

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

**A INFLUÊNCIA DOS FACTORES AMBIENTAIS NA
MATERNIDADE NO CONCELHO DE ÉVORA**

- O Caso Particular do Meio Rural

ELABORADO POR:

MARIA OTÍLIA BRITES ZANGÃO

ORIENTADO POR:

PROFº DR. J. MANUEL NAZARETH

ÉVORA

2003

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

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

A INFLUÊNCIA DOS FACTORES AMBIENTAIS NA MATERNIDADE NO CONCELHO DE ÉVORA

- O Caso Particular do Meio Rural



169 897
ELABORADO POR:

MARIA OTÍLIA BRITES ZANGÃO

ORIENTADO POR:

PROFº DR. J. MANUEL NAZARETH

ÉVORA

2003

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

Maria Otília Brites Zangão

**Dissertação apresentada para a obtenção do grau
de mestre em ecologia humana**

ABREVIATURAS / SIGLAS

ACIU – Atraso de Crescimento Intra Uterino

CAE – Centro de Área Educativa

Dr. – Doutor

ESESJD – Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

ESMO – Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Fls. – Folhas

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTA – Hipertensão Arterial

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

INE – Instituto Nacional de Estatística

NE – Nordeste

Nº - Numero

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais

OMS – Organização Mundial de Saúde

Pág. – Página

PIB – Produto Interno Bruto

PIDDEV – Plano integrado de Desenvolvimento do Distrito de Évora

PDM – Plano Director Municipal

RN – Recém Nascido

Sr.^a - Senhora

SA – Sociedade Anónima

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

SW - Sudeste

Para exprimir numa só palavra esta
sublime e deliciosa poesia: desde o
berço, a mulher é mãe,
apaixonadamente maternal.
Para ela, tudo o que é natureza, viva e
até não viva, se transforma em filhos
pequeninos.

Jules Michelet, *La Femme* (Barbaut, 75: 1990)

A todos os que de alguma forma contribuíram para a consecução deste trabalho, em especial ao Vítor e ao Gonçalo, pelo apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

- ✿ A todos os que contribuíram para a realização deste estudo, em especial às utentes inquiridas pela sua colaboração;
- ✿ Ao Professor Dr. J. Manuel Nazareth pela orientação empenhada, pela disponibilidade do seu saber;
- ✿ À Professora Margarida Sim Sim, pela coorientação, disponibilidade, sugestões e conselhos preciosos;
- ✿ A todos os organismos necessários para a recolha de dados e informações;
- ✿ Ao HESE por ter permitido a recolha de informação;
- ✿ Aos meus pais pelo apoio incondicional e que suportaram a minha existência durante a construção deste trabalho.

RESUMO

O nascimento de uma criança é um marco fundamental na vida de qualquer casal/família, especialmente na vida de cada mulher.

A realização deste trabalho de investigação sobre a influência dos factores ambientais na maternidade, no âmbito da ecologia humana é justificada pelo facto de haver um envelhecimento da população a nível nacional e em particular a nível das áreas rurais no concelho de Évora. Por outro lado, a abordagem desta problemática surgiu também no âmbito da experiência profissional desenvolvida.

Os profissionais de enfermagem devem estar despidos e disponíveis para compreender as práticas de saúde das diferentes culturas, de modo a poderem prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

A questão central do nosso estudo é a seguinte:

↳ De que modo o ambiente influencia o comportamento da mulher na vivência da maternidade?

O nosso trabalho tem como objectivos:

- ☆ Analisar o tipo de interacções existente entre os factores ambientais e a maternidade;
- ☆ Identificar a influência do meio rural na maternidade;
- ☆ Compreender qual o significado da maternidade para algumas mulheres pertencentes ao meio rural.

Será um trabalho que segue uma metodologia quantitativa. Iremos realizar um estudo descritivo – correlacional. Temos três tipos de variáveis:

- ◇ Variável A – Factores ambientais
- ◇ Variável B – Vivência da maternidade
- ◇ Variável C – meio rural

Formulámos ainda quatro questões de investigação e que são as seguintes:

- ❖ Existe diferença na vivência da maternidade conforme a idade;
- ❖ Existe uma relação positiva entre o ambiente e o número de filhos;
- ❖ Qual a intensidade da relação que existe entre o gozo da licença de maternidade e a profissão;

❖ Quais os principais factores que interferem na vivência da maternidade.

A nossa amostra é não – probabilística acidental e é constituída por todas as mulheres em idade fértil pertencentes a freguesias até 1999 habitantes do concelho de Évora, que recorreram ao Serviço de Obstetrícia do HESE durante os meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2003.

Foi aplicado o questionário a 30 sujeitos durante o período definido.

No tratamento e análise dos dados recorremos ao uso da estatística descritiva, utilizámos distribuições de frequências, assim como medidas de tendência central (média, mediana e a moda) e de dispersão (desvio padrão). Utilizámos ainda estatística comparativa (teste do Qui Quadrado e o teste de Phi) e de correlação (coeficiente de correlação r de pearson).

Em relação à vivência da maternidade conforme a idade não se verificou probabilidade de relação e o grau de associação é fraco. A correlação existente é baixa.

No que concerne à relação entre o ambiente e o número de filhos também não há probabilidade de relação e o grau de associação é fraco. Existe uma correlação moderada negativa.

No entanto entre a licença de maternidade e a profissão existe probabilidade de relação, mas o grau de associação é fraco. O nível de correlação é muito alto.

Após a análise dos dados verificámos que os principais factores que interferem na vivência da maternidade no meio rural são factores físicos, sociais e psicológicos devido à complexidade que é a maternidade. Pois a relação mãe/filho e toda a sua envolvente criam emoções e condições psicológicas que afectam a vida de qualquer casal.

Sendo assim é importante que as condições sociais e económicas estejam bem estabelecidas para que não se verifique uma crise familiar.

A chegada de uma criança altera as rotinas da família e poderá desequilibrar a vivência do período a que nos chamamos de maternidade.

Em estudos posteriores, poderá ser aprofundado quais são estes factores, pois já há uma base para a realização do trabalho e a colocação de hipóteses.

SUMMARY

The birth of a child is a fundamental mark in any couple/ family's life, especially in every woman's life.

The realization of this investigation work on the influence of environmental factors in maternity, in the ambit human ecology is justified by the fact that the population is aging nation wide and in particular un the rural areas of the district of Evora . On the other hand, this problematic's approach also arose in the sphere of the professional experience developed.

The nursing professional should be awake and available to understand the medical practices of the different cultures, in order to perform quality nursing care.

The main question of our study is the following:

- ⊕ In what way does the environment influence the woman's behaviour throughout motherhood?

Our work has as objectives:

- ⊗ Analyse the type of existing interactions between environmental factors and maternity;
- ⊗ Identify the influence of the rural environment on maternity;
- ⊗ Understand the meaning of maternity for some women belonging to the rural environment.

This will be a work which follows a quantitative methodology. We will carry out a descriptive study – correlational. We have three types of variables:

- Variable A – Environmental factors
- Variable B – Maternity experience
- Variable C – Rural environment

Four investigation questions were formulated, which are the following:

- ☑ Is there difference in maternity experience according to the age;
- ☑ Is there a positive relationship between the environment and number of children;
- ☑ What is the intensity of the relationship that exists between the enjoyment of maternity leave and the profession;

Which are the main factors that interfere in the maternity experience.

Our sample is non – probabilistic accidental and it constitutes on all women in fertile age belonging to parishes from the district of Evora with no more than 1999 inhabitants, who resorted to HESE's Obstetrics Service during the months of January, February and March 2003.

The questionnaire was applied to 30 subjects during the definite period.

In the treatment and analysis of the data we resorted to the use of descriptive statistics, used distributions of frequencies, as well as measures of central tendency (medium, median and the mode) and of dispersion (pattern deflection). We also used comparative (square Qui test and Phi test) and correlation statistics (correlation coefficient r pearson).

With regard to the maternity experience according to age, ratio probability was not verified and the association degree is weak. The existing correlation is low.

Regarding the relation between the environment and number of children, there is also no ratio probability and the association degree is weak. A negative moderate correlation does exist.

However, between maternity leave and profession, ratio probability exists but, the association degree is weak. The level of correlation is very high.

Upon the data analysis, we verified that the main factors which interfere with motherhood in the rural environment are physical, social and psychological factors due to the complexity that is maternity. As the relationship mother/child and the whole involving create emotions and psychological conditions that affect the life of any couple.

This being, it is important that the social and economical conditions are well established so that a family crisis does not take place.

The arrival of a child alters the family routines and it might unbalance the way of living of the period we call maternity.

In following studies, we could examine thoroughly what are these factors, as there is already a base to carry out the work and to place hypothesis.

	Fls.
3.1 – TIPO DE ESTUDO	92
3.2 – VARIÁVEIS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	92
3.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	93
3.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO	95
3.5 – TESTAR O INSTRUMENTO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO	96
3.6 – PROCEDIMENTOS DA RECOLHA DE INFORMAÇÃO	97
3.7 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	98
3.8 – TRATAMENTO DOS DADOS	98
4 – <u>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</u>	99
4.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	99
4.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A HISTÓRIA OBSTETRICA	110
4.3 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO OS FACTORES QUE INTERFEREM NA MATERNIDADE	116
4.4 – FACTORES AMBIENTAIS QUE PODEM INFLUENCIAR A VIVÊNCIA DA MATERNIDADE NO MEIO RURAL	128
5 – <u>CONCLUSÕES</u>	133
6 – <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	138
ANEXOS	144
ANEXO I – Convite á participação no estudo	145
ANEXO II – Questionário – Instrumento de colheita de dados	147
ANEXO III – Pedido de autorização ao HESE	153

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Fls.
GRÁFICO 1 – Representação gráfica dos valores da precipitação registados na estação meteorológica de Évora (2000 e 2001)	46
GRÁFICO 2 – Representação gráfica dos valores das temperaturas médias registadas na estação meteorológica de Évora nos anos de 2000 e 2001	48
GRÁFICO 3 – Representação gráfica dos valores médios das temperaturas máximas registadas na estação meteorológica de Évora nos anos 2000 e 2001...	49
GRÁFICO 4 - Representação gráfica dos valores médios das temperaturas mínimas registadas na estação meteorológica de Évora nos anos 2000 e 2001...	50
GRÁFICO 5 – Representação gráfica dos valores médios das horas de insolação nos anos 2000 e 2001	51
GRÁFICO 6 – Pirâmide de idades – lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora – 1991	62
GRÁFICO 7 - Pirâmide de idades – lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora – 2001	62
GRÁFICO 8 – Relação de masculinidade em lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora – 1991	66
GRÁFICO 9 - Relação de masculinidade em lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora – 2001	67
GRÁFICO 10 – Grupos funcionais em lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora – 1991 e 2001	70
GRÁFICO 11 - Representação da amostra segundo o grupo etário	100
GRÁFICO 12 – Representação da amostra por freguesias	102
GRÁFICO 13 – Representação da amostra por tipo de habitação	103
GRÁFICO 14 – Representação da amostra segundo o tempo que vive na freguesia .	104
GRÁFICO 15 – Representação da amostra segundo o estado civil	105
GRÁFICO 16 – Representação da amostra segundo as habilitações literárias	106
GRÁFICO 17 – Representação da amostra segundo a profissão	108
GRÁFICO 18 – Representação da amostra segundo o local onde trabalham	109

SUMÁRIO

	Fls.
O – <u>INTRODUÇÃO</u>	18
1 – <u>OBJECTIVOS DO ESTUDO</u>	22
2 – <u>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	23
2.1 – ECOLOGIA GERAL E MATERNIDADE	23
2.2 – ECOLOGIA HUMANA E MATERNIDADE	31
2.3 – AMBIENTE E MATERNIDADE	36
2.4 – CARACTERIZAÇÃO ECOLÓGICA E DEMOGRÁFICA DO CONCELHO DE ÉVORA (MEIO RURAL)	40
2.4.1 – <u>Caracterização biofísica</u>	43
2.4.1.1 – Geologia	43
2.4.1.2 – Recursos minerais	44
2.4.1.3 – Clima	44
2.4.1.4 – Relevo	53
2.4.1.5 – Recursos hídricos	53
2.4.1.6 – Solo	54
2.4.1.7 – Flora e vegetação	54
2.4.1.8 – Fauna e recursos faunísticos	56
2.4.2 – <u>Caracterização demográfica</u>	56
2.4.3 – <u>Caracterização social / cultural / económica</u>	75
2.5 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À GRÁVIDA NO HESE	81
2.5.1 – <u>Sala de partos</u>	83
2.5.1.1 – Estrutura física e recursos materiais	85
2.5.1.2 – Recursos humanos e orgânica funcional	86
2.5.2 – <u>Grávidas patológicas</u>	87
2.5.3 – <u>Internamento de puerperas</u>	88
2.5.4 – <u>Consulta externa de obstetrícia</u>	89
3 – <u>METODOLOGIA</u>	90

	Fls.
GRÁFICO 19 – Representação da amostra segundo o numero de filhos	111
GRÁFICO 20 – Representação da amostra segundo o numero de abortos	112
GRÁFICO 21 – Representação da amostra segundo o tipo de parto	113
GRÁFICO 22 – Representação da amostra segundo o planeamento da gravidez	114
GRÁFICO 23 – Representação da amostra segundo o numero de consultas realizado	115
GRÁFICO 24 – Representação da amostra segundo o local onde ia às consultas	116
GRÁFICO 25 – Representação da amostra segundo o acompanhamento nas consultas	117
GRÁFICO 26 – Representação da amostra segundo o tipo de atendimento nas consultas	118
GRÁFICO 27 – Representação da amostra segundo o tipo de atendimento no hospital	119
GRÁFICO 28 – Representação da amostra segundo as expectativas para o parto	120
GRÁFICO 29 – Representação da amostra segundo o porquê da expectativa para o parto....	121
GRÁFICO 30 – Representação da amostra segundo as expectativas em relação à vivência da Maternidade	123
GRÁFICO 31 – Representação da amostra segundo o tipo de ajudas que vai ter em casa	124
GRÁFICO 32 – Representação da amostra segundo o local onde deixa os filhos	125
GRÁFICO 33 - Representação da amostra segundo a licença de maternidade	126
GRÁFICO 34 – Representação da amostra segundo a opinião da amamentação	127

ÍNDICE DE MAPAS

	Fls.
MAPA 1 - Tipologia das freguesias do concelho de Évora	42
MAPA 2 – Variação da população residente em Portugal – 1991 e 2001	57
MAPA 3 – Variação da população residente em Portugal – 1991 e 2001	58
MAPA 4 – Variação da população residente no concelho de Évora em 1991 e 2001..	60
MAPA 5 - Índice de envelhecimento em Portugal – 2001	73

ÍNDICE DE QUADROS

	Fls.
QUADRO 1 – Valores de precipitação registados na estação meteorológica de Évora (2000 e 2001)	45
QUADRO 2 – Temperaturas médias registadas na estação meteorológica de Évora nos anos 2000 e 2001	47
QUADRO 3 – Valores médios das temperaturas máximas registadas na estação meteorológica de Évora nos anos 2000 e 2001	48
QUADRO 4 - Valores médios das temperaturas mínimas registadas na estação meteorológica de Évora nos anos 2000 e 2001	49
QUADRO 5 – Valores médios das horas de insolação durante os anos 2000 e 2001..	50
QUADRO 6 - Evolução da população residente na região Alentejo e no concelho de Évora	59
QUADRO 7 – Evolução demográfica (População residente)	59
QUADRO 8 – Evolução da taxa de natalidade	63
QUADRO 9 – Taxa de fecundidade	64
QUADRO 10 – Relação de masculinidade	65
QUADRO 11 – Relação de masculinidade em lugares até 1999 habitantes	66
QUADRO 12 – Taxa de mortalidade geral	68
QUADRO 13 – Grupos funcionais para lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora	70
QUADRO 14 – Índices de dependência e de envelhecimento	71
QUADRO 15 – Índice de renovação da população em idade activa	72
QUADRO 16 – Índice de tendência	74
QUADRO 17 – Desemprego no concelho de Évora	75
QUADRO 18 – Parque escolar do concelho de Évora	78
QUADRO 19 – Movimento da sala de partos	84

ÍNDICE DE TABELAS

	Fls.
TABELA 1 – Distribuição da amostra segundo o grupo etário	99
TABELA 2 – Distribuição da amostra por freguesias	101
TABELA 3 – Distribuição da amostra por tipo de habitação	102
TABELA 4 – Distribuição da amostra segundo o tempo que vive na freguesia	103
TABELA 5 – Distribuição da amostra segundo o estado civil	104
TABELA 6 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias	106
TABELA 7 – Distribuição da amostra segundo a profissão	107
TABELA 8 – Distribuição da amostra segundo o local onde trabalham	108
TABELA 9 – Distribuição da amostra segundo o numero de filhos	110
TABELA 10 - Distribuição da amostra segundo o numero de abortos	111
TABELA 11 – Distribuição da amostra segundo o tipo de parto	112
TABELA 12 – Distribuição da amostra segundo o planeamento da gravidez	114
TABELA 13 – Distribuição da amostra segundo o numero de consultas realizado ...	115
TABELA 14 – Distribuição da amostra segundo o local onde ia às consultas	116
TABELA 15 – Distribuição da amostra segundo o acompanhamento nas consultas .	117
TABELA 16 – Distribuição da amostra segundo o tipo de atendimento nas consultas	118
TABELA 17 – Distribuição da amostra segundo o tipo de atendimento no hospital ..	119
TABELA 18 – Distribuição da amostra segundo as expectativas para o parto	120
TABELA 19 – Distribuição da amostra segundo o porquê da expectativa para o parto	121
TABELA 20 – Distribuição da amostra segundo as expectativas em relação à vivência da maternidade	122
TABELA 21 – Distribuição da amostra segundo o tipo de ajudas que vai ter em casa	123
TABELA 22 – Distribuição da amostra segundo o local onde deixa os filhos	124
TABELA 23 – Distribuição da amostra segundo a licença de maternidade	126
TABELA 24 – Distribuição da amostra segundo a opinião da amamentação	127
TABELA 25 – Aplicação dos testes Qui Quadrado e Phi	129
TABELA 26 – Distribuição das variáveis segundo o r de pearson	130

0 – INTRODUÇÃO

A gravidez e o nascimento são uma experiência humana individual e social, a sua importância reflecte-se nas práticas das várias culturas, relacionadas com estes acontecimentos, pois estão altamente envolvidas e associadas com fortes e persistentes crenças.

Tal como refere Kitzinger (1996: 93) “o parto apesar de reflectir valores sociais, varia de acordo com a sociedade”, pois “o parto humano é um acto cultural, em que num contexto de costumes, têm lugar processos fisiológicos espontâneos, cuja a realização é considerada essencial ou desejável para que tenha êxito”.

O nascimento de uma criança é um marco fundamental na vida de qualquer casal / família, especialmente na vida de cada mulher.

A experiência do parto ou a expectativa é por si só um momento em que as mulheres depositam grandes fantasias, que se relacionam com os valores culturais e as crenças de cada uma delas.

Por muito bem que estejam preparadas este é um choque, um momento sem retorno em que predominam experiências altamente stressantes para a mulher que está particularmente vulnerável. Sente-se a perder o controlo do seu corpo, como se o que acontecesse não fosse no seu corpo e entram em pânico.

Para algumas mulheres o medo do desconhecido, o serem cuidadas por desconhecidos num ambiente hospitalar, a dor, a violação da intimidade, pode dar origem a sentimentos de vulnerabilidade, de impotência e perda de identidade. As pessoas mais vulneráveis perdem a capacidade para adequadamente expressarem as suas necessidades, desejos, opções e valores, adoptando uma atitude passiva.

