,84	119	90,15	75,32
1997	1124	12,05	64,71	99	75,00	83,19
1998	853	9,15	75,89	98	74,24	98,99
1999	646	6,93	75,73	135	102,27	137,76
2000	488	5,23	75,54	128	96,97	94,81
2001	505	5,42	103,48	376	284,85	293,75
2002	751	8,05	148,71	111	84,09	29,52
2003	579	6,21	77,10	123	93,18	110,81
2004	454	4,87	78,41	133	100,76	108,13
2005	481	5,16	105,95	91	68,94	68,42
2006	682	7,31	141,79	90	68,18	98,90
2007	980	10,51	143,70	103	78,03	114,44
2008	892	9,57	91,02	1109	840,15	1076,70
2009	735	7,88	82,40	196	148,48	17,67
2010	832	8,92	113,20	178	134,85	90,82
2011	761	8,16	91,47	222	168,18	124,72

Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

*Quadro referente às figuras 10.19 e 10.20.

Quadro 4. Número de nados-vivos e índices de base 100, 1988-2011, Portugal

Anos	Nados-vivos	Índice base 100 (ano base 1988) - Nv totais	Índice base 100 (ano base anterior) - Nv totais
1988	122121	100	100
1989	118560	97,08	97,08
1990	116383	95,30	98,16
1991	116415	95,33	100,03
1992	115018	94,18	98,80
1993	114030	93,37	99,14
1994	109287	89,49	95,84
1995	107184	87,77	98,08
1996	110363	90,37	102,97
1997	113047	92,57	102,43
1998	113510	92,95	100,41
1999	116038	95,02	102,23
2000	120071	98,32	103,48
2001	112825	92,39	93,97
2002	114456	93,72	101,45
2003	112589	92,19	98,37
2004	109356	89,55	97,13
2005	109457	89,63	100,09
2006	105514	86,40	96,40
2007	102567	83,99	97,21
2008	104675	85,71	102,06
2009	99576	81,54	95,13
2010	101507	83,12	101,94
2011	96993	79,42	95,55

Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados dos nados-vivos, 1988-2010, cedidas por INE

*Quadro referente às figuras 10.19. e 10.20.

Quadro 5. Mulheres fecundas em função da Evolução da assistência no nascimento (%), 1988-2011, Portugal

Anos	Assistência					
	Médico	Enfermeira parteira	Enfermeira não parteira	Outra	Sem assistência	Assistência ignorada
1988	53,3	43,3	1,1	1,9	0,4	0
1989	56,1	41	1,2	1,3	0,3	0
1990	61,2	35,9	0,8	1,8	0,3	0
1991	62,3	35,7	0,9	0,8	0,2	0
1992	63,3	35,1	0,8	0,6	0,2	0
1993	64,9	33,6	0,7	0,5	0,2	0
1994	65,7	33,1	0,7	0,4	0,1	0
1995	67,1	32	0,3	0,4	0,1	0
1996	68,2	30,8	0,4	0,5	0,1	0
1997	68,5	30,7	0,3	0,3	0,1	0
1998	69,8	29,5	0,4	0,2	0,1	0
1999	70,4	29	0,3	0,2	0	0
2000	69,4	30,1	0,3	0,1	0,1	0
2001	67,8	31,8	0,2	0,1	0,1	0,1
2002	69,7	29,9	0,2	0,1	0,1	0
2003	72,8	26,8	0,2	0,1	0,1	0
2004	73,8	25,8	0,3	0,1	0	0
2005	74,9	24,8	0,2	0,1	0	0
2006	71,7	28,1	0,1	0,1	0	0
2007	67,9	31,6	0,4	0,1	0	0
2008	67,3	31,1	0,5	0,1	0	0,9
2009	67,5	32	0,4	0,1	0	0
2010	66,3	33,2	0,4	0,1	0	0
2011	67,4	32,1	0,4	0,1	0	0

Fonte: Cálculos próprios a partir de Bases de dados nados-vivos, 1988-2011, cedidas por INE

*Quadro referente à figura 10.21.