Muitas vezes um factor que vem a aumentar este impacto é a origem cultural e étnica de cada mulher. Tal como refere Kitzinger (1996 : 17), “é tremendamente fácil dizer às pessoas como devem ter os bebés, criar os seus filhos”. No entanto é, “muito mais útil dar informações e incutir autoconfiança às pessoas, de modo a que estas possam fazer as suas próprias escolhas ...”

A realização de um trabalho de investigação sobre a influência dos factores ambientais na maternidade, no âmbito da ecologia humana é justificada pelo facto de haver um

envelhecimento da população a nível nacional e em particular a nível das áreas rurais no concelho de Évora. Por outro lado, a abordagem desta problemática surgiu também no âmbito da experiência profissional desenvolvida.

Os profissionais de enfermagem devem estar despertos e disponíveis para compreender as práticas de saúde das diferentes culturas, de modo a poderem prestar cuidados de enfermagem de qualidade.

Nas últimas décadas tem-se assistido a uma crescente preocupação política, social e económica na melhoria dos cuidados prestados à mulher / casal / família grávidos e ao recém-nascido, implementando-se novas medidas de actuação e novos serviços de saúde. No entanto os aspectos culturais tem sido esquecidos, sendo importante tomarmos consciência de que a saúde de um povo é determinada pelos cuidados prestados à mulher.

No entanto, é preciso não esquecer que cuidar implica em primeiro lugar estabelecer uma relação que implique o cuidar o outro, como um ser diferente, com uma carga social, familiar, cultural que lhe é específica, reconhecendo-o na sua dimensão global.

Nesta perspectiva, Anderson (1990) e Wuest Lynam (1992) citados por Pestana (1996 : 213), identificaram a necessidade das enfermeiras terem conhecimentos que lhe permitissem identificar as diferenças culturais das utentes, descobrindo caminhos para trabalharem com essas diferenças, relativamente às condições clínicas das utentes com os seus problemas de saúde.

É necessário que as enfermeiras adquiram uma maior abertura e compreensão, para que possam apreciar as diferenças de cada um, respeitando a sua identidade cultural. Para tal, é necessário que tomem consciência e compreendam as suas próprias crenças e atitudes, assim como a aceitação do princípio de que as crenças e as atitudes da mulher possam ser diferentes das suas, são os requisitos fundamentais para a prestação de bons cuidados.

A nossa pesquisa vai incidir essencialmente no estudo da influência dos factores ambientais, na vivência da maternidade e que serão ou não facilitadores de uma boa adaptação ao novo papel. Esta temática diz respeito ao estudo da influência dos factores ambientais na maternidade, como fenómeno universal e subjectivo. Este fenómeno assume, contudo, um aspecto particular nesta área da prestação de cuidados.

É a partir do conhecimento mais profundo dos aspectos ligados à maternidade, que os profissionais de saúde poderão contribuir / facilitar a vivência de uma maternidade “saudável”.

O interesse suscitado por esta área do conhecimento, surgiu a partir da constatação de que no nosso local de trabalho a multiculturalidade é uma realidade bem presente. Este facto foi verificado ao longo da nossa experiência profissional, o quanto por vezes é difícil para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros ESMO compreenderem as diferentes formas das utentes vivenciarem o parto relacionadas com inúmeros factores, nomeadamente com os seus padrões culturais, “uma grande parte do que consideramos natural na maternidade, de modo nenhum é natural, mas sim produto da cultura”, na opinião de Kitzinger (1996 : 21).

O estudo vai incidir sobre as mulheres em idade fértil que vivem no concelho de Évora em lugares até 1999 habitantes.

Sabe-se que o comportamento da mulher durante o parto é influenciado por vários factores, nomeadamente os conhecimentos, valores culturais e crenças que lhe foram transmitidas ao longo da sua experiência de vida, adquiridas através da família, amigos e grupo cultural / sociedade.

Foi com este pensamento e por tudo o que atrás foi citado, que nos propusemos realizar um estudo neste âmbito, pois cada vez temos mais a certeza que não é só transmitindo informação que conseguimos modificar comportamentos e atitudes.

Importa sim, o estabelecimento de uma relação entre enfermeira / utente que permita ir de encontro com as necessidades da utente, inserida no seu “meio”, para o sucesso de um parto.

Considerando as razões atrás mencionadas, decidimos realizar um estudo que ajudasse a compreender um fenómeno que estivesse associado à vivência da maternidade e a sua representação para cada grupo.

De acordo com a área temática já mencionada foi enunciada a seguinte pergunta de partida para o nosso estudo:

- ✓ Será que os factores ambientais, nomeadamente o meio rural, influencia a maternidade?

Tal como refere Witt (1981 : 13), “é um problema não directamente ligado ao campo de enfermagem, mas que é, em grande parte, passivo de controlo por estes profissionais, na prática diária...”

Pretendemos que as implicações do estudo a nível da aprendizagem se repercutissem num futuro próximo, na prática diária. A sua finalidade principal seria o alargamento desta área do conhecimento na perspectiva de contribuir para uma melhoria do cuidar.

Com a elaboração desta dissertação pretendemos a obtenção do grau de Mestre em Ecologia Humana.

Pretendemos apresentar este trabalho de investigação de uma forma sucinta e orientada, sendo a sua apresentação descrita por etapas de forma a facilitar a sua exposição e seguir uma ordem sequencial, facilitando assim, a sua leitura e apreciação por outrém.

O trabalho desenvolve-se essencialmente em duas partes. Na primeira parte, faz-se uma abordagem teórica pertinente, à ecologia geral, à ecologia humana e ao ambiente relacionando-os com a maternidade. É também feita uma caracterização ecológica e demográfica do concelho de Évora, em particular do meio rural e por fim é feita uma breve caracterização dos serviços de atendimento à grávida no HESE, local onde se irá desenvolver o estudo.

Na segunda parte, iremos abordar a metodologia adoptada, a análise e tratamento dos dados e por fim apresentaremos as conclusões e sugestões.

Como documentação de texto, utilizámos anexos devidamente referenciados.

A metodologia utilizada para este projecto foi a descritiva, baseada nas fontes documentais escritas e não escritas.

Para a sua elaboração seguimos a orientação de Gil (1989 : 144), pois proporciona os elementos necessários para a elaboração de um trabalho de investigação. Foram ainda seguidas as indicações oferecidas pelo guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da ESESJD de Évora.

Para a apresentação escrita do texto, no que se refere a normas de apresentação de referências bibliográficas, seguiram-se as normas internacionais.

1 – OBJECTIVOS DO ESTUDO

Após a formulação da pergunta de partida, parece-nos indispensável traçar um percurso que nos encaminhe para o estudo da realidade.

Não sendo tarefa fácil, foi necessário definir objectivos para delimitar ao máximo o nosso estudo, pois o domínio do tema do trabalho é muito extenso.

É reconhecida a importância dos objectivos, pois é através deles que se orienta o estudo e se consegue avaliar os resultados. E tal como refere Witt (1981 : 42), eles devem estar “directamente relacionados ao tema de pesquisa”. Convém ainda referir que acerca do estudo, Marconi e Lakatos (1986 : 22), referem que este “deve ter um objectivo determinado para saber o que vai procurar e o que se pretende alcançar”.

Os objectivos são um aspecto fundamental de qualquer estudo, segundo Witt (1981 : 42) pois “a delimitação da pesquisa final é feita pelo objectivo”. Para que tal aconteça é necessário que sejam definidos de uma forma “clara, delimitada e precisa”, na opinião de Witt (1981 : 43), não esquecendo que devem ser concretos e atingíveis.

Assim, para o nosso estudo definimos os seguintes objectivos:

- ❖ Analisar o tipo de interações existentes entre os factores ambientais e a maternidade;
- ❖ Identificar a influência do meio rural (práticas existentes) na maternidade;
- ❖ Compreender qual o significado da maternidade para algumas mulheres pertencentes ao meio rural.

Seguidamente entramos na fase exploratória deste trabalho, tentando enriquecer as fontes de informação, através de leituras escritas, não escritas e ainda através de entrevistas exploratórias (conversas informais).

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Esta etapa é fundamental para qualquer estudo, como qualquer das restantes etapas, pois segundo Quivy e Campenhoudt (1992 : 48,49), “todo o trabalho de investigação se inscreve num continuum e pode ser situado dentro de, ou em relação a, correntes de pensamento que o precedem e influenciam (...) continua a ser indispensável tomar conhecimento de um mínimo de trabalhos de referência sobre o mesmo tema ou, de modo mais geral sobre problemáticas que lhe estão ligadas”.

Desta forma vai ser possível obter uma visão temática do que se quer abordar. Segundo os autores acima referidos trata-se de uma fase de exploração, com o intuito de obter informação fidedigna e de qualidade, para que auxilie a planificar o estudo. Esta exploração assenta na pesquisa bibliográfica, de modo a poder-se construir o quadro conceptual inerente à problemática em estudo.

Nesta perspectiva, a pesquisa documental apresenta-se como um método de recolha e de verificação de dados, visa o acesso às fontes pertinentes, escritas ou não, faz parte integrante da heurística da investigação.

Com esta orientação e de acordo com o tema do estudo, orientámos a nossa pesquisa para os seguintes aspectos:

- Ecologia geral
- Ecologia humana
- Ambiente – Meio rural
- Maternidade

2.1 – ECOLOGIA GERAL E MATERNIDADE

A palavra Ecologia, criada pelo biólogo alemão Ernest Haeckel a partir do grego «oikos», ou casa, e de «logos», ou estudo, data apenas de 1866. Literalmente a ecologia é designada a ciência do habitat, o estudo do organismo em «sua casa».

Gil et al (1992 : 159) cita a definição de Haeckel, que em 1869, definiu ecologia como «a ciência que estuda as relações dos seres vivos entre si e de estes com o meio ambiente que os rodeia».

No entanto, a ecologia como ciência vai-se desenvolvendo gradualmente ao longo dos anos, tal como é referido nos escritos dos filósofos gregos Hipócrates, Aristóteles entre outros. Embora o aparecimento da palavra ecologia se deva em grande parte aos problemas decorrentes quer do grande salto tecnológico surgido com a revolução industrial, quer com o aumento demográfico que esta ocasionou.

A Ecologia, foi considerada como ciência muito recentemente. Por volta de 1900 a ecologia torna-se numa ciência, cujo campo de acção se vai distinguindo da Biologia, embora, em muitos pontos com ela esteja intimamente relacionada.

No entanto, o principal impulso na autonomia da ecologia ocorre na segunda metade do século XX.

Tal como refere Pité e Avelar (1996 : 1), “A ecologia não só considera os seres vivos e o seu ambiente (biótico e abiótico) como inseparáveis e em permanente interdependência, como, na realidade é uma ciência que contribui para estabelecer as bases científicas de muitos dos programas de conservação e de gestão das espécies e dos habitats ...”

Para Guerreiro (1988 : 12), a ecologia é a ciência que estuda os sistemas ecológicos ou, mais simplesmente, as relações entre os seres e o ambiente, de forma a encontrar critérios de estabilidade e de convivência harmoniosa entre uns e outros.

Podemos considerar que a base dos sistemas ecológicos, é a população, ou seja o sistema população-ambiente, uma vez que para se estudar uma população, tem-se que se fazer um estudo do ambiente onde essa população se insere, ou seja, os organismos vivos e o seu ambiente estão inseparavelmente ligados e interagem entre si.

Contudo, a ecologia tenta interpretar a enorme biodiversidade existente na terra e a sua regulação, apoiando-se muitas vezes, na teoria evolutiva, que tenta explicar como é que os seres vivos se modificaram e diversificaram ao longo do tempo e quais os mecanismos que determinaram essa modificação. No entanto a preservação da biodiversidade é essencial para as actividades a longo prazo de cada país e de cada sector da sociedade, uma vez que a destruição dessa biodiversidade é irreversível e porá em perigo o bem-estar da humanidade, tal como é referido por Pité e Avelar (1996 : 1).

Em consequência do enorme crescimento demográfico que caracterizou o século XX, foi necessário impor, progressivamente, uma política de gestão apropriada aos recursos naturais, tornando-se assim evidente o papel que a ecologia desempenha.

Os pilares da moderna ecologia, assentam nos trabalhos efectuados por Hutchinson, Levins, MacArthur e Wilson, em que foram lançadas a maior parte das teorias ecológicas baseadas muitas vezes num pequeno número de observações e de experiências. A ecologia tornou-se assim uma ciência pluridisciplinar, que utiliza novos métodos de análise.

Contudo, Ferreira (1984 : 18), considera a ecologia como uma ciência integrada, ou seja, utiliza vastos recursos científicos que vai buscar, nomeadamente à biologia, à economia, à geografia, à psicologia, à sociologia, à zoologia e à botânica.

Para facilitar a análise e a compreensão e ainda por surgirem, dentro de cada campo de estudo, vias de especialização apropriadas, há cientistas que fazem uma divisão da ecologia, essa divisão pode assentar nos mais diversos critérios, contribuindo para atingir os objectivos pretendidos. Esta divisão pode ser, segundo os níveis de organização, de acordo com o habitat ou ainda uma divisão tendo por base um critério taxinómico.

Por outro lado, a ecologia é por vezes dividida em auto-ecologia e sinecologia, esta divisão clássica foi feita por Schröter em 1896 e 1902. Um dos ramos da ecologia, a auto-ecologia, procura conhecer as influências externas que actuam sobre os seres vivos, ou seja, permite conhecer as adaptações/relações dos seres vivos ao meio que habitam e às suas necessidades. Por outro lado, a sinecologia ou ecologia de grupos, estuda os grupos de organismos associados entre si, isto é, o estudo das comunidades naturais, integrando animais e vegetais.

Em síntese, podemos afirmar que nenhum organismo pode existir por si ou sem um ambiente, cada um deles influencia as propriedades do outro, sendo ambos necessários para a conservação da vida tal como ela existe na Terra, para tal é necessário obter dados sobre a densidade de populações divididas. Pité e Avelar (1996 : 4) referem no seu livro que é necessário conhecer os factores responsáveis pela sua regulação, as taxas de fecundidade e de mortalidade nas várias classes etárias; a distribuição espacial e a dispersão dos seus indivíduos, a variação temporal e espacial da qualidade dos locais, as taxas de extinção local e de recolonização,, uma análise minuciosa de muitos destes aspectos ajudar-nos-á a entender como é que as populações se mantêm no mosaico ambiental.

Darwin recorreu à selecção natural para tentar explicar não só a adaptação dos seres vivos ao seu ambiente como também o aparecimento de novas espécies.

A crescente preocupação e valorização da epidemiologia ecológica, ou seja a valorização apropriada dos factores ambientais a nível da saúde dos indivíduos e das populações, foi ao longo dos últimos anos contribuir para o desenvolvimento do método epidemiológico. O homem recebe, por um lado, a influência do meio ambiente, mas, também exerce muita influência sobre ele, por vezes com carácter perturbador.

O destaque ecológico seria, em parte, derivado do método epidemiológico, mas trata de valorizar todos os elementos determinantes como sistemas dinâmicos, em que saúde e doença, modo de vida e meio ambiente se consideram conjuntamente, reconhecendo que, em certas ocasiões, a irradiação de uma doença ou a mudança rápida de uma situação ambiental que se considerava nociva pode criar problemas importantes de adaptação.

A saúde e a doença, são determinadas, em grande parte, pela situação dos indivíduos e o seu meio ambiente, quer dizer, o homem, como os outros seres vivos, estão constantemente submetidos a uma interacção com o meio que os rodeia, sendo influenciados positiva ou negativamente pela suas características.

O aparecimento de problemas ligados ao meio ambiente foi, em grande parte, consequência do crescimento e desenvolvimento das comunidades humanas e do desenvolvimento tecnológico, nalguns casos actuando de uma forma directa sobre a saúde humana, por outro lado a industrialização também influenciou estes aspectos e condicionou movimentos demográficos.

Simultaneamente, o rápido desenvolvimento de grandes comunidades humanas (basta dizer, neste sentido, que a população urbana mundial em 1970 era de 1 361 milhões de habitantes, em 1985 era de 2 015 milhões e no ano 2000 era de 2 932 milhões) provocou problemas importantes de saneamento.

Vários congressos, reuniões e conferências, sobre problemas do meio ambiente e saúde, com carácter multidisciplinar vão sendo realizadas, a Conferencia Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 4 a 15 de Setembro de 1994), a Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Social (Copenhaga, 6 a 12 de Março de 1995) e IV Conferência Mundial sobre Mulheres (Beijing, 4 a 15 de Setembro de 1995), tendo por objectivos chamar a atenção mundial para a necessidade de uma profunda alteração de políticas e comportamentos, sob pena de o futuro do nosso planeta ser irremediavelmente comprometido.

No cerne das preocupações estava a insustentabilidade dos estilos de vida, da utilização desregrada dos recursos e da contínua degradação do ambiente, do crescimento demográfico descontrolado e da desigual repartição dos benefícios e riscos da nossa civilização tecnológica quer a nível nacional, quer entre países.

A nível da preocupação com a saúde reprodutiva, passamos a referir algumas resoluções abordadas pelas conferências mundiais realizadas no Cairo, Copenhaga e em Pequim.

A terceira conferência mundial sobre questões demográficas organizada sob os auspícios das Nações Unidas, foi realizada no Cairo em 1994, onde os responsáveis dos diferentes Estados-membros admitiram por unanimidade, que o controlo do crescimento demográfico é uma necessidade fundamental de qualquer país, seja qual for o seu nível de desenvolvimento. Tendo a primeira conferência tido lugar em 1974 em Bucareste e a segunda em 1984 na Cidade do México.

O documento estabelece quinze princípios que devem reger as actividades de população e desenvolvimento, com base em diversas declarações e convénios internacionais, com predomínio para as questões dos Direitos humanos e a sua relação com população e desenvolvimento sustentável.

As questões demográficas são colocadas no centro do desenvolvimento sustentável, afirmando que tal desenvolvimento não é possível sem se tomar em consideração questões como crescimento demográfico, distribuição, estrutura e composição da população, mortalidade, fertilidade e migrações. Relativamente à estrutura e ao crescimento da população, o capítulo VI refere que é previsível que, até ao ano 2015 quase 56% da população global, viva nas áreas urbanas, comparados com os cerca de 45% actuais.

O parágrafo nº 7.2 da Conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento refere que “a saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que as pessoas sejam capazes de ter uma vida sexual satisfatória, e que tenham a capacidade de se reproduzir e a liberdade de decidir se, quando e com que frequência o fazem”.

Também é de salientar a importância atribuída às complicações relacionadas com a gravidez e o parto, pois são uma das principais causas de mortalidade das mulheres em idade reprodutiva em muitas partes do mundo em desenvolvimento.

O capítulo IX, dedicado à repartição da população, urbanização e migrações internas, refere que é necessário promover uma distribuição mais equilibrada da população através, entre outros, da redução da desigualdade urbano-rural, da promoção do desenvolvimento rural sustentável em termos ambientais e das pequenas e médias

idades e da melhor gestão das cidades por forma a melhorar a qualidade de vida das populações pobres que vivem no mundo rural.

O documento atribui elevada prioridade às campanhas de consciencialização pública para as questões de população e desenvolvimento incluindo paternidade responsável, maternidade segura, saúde e direitos reprodutivos, saúde materno-infantil e planeamento familiar, padrões de discriminação contra mulheres e raparigas, equidade entre os sexos, entre outros.

A Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Social, realizada em Copenhaga entre 6 e 12 de Março de 1995, foi convocada pelas Nações Unidas para “aprovar um novo contrato social, ao nível planetário, a fim de criar novas esperanças aos países e povos de todo o mundo”.

A convocação da Cimeira teve por base a constatação de que vivemos uma época de progressos sem precedentes, mas também, de miséria inenarrável.

O agravamento desta situação tem vindo a suscitar apelos crescentes à adopção de novas políticas que assegurem a consistência entre as três principais preocupações de desenvolvimento sustentável: crescimento económico, conservação do ambiente e desenvolvimento social.