Quadro 6. Total de hospitais com partos (n.º), por regiões, Portugal, 1994-2010

Anos	Portugal	Continente	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	RAA	RAM
1994	93	85	35	22	20	5	3	4	4
1995	93	85	35	23	20	5	2	4	4
1996	98	90	37	24	20	5	4	4	4
1997	89	81	35	22	16	4	4	4	4
1998	88	80	34	22	16	4	4	4	4
1999	73	66	32	16	14	2	2	4	3
2000	81	73	36	15	14	5	3	4	4
2001	81	74	35	15	16	5	3	4	3
2002	83	75	35	15	17	5	3	4	4
2003	81	73	35	15	15	5	3	4	4
2004	81	73	35	15	15	5	3	4	4
2005	81	73	35	15	15	5	3	4	4
2006	81	73	35	14	16	5	3	4	4
2007	73	65	28	13	17	4	3	4	4
2008	72	64	27	13	17	4	3	4	4
2009	71	63	26	13	17	4	3	4	4
2010	72	65	30	12	17	4	2	3	4

Fonte: Inquérito aos Hospitais, INE

*Quadro referente às figuras 10.26. e 10.27.

Quadro 7. Evolução dos partos hospitalares em Portugal (%), segundo a natureza institucional do hospital (público ou privado), por regiões, 1988-2010

Anos	Portugal		Continente		Norte		Centro		Lisboa		Alentejo		Algarve		RAA		RAM	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
1988	92,66	7,34	92,54	7,46	94,17	5,83	96,71	3,29	86,44	13,56	100	0	100	0	95,93	4,07	93,82	6,18
1989	93,94	6,06	93,79	6,21	93,82	6,18	96,29	3,71	90,89	9,11	99,72	0,28	100	0	98,47	1,53	94,21	5,79
1990	92,52	7,48	92,33	7,67	92,1	7,9	96,51	3,49	88,56	11,44	99,93	0,07	100	0	97,81	2,19	93,08	6,92
1991	92,35	7,65	92,19	7,81	92,44	7,56	96,26	3,74	88,15	11,85	99,84	0,16	98,87	1,13	96,18	3,82	93,95	6,05
1992	93,32	6,68	93,33	6,67	92,68	7,32	97,02	2,98	90,84	9,16	100	0	99,24	0,76	94,24	5,76	91,93	8,07
1993	94,35	5,65	94,35	5,65	93,55	6,45	97,53	2,47	92,56	7,44	100	0	99,27	0,73	95,68	4,32	92,91	7,09
1994	94,26	5,74	94,23	5,77	93,04	6,96	97,9	2,1	92,63	7,37	100	0	99,69	0,31	97,19	2,81	91,93	8,07
1995	94,37	5,63	94,34	5,66	93,26	6,74	98,34	1,66	92,5	7,5	100	0	100	0	96,11	3,89	93,31	6,69
1996	94,55	5,45	94,58	5,42	93,85	6,15	98,36	1,64	92,5	7,5	100	0	99,31	0,69	97,05	2,95	90,6	9,4
1997	94,29	5,71	94,31	5,69	93,37	6,63	98,45	1,55	92,43	7,57	100	0	98,53	1,47	97,41	2,59	90,15	9,85
1998	94,33	5,67	94,33	5,67	93,55	6,45	98,59	1,41	92,21	7,79	100	0	98,79	1,21	98,14	1,86	90,16	9,84
1999	94,48	5,52	94,4	5,6	94,35	5,65	98,64	1,36	91,37	8,63	100	0	100	0	98,55	1,45	92,82	7,18
2000	94,3	5,7	94,26	5,74	94,22	5,78	98,38	1,62	91,41	8,59	100	0	99,25	0,75	98,59	1,41	90,89	9,11
2001	93,62	6,38	93,48	6,52	93,57	6,43	98	2	90,22	9,78	100	0	98,9	1,1	99	1	93,11	6,89
2002	92,71	7,29	92,56	7,44	92,82	7,18	98,42	1,58	86,47	13,53	100	0	99,27	0,73	98,94	1,06	91,95	8,05
2003	91,87	8,13	91,65	8,35	92,42	7,58	98,21	1,79	84,52	15,48	100	0	98,85	1,15	99,7	0,3	91,67	8,33
2004	91,36	8,64	91,05	8,95	91,97	8,03	98,11	1,89	83,07	16,93	100	0	99,25	0,75	99,66	0,34	93,97	6,03
2005	90,61	9,39	90,33	9,67	91,17	8,83	98,11	1,89	82,17	17,83	100	0	99,03	0,97	99,49	0,51	91,32	8,68
2006	90,08	9,92	89,69	10,31	89,54	10,46	97,87	2,13	84,56	15,44	100	0	99	1	99,67	0,33	94,38	5,62
2007	89,49	10,51	89,06	10,94	89,31	10,69	98,09	1,91	83,27	16,73	100	0	99,17	0,83	99,92	0,08	95,18	4,82
2008	89,18	10,82	88,71	11,29	89,97	10,03	98,22	1,78	82,03	17,97	100	0	99,18	0,82	99,75	0,25	95,44	4,56
2009	88,61	11,39	88,07	11,93	88,85	11,15	98,57	1,43	81,19	18,81	100	0	99,94	0,06	99,96	0,04	96,87	3,13
2010	87,96	12,04	87,38	12,62	88,24	11,76	98,77	1,23	80,04	19,96	100	0	100	0	100	0	96,64	3,36