Na conferência de Beijing realizada entre 4 a 15 de Setembro de 1995, subordinada ao tema “Igualdade, desenvolvimento e paz”, foram abordados aspectos de interesse para a mulher, tal como a plena aplicação dos direitos humanos e liberdades fundamentais de todas as mulheres e adolescentes; o reconhecimento explícito e a reafirmação do direito de todas as mulheres para controlar todos os aspectos da sua saúde, em particular a sua própria fecundidade.

A incessante degradação do meio ambiente, que afecta todos os seres humanos, pode ter uma repercussão mais directa na mulher. A saúde da mulher e a sua condição de vida estão ameaçadas pela contaminação e gases tóxicos, a desflorestação em grande escala, a desertificação, a seca e o esgotamento dos solos, dos recursos costeiros e marinhos, como indica a incidência cada vez maior de problemas de saúde, incluindo aumento da mortalidade, relacionados com o meio ambiente, que se regista entre as mulheres e as adolescentes. As mais afectadas são as mulheres que habitam em zonas rurais e as indígenas, cujas condições de vida e subsistência diária dependa directamente dos ecossistemas sustentáveis.

As tendências mundiais provocaram profundas alterações nas estratégias e estruturas de sobrevivência familiar. A migração de zonas rurais para zonas urbanas incrementou-se

notavelmente em todas as regiões. Segundo as estimativas, no ano 2000 a população urbana mundial é equivalente a 47% da população total. Estima-se que 125 milhões de pessoas são migrantes. Estes movimentos em grande escala tiveram profundas repercussões nas estruturas e bem-estar da família, havendo consequências diferentes para a mulher e para o homem, incluindo em muitos casos a exploração sexual da mulher.

O ser humano é o elemento central de um desenvolvimento sustentável. Tem direito a uma vida saudável em harmonia com a natureza. Na última década aumentou consideravelmente a preocupação com o esgotamento dos recursos naturais, a degradação dos sistemas naturais e com os perigos das substâncias contaminantes. Estas condições de degradação causam a destruição dos ecossistemas frágeis e o desaparecimento de comunidades, em particular das mulheres que formam parte delas, das actividades produtivas e representam uma ameaça cada vez maior para um meio ambiente seguro e saudável.

Na conferência mundial de Beijing, decidiu-se que a educação das meninas e das mulheres de todas as idades deveria incidir nas esferas da ciência, da tecnologia, da economia e de outras disciplinas relacionadas com o meio ambiente natural, de forma a poderem fazer eleições bem fundamentadas e proporcionar informação bem fundamentada na determinação de prioridades económicas, científicas e ambientais locais para o ordenamento e o uso apropriado dos recursos e ecossistemas naturais e locais.

Em cada ano mais de 15 milhões de meninas com idade compreendida entre os 15 e 19 anos trazem filhos ao mundo. A maternidade em idades muito tenras traz complicações durante a gravidez e o parto e ainda constituem um risco para a saúde da mãe muito superior a média. Os níveis de morbidade e de mortalidade entre os filhos de mãe jovens são mais elevados. A maternidade precoce constitui um impedimento para o melhoramento da condição educativa, económica e social da mulher em todas as partes do mundo. Em geral o casamento e a maternidade precoces podem reduzir gravemente as oportunidades educativas, de emprego e podem afectar a longo prazo negativamente a qualidade de vida da mulher e dos seus filhos.

No que diz respeito à saúde reprodutiva e equidade a nível nacional, houve a partir de 1976 uma maior preocupação. As transformações de um modelo de família constituído por pai-mãe-filhos e o aparecimento de uma pluralidade de tipos de famílias, assim

como a entrada cada vez mais precoce numa vida sexual activa, levaram a que fosse alterado o conceito de planeamento familiar existente desde os anos 60, pelo de direitos reprodutivos, o qual inclui o direito à orientação sexual.

Contudo, esta alteração veio trazer outros benefícios às mulheres, ou seja, além da reprodução e do controlo de fecundidade, a saúde das mulheres deixa de ser estritamente reprodutiva e passa a ter em conta uma visão integral da saúde, ligando-a aos diversos contextos em que se desenrolam e autonomizam as suas vidas, tendo nomeadamente em conta o nível educativo, o acesso a actividades produtivas, o controlo dos recursos, a responsabilidade dos homens.

Nesse sentido, tal como é referido no livro *Saúde Compromisso* (1999 : 40), a saúde reprodutiva comporta os seguintes aspectos:

- ❖ Cuidados pré-concepcionais, pré-natais e de planeamento familiar;
- ❖ Serviços de informação para casais e indivíduos;
- ❖ Serviços de informação sobre saúde reprodutiva e sexual, nomeadamente para adolescentes;
- ❖ Informação sobre doenças sexualmente transmissíveis e SIDA;
- ❖ Prevenção de infertilidade;
- ❖ Prevenção e rastreio do cancro genital e da mama.

Ainda no livro atrás referido é feita referência sobre a situação da população mundial, onde são referidos os componentes dos direitos sexuais e reprodutivos:

- ⌘ A igualdade e equidade entre homens e mulheres;
- ⌘ A não discriminação baseada no sexo;
- ⌘ A segurança sexual e reprodutiva, incluindo a não sujeição à violência sexual e à coacção e o direito à vida privada.

O acontecimento biológico com maior significado para uma sociedade é a reprodução e a sua importância na dinâmica familiar e na população, em consequência exerce um forte impacto no bem-estar do indivíduo. As mulheres começam a preparar-se para serem mães por etapas sucessivas.

Griffith, citado por Reeder, Martin e Koniak (1995 : 61), refere que os conceitos reprodutivos podem dividir-se em quatro componentes de um sistema social:

- ☉ Costumes e sistemas de valores que indicam a noção de dever, obrigação e conveniência;

- ☉ Sistema de parentesco que dá direitos recíprocos, deveres e obrigações nas relações que se produzem por casamento e a descendência da família;
- ☉ Sistema de conhecimentos e crenças que define a concepção e o parto;
- ☉ Sistemas cerimoniais e rituais que permitem a nova realização de elementos simbólicos e a sua incorporação na vida quotidiana.

Sendo assim podemos dizer que, a vivência do nascimento e da maternidade são acontecimentos que tocam os limites da experiência humana a nível biológico, psicológico, social e cultural, ou seja, esta experiência depende do significado social desse acontecimento, para essa mulher, família ou grupo.

2.2 – ECOLOGIA HUMANA E MATERNIDADE

A presença do homem na paisagem constitui sempre uma grande preocupação em algumas áreas científicas, tal como a geografia e a antropologia. Actualmente, quase todas as disciplinas e profissões, tanto no campo das ciências como no das humanidades, procuram encontrar na ecologia humana um ponto comum.

Tal como refere Odum (1971 : 813), é debatido com frequência, dois pontos de vista opostos sobre a relação entre cultura humana e ambiente:

- 1 – O ambiente físico exerce uma influência dominante na cultura e na civilização;
- 2 – O ambiente físico apenas exerce uma limitação menor no desenvolvimento da cultura humana avançada ...

Contudo, só muito recentemente foi concluído que é o declínio na qualidade do espaço vital, e não no abastecimento de energia ou recursos que constitui o problema crítico da preservação dos valores humanos.

Sendo assim, e qualquer que seja a visão para considerar a interacção entre os atributos «naturais» e «culturais» do homem, a ecologia humana tem que aprofundar mais os seus princípios e não se basear apenas nos princípios da ecologia geral, ou seja, o homem tem maior capacidade de se integrar do que qualquer outro organismo.

Odum (1988 : 817), refere que a ecologia humana, é a ecologia da espécie humana, ou seja trata das relações da população com factores externos e unidades mais amplas.

Depois desta definição, podemos afirmar que a ecologia humana pode ser considerada a ecologia da população de uma espécie muito especial – a do homem.

Suzanne e Pierre Dèoux (1996 : 23), referem que a ecologia humana e médica esforça-se para perceber os efeitos das forças ambientais sobre a saúde do homem.

Se, por um lado, a saúde física e moral do homem dos dias de hoje deve ser a preocupação ecológica mais importante, por outro, o ambiente começa em primeiro lugar no lar e no local de trabalho. Sendo assim, a ecologia humana considera o homem como um todo, um sistema de órgãos e funções, dotado de instintos e de inteligência, com um património genético e cultural, e inserido num meio. Esse meio é constituído pelo universo biótico, abiótico e social.

Costa (1995 : 5), no seu livro refere a definição de saúde para a OMS : «saúde é o completo bem – estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou deformidade.» (Fig. 1)

FIGURA 1 – Definição de Saúde



Podemos assim, dizer que a saúde surge, do desequilíbrio perfeito entre três factores – físico, mental e social – que estão estreitamente interdependentes. Quando se rompe este equilíbrio há perda de saúde.

O homem, considerado por muitos, é o produto do meio que o circunda, sendo assim, a saúde uma das vertentes da vida, também ela sofre as influências dos vários elementos envolventes.

Costa (1995 : 6), refere que a população, os sistemas sócio – culturais, a saúde mental, o equilíbrio ecológico, os recursos naturais, a hereditariedade, o ambiente, o comportamento e os serviços de cuidados de saúde – prevenção, cura e reabilitação são factores condicionantes da saúde – podem influenciar positiva ou negativamente o bem estar dos indivíduos.

O ambiente fetal é um aspecto fundamental à preservação da espécie humana. Os desequilíbrios que nele se verificam podem ter consequências nefastas para o desenvolvimento do feto, em situações limite podem mesmo inviabilizar o seu desenvolvimento, o que ocasionará situações de aborto espontâneo.

Actualmente, nas nossas sociedades a incerteza no futuro leva a que haja cada vez maiores desequilíbrios emocionais. Mesmo em Portugal, país rotulado de “brandos costumes”, aparecem cada vez mais manifestações dessas alterações comportamentais, ou seja, aparentemente a vida humana está a desvalorizar-se.

O empenho e o modo de organização dos serviços de cuidados de saúde são determinantes para o estado de saúde das populações. A acção destas estruturas envolve a prevenção, a cura e a reabilitação, os resultados serão tanto melhores quanto maior for a aposta na vertente da prevenção.

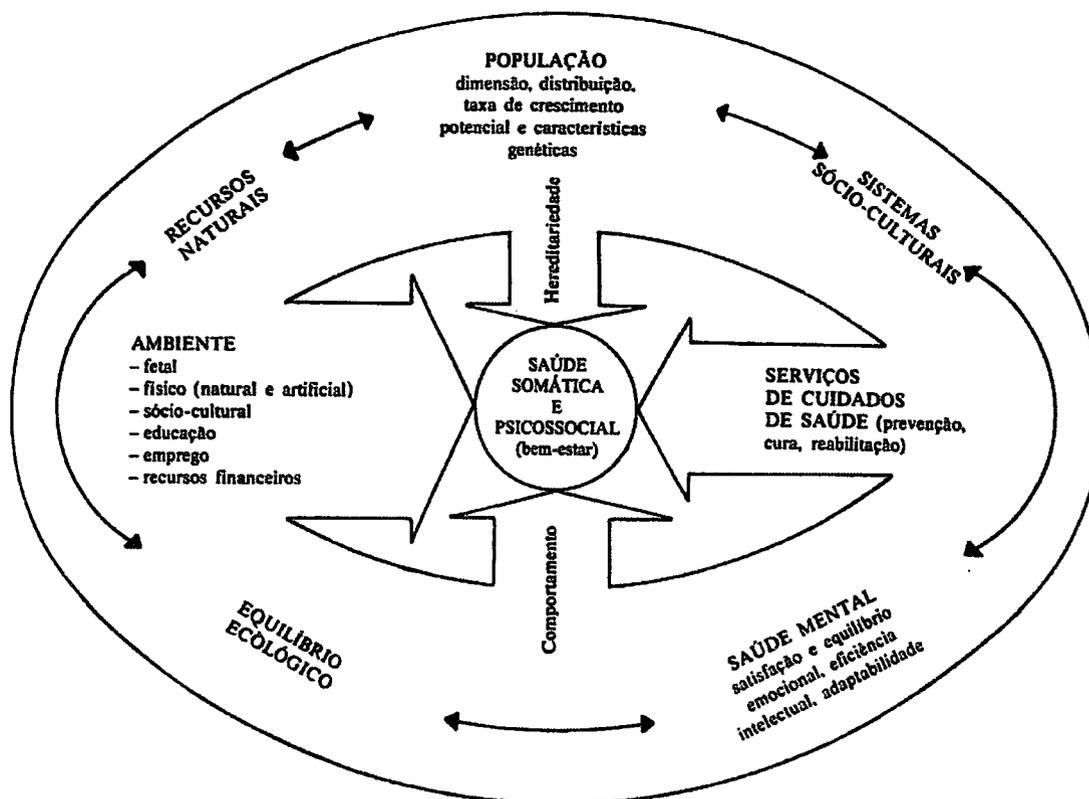
A saúde dos indivíduos é, assim influenciada por uma imensidade de factores, o que torna ainda mais precário um equilíbrio já de si muito instável.

Reflectindo sobre o conceito de saúde de 1948, poucos ou nenhuns seriam os indivíduos saudáveis, portanto a OMS propôs a revisão do conceito de saúde, que passou a ser:

«saúde é o pleno desenvolvimento das potencialidades físicas, intelectuais e morais do homem, tendo em conta – como principais factores – a carga genética e o equilíbrio permanentemente instável com o ambiente biofísico e a sociedade.» (Costa, 1995 : 11).

Além da influência que os factores sociais, mentais e físico tinham na saúde do indivíduo, também há factores condicionantes da saúde. (Fig. 2)

FIGURA 2 – Factores Condicionantes de Saúde



FONTE : COSTA, Jorge – Guia Prático da Saúde. Pág. 15

A promoção da saúde baseia-se na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos têm impacto sobre a nossa saúde e de que alterações adequadas podem melhorar a saúde. Recentemente tem-se dado mais atenção à importância das variáveis sociais e ambientais na mediação da saúde (OMS, 1991), tal como é referido por Bennett e Murphy (1999 : 19).

Estes autores referem ainda, que os resultados de saúde relevantes para a promoção da saúde são consequência de uma complexa interacção entre factores biológicos, sociais, ambientais e psicológicos.

A OMS evocou uma abordagem sócio ecológica da promoção da saúde, que compreende por um lado a necessidade de conservar os recursos naturais e por outro a de responder às exigências feitas às pessoas pela alteração nos padrões de trabalho, lazer, tecnologia e urbanização (Bennett e Murphy, 1999 : 106).

Algumas manipulações ambientais afectam claramente a saúde, independentemente das suas consequências comportamentais. A melhoria da qualidade da habitação e dos serviços médicos pode ter consequências directas sobre a saúde, sem passar pela mediação comportamental.

A legislação é um meio eficaz de influenciar a vivência da maternidade. O governo pode reduzir numerosos riscos de saúde através da implementação de leis, nomeadamente sobre a saúde pública e a saúde materna.

Perante uma sociedade que se diz justa, democrática e solidária, será que a maternidade é exaltada, consagrada e apoiada legalmente, ou será que por vezes esta não a penaliza com injustiças?!... Será que a sociedade dá o devido valor à mulher / mãe / trabalhadora?

A protecção à maternidade, pode definir-se como o conjunto de leis, estruturas e organizações existentes numa sociedade que visam apoiar a mulher em idade fértil durante o período de gravidez, com terminus no período de amamentação, ou sejam 12 meses.

Ao longo dos tempos a maternidade e o período que a rodeia foi sendo compreendido sob formas diferentes. Prevalece a ideia de que a mulher precisa, nesses períodos, de “algo” que a proteja.

Há alguns anos atrás o papel que as mulheres tinham na sociedade era diferente, eram educadas e preparadas para o matrimónio e para a maternidade. Era sua característica uma debilidade intrínseca que não permitia que desempenhassem outras funções. E, classes menos favorecidas, desde sempre, a mulher participou no sustento da família, a remuneração recebida era em função do trabalho executado.

A maternidade nestas mulheres surgia como algo para o qual tinham sido concebidas, não obstante teriam que continuar a assegurar o sustento da família. Imediatamente após o parto o trabalho surgia como necessidade de sobrevivência.

Actualmente a mulher tem três papéis distintos, que a sociedade procura unificar; ser mulher, mãe e trabalhadora. Surgiu a necessidade de criar a designada “Protecção à maternidade”, que permite o desempenho desses três papéis.

Entendemos que a protecção à maternidade tem por objectivo proporcionar à mulher uma “boa” gravidez, parto e puerpério, tendo ainda em vista o nascimento de crianças “vivedoras” e sadias. O termo “boa” é descrito sob o ponto de vista físico, psicológico e social. Diz-nos a Constituição da Republica Portuguesa, no seu artigo 68º, que a

maternidade e paternidade são valores sociais eminentes, e no seu artigo 67º é atribuído ao estado e à sociedade o dever de protecção da família.

A lei 4/84 – Lei de Protecção da Maternidade/Paternidade – foi, sem dúvida, um passo em frente, não só na protecção do bem – estar da mãe e da criança, como na garantia (se bem que parcial) da protecção devida pelo estado e pela sociedade às mães e aos pais na sua acção em relação aos filhos. Não podemos deixar de salientar que no ponto 4 do artigo 2º são garantidas às mães os direitos especiais relacionadas com o ciclo biológico da maternidade.

A protecção da maternidade/paternidade, com o decreto-lei nº 135/85 e o nº 136/85 de 3 de Maio, vem abranger todo e qualquer trabalhador do serviço público, assim como trabalhadores com contrato individual, agrícola e de serviço doméstico.

A protecção à maternidade já foi alterada quatro vezes. A primeira lei nº4/84 de 5 de Abril, foi alterada pelas leis nºs 17/95 de 9 de Junho, 102/97, de 13 de Setembro, 18/98 de 28 de Abril e a última alteração foi feita pela lei nº 142/99 de 31 de Agosto.

Com estas alterações o governo procura melhorar a protecção da maternidade, da paternidade, do nascituro e da criança, no domínio dos cuidados de saúde, e no artigo 7º da lei nº 142/99 de 31 de Agosto, são tomadas várias medidas de modo à promoção da saúde e do bem estar da mãe e da criança.

No entanto a peculiaridade do trabalho rural e a falta de horários precisos de trabalho, fazem com que a maioria das mulheres não goze a lei anterior de protecção à maternidade, mas, em todas as culturas e sociedades a natureza do papel feminino está claramente identificado. Em todas elas esse papel é comum, ou seja, a responsabilidade da reprodução da família e o cuidar dos filhos.

A vivência da maternidade constitui uma experiência única para a mulher e os rituais que envolvem o acontecimento são diferentes de mulher para mulher. Por isso não se compreende por que razão nem todas as mulheres têm acesso a gozarem os seus direitos, enquanto trabalhadoras.

2.3 – AMBIENTE E MATERNIDADE

Saúde e ecologia são termos que se devem valorizar sempre conjuntamente, não só pela grande variedade de efeitos que podem produzir os diferentes factores ambientais, mas

também porque o homem é capaz de actuar sobre o meio ambiente, seja de maneira favorável ou desfavorável.

Há muitos factores ambientais que podem actuar sobre os seres vivos:

- ⌘ Factores físicos;
- ⌘ Factores químicos;
- ⌘ Factores biológicos;
- ⌘ Factores sociais;
- ⌘ Factores psicológicos.

Por outro lado, a repercussão de cada um destes factores ambientais sobre os indivíduos representa uma relação complexa e nem sempre se pode descrever uma relação concreta e de carácter causal entre um factor ambiental e os seres vivos.

Sendo assim, há que considerar que a saúde colectiva não se pode representar por um simples nível de saúde individual, pois, os factores ambientais podem actuar de maneira diferente, e com intensidade diferente, nos diversos grupos de uma população. Tudo isto deverá ser valorizado adequadamente quando se pretende levar a cabo actividades com o fim de se poder alcançar resultados.