Fonte: Inquérito aos Hospitais, INE

Nota: quebra de série a partir de 1991, pela reconfiguração em termos geográficos e territoriais das NUTS II, com alargamento das regiões Alentejo e Centro e diminuição da região de Lisboa e Vale do Tejo, que perdeu subregiões para as duas anteriores regiões e mudou de designação para Lisboa (ver explicação detalhada em www.ine.pt)

*Quadro referente à figura 10.29.

Quadro 8. Frequência (%) dos nados-vivos por dia da semana, em cada mês, Portugal, 1990

Dia da semana	Meses											
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
sexta						3,0						
sábado						3,0			3,2			3,2
domingo				2,9		3,2	2,6		3			3
segunda	3,3			3,7		3,2	3,5		3,3	3,7		3,3
terça	3,2			3,5	3,1	3,7	3,5		3,6	3,1		3,9
quarta	3,4			3,6	3,3	3,5	3,3	3,7	3,7	3,2		3,6
quinta	3,6	3,7	3,4	3,4	3,6	3,4	3,3	3,2	3,5	3,4	3,1	3,3
sexta	3,1	3,5	3,3	3,3	3,5	3,4	3,3	3,3	3,6	3,3	3,1	3,3
sábado	3,3	3,5	2,9	2,9	3,2	3,4	3,4	3,0	3,1	3,1	3,2	3,2
domingo	2,9	3,4	2,8	2,7	3,0	3,0	2,7	2,9	3,2	2,7	2,9	2,9
segunda	3,7	4,1	3,3	3,4	3,2	3,3	3,4	3,2	3,4	2,8	3,5	3,3
terça	3,1	3,9	3,4	3,9	3,2	3,6	3,5	3,5	3,5	3,5	3,0	3,1
quarta	3,1	3,8	3,5	3,4	3,3	3,6	3,5	3,3	3,5	3,4	3,5	3,4
quinta	3,2	3,7	3,7	3,8	3,6	3,3	3,6	3,2	3,6	3,2	3,6	3,3
sexta	3,0	3,2	3,3	2,9	3,4	3,0	3,1	3,3	3,3	3,5	3,2	3,5
sábado	3,0	3,1	2,8	3,0	3,1	3,2	2,8	3,4	3,5	2,9	3,5	2,8
domingo	2,9	3,3	2,9	2,5	2,8	3,0	2,9	3,1	2,8	2,8	2,8	3,1
segunda	3,2	3,9	3,5	3,3	3,1	3,0	3,0	3,1	3,7	3,2	3,3	3,6
terça	3,2	3,4	3,2	3,3	3,4	3,3	3,6	3,1	3,2	3,2	3,6	3,4
quarta	3,2	3,6	3,7	3,4	3,1	3,8	3,8	2,6	3,8	3,2	3,1	3,5
quinta	3,8	3,8	3,6	3,6	3,3	3,4	3,5	3,3	3,5	3,5	3,4	3,7
sexta	3,3	3,9	3,1	3,6	3,1	3,3	3,4	3,6	2,9	3,7	3,3	3,2
sábado	3,3	3,7	3,1	3,3	3,2	3,3	3,0	3,2	3,3	3,1	3,3	3,4
domingo	3,0	3,4	2,9	3,0	2,7	3,3	2,8	2,8	2,8	2,7	3,1	2,3
segunda	3,7	3,8	3,3	3,3	3,2	3,3	3,4	3,6	3,2	3,1	3,3	2,6
terça	3,3	3,6	3,3	3,7	3,4	3,9	3,5	3,2	3,4	3,2	3,7	2,5
quarta	3,4	3,8	3,2	3,5	3,4	3,5	3,4	3,3	3,4	3,3	3,4	3,4
quinta	3,0	3,9	3,5	3,4	3,4	3,6	3,2	3,5	3,5	3,1	3,7	3,3
sexta	3,2	3,4	3,5	3,8	3,2	3,5	3,1	3,5	3,4	3,0	3,7	3,4
sábado	3,0	3,2	2,9	3,5	3,1	3,2	2,8	2,8	3,1	3,0	3,1	3,5
domingo	2,9	3,2	2,9	3,2	2,8		2,7	2,6	3,0	3,1	3,5	2,8
segunda	3,1	3,2	3,1	3,4	3,2		3,1	3,2		3,6	3,7	3,2
terça	3,3	3,1	3,5		3,5		3,1	3,5		4	3,5	
quarta	3,3	3,9	3,3		3,1			3,3		3,4	3,5	
quinta			3,1		3,5			3,6			3,3	
sexta			3,0					3,2			3,4	
sábado			3,2									

Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados nados-vivos, 1990, cedida por INE

*Quadro referente à figura 10.35.

Quadro 9. Frequência (%) dos nados-vivos por dia da semana, em cada mês, Portugal, 2010

Dia da semana	Meses											
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
sexta	2,4									3,5		
sábado	2,9				2,8					3,1		
domingo	2,4				2,8			2,6		2,6		
segunda	3,6	4,2	3,3		3,1			2,9		3,3	2,7	
terça	3,6	4,6	3,6		3,7	4,0		3,1		3,4	3,2	
quarta	4,0	3,8	3,8		3,9	3,9		3,2	3,5	3,1	3,9	3,2
quinta	3,9	3,3	3,1	3,5	3,5	3,1	3,1	3,6	3,2	3,6	3,5	3,0
sexta	4,2	3,0	3,7	3,1	3,3	3,5	3,8	3,4	3,2	3,3	3,6	3,3
sábado	3,0	3,2	2,8	2,6	2,8	3,1	2,7	2,8	2,8	3,2	3,1	2,7
domingo	2,5	2,8	2,3	2,1	2,4	2,3	2,4	2,6	2,5	3,0	2,5	2,6
segunda	3,5	3,5	3,5	2,7	3,4	3,2	2,9	3,5	3,6	2,7	3,5	3,6
terça	3,5	3,5	3,4	3,3	3,7	3,6	3,8	3,8	3,2	3,6	3,9	3,9
quarta	3,4	3,7	3	3,8	3,6	3,4	3,8	3,8	3,7	3,4	3,8	3,2
quinta	3,9	3,7	3,4	3,5	3,1	3,2	3,7	3,5	3,6	3,5	3,7	3,2
sexta	4,0	4,1	3,4	3,7	3,1	3,1	3,3	3,2	3,9	3,5	3,7	3,3
sábado	2,9	3,0	3	3,0	3,2	2,8	3,2	2,9	3,2	2,9	3,0	3,4
domingo	2,5	2,8	2,3	2,7	2,6	2,6	2,3	2,9	2,5	2,1	2,8	2,5
segunda	3,3	3,6	3,2	3,3	3,3	3,5	3,2	3,2	3,3	3,4	3,5	3,6
terça	3,7	3,4	3,3	3,7	3,9	3,4	3,7	3,6	3,9	3,6	3,5	3,5
quarta	3,6	3,6	3,6	4,0	3,4	3,9	3,4	3,9	3,8	3,6	3,9	3,7
quinta	3,4	3,9	3,6	3,9	3,4	3,3	3,6	3,4	3,7	3,4	3,9	4,0
sexta	3,7	3,9	3,5	3,6	3,4	3,7	3,3	3,1	3,8	3,4	3,0	4,1
sábado	3,1	3,6	2,9	3,1	2,7	2,9	3,0	2,9	3,1	2,6	3,3	3,1
domingo	2,7	2,9	2,9	2,6	2,1	2,4	2,6	2,1	2,6	2,6	2,8	2,9
segunda	3,3	3,4	3,1	3,2	3,3	3,2	3,3	3,3	3,5	2,8	3,4	3,5
terça	3,8	3,8	3,5	3,6	3,6	4,6	3,4	3,8	3,6	3,6	3,6	3,8
quarta	3,1	4,2	3,4	4,0	3,8	3,9	3,5	3,6	3,8	3,5	3,6	3,6
quinta	2,7	4,3	3,5	3,6	3,2	3,4	3,1	3,7	3,5	3,8	3,4	3,1
sexta	2,0	4,1	3,5	3,4	3,6	3,5	3,2	3,5	3,6	3,7	3,0	2,2
sábado	2,6	3,2	2,7	3,0	2,9	2,9	3,2	2,8	2,9	3,1	2,6	1,9
domingo	2,7	2,9	2,5	2,8	2,7	2,4	2,5	2,6	2,4	2,9	2,6	2,3
segunda			3	3,6	3,3	3,3	3,0	3,3	3,3		3,4	3,4
terça			3,8	3,5		4,2	3,9	3,6	3,8		3,7	3,5
quarta			3,5	3,8		3,7	3,3		3,4			3,5
quinta				3,4			3,2		3,4			3,4
sexta				3,7			3,7					2,8
sábado							2,9					

Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados nados-vivos, 2010, cedida por INE

*Quadro referente à figura 10.36.

Quadro 10. Assistência ao parto feita por médicos (%) em função do dia da semana, Portugal, 1990