A acção do meio ambiente sobre a saúde é feita através da troposfera, que é o espaço que está imediatamente em contacto com a crosta terrestre, onde se desenvolvem habitualmente a vida e onde há influência de muitos factores no aparecimento de muitas doenças.

De acordo com a bibliografia consultada há a realçar que a influência do meio ambiente (tanto em sentido amplo ou cósmico, como climático, urbano ou rural, etc.), é feita em todas as etapas da vida humana, desde o período pré concepcional até à velhice.

A influência relativa dos factores ambientais de origem biológica e os de carácter físico-químico e psicossociais são variáveis segundo o grau de desenvolvimento das diferentes comunidades. Igualmente é o que acontece quando há influências dos factores ecológicos em doenças por agentes vivos.

O ambiente pode constituir um factor de risco para a saúde dos indivíduos, mas também pode desempenhar um papel protector em função das relações complexas entre as diferentes variáveis. Na lei de bases do ambiente, é definido ambiente como “o conjunto dos sistemas físicos, químicos, biológicos e suas relações e dos factores económicos, sociais e culturais com efeito directo ou indirecto, mediato ou imediato, sobre os seres vivos e a qualidade de vida do homem”.

O conceito de meio rural variou substancialmente no nosso ambiente nos últimos anos, as grandes mudanças nas estruturas sócio - económicas, a industrialização e o melhoramento das comunicações, e em geral, o meio social fizeram com que houvesse um intenso fenómeno de emigração da população do campo para a cidade e subúrbios. No entanto nos últimos anos a recessão económica e o crescente problema de emprego, fizeram com que houvesse uma mudança substancial nas perspectivas e características dos anos anteriores.

De acordo com Gil et all (1992 : 259), há critérios de diferenciação do meio rural e do meio urbano:

- ❖ Critérios demográficos – Segundo o INE, os municípios de menos de 2 000 habitantes seriam do tipo rural, os de 2 000 a 10 000 habitantes seriam semi urbanos e os que tivessem mais de 10 000 habitantes seriam do tipo urbano;
- ❖ Critérios laborais – O município corresponderá a meio rural se mais de 50% da população activa está ocupada no sector primário da economia;
- ❖ Critérios sociais – No meio rural há escassa vida social, vida tradicional, grande pressão social no estilo de vida, escassa diferenciação de funções sociais, difícil acesso a meios de formação e notável envelhecimento demográfico devido à emigração dos jovens.

Ainda segundo o mesmo autor, foi definido na Conferência Europeia sobre higiene rural, que meio rural, “é uma região ou distrito onde a agricultura é o principal ou única actividade económica, e todas as outras formas de industria são de escassa importância e dependem essencialmente da agricultura.”

Actualmente a identificação de zonas “urbanas” e “rurais” no território é uma questão complexa. Segundo o INE, as causas da dificuldade de identificação são de dois tipos, por um lado, os limites físicos das cidades tornaram-se de delimitação problemática, por outro lado, a definição de entidades territoriais homogéneas no continuum de formas de povoamento não é fácil.

Deparamo-nos ainda com uma multiplicidade de conceitos disponíveis, o que também gera alguma dificuldade na identificação de conceitos. Ao longo deste trabalho vamos seguir a tipologia do INE, esta tipologia foi elaborada entre 1992 e 1996 pelo INE com vista ao estabelecimento de uma definição de urbano / rural para fins estatísticos:

- 🗺️ **Áreas predominantemente urbanas (APU)** – áreas em que a densidade populacional é superior a 500 hab./Km² ou que integrem um lugar com população residente superior ou igual a 5 000 habitantes.

- ☞ Áreas mediamente urbanas (AMU) – áreas que possuem uma densidade populacional superior a 100 hab./Km² e inferior ou igual a 500 hab./Km², ou que integrem um lugar com população residente superior ou igual a 2 000 habitantes e inferior a 5 000 habitantes.

- ☞ Áreas predominantemente rurais (APR) – áreas em que a densidade populacional é inferior a 100 hab./Km² ou que integrem um lugar com população residente inferior a 2 000 habitantes.

De acordo com Gil et all (1992 : 259), a ruralidade tem características próprias em diversos aspectos:

- ☞ Biológicos – Grande interacção com o meio ambiente, o que tem consequências favoráveis e desfavoráveis;
- ☞ Psicológicos – Predominam os hábitos tradicionais e os «tabus», pelo que é muito importante a educação sanitária;
- ☞ Sociais – Relação directa com os indivíduos e escassa vida social;
- ☞ Económicos – Consumo imediato de alimentos e industrias familiares.

Tudo isto dá lugar a que no meio rural existam problemas básicos de diversa natureza. A doença prevalece nas diversas áreas rurais dependendo das diferentes zonas geográficas, com características próprias. Assim, o maior contacto com o meio ambiente e o baixo grau de saneamento podem conduzir a uma maior frequência de patologias transmissíveis.

Neste século ocorreram mudanças radicais, no processo do nascimento. O parto que outrora ocorria na intimidade do lar e era assistido por parteiras, vizinhas e familiares, ocorre hoje no hospital, por um lado retira todo o cariz de intimidade e privacidade a este momento único, mas por outro lado reduziu a taxa de mortalidade perinatal e materna.

Este tipo de acontecimento era mais frequente no meio rural, muitas vezes em condições precárias de higiene e conhecimentos por parte de quem efectuava o acto.

O nosso trabalho incide no concelho de Évora – meio rural (lugares até 1999 habitantes), portanto vai incidir nas seguintes freguesias (INE – Censos 2001) :

- ☒ Nossa Senhora da Boa Fé (376 habitantes);

- ⊗ Nossa Senhora da Graça do Divor (473 habitantes);
- ⊗ Nossa Senhora de Machede (1180 habitantes);
- ⊗ Nossa Senhora da Torega (804 habitantes);
- ⊗ Évora (Santo Antão) (1473 habitantes);
- ⊗ São Bento do Mato (1343 habitantes);
- ⊗ São Manços (1016 habitantes);
- ⊗ São Miguel de Machede (983 habitantes);
- ⊗ São Vicente do Pigeiro (436 habitantes);
- ⊗ Torre de Coelheiros (817 habitantes);
- ⊗ São Sebastião da Giesteira (790 habitantes);
- ⊗ Nossa senhora de Guadalupe (495 habitantes).

2.4 – CARACTERIZAÇÃO ECOLÓGICA E DEMOGRÁFICA DA REGIÃO DE ÉVORA – O CASO PARTICULAR DO MEIO RURAL

A área de trabalho incide apenas no meio rural da região de Évora, no entanto importa aqui apresentar uma breve caracterização ecológica e demográfica dos aspectos principais do seu meio envolvente, onde se destacam aspectos relativos a área a estudar – o meio rural.

Parece-me importante começar por situar a região de Évora, a qual faz parte da NUTS Alentejo Central que se situa no centro da região Alentejo. A NUTS Alentejo Central ocupa uma área de 7 228,1 Km², com 14 concelhos e 91 freguesias, sendo a sua capital a cidade de Évora.

No que diz respeito ao relevo e à paisagem, Évora situa-se no meio da planície Alentejana, que é constituída por materiais do maciço antigo, com predominância dos xistos, granitos e mármore aplanados pela erosão.

A paisagem é aberta, com campos de cereais e pastagens, pontuada de sobreiros e azinheiras. A região tem clima mediterrâneo, adoçado pela influência Atlântica. Este clima de Verões quentes e secos e Invernos curtos e chuvosos, marca a vegetação, a fauna, a paisagem e também as gentes.

Inserida na zona mais envelhecida do país, a região de Évora vive hoje à sombra da sua enorme riqueza patrimonial. Évora detém actualmente 68 monumentos nacionais e

imóveis de interesse público (o maior número do país, logo a seguir a Lisboa), que vão da Pré – História aos alvares do século XIX.

Évora está classificada como Património da Humanidade desde 1986 pela UNESCO, distinção tanto mais significativa quanto ela contempla todo um tecido urbano e não só este ou aquele monumento. Conhecida como a Cidade Museu, é ponto de encontro de culturas.

Évora situa-se no sul de Portugal a 150 km de Lisboa, 200 km de Faro e 500 km de Madrid, dispondo de ligações rodoviárias e ferroviárias a estas cidades. Dispõe de um Aeródromo municipal, muito bem localizado, desfrutando de excelentes condições climáticas.

É o principal centro urbano da região do Alentejo que abrange cerca de um terço do país.

O património cultural e os valores naturais da região são, a nível nacional, dos mais bem preservados.

A cidade de Évora para além de património Mundial devido à sua riqueza histórica e cultural que está devidamente preservada, possui ainda determinadas características ambientais. É o principal ponto de atracção e é o principal centro de serviços e comércio desta região.

A região de Évora, sendo a mais populosa com uma população residente de cerca de 173 646 habitantes (censos 2001), tem uma densidade populacional 22,9 habitantes/km², que apesar de ser uma região pouco povoada tem a maior densidade populacional do Alentejo.

Esta região apresenta cerca de 16 % da população que vive em aglomerados com mais de 5 000 habitantes (áreas predominantemente urbanas – APU), 9% da população vive em aglomerados em que a população residente é superior ou igual a 2 000 habitantes e inferior a 5 000 habitantes (áreas mediantemente urbanas – AMU) e 75 % da população vive em áreas predominantemente rurais (APR), ou seja aglomerados em que a população residente é inferior a 2 000 habitantes (Mapa 1).

2.4.1 – Caracterização Biofísica

A caracterização foi efectuada com base em levantamentos e informações obtidas ao nível do Plano Director Municipal (PDM), do Plano Integrado de Desenvolvimento do Distrito de Évora (PIDDEV) e de algumas informações não formais obtidas com pessoas e organismos da região.

2.4.1.1 – Geologia

Achamos que tinha algum interesse apresentar algumas características da constituição geológica da região de Évora. Esta localiza-se na sua maioria, no Maciço Hespérico ou Maciço Antigo, a poente e a noroeste ocupa parte da bacia sedimentar cenozoica dos rios Tejo e Sado.

Geomorfologicamente, caracteriza-se por um relevo pouco acidentado, suave sem grandes variações altimétricas.

Nesta região predominam dois tipos de formações geológicas, segundo o PIDDEV (1990 : 4):

- ❖ Formações da cobertura cenozoica:
 - rochas sedimentares quaternárias;
 - rochas sedimentares terciárias.
- ❖ Formação do Maciço Antigo:
 - rochas metamórficas genericamente xistentas;
 - rochas metamórficas carbonatadas;
 - rochas magmáticas granitóides;
 - rochas magmáticas básicas;
 - alguns filões.

Ainda segundo o PIDDEV (1990 : 5), na zona de Monte do Trigo, Terena e de Juromenha os depósitos terciários são em geral cascalheiros e depósitos argilosos e arenoargilosos de planalto, por vezes calcários concrecionados, constituídos junto à grande falha de Messejana.

Sendo o Maciço Antigo constituído, na sua maioria, por rochas metamórficas com carácter xistento generalizado, derivados de sedimentos e de vulcanitos paleozóicos, datados desde o câmbrio ao carbónico.

Na zona de Sousel – Estremoz – Borba – Vila Viçosa predominam os mármore do anticlinal, que são as rochas que incluem alguns níveis de calcários cristalinos marmorizados. Na zona de Évora predominam as rochas granitóides (granitos de Évora) e mais para sul, os quartzodioritos e os pórfiros quartzíferos que foram resultado do metamorfismo contemporâneo da orogenese hercínica, que se manifestou desde o devónico médio até finais do carbónico.

No final da orogenia hercínica, o Maciço Antigo foi fracturado por uma densa rede de falhas, sendo a mais extensa e importante a falha de desligamento esquerdo de Messejana que corta o distrito de Évora com orientação NE – SW, pouco a norte de Portel e de Juromenha. Ao longo desta falha instalou-se um importante filão dolerítico, o filão Dolerítico Alentejano.

Os relevos que sobressaem da peneplanície são de modesta importância e confinados às Serras D'Ossa e de Portel e a pequenas cristas devidas a níveis litológicos metassedimentares mais resistentes à erosão.

2.4.1.2 – Recursos Minerais

É no sector dos minerais não metálicos que esta região tem a sua importância a nível económico.

Estremoz – Borba – Vila Viçosa, constitui o principal centro produtor de mármore do território nacional, predominantemente as cores claras e róseas. Os mármore do Escoural e de Viana do Alentejo tem menor importância

Nesta região existem apenas duas explorações de granito ornamental, a de Sabugueiro (Arraiolos) e a de Vale de Ferreiros (Vendinha).

2.4.1.3 – Clima

A região estudada tem condições climáticas idênticas à da região Alentejo. Esta descrição é baseada quer nos dados da estação meteorológica desta região, quer na bibliografia existente relativa às suas características climáticas e outras especificidades desta região.

É essencialmente um clima do tipo mediterrâneo que se caracteriza pela ocorrência de chuvas sobretudo nos meses de Inverno e por uma estação seca bem marcada, em média com uma duração de quatro meses (Junho a Setembro).

Segundo a classificação climática simples, o clima da região é, quanto à temperatura média anual temperado, quanto à amplitude média da variação anual moderado e quanto à humidade relativa do ar é considerado predominantemente seco. No que diz respeito à precipitação é moderadamente chuvoso.

a) Precipitação

A precipitação média anual varia entre os 600 mm e os 700 mm na planície e pode ir até aos 950 mm na Serra do Monfurado.

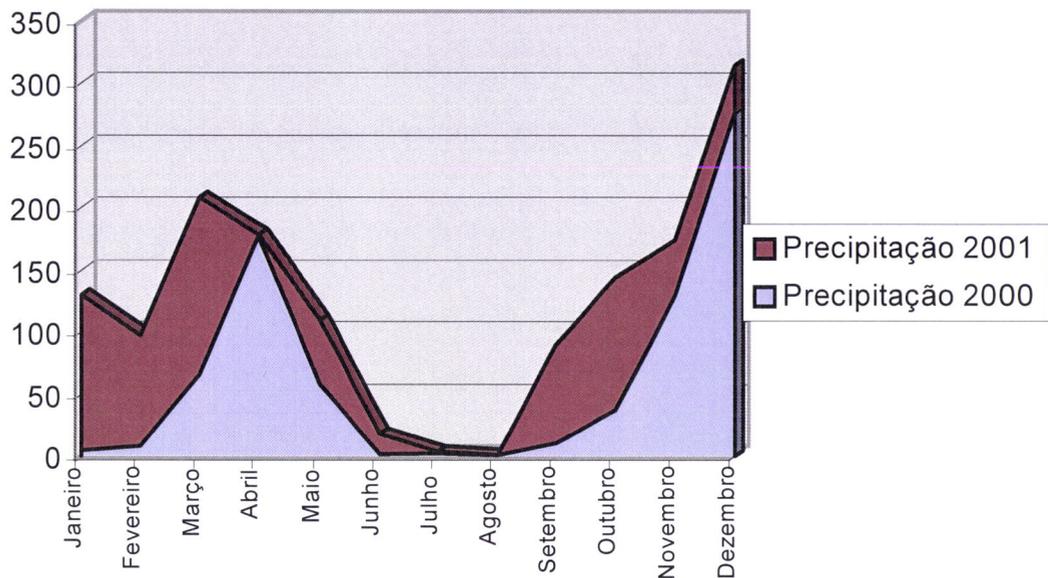
As precipitações médias mensais são de grande irregularidade ao longo do ano. Normalmente a chuva concentra-se nos meses de Outubro a Março, enquanto Abril e Maio são meses de transição e Julho, Agosto e Setembro são considerados meses secos. De acordo com os dados fornecidos pela estação meteorológica de Évora, relativamente ao ano de 2000 e 2001, a chuva concentrou-se mais nos meses de Outubro a Dezembro e nos meses de Março a Maio, coincidido com o descrito anteriormente no que diz respeito aos meses considerados secos.

QUADRO 1 – Valores de precipitação registados na estação meteorológica de Évora (2000 e 2001)

<i>MESES</i>	<i>PRECIPITAÇÃO 2000 (mm)</i>	<i>PRECIPITAÇÃO 2001 (mm)</i>
JANEIRO	4.4	125.6
FEVEREIRO	8.1	89.3
MARÇO	66.0	142.3
ABRIL	177.2	1.7
MAIO	57.7	52.2
JUNHO	1.6	16.1
JULHO	2.5	1.6
AGOSTO	0.8	0.2
SETEMBRO	10.6	79.2
OUTUBRO	37.4	1 06.6
NOVEMBRO	129.9	44.5
DEZEMBRO	276.9	37.3
TOTAL	773.1	696.6

Fonte: Estação Meteorológica de Évora

GRAFICO 1 – Representação gráfica dos valores da precipitação registados na estação meteorológica de Évora (2000 e 2001)



Durante este período (2000 e 2001), o valor da precipitação total anual observado na estação em estudo variou entre os 773.1 mm e os 696.6 mm. Os meses mais chuvosos foram em Dezembro e Abril de 2000 e em relação ao ano 2001 foram os meses de Março e Janeiro. Os meses menos chuvosos foram os de Junho, Julho e Agosto em 2000 e Abril, Julho e Agosto em 2001.

Esta irregularidade na distribuição das chuvas constitui uma das principais limitações do clima, no que diz respeito as actividades agrícolas e por outro lado favorecendo a erosão dos solos.

A queda de neve é um acontecimento excepcional na região de Évora. A probabilidade de o solo se cobrir de neve em algum dia no ano é, praticamente nula.

b) Vento

No que diz respeito à orientação do vento, nesta região predominam os ventos de Nordeste ao longo de todo o ano, no entanto nos meses de Inverno tem alguma importância os ventos de Este, Sudeste e Sul, pois nos meses de Verão a sua ocorrência é quase nula.

Em relação à velocidade do vento, esta é de cerca de 36 Km/hora e ocorre em cerca de 23,6 dias por ano (PIDDEV, 1990 : 40). Os dias com esta velocidade do vento, concentram-se normalmente nos meses de Dezembro, Janeiro, Fevereiro, Março e Abril.

c) Temperatura do ar

Nesta região a temperatura média anual é de cerca de 16°C, registada na estação meteorológica de Évora. Nos meses de Julho e Agosto, regista-se a média mais elevada, cerca de 25°C. É nos meses de Janeiro e Dezembro que a temperatura média anual é mais baixa, cerca de 9°C.

Podemos concluir que a um Verão muito quente, cerca de 130 dias com temperatura máxima superior a 25°C, se opõe um Inverno frio, com cerca de 90 dias por ano que em média registam uma temperatura mínima inferior a 5 °C.

Estas amplitudes térmicas são a marca da feição continental, Invernos frios e Verões muito quentes (PIDDEV, 1990 : 24).

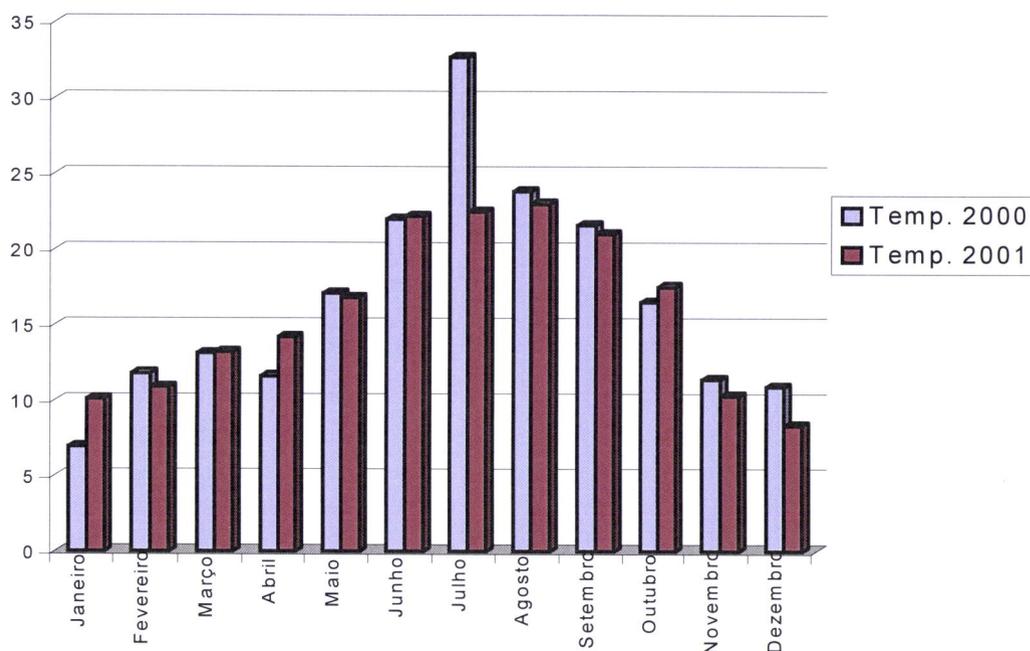
Relativamente ao ano 2000 e 2001, os valores médios registados na estação meteorológica de Évora estão representados no quadro 2 e no gráfico 2.

QUADRO 2 – Temperaturas médias registadas na estação meteorológica de Évora nos anos 2000 e 2001

<i>MESES</i>	<i>TEMPERATURAS MÉDIAS 2000 (°C)</i>	<i>TEMPERATURAS MÉDIAS 2001 (°C)</i>
Janeiro	6,9	10,1
Fevereiro	11,8	10,9
Março	13,1	13,2
Abril	11,6	14,2
Maió	17,1	16,8
Junho	22	22,2
Julho	32,7	22,5
Agosto	23,8	23
Setembro	21,6	21
Outubro	16,5	17,5
Novembro	11,4	10,3
Dezembro	10,9	8,3
Total	16,62	15,83

FONTE : Estação meteorológica de Évora

GRAFICO 2 – Representação gráfica dos valores das temperaturas médias registadas na estação meteorológica de Évora nos anos de 2000 e 2001



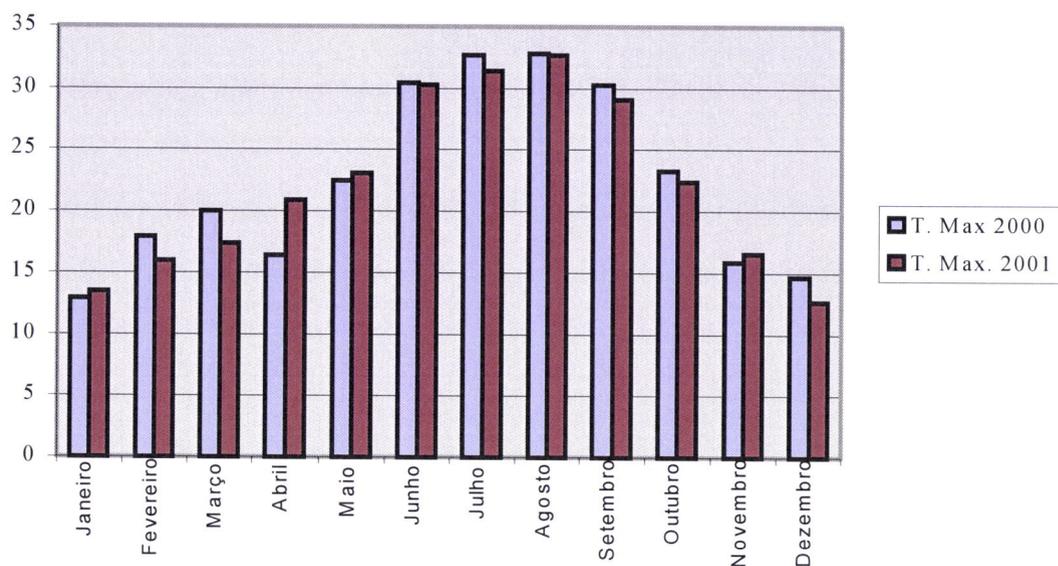
A seguir passamos a apresentar os quadros 3, 4 e respectivos gráficos, relativamente as temperaturas mínimas e máximas registadas na estação meteorológica de Évora nos anos de 2000 e 2001.

QUADRO 3 – Valores médios das temperaturas máximas registadas na estação meteorológica de Évora nos anos 2000 e 2001

<i>MESES</i>	<i>T. MAX 2000 (°C)</i>	<i>T. MAX. 2001 (°C)</i>
Janeiro	12,90	13,50
Fevereiro	17,90	16,00
Março	20,00	17,40
Abril	16,40	20,90
Maio	22,50	23,10
Junho	30,40	30,30
Julho	32,70	31,40
Agosto	32,80	32,70
Setembro	30,30	29,10
Outubro	23,30	22,40
Novembro	15,90	16,60
Dezembro	14,70	12,70
TOTAL	22,48	22,17

FONTE : Estação meteorológica de Évora

GRÁFICO 3 – Representação gráfica dos valores médios das temperaturas máximas registadas na estação meteorológica de Évora nos anos 2000 e 2001

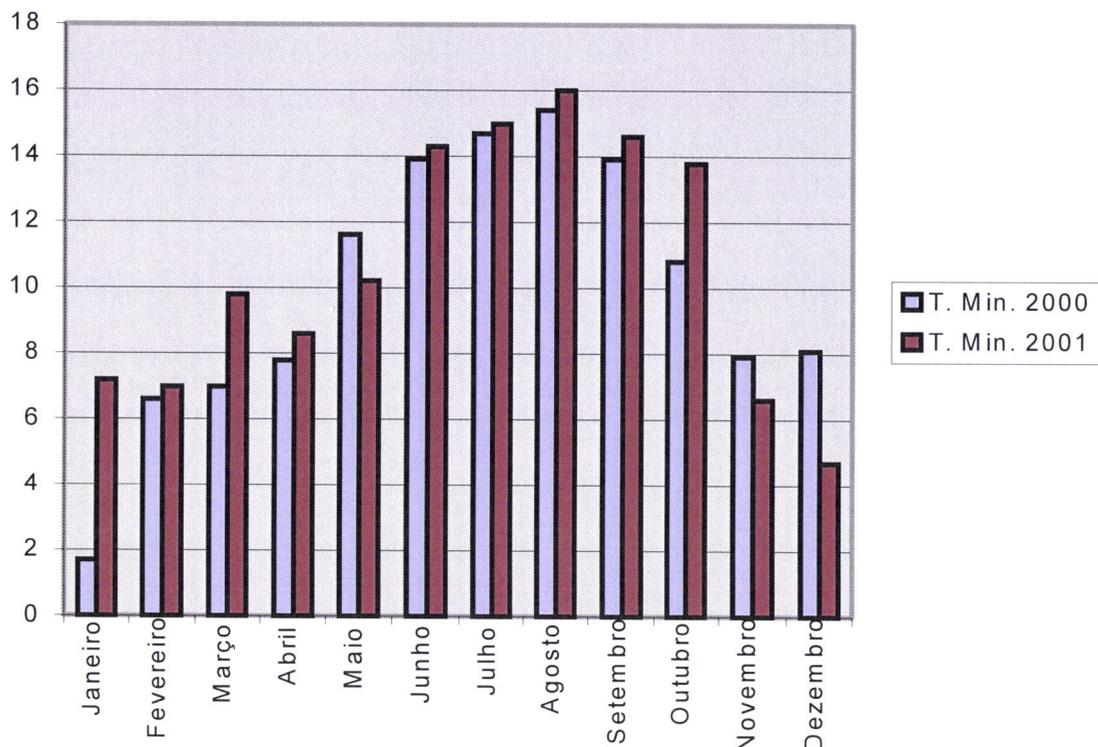


QUADRO 4 – Valores médios das temperaturas mínimas registados na estação meteorológica de Évora nos anos 2000 e 2001

<i>MESES</i>	<i>T. MIN. 2000 (°C)</i>	<i>T. MIN. 2001 (°C)</i>
Janeiro	1,7	7,2
Fevereiro	6,6	7
Março	7	9,8
Abril	7,8	8,6
Maio	11,6	10,2
Junho	13,9	14,3
Julho	14,7	15
Agosto	15,4	16
Setembro	13,9	14,6
Outubro	10,8	13,8
Novembro	7,9	6,6
Dezembro	8,1	4,7
TOTAL	9,95	10,65

FONTE : Estação meteorológica de Évora

GRÁFICO 4 – Representação gráfica dos valores médios das temperaturas mínimas registadas na estação meteorológica de Évora nos anos 2000 e 2001



d) Insolação

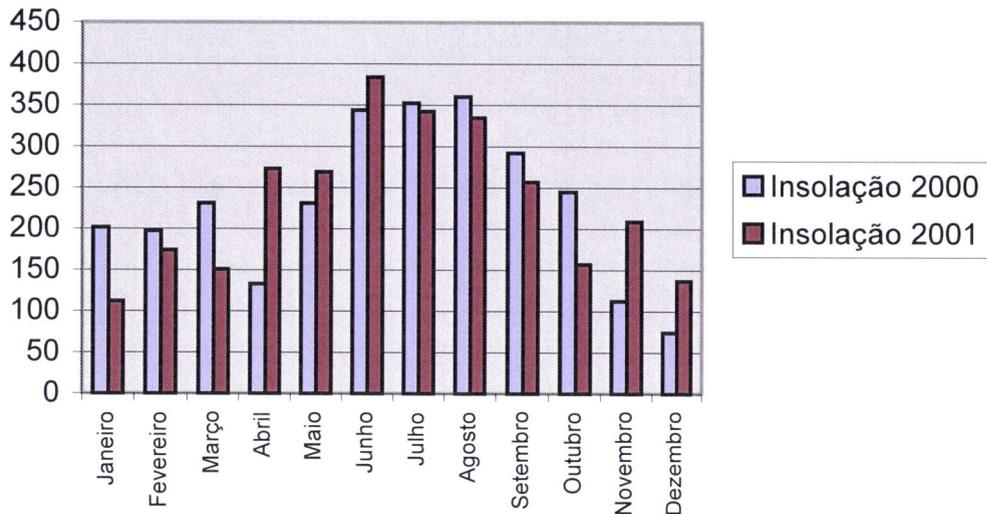
O número médio anual de horas de sol, varia entre as 2900 e as 3000 horas por ano, no entanto nos anos de 2000 e 2001 o número médio de horas foi de 2787, tal como se pode ver no quadro e gráfico 5.

QUADRO 5 – Valores médios das horas de insolação durante os anos 2000 e 2001

MESES	INSOLAÇÃO 2000 (HORAS)	INSOLAÇÃO 2001 (HORAS)
Janeiro	201,7	112
Fevereiro	197,7	174
Março	231	151
Abril	133	273
Maio	231	269
Junho	344	384
Julho	352	342
Agosto	360	334,6
Setembro	292	257
Outubro	245	157
Novembro	113	209
Dezembro	74	137
TOTAL	2774,4	2799,6

FONTE: Estação meteorológica de Évora

GRAFICO 5 – Representação gráfica dos valores médios das horas de insolação nos anos 2000 e 2001



Também podemos ver que no ano 2000 o mês com mais horas de sol foi o mês de Agosto, com uma média de 360 horas de sol. No ano 2001 foi o mês de Junho com o maior número de horas de sol, cerca de 384 horas.

e) Radiação global

Segundo o PIDDEV os valores médios anuais da radiação global (quantidade de energia radiante por unidade de área), é de cerca de 150 Kcal/cm². A variação mensal dos valores da radiação global tem um comportamento semelhante ao da temperatura.

f) Geadas

A formação de geada é condicionada pelas condições climáticas, e pela natureza, estado e revestimento do solo. De um modo geral, as condições propícias à ocorrência de geada são aquelas em que predominam as situações de céu limpo (diminuição da temperatura por perdas radiactivas), vento fraco, solo revolvido e seco, ou solo coberto de relva ou ervas daninhas.

Nesta região ocorre geada em cerca de 40 dias em média por ano. A data média do início das geadas de Outono é a 1 de Novembro, a ocorrência das geadas da Primavera é em média a mais tardia, é a 15 de Abril.

Tal como é referido no PIDDEV, também há a possibilidade de ocorrência na região de geadas negras, que se caracteriza pela ausência de humidade e com temperaturas negativas muito baixas. Estas geadas constituem um fenómeno invisível, mas com efeitos terríveis sobre as plantas que ficam queimadas, tal como se fosse um incêndio.

g) Nevoeiro

Nesta região o fenómeno da ocorrência de nevoeiro é chamado das baixas continentais (de irradiação), sendo mais frequente nas noites límpidas, frias e de manhã cedo, que ocorrem no Outono, Inverno e Primavera.

Este nevoeiro, é causado pelo arrefecimento na base das camadas do ar próximas do solo, quer pelo deslize de ar frio em direcção ao fundo dos vales, quer pelas perdas radiactivas nocturnas, fenómeno frequente nesta região.

O número de dias com nevoeiro, durante o ano 2000, foi de 50,6 dias, com frequência mais elevada em Janeiro e Dezembro.

h) Nebulosidade

A nebulosidade define-se como a quantidade de nuvens no céu, visíveis num dado local, e exprime-se em décimos de céu, variando o seu valor entre 0 (zero) – céu limpo, e 10 (dez) – céu totalmente encoberto.

O valor médio anual da nebulosidade varia entre 4 e 5 décimos de céu. A nebulosidade nos meses de Verão, designadamente Julho e Agosto, é menor relativamente aos restantes meses do ano, chegando a ser de 1 décimo de céu coberto em Julho.

i) Humidade relativa do ar

Situada entre a curva dos 7,5 e 8,0 g/kg, esta região encontra-se na fronteira de influência do ar marítimo. Os valores médios mensais da humidade relativa do ar variam anualmente entre os 35 e os 88%.

A humidade relativa do ar sofre também oscilações entre períodos de tempo mais largos, de uma semana para a outra, ou de uma época do ano para outra, consoante as alterações do estado do tempo relacionadas com as massas de ar com características diferentes (PIDDEV, 1990 : 40).

Os valores máximos de humidade relativa ocorreram em Janeiro e os valores mínimos foram medidos no mês de Agosto.

j) Conforto humano

O conforto humano, nesta região é condicionado, fundamentalmente; pelos valores das temperaturas estivais. Por isso, os níveis de conforto tendem a ser menores nas áreas mais expostas à forte radiação solar e menos sujeitas a influências suavizadoras.

2.4.1.4 – Relevo

A região em estudo ocupa parte das bacias hidrográficas dos rios Tejo, Sado e Guadiana.

Através do descrito anteriormente, podemos ver a relação existente entre as características fisiográficas e as unidades geo-morfológicas presentes na região – Maciço Antigo e Orla Sedimentar Terciária, cada uma delas, para além de possuir características próprias de relevo, clima e solo que conduziram a diferentes formas de utilização do território, é também potencialmente distinta no que respeita a futuras ocupações.

2.4.1.5 – Recursos Hídricos

A área em estudo é abrangida por três grandes bacias hidrográficas (Guadiana, Tejo e Sado).

Na região de Évora quase todos os aglomerados se situam junto a linhas de drenagem, estando a cidade de Évora situada junto do rio Xarrama (bacia hidrográfica do Sado) e da ribeira da Torregela que é seu afluente.

As principais linhas de água da região em estudo são o rio Degebe e as ribeiras da Pardiela, do Álamo, do Azevel, de Lucefecit, da Asseca e de Mures – bacia hidrográfica do rio Guadiana; as ribeiras de Alcavariça, de Tera, do Divor, de Lavre e de Canha – bacia hidrográfica do Tejo; o rio Xarrama e as ribeiras de Oriola, das Alcáçovas, de S. Cristóvão, de S. Martinho e da Marateca – bacia hidrográfica do rio Sado.

Nesta região existem algumas barragens, sendo a principal no rio Degebe, a barragem de Monte-Novo. Para além desta existe apenas a barragem do Torres, na ribeira de Azambuja, e a barragem da Tourega na ribeira de Valverde.

2.4.1.6 – Solo

Nesta região há diversidade pedológica, ocorrendo mais de trinta tipos de solos, a maior parte assinalados com complexos. Os tipos de solos mais importantes são:

- ☒ Litossolos ou solos esqueléticos;
- ☒ Aluviossolos e solos de baixa;
- ☒ Solos litólicos não húmidos;
- ☒ Solos mediterrâneos pardos de materiais não calcários;
- ☒ Solos mediterrâneos vermelhos ou amarelos de materiais não calcários;
- ☒ Solos hidromórficos.

Há uma predominância dos solos mediterrâneos pardos, normais, de quartzodioritos; os para – barros, de idênticos materiais e os solos litólicos não húmidos de granito em transição para quartzodioritos, podendo todos eles ter afloramentos rochosos.

Fazendo uma breve caracterização da forma como é feito o uso actual do solo na área em estudo, verifica-se, que a maior parte da área é destinada a extensas culturas arvenses de sequeiro associadas à produção de gado bovino, suíno, ovino e em menor escala, caprino. Têm também expressão os montados de azinho e sobro, explorados numa lógica de uso múltiplo.

Encontram-se ainda pequenas áreas dispersas de superfície variável de, pinhais e pinheiros isolados de grande porte, tanto mansos (*Pinus pinea*), como bravos (*Pinus pinaster*) e pequenos eucaliptais (*Eucalyptus* sp.).

Existem ainda nesta região áreas de pomares, vinhas e regadios.

2.4.1.7 – Flora e Vegetação

Ao fazermos uma caracterização da flora e vegetação da região, deparamo-nos com algumas dificuldades devido à inexistência de referências bibliográficas, no entanto procurámos através do PIDDEV colher alguma informação útil.

De acordo com os documentos consultados, não se pode considerar uma flora de extrema riqueza no entanto é relativamente interessante, pensamos que o coberto vegetal dominante desta região foi constituído essencialmente por azinhais e sobreiros, porém pensa-se que nesta região com baixa pluviosidade e temperaturas elevadas, solos ácidos e mais ou menos carbonatados, foi inicialmente coberta por carvalhos

perenifólios, os quais teriam pertencido ao domínio climático da azinheira (*Quercus ilex* subsp. bailota).

No entanto, a acção do homem tem conduzido à degradação destes sistemas arbóreos, quer através do corte, do fogo e da cultura cerealífera, sendo hoje sistemas com pequenas dimensões.

Actualmente, as principais formações naturais e semi-naturais da região, podem agrupar-se em:

- Montado de azinho;
- Montado de azinho/sobro;
- Montado de sobro;
- Matos;
- Galerias caducifólias.

Destas formações os montados, são as mais importantes pela área que ainda ocupam. Todavia, tendo por base a diferenciação edafoclimática, verifica-se do litoral para o interior uma diferenciação do sistema arbóreo, ou seja à medida que caminhamos para o interior, a influência atlântica vai-se diluindo, aumentando em extensão e densidade as formações vegetais do âmbito da azinheira.

Muitas vezes, torna-se difícil encontrar formações puras, tanto do sobreiro, como da azinheira, pois à medida que a influência marítima se vai diluindo, aumentam em extensão e densidade as formações vegetais de azinheiras, porém como esta separação é gradativa encontramos com frequência os montados mistos, isto é, de sobro e azinho.

Os matos surgem em duas situações diferentes, ou como coberto subarbustivo ou como coberto em zonas de pousio agrícola. Os matos apresentam uma grande diversidade de espécies, no entanto, verifica-se uma grande abundância dos *Cisto-Lavanduleta*.

Nos terrenos mais pedregoso, dominam os conhecidos “estevais”, constituídos essencialmente por *Cistus Ladanifer* (Esteva) e *Lavandula luisieri* (Rosmaninho), enquanto que nos solos com maior teor de argila, os “piornais” de *Lygos sphaerocarpa* são uma constante.