Dia da semana	Meses											
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
sexta						64,7						
sábado						65,6			62,1			62,8
domingo				62,6		64,6	56,3		53,8			57,1
segunda	56,8			55,0		66,2	59,3		65,4	59,7		63,4
terça	56,1			61,7	63,3	62,8	61,4		61,7	62,8		64,9
quarta	61,4			57,7	62,6	63,5	61,8	61,0	63,8	62,8		63,8
quinta	61,3	61,6	60,5	61,0	61,7	68,5	61,7	57,0	65,6	58,4	58,9	64,3
sexta	59,2	59,7	57,9	65,2	64,1	67,1	59,9	59,0	63,2	60,9	68,4	61,9
sábado	58,5	58,4	62,1	57,0	60,3	64,6	57,4	55,8	56,1	58,2	65,8	62,4
domingo	56,4	55,1	60,7	58,4	60,6	61,5	55,0	50,9	59,3	60,0	61,2	64,0
segunda	59,9	60,6	59,1	59,6	59,4	62,6	59,4	56,7	62,2	62,2	62,4	62,3
terça	57,6	63,1	57,4	63,7	61,6	67,9	63,5	59,5	56,5	58,0	65,8	61,7
quarta	57,2	60,3	58,9	59,3	63,3	64,6	62,5	62,5	63,4	66,1	58,6	60,9
quinta	62,8	57,9	61,9	61,7	57,8	66,0	60,8	60,9	56,1	63,3	65,9	65,0
sexta	61,3	55,6	64,2	69,4	61,9	63,7	64,8	62,5	58,4	59,6	66,2	63,8
sábado	56,6	59,0	63,2	62,3	62,5	69,2	58,6	56,5	56,9	62,7	66,8	67,8
domingo	54,5	56,9	59,6	56,0	61,5	60,2	59,0	55,3	57,9	57,4	65,3	64,1
segunda	57,2	55,9	54,5	61,4	58,4	59,9	60,2	63,0	56,4	57,4	66,7	62,3
terça	61,1	58,3	59,0	62,0	58,9	64,8	57,9	59,3	59,7	55,4	63,4	64,7
quarta	65,2	64,6	62,2	61,3	57,1	70,5	60,3	61,8	64,6	60,1	63,9	63,9
quinta	63,2	56,2	64,3	63,2	64,9	69,1	62,5	58,5	62,3	61,3	64,6	64,9
sexta	56,2	60,3	67,5	65,1	63,2	62,3	65,1	68,4	61,5	60,6	64,3	65,5
sábado	55,3	57,9	57,0	67,6	63,8	70,4	61,6	58,4	57,7	58,7	58,2	59,4
domingo	55,8	60,1	58,6	58,5	65,2	64,5	60,8	55,6	60,0	56,4	60,9	57,9
segunda	59,9	62,1	59,7	66,3	61,3	59,6	57,2	62,0	57,5	59,2	64,8	59,7
terça	53,8	57,9	65,1	69,4	61,5	66,8	60,8	63,1	61,1	56,8	62,1	57,3
quarta	62,8	62,5	64,0	63,9	63,2	66,3	63,4	59,5	59,2	59,2	63,7	62,5
quinta	63,3	61,9	62,4	66,5	64,0	64,6	58,8	58,1	61,8	54,1	61,4	59,3
sexta	57,5	64,2	63,9	66,4	58,4	62,8	58,3	64,8	59,8	58,0	59,6	65,1
sábado	58,3	60,0	63,8	62,2	59,1	63,2	57,7	56,9	64,4	60,2	59,9	63,4
domingo	60,0	59,7	58,2	56,3	60,9		59,7	57,1	59,9	62,5	63,6	61,9
segunda	60,8	56,2	58,6	59,1	62,5		65,4	60,4		55,8	58,2	59,3
terça	53,8	52,6	63,0		65,2		57,5	55,4		63,2	65,3	
quarta	57,4	61,0	60,0		61,9			62,4		66,5	62,5	
quinta			59,3		65,3			58,8			67,9	
sexta			60,1					64,2			62,8	
sábado			58,6									

Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados nados-vivos, 1990, cedida por INE

*Quadro referente à figura 10.37.

Quadro 11. Assistência ao parto feita por médicos (%) em função do dia da semana, Portugal, 2010

Dia da semana	Meses											
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
sexta	59,5									67,7		
sábado	63,0				66,8					68,2		
domingo	61,2				57,4			65,5		65,3		
segunda	65,0	62,3	67		63,6			63,4		70,3	63,8	
terça	64,7	69,2	71,9		61,8	70,3		70,4		65,3	68,1	
quarta	61,3	70,5	62,9		63,3	76,2		68,6	62,5	69,7	66,4	70,4
quinta	60,6	71,5	69,6	58,5	66,4	70,7	69,3	64,5	57,3	69,0	64,3	67,8
sexta	57,6	71,0	67,8	64,9	63,0	67,8	64,0	69,8	56,3	67,4	66,9	68,4
sábado	70,2	68,4	64,3	64,4	67,8	66,1	59,7	73,0	64,2	65,2	66,5	57,9
domingo	70,8	66,2	67,4	56,7	64,1	62,6	57,4	59,5	62,7	59,8	63,9	58,7
segunda	70,3	73,2	67	61,3	61,5	68,3	62,7	72,7	64,9	64,9	63,7	64,4
terça	69,3	76,0	70,7	65,5	71,5	66,7	70,4	71,2	68,6	70,4	65,9	63,9
quarta	70,6	64,0	75,7	57,3	71,4	71,3	69,1	72,6	71,7	67,8	64,8	64,2
quinta	69,0	59,8	72,7	56,2	68,0	67,3	66,0	71,3	70,5	70,9	66,7	66,5
sexta	70,8	64,3	64,4	64,3	67,3	65,5	66,8	65,9	66,5	68,0	63,9	66,9
sábado	64,2	65,7	70,9	73,7	61,7	67,4	61,0	63,9	66,0	66,7	62,3	59,3
domingo	67,3	60,6	60,1	66,5	63,1	64,5	65,3	67,5	58,5	58,8	54,8	67,0
segunda	69,9	68,5	69,5	67,8	69,1	70,8	63,3	70,2	65,7	63,0	70,8	64,7
terça	67,7	68,3	67,8	68,5	67,9	68,7	66,2	74,1	67,4	63,7	57,1	74,6
quarta	72,3	71,0	68,9	70,9	73,5	68,8	61,7	77,0	65,7	64,8	62,6	67,0
quinta	69,3	69,5	71,2	72,0	71,9	64,3	65,6	70,6	63,1	65,6	67,8	67,2
sexta	63,0	66,9	67,2	67,4	71,5	68,4	65,2	65,9	69,1	66,7	64,4	67,9
sábado	66,0	62,4	62,8	63,0	64,0	67,5	63,4	68,8	70,6	67,9	67,1	68,1
domingo	64,5	59,8	65,6	66,5	61,8	70,4	63,7	61,6	70,2	59,7	61,5	69,3
segunda	65,8	69,1	65,7	71,8	62,8	66,2	61,4	63,8	67,2	67,8	67,8	67,9
terça	69,6	65,7	64,2	67,8	64,5	63,2	73,5	71,1	72,1	66,2	73,0	70,0
quarta	71,3	62,8	74	67,8	64,1	65,2	69,1	60,4	75,6	67,6	64,1	65,0
quinta	69,2	61,7	62,3	67,0	69,7	64,2	65,3	71,4	72,2	67,3	64,6	63,4
sexta	61,0	66,4	59,7	68,6	61,6	63,6	67,6	69,2	64,4	64,0	66,7	59,3
sábado	63,9	68,1	67,1	66,1	67,1	64,9	68,7	60,2	67,0	59,1	61,9	61,5
domingo	62,9	60,7	55,9	60,2	57,6	61,0	66,7	57,0	59,7	62,2	63,4	62,3
segunda			62,8	64,7	72,3	63,6	70,5	68,3	67,8		62,7	69,6
terça			70,5	65,0		70,6	73,8	67,1	63,4		65,6	59,5
quarta			61,2	68,0		67,9	68,1		60,4			55,9
quinta				67,2			66,1		65,9			66,0
sexta				64,0			68,3		66,1			68,4
sábado							64,6					

Fonte: Cálculos próprios a partir de Base de dados nados-vivos, 2010, cedida por INE

*Quadro referente à figura 10.38.