2.4.1.8 – Fauna e Recursos Faunísticos

Na região em estudo devido há existência de uma grande variedade de espécies animais e à raridade de algumas delas, conferem-lhe um lugar de relevo no contexto faunístico nacional e até mesmo a nível peninsular.

Esta riqueza faunística resulta da existência de uma grande diversidade de biótopos, à natureza diferenciada dos seus solos, à conjugação das influências atlântica e mediterrânica e ainda à intervenção secular do homem que criou, em alguns lugares, ecossistemas de substituição ricos e equilibrados.

O facto desta região não ter sido até agora das mais afectadas pelo processo generalizado da degradação do ambiente, tem contribuído para a conservação da fauna. Por outro lado a escassez populacional de algumas zonas e as suas características do solo tem assegurado à fauna bons refúgios e alimento.

No distrito de Évora, os “Sítios de Interesse Europeu para a Conservação”, inventariados ocupam uma área aproximada de 11% da superfície total do distrito.

2.4.2 – Caracterização demográfica

Esta breve caracterização da região em estudo, procura simultaneamente verificar a existência de alterações demográficas registadas entre 1991 e 2001, com base no plano director municipal, nos censos 1991 e 2001 e em alguns dados obtidos nas estimativas de 1999. Vamos ainda realçar alguns aspectos em relação ao meio rural.

Com este tipo de análise pretendemos saber até que ponto o comportamento demográfico da região em questão tem sofrido alterações nesta última década, pois o estudo da evolução da população mostra ser importante em qualquer análise demográfica e caracteriza de forma geral uma população.

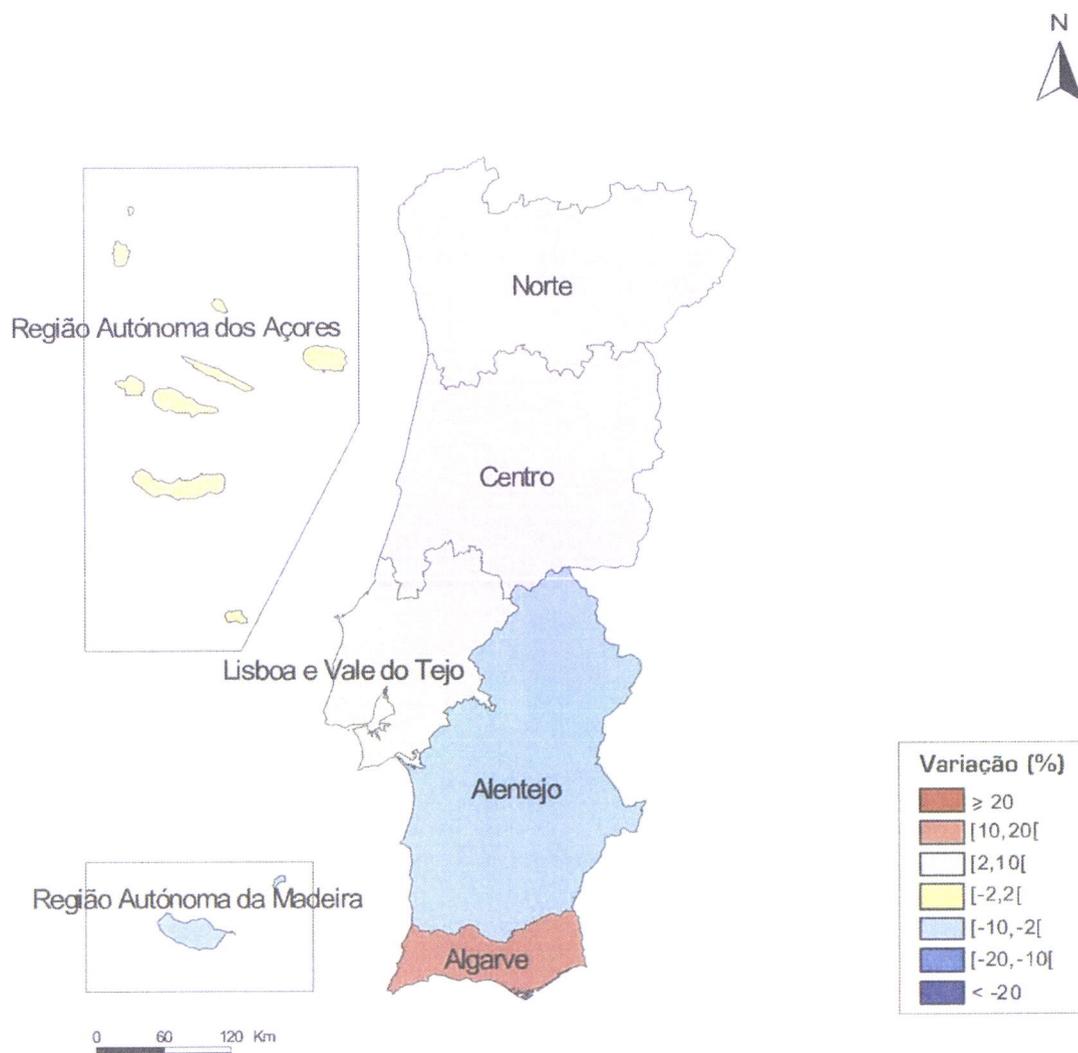
Um outro aspecto que será de considerar e relacionado com a distribuição da população, será o acentuar da tendência de concentração nos aglomerados com uma certa dimensão e a diminuição progressiva dos quantitativos residindo em lugares isolados e dispersos, acentuando a tipologia de povoamento concentrado, característico desta região do país.

Esta problemática, relacionada com a maternidade, constitui o propósito do trabalho a desenvolver.

A análise efectuada, procurou seguir uma lógica de integração num espaço territorial e demográfico, começámos por analisar de um modo geral a situação em Portugal, depois a região Alentejo, Alentejo Central e por fim o concelho de Évora e lugares até 1999 habitantes no referido concelho. Com esta análise pretendemos saber qual o comportamento demográfico do concelho de Évora e este em relação à região em que se insere.

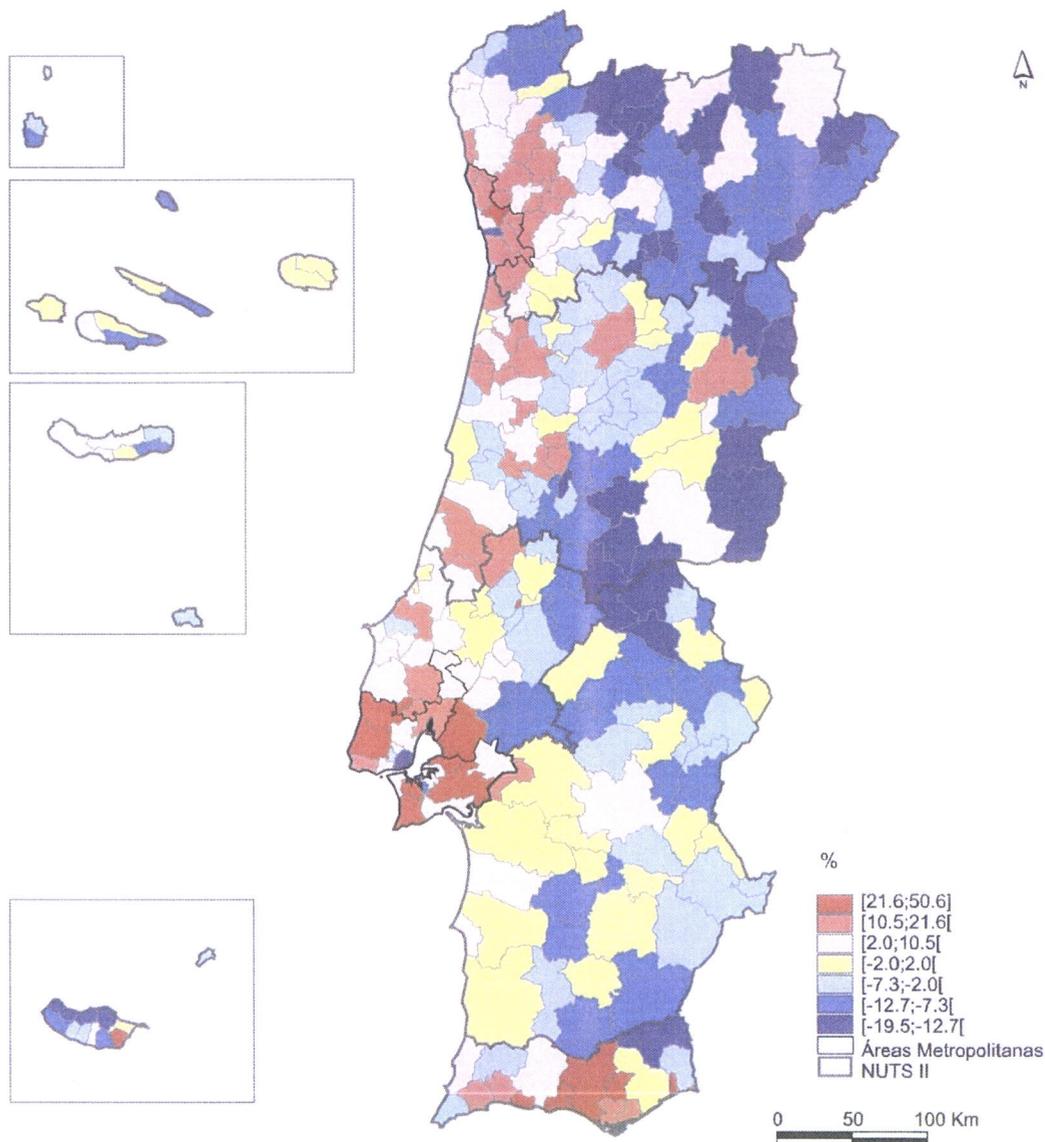
Os resultados definitivos dos censos 2001, revelam uma população residente em Portugal de 10 356 117 indivíduos, dos quais 5 355 976 são mulheres e 5 000 141 são homens (Mapa 2 e 3 – Variação da população residente, 1991 – 2001).

MAPA 2 – Variação da população residente em Portugal - 1991 e 2001



FONTE : INE – CENSOS 2001

MAPA 3 - Variação da população residente em Portugal – 1991 e 2001



FONTE : INE – CENSOS 2001

A população residente da região Alentejo segundo a zona geográfica e de acordo com os resultados dos censos de 1991 e 2001, sofreu algumas alterações, como se pode ver no quadro 6.

QUADRO 6 – Evolução da população residente na região Alentejo e no concelho de Évora

<i>ZONA GEOGRÁFICA/ ANOS</i>	<i>1991</i>		<i>2001</i>	
	<i>Alentejo</i>	<i>Évora</i>	<i>Alentejo</i>	<i>Évora</i>
<i>Freguesias rurais</i>	234 356	11 962	313 650	11 150
<i>Freguesias urbanas</i>	247 156	37 965	398 116	41 159
<i>População isolada</i>	61 930	3 827	64 819	4 210
<i>TOTAL</i>	543 442	53 754	776 585	56 519

FONTE: INE (Censos 1991 e 2001)

Este concelho é o mais povoado da região, com uma densidade populacional de 41,2 hab./Km². A população encontra-se maioritariamente a residir em lugares com mais de 2 000 habitantes.

No ano de 2001 houve uma diminuição da população residente no concelho de Évora, em freguesias rurais de - 812 habitantes e pelo contrário aumentou a população das freguesias urbanas em 3194 habitantes. Também na população isolada houve um acréscimo.

QUADRO 7 – Evolução demográfica (População residente)

	<i>PORTUGAL</i>	<i>ALENTEJO</i>	<i>ALENTEJO CENTRAL</i>	<i>ÉVORA</i>
<i>1991</i>	9 867 147	549 362	173 216	53 754
<i>2001</i>	10 356 117	776 585	173 646	56 519
<i>Acréscimo populacional</i>	+ 488 970	277 223	+ 430	+ 2765

FONTE: INE (Censos 1991 e 2001)

Entre 1991 e 2001 ter-se-à registado um acréscimo de 488 970 indivíduos, o que se traduziu numa taxa de crescimento natural de 0,13% em 1991 e 0,14% em 2001, com uma taxa de crescimento efectivo de 4,9% e 4,7% respectivamente.

Como podemos constatar, esta região tem vindo a sofrer um crescimento demográfico, o qual foi mais acentuado na década de 70/81 em que a taxa de crescimento foi de 0,64% ano, na década de 81/91 a taxa de crescimento foi de 0,47% ao ano e nesta última década 91 / 01 a taxa média de crescimento estimada para o Alentejo foi negativa

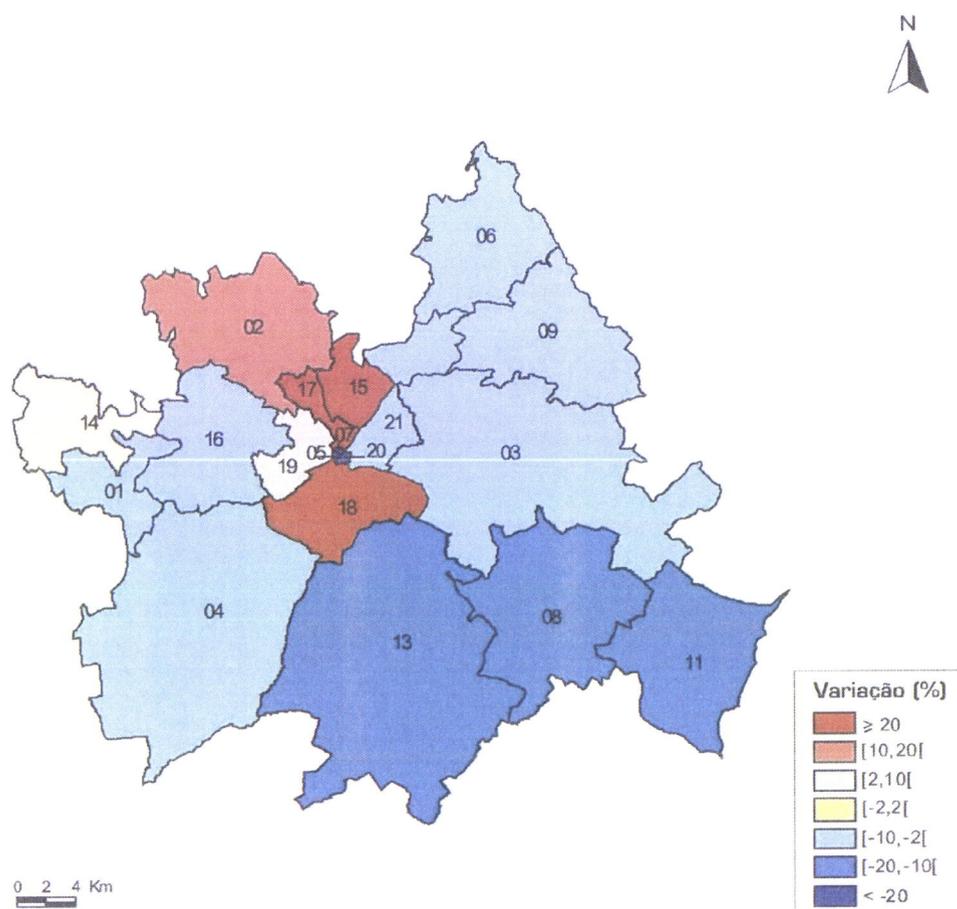
(-0,84%), enquanto que para Évora a taxa de crescimento natural foi de 0,01% e a taxa de crescimento efectivo foi de 4,9% ao ano.

Os principais aspectos que ressaltam na caracterização demográfica do período 1991 a 1999 (INE, Estimativas da população residente 1999), são:

- ↪ Acentuada redução dos saldos naturais;
- ↪ Forte queda da mortalidade infantil;
- ↪ Aumento da longevidade;
- ↪ Mudança de tendência nos fluxos migratórios a partir de 1993.

No entanto, podemos constatar que tanto para o Alentejo Central e em especial para Évora (concelho), houve um acréscimo populacional no período de 1991 a 2001 de 2 765 indivíduos (Mapa 4 – Variação da população residente, 1991 – 2001).

MAPA 4 – Variação da população residente no concelho de Évora em 1991 - 2001



FONTE : INE – CENSOS 2001

As razões para explicar este facto podem estar associadas à reputação da Universidade de Évora e à classificação de Évora como cidade Património Mundial que tem vindo a reforçar o seu papel de centro administrativo e de pólo de atracção regional.

Através da taxa de crescimento anual médio podemos proceder ao cálculo do tempo de duplicação da população em anos. Nazareth (1996 : 85), refere que se dispormos de diversas informações acerca do volume de uma população, a primeira análise que normalmente se executa é a do cálculo do ritmo de crescimento. Esse ritmo de crescimento deve proporcionar um resultado anual médio de forma a se poder comparar períodos de diferentes amplitudes.

Este mostra ser um eficiente indicador demográfico no que respeita à análise do ritmo de crescimento da população, e permite-nos ver quantos anos uma população necessitaria para duplicar os seus efectivos, se mantivesse o mesmo ritmo e velocidade de crescimento.

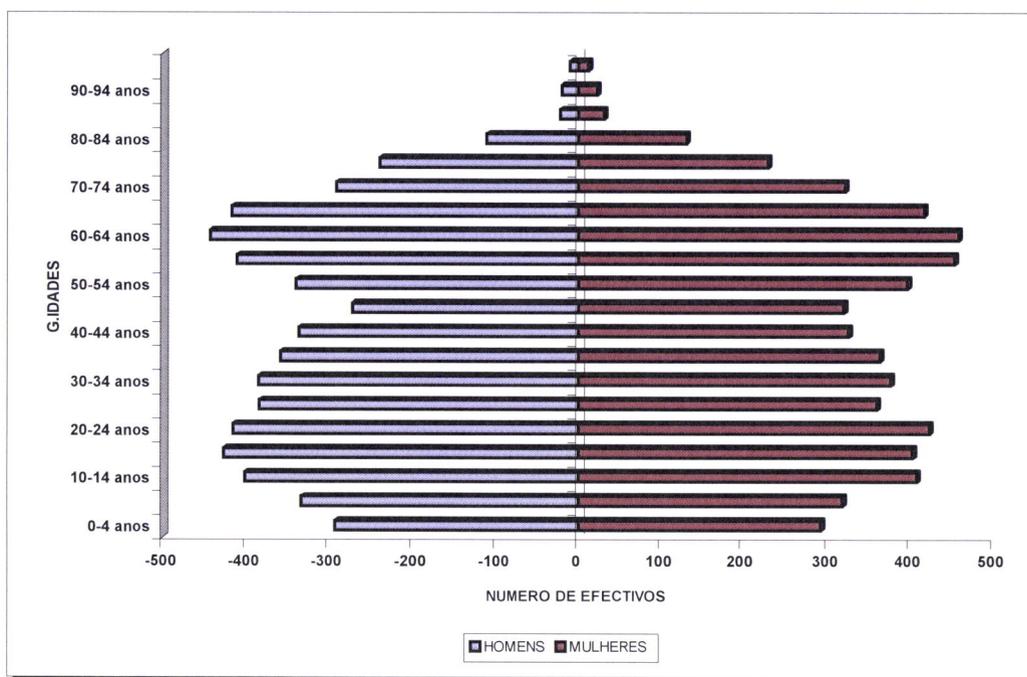
Neste período de 1991/2001, se o ritmo de crescimento geométrico se mantivesse, a população da região de Évora duplicaria de 136 em 136 anos, o que poderia apresentar sérias consequências em termos de um desenvolvimento sustentado para esta região, uma vez que há uma grande fragilidade demográfica gerada por um período tão extenso de valores de crescimento negativos, quer pelo duplo envelhecimento das suas estruturas.

Este duplo envelhecimento manifesta-se quer na base da pirâmide, devido à redução do número de jovens (população com idade inferior a 15 anos) provocada pela quebra acentuada da natalidade ao longo dos anos, quer no topo da pirâmide, pelo aumento significativo de idosos (população com idades superiores a 65 anos), originado pelo aumento da esperança de vida na região.

Nazareth (1996 : 88), define pirâmide de idades como gráficos que nos permitem ter uma visão de conjunto da repartição por sexos e idades de uma população. As idades são representadas no eixo vertical. Os efectivos são representados em dois semieixos horizontais (o da esquerda é reservado aos efectivos masculinos e o da direita é reservado aos efectivos femininos).

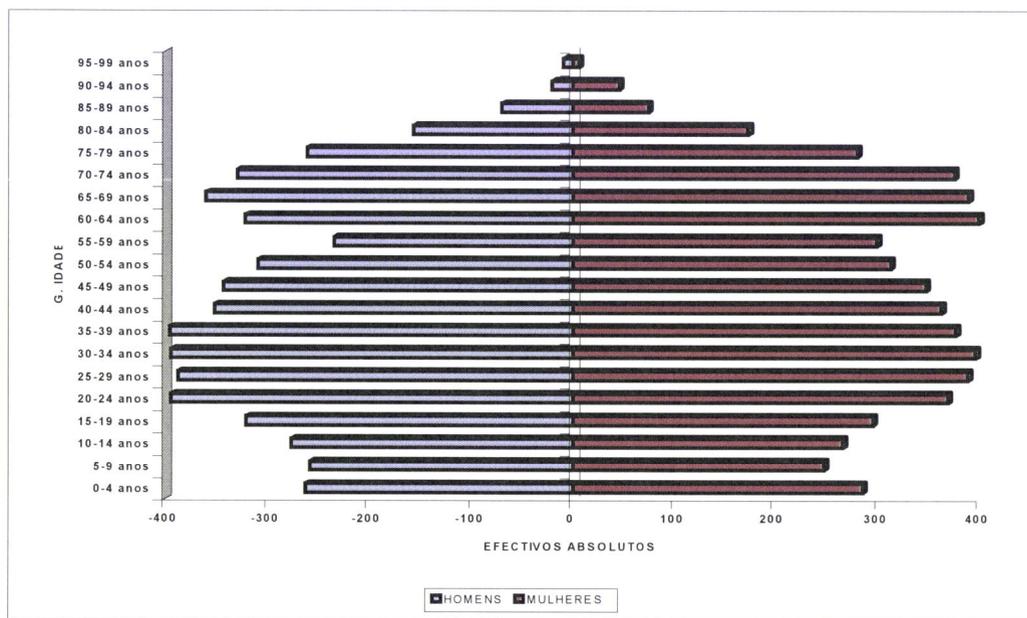
Iremos construir as pirâmides de idades com os efectivos absolutos, pois tal como é referido por Nazareth (1996 : 90), se queremos analisar apenas uma região, numa determinada época, de forma a reflectimos sobre as consequências sociais e económicas de uma estrutura demográfica específica, a representação com efectivos absolutos é a mais aconselhada.

GRÁFICO 6 – Pirâmide de idades – Lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora - 1991



FONTE : INE – Censos 1991

GRÁFICO 7 – Pirâmide de idades – Lugares até 1999 habitantes do concelho de Évora - 2001



FONTE : INE – CENSOS 2001

Contudo, no contexto do país a evolução neste período não é homogénea, apesar de ter sido um concelho com um acréscimo populacional, no Alentejo todas as Nuts III apresentam taxas negativas de crescimento, variando de – 0,52% (Alentejo Central) a – 1,16% (Baixo Alentejo).

Em relação ao crescimento natural, Portugal teve em 2001 um crescimento natural de 0,14% e um crescimento efectivo de 4,7% em relação a 1991, também no concelho de Évora houve um crescimento natural positivo de 0,01% e um crescimento efectivo de 4,9%.

No entanto, o início da presente década caracterizou-se pela continuação do declínio da natalidade. O que se reflecte na taxa de natalidade do país, em 1991 esta taxa foi de 11,7% e em 2001 foi de 11,6%. Ainda que a nível nacional a tendência seja de uma diminuição da natalidade, a observação deste indicador a nível do Alentejo revela uma disparidade de situações que caracterizam o nosso país. De realçar o facto de a nível do Alentejo a taxa de natalidade também ter diminuído nesta última década, a nível da região Alentejo Central e em particular no concelho de Évora esta tendência não se manifestou, pelo contrário houve um aumento em cerca de 0,1% nascimentos a nível da região Alentejo Central, mas em particular no concelho de Évora em 2001 a taxa de natalidade está muito próxima da taxa do país, 10,5% e que em relação a 1991 teve uma subida de 0,8%.

QUADRO 8 – Evolução da taxa de natalidade

<i>ZONA GEOGRÁFICA / ANOS</i>	<i>1991</i>	<i>2001</i>
PORTUGAL	11,8	11,6
ALENTEJO	9,2	8,9
ALENTEJO CENTRAL	9,1	9,2
ÉVORA	9,7	10,5

FONTE: INE – Estatísticas demográficas 1991 e 2001

Uma coisa é certa e todos nós sabemos que os nascimentos são os acontecimentos renováveis que estão na base dos fenómenos demográficos natalidade e fecundidade, os quais são os principais responsáveis pela renovação demográfica de uma região.

No que diz respeito à substituição das gerações, que é medido pelo índice sintético de fecundidade, deixou de ser assegurado no início dos anos 80. O índice baixou de 1,57 crianças por mulher em 1990 para 1,50 em 1999, valor que ainda se afasta do

considerado mínimo necessário para assegurar a reposição das gerações, que é de 2,1 crianças em média por mulher (INE, Estimativas da população residente, 2000).

Podemos ainda constatar na realidade actual que a idade média para a mulher ter o primeiro filho é cada vez mais tarde, ou seja cada vez o grupo etário dos 30-34 anos sofre um aumento no numero de mulheres a ter o primeiro filho (5 966 mulheres em 1991 para 11 572 em 2000), actualmente o grupo etário dos 25-29 anos ainda é o grande eleito (24 406 mulheres em 2000).

Mas através do cálculo da taxa de fecundidade podemos ver que esta está a diminuir desde 1991 até 2001, tal como se pode ver no seguinte quadro:

QUADRO 9 – Taxa de fecundidade

ZONA GEOGRÁFICA / ANOS	1991	2001
PORTUGAL	46,9	45,1
ALENTEJO	43,9	41,1
ALENTEJO CENTRAL	?	43,9
ÉVORA	39,8	41,8

FONTE: INE – Estatísticas demográficas 1991 e 2001

Podemos constatar o contínuo envelhecimento da fecundidade. A natalidade mede a frequência dos nascimentos que ocorrem no conjunto da população total, a fecundidade mede a frequência dos nascimentos que ocorrem num subconjunto específico – as mulheres em idade de procriar.

Segundo Nazareth (1996 : 163), os factores responsáveis pela evolução da fecundidade são de diferente natureza, factores biológicos da mulher, relações sexuais, leis e costumes, divorcio, a viuvez, abstinência sexual, a contracepção e o aborto, que por sua vez se relacionam com os factores económicos, sociais e culturais, e o envelhecimento das estruturas demográficas.

Não sendo conhecidas todas as razões que estão por detrás do fenómeno declínio da fecundidade, foi já possível compreender que ele está dependente dos factores atrás referidos.

Tudo isto se traduz, ao nível familiar, na redução do número de filhos, que reflecte uma preocupação na formação e qualificação das novas gerações.

No entanto o numero de mulheres em idade de procriar (15 – 49 anos) sofreu um acréscimo, relativamente a 1990 a proporção subiu de 21,2% para 23,0% em 1999 no Alentejo, contudo verificou-se que uma das regiões em que a percentagem é mais elevada é no Alentejo Central com 23,0% e em particular no concelho de Évora com 25,0%, talvez por isso se tenha verificado um conseqüente aumento nos nascimentos. Outro instrumento para analisar a distribuição de uma população é a relação de masculinidade, que segundo Nazareth (1996 : 88), nos dá a relação existente entre os sexos nas diversas idades, pois nascem mais rapazes do que raparigas (por cada 100 raparigas nascem, em geral, 105 rapazes).

QUADRO 10 – Relação de masculinidade

<i>AREA GEOGRÁFICA / ANOS</i>	<i>1991</i>	<i>2001</i>
PORTUGAL	93,1	93,3
ALENTEJO	95,7	95,5
ALENTEJO CENTRAL	94,1	94,2
ÉVORA	91,5	91,5

FONTE : INE – Censos 1991 e 2001

Ao fazermos a leitura do quadro 10, podemos concluir que as relações de masculinidade de 1991 para 2001 não sofreram grandes alterações, no entanto na elaboração do referido quadro podemos verificar que os efectivos femininos são superiores aos efectivos masculinos, isto devido à sobremortalidade masculina e ainda a migrações diferenciais. Tudo isto faz com que apareçam profundas modificações na curvatura normal, se o gráfico fosse elaborado, isto é chamado o efeito geração (Nazareth, 91 : 1996).

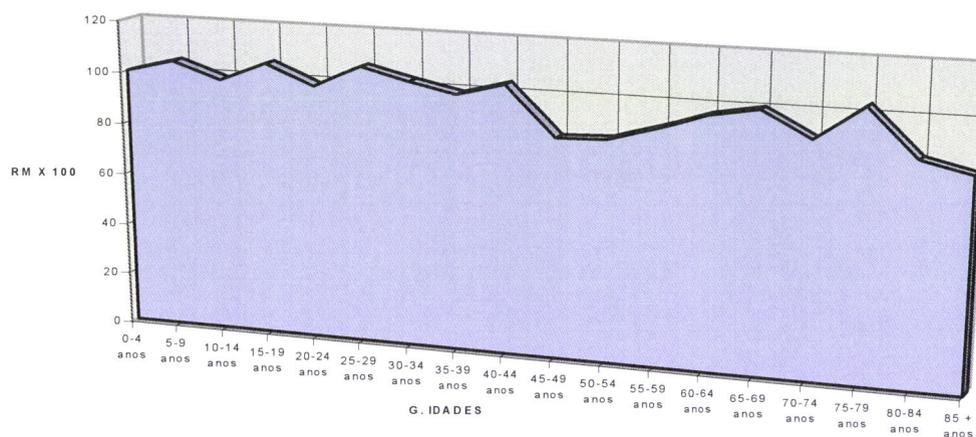
No que diz respeito ao concelho de Évora e aos lugares até 1999 habitantes fomos fazer a relação de masculinidade por grupos de idades e fizemos a sua representação gráfica.

QUADRO 11 – Relação de masculinidade em lugares até 1999 habitantes

GRUPO DE IDADES	RM X 100 - 1991	RM X 100 - 2001
0 – 4 anos	100	92,3
5 – 9 anos	104,7	104,5
10 – 14 anos	98,5	103,7
15 – 19 anos	105,9	108,8
20 – 24 anos	98,3	106,8
25 – 29 anos	106,9	99,7
30 – 34 anos	102,4	99,2
35 – 39 anos	98,6	104,8
40 – 44 anos	103,4	97,0
45 – 49 anos	84,7	98,6
50 – 54 anos	85,4	98,7
55 – 59 anos	90,7	78,3
60 – 64 anos	96,7	80,5
65 – 69 anos	100	92,3
70 – 74 anos	90,3	87,8
75 – 79 anos	103,5	93,2
80 – 84 anos	85,4	86,3
85 + anos	81,2	78,6
TOTAL	97,5	95,8

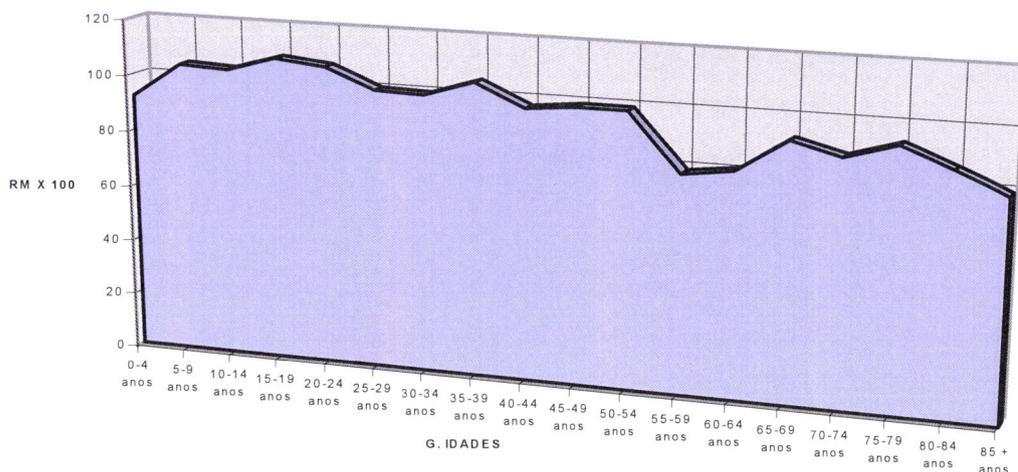
FONTE : INE – Censos 1991 e 2001

GRÁFICO 8 – Relação de masculinidade em lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora – 1991



FONTE : INE – CENSOS 1991

GRÁFICO 9 – Relação de masculinidade em lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora - 2001



FONTE : INE – CENSOS 2001

Em relação ao gráfico 8 e 9 da relação de masculinidade em lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora, verifica-se que no ano 2001 houve uma ligeira diminuição até à faixa etária 5 - 9 anos, mas apartir daqui verificou-se um ligeiro aumento em relação a 1991, até à faixa etária 50 – 54 anos, período em que houve uma diminuição brusca.

Na faixa etária dos 65 – 69 anos houve outro aumento mas não atingindo os valores de 1991. Em ambos os gráficos verifica-se um decréscimo apartir da faixa etária dos 75 – 79 anos.

Sendo o Alentejo a região mais envelhecida do país, facto que é bem visível na pirâmide etária, vamos agora analisar o fenómeno da mortalidade numa perspectiva demográfica.

O aumento da esperança média de vida à nascença (de 70,5 anos em 1990 / 91 para 71,8 anos em 1998 / 99 para os homens, e de 77,5 anos para 78,9 anos para as mulheres no mesmo período) e um forte declínio das taxas de mortalidade infantil (de 10,9 % em 1990 para 5,6 % em 1999) são os aspectos mais relevantes no campo da longevidade e mortalidade na presente década (INE, 17 : 1999).

Nazareth (1996 : 132), refere que a melhoria do nível de vida, das condições gerais de saúde e a rapidez das comunicações criaram condições para que a mortalidade declinasse de tal forma que a esperança de vida tem vindo sempre a aumentar.

No entanto, o mesmo autor, refere que a mortalidade varia com o nível socio-económico, com a profissão, com o lugar de residência e com certas características étnicas e religiosas.

O processo mais simples para medirmos o nível da mortalidade geral, é através da taxa bruta de mortalidade, que consiste em dividir o total de óbitos observados num determinado período pela população média do mesmo período, por 1000 habitantes.

QUADRO 12 – Taxa de mortalidade geral

<i>ZONA GEOGRÁFICA / ANOS</i>	<i>1991</i>	<i>2001</i>
PORTUGAL	10,45	10,22
ALENTEJO	13,53	14,1
ALENTEJO CENTRAL	12,62	12,47
ÉVORA	11,21	10,36

FONTE : INE – Estatísticas demográficas 1991 e 2001

Na análise do presente quadro podemos verificar que há uma tendência para a taxa de mortalidade descer, excepto para a região Alentejo em que se verificou uma ligeira subida.

De acordo com o INE em 2000, registaram-se em Portugal 105 813 óbitos, valor inferior ao de 1999 em 2 455 óbitos (- 2,3 %). Se analisarmos os óbitos ocorridos em 2000 no Alentejo, observaremos que apenas 435 óbitos dos 7 550 óbitos, ocorreram em pessoas até aos 50 anos ou seja 5,7 % dos óbitos ocorridos em 2000 no Alentejo e que os óbitos de indivíduos com 50 e mais anos atingiram os 94,2 %.

Também podemos concluir que foi no sexo masculino que se verificou o maior número de óbitos (4 042 óbitos) e que apenas na faixa etária dos 80 ou mais anos é que o sexo feminino teve maior número (482 óbitos).

No que se refere à mortalidade infantil (0-9 anos) esta teve uma diminuição de 45 óbitos (0,5 %) em relação a 1991, no Alentejo, decréscimo que também se verificou a nível de Portugal (0,9 %).

Em síntese e em função do exposto, quando elaborámos o quadro da taxa de mortalidade geral, ficámos um pouco preocupados, pois a taxa de mortalidade na região

Alentejo tinha aumentado, isto quando tínhamos concluído anteriormente que nesta região a população está em decréscimo. No entanto isto não é a realidade, pois a taxa bruta de mortalidade, é influenciada pela estrutura da população e que nesta região está muito envelhecida.

Podemos verificar, que não é bem assim, pois com o aumento da esperança média de vida à nascença e com a diminuição da taxa de mortalidade infantil, podemos encontrar na região Alentejo níveis de incidência inferiores aos verificados a nível nacional.

Tal como é referido por Candeias (1998 : 84), a redução da incidência da mortalidade na região Alentejo passa pela introdução de melhorias nos níveis de bem estar das populações, mas também pela garantia de verdadeiras igualdades de oportunidades de acesso aos equipamentos colectivos, no sentido de corrigir uma discriminação que ainda afecta de sobre maneira as populações que persistem em residir nas áreas periféricas da região.

De seguida, vamos apresentar as modificações ocorridas na estrutura etária e que fixam a relação existente entre os diferentes grupos etários.

De acordo com Nazareth (1996 : 91), em análise demográfica, quando se quer ter uma visão rápida da evolução ou da diversidade das estruturas, opta-se por compactar a informação segundo determinados critérios :

- Primeiro utilizamos os grupos funcionais, de modo a tornar mais funcional a análise da população por idades;
- Segundo utilizamos os índices – resumo, para proceder à manipulação dos grupos funcionais, no sentido de os transformar em indicadores que resumam a abundância de informação existente.

Tal como anteriormente vamos proceder ao cálculo dos índices – resumo para Portugal, Alentejo, Alentejo Central, Concelho de Évora e finalmente para lugares até 1999 habitantes que é o que nos interessa para este trabalho.

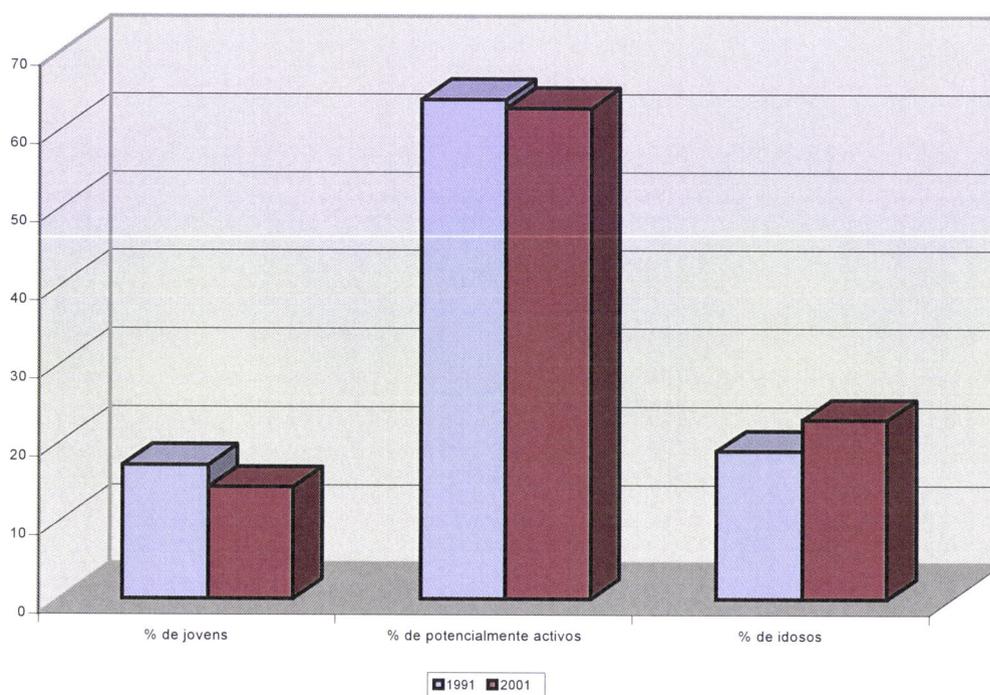
Começamos por calcular a percentagem de jovens, potencialmente activos e de idosos para lugares até 1999 habitantes, referentes aos anos de 1991 e 2001.

QUADRO 13 – Grupos funcionais para lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora

<i>GRUPOS FUNCIONAIS</i>	<i>LUGARES ATÉ 1999 HABITANTES - 1991</i>	<i>LUGARES ATÉ 1999 HABITANTES - 2001</i>
JOVENS	2 045	1 594
POTENCIALMENTE ACTIVOS	7 647	7 002
IDOSOS	2 270	2 554
TOTAL DA POPULAÇÃO	11 962	11 150
% DE JOVENS	17,1	14,3
% DE POTENCIALMENTE ACTIVOS	63,9	62,8
% DE IDOSOS	18,9	22,9

FONTE : INE – CENSOS 1991 E 2001

GRÁFICO 10 – Grupos funcionais em lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora – 1991 e 2001



FONTE : INE – CENSOS 1991 E 2001

Em relação aos grupos funcionais, verifica-se que há maior percentagem de jovens no ano de 1991 e a percentagem de potencialmente activos também é menor em cerca de 1,1 % no ano de 2001, pelo contrário a percentagem de idosos aumentou em cerca de 4% em relação ao ano de 1991, o que está de acordo com a tendência da evolução da população portuguesa no geral, para o envelhecimento.

Os índices de dependência, são utilizados para medir a relação existente entre a população nas idades não activas e a população em idade activa. Estes índices são utilizados pela análise demográfica para medir os encargos potenciais que pesam sobre a população activa.

O índice de envelhecimento, é um dos indicadores mais utilizados para medir o estado de envelhecimento ou rejuvenescimento da população em determinado momento (INE, 21 : 2001).

QUADRO 14 – Índices de dependência e de envelhecimento

<i>ZONA GEOGRÁFICA</i>	<i>ÍNDICES DE DEPENDÊNCIA</i>						<i>ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO</i>	
	<i>TOTAL</i>		<i>JOVENS</i>		<i>IDOSOS</i>		<i>1991</i>	<i>2001</i>
	<i>1991</i>	<i>2001</i>	<i>1991</i>	<i>2001</i>	<i>1991</i>	<i>2001</i>		
PORTUGAL	50,6	47,2	30,1	24,6	20,5	22,6	68,1	91,6
ALENTEJO	58,3	59	27,7	21,6	30,6	37,4	110,5	173,6
ALENTEJO CENTRAL	56	57,2	27,3	21,9	28,7	35,3	105,3	160,7
ÉVORA	52,5	50,1	29,1	22,4	23,4	27,7	80,3	123,6
LUGARES ATÉ 1999 HABITANTES	56,4	59,2	26,7	22,8	29,7	36,5	111,0	160,2

FONTE : INE – Censos 1991 e 2001

No índice de dependência de jovens, houve um ligeiro decréscimo em relação a 1991. No ano 2001 em lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora e por cada 100 pessoas potencialmente activos existiam 22 jovens. No caso do índice de dependência de idosos em que avalia o peso dos idosos na população potencialmente activa, pelo contrário houve uma subida deste índice, o que está de acordo com o que vem sendo dito ao longo deste trabalho, ou seja por cada 100 potencialmente activos existiam em lugares até 1999 habitantes no concelho de Évora 36,5 idosos.

O índice de dependência total em Portugal desceu de 50,6 para 47,2 de 1991 a 2001, ou seja, houve menos 3,4 indivíduos em idade não activa (jovens e idosos) por cada 100 potencialmente activos, o mesmo aconteceu no concelho de Évora em que houve uma descida de 2,4 indivíduos em idade não activa por cada 100 potencialmente activos, o mesmo não aconteceu no concelho de Évora em lugares até 1999 habitantes em que se verificou uma ligeira subida, ou seja há uma maior dependência total em 2001 do que em 1991.

Em relação ao índice de envelhecimento e como já vem sendo referido, houve uma subida importante (Mapa 5 – Índice de envelhecimento, 2001). No concelho de Évora em lugares até 1999 habitantes verificou-se uma subida de 49,2 idosos por cada 100 jovens ou seja por cada 100 jovens no ano 2001 havia 160,2 idosos. O índice de envelhecimento é o indicador que apresenta maiores alterações no período em análise.

Calculámos ainda outros indicadores que ajudam a caracterizar a situação demográfica da região em estudo.

O índice de renovação da população em idade activa, que procura relacionar o volume potencial da população que está a entrar em actividade com o volume da população que se está a reformar (Nazareth, 94 : 1996).

QUADRO 15 – Índice de renovação da população em idade activa

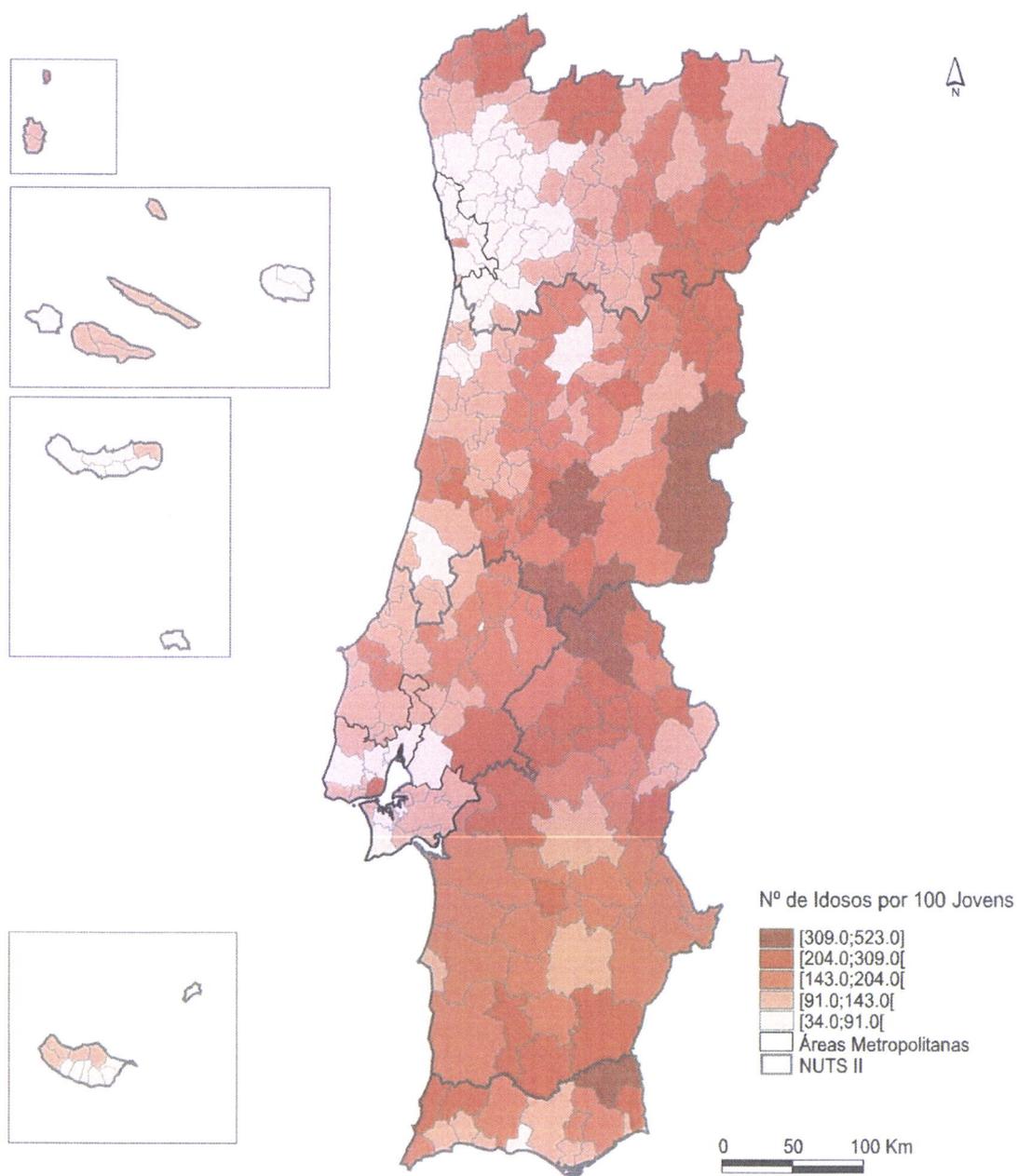
ZONA GEOGRÁFICA	1991	2001
PORTUGAL	136,2	143,1
ALENTEJO	90,7	112,4
ALENTEJO CENTRAL	93,1	?
ÉVORA	111,8	143,9
LUGARES ATÉ 1999 HABITANTES NO CONCELHO DE ÉvORA	89,6	122,7

FONTE : INE – Censos 1991 e 2001

Após o cálculo do índice de renovação, podemos verificar que nos lugares até 1999 habitantes, está a aumentar, ou seja enquanto no ano de 1991 por cada 100 pessoas que se encontravam para se reformar, havia 89,6 pessoas que estavam a entrar em actividade, no ano de 2001 este número aumentou para 122,7 pessoas que estavam a entrar em actividade por cada 100 que se reformavam.

Em síntese, ao calculámos este índice verificámos que apesar da população estar a envelhecer, ainda há renovação dos potencialmente activos.

MAPA 5 – Índice de envelhecimento em Portugal - 2001



FONTE : INE – CENSOS 2001

Calculámos ainda o índice de tendência para 2001, pois é um indicador da dinâmica demográfica de uma população.

QUADRO 16 – Índice de tendência

ZONA GEOGRÁFICA	2001
PORTUGAL	100,4
ALENTEJO	100,6
ALENTEJO CENTRAL	100,7
ÉVORA	103,2
LUGARES ATÉ 1999 HABITANTES NO CONCELHO DE ÉvORA	108,5

FONTE : INE – Censos 2001

Neste indicador, quando os seus valores são inferiores a 100, significa que está em curso um processo de declínio da natalidade e do envelhecimento.

Após o cálculo deste indicador, concluímos que ainda não há declínio da natalidade e do envelhecimento, uma vez que os valores são superiores a 100, no entanto a nível de Portugal, Alentejo e Alentejo Central, este valor está no limite. É no concelho de Évora e principalmente no meio rural que este valor é mais alto. Depois disto podemos concluir que nesta região em estudo, a natalidade não está em declínio e o envelhecimento continua a aumentar.

Sintetizando, o concelho de Évora está em franca expansão a nível demográfico, no entanto a tendência é para a concentração da população em lugares com mais de 2000 habitantes (meio urbano).

Na pirâmide de idades podemos verificar que há um envelhecimento nas suas extremidades. Pois no meio rural verifica-se uma redução do número de jovens e um aumento no número de idosos.

2.4.3 – Breve caracterização económica / social / cultural

Évora situa-se numa região predominantemente agrícola, o que condiciona os modos de vida ligados à exploração da terra. Do ponto de vista sócio-económico sabe encontrar-se o distrito de Évora numa região deprimida economicamente, com um grau elevado de desemprego, envolvendo cerca de 10% da população activa, sendo 72% de desemprego feminino, o que tem levado a uma perda substancial do tecido demográfico. Este aspecto associado ao envelhecimento populacional torna evidente e plausível que o ritmo de crescimento demográfico é desfavorável para a reposição populacional da região.

A cidade de Évora é o centro regional de serviços e comércio. O turismo tem-se revelado um sector em franco crescimento nos últimos anos.

Tal como já foi referido este concelho é o mais povoado da região Alentejo. Houve um acréscimo populacional de 2 765 habitantes no período 1991 / 2001.

A estrutura da população apresenta-se envelhecida, ainda que apresentando valores favoráveis para os jovens e idosos relativamente à média regional. Neste concelho a taxa de actividade é de 46,6 %, superior à da região Alentejo (41,1%), ou seja a taxa de desemprego geral e a taxa de desemprego feminino são inferiores as respectivas taxas para a região Alentejo.

No entanto, o nível elevado de desemprego verificado na Região Alentejo tem a sua principal incidência ao nível da população feminina, tal como se pode verificar pelos números apresentados de seguida. Recorreu-se ao Instituto do Emprego e Formação Profissional – Delegação Regional do Alentejo, para recolha de dados sobre o desemprego no concelho de Évora, consultámos o documento “Caracterização da procura de emprego registada na região Alentejo” em 1991 e 2001, apresentamos os dados no seguinte quadro 17.

QUADRO 17 – Desemprego no concelho de Évora

<i>ANOS</i>	<i>DESEMP- REGADOS</i>	<i>MULHERES</i>				<i>HOMENS</i>				<i>TOTAL DE INSCRITOS</i>
		<i>< 25</i>	<i>25 a 34</i>	<i>35 a 54</i>	<i>55 e +</i>	<i>< 25</i>	<i>25 a 34</i>	<i>35 a 54</i>	<i>55 e +</i>	
1991	1875	483	739	-	137	223	201	-	92	2009
2001	1336	204	259	266	118	129	143	117	100	1740

FONTE: Instituto do Emprego e Formação Profissional – Delegação Regional do Alentejo

Ao analisarmos este quadro podemos concluir que o desemprego diminuiu no concelho de Évora nesta última década, no entanto mantém-se que é no grupo das mulheres que esta taxa de desemprego é maior. Em 2001 estavam inscritas no IEFP 1740 pessoas, sendo 1336 desempregadas, sendo o maior número do sexo feminino (847 pessoas), enquanto no sexo masculino eram 489 pessoas. A faixa etária dos 35 aos 54 anos é a mais frequente no sexo feminino, enquanto no sexo masculino a mais frequente é a faixa etária dos 25 aos 34 anos.

Um outro aspecto a considerar na análise do fenómeno – desemprego é a questão do nível de qualificação e de instrução da população desempregada. O nível de habilitações literárias em que o número de desempregados é maior situa-se no 4º ano de escolaridade seguido do 12º ano de escolaridade, 324 e 251 pessoas respectivamente e apenas 53 dos desempregados não sabe ler nem escrever.

No que se refere ao grupo profissional, é o grupo de serviços e vendedores que tem maior número de desempregados (258 pessoas), seguido dos administrativos e similares com 250 pessoas e dos trabalhadores não qualificados (187 pessoas).

Esta diferença sexual a nível do desemprego está relacionada com a maior inserção da mulher no mercado de trabalho, e por outro lado com o facto da mulher ser, de uma forma geral, mais afectada pelo fenómeno do despedimento que o homem.

A estrutura da população activa é um dos indicadores que melhor referencia a actividade económica de uma região. Neste concelho a população activa nos lugares até 1999 habitantes tem uma percentagem de 62,8 % (em 2001), superior à média do Alentejo.

No entanto, se dividirmos a população activa por sectores de actividade económica, verificamos que actualmente é no sector terciário que se enquadra a sua maioria. De acordo com os dados do INE podemos verificar que ao longo dos últimos anos a população que então trabalhava no sector primário, a sua maioria pertencia à agricultura, tem vindo a diminuir e que actualmente, é o sector terciário que está em franca ascendência. Talvez devido à função administrativa que Évora desempenha ser cada vez maior e ainda devido ao suporte que dá à zona de influência, que é eminentemente agrícola.

Actualmente em Évora estão sediados a quase totalidade dos serviços regionais administrativos.

Existem, como seria de esperar, estruturas sectoriais da população activa profundamente distintas das freguesias rurais para as urbanas, fundamentalmente no que diz respeito ao

peso da agricultura que é dominante nas primeiras e os serviços que predominam nas segundas.

A evolução da economia do distrito de Évora caracterizou-se até 1970 por um crescimento do PIB muito baixo (a uma taxa de 1,2 % por ano), o que não só impossibilitou fixar a mão de obra local, como afastou o distrito das zonas mais desenvolvidas do país e acentuou a sua dependência em relação à zona industrial mais próxima, a área metropolitana de Lisboa.

Desde que foi criado o Parque industrial, veio aumentar a contribuição relativa para o desenvolvimento económico desta região. Podemos considerar que Évora tem um considerável domínio empregador e empresarial e o nível de concentração de actividades que lhe determinam no contexto regional uma significativa área de influência.

A nível dos aspectos sociais e culturais, a educação tem algumas carências, ou seja a situação dos recursos físicos educativos na região Alentejo é ainda muito deficiente, quer a nível da qualidade dos espaços existentes, quer a nível da quantidade.

Na cidade de Évora este problema é colmatado com a existência de alguns jardins de infância particulares, o que não acontece nas zonas rurais em que estes, são praticamente inexistentes, também este é um problema importante para a boa vivência da maternidade em meios rurais.

Nas zonas rurais as mulheres, também e na sua maioria trabalham, a não existência de infra-estruturas para apoiarem estas mulheres e os seus filhos vai condicionar a natalidade.

Também a nível do 1º ciclo do ensino básico há problemas importantes a considerar, ou seja cada vez há mais escolas fechadas por baixa taxa de frequência de alunos (<10 alunos / escola), sobretudo a nível do meio rural, pois a desertificação e a diminuição do número de filhos por casal tem-se vindo a acentuar.

A nível dos 2º e 3º ciclos do ensino básico e ensino secundário, estas escolas concentram-se na sua maioria nas sedes de concelho o que, em termos de acesso, acarreta complexas e dispendiosas operações de transporte escolar.

No quadro 18, podemos encontrar de modo linear a constituição do parque escolar do concelho de Évora.

QUADRO 18 – Parque escolar do concelho de Évora

PARQUE ESCOLAR		NUMERO DE ESTABELECIMENTOS - ESCOLAS
JARDINS DE INFÂNCIA		12
ESCOLA EB 1		26
ESCOLAS EB 2 E 3		3
ESCOLAS DE EBM		8
ESCOLAS SECUNDÁRIAS	 cursos gerais	3
	 cursos tecnológicos	2

FONTE: Dados estatísticos da Direcção Regional de Educação do Alentejo (CAE Alentejo Central)

No que diz respeito as instalações e equipamentos, embora na grande maioria a sua construção tivesse sido especificamente efectuada para o ensino, não têm espaços suficientes para o desenvolvimento das actividades extra-curriculares.

Em relação ao corpo docente, há uma enorme disparidade de situações face ao exercício de uma mesma profissão, decorrentes dos níveis de formação exigíveis para o seu exercício e do tipo de ligação que se estabelece com a entidade empregadora.

No que concerne ao ensino superior, apresenta uma situação diferenciada em relação a todo o interior do país, visto possuir um estabelecimento de ensino superior universitário.

A influência da Universidade a nível da região não é só a nível académico, mas também é uma “fonte de cultura” e de desenvolvimento económico e social, assim sendo podemos dizer que a universidade de Évora é decisivamente um dos maiores agentes urbanos de Évora e um dos mais eficazes estimulantes da vida cultural. Tal como já foi referido, a universidade, tem vindo a desenvolver um papel crescente em termos de investigação científica e técnica, sendo importante que se afirme também como motor de desenvolvimento nas vertentes cultural, social e económica.

A nível do meio rural podemos dizer que a situação educativa está fortemente submetida às condicionantes decorrentes de um declínio demográfico acentuado, ou seja os efectivos populacionais em idade escolar são directa e indirectamente afectados, a nível pedagógico e sócio-educativo pelas características de ruralidade e concentração demográfica de reduzida dimensão dos locais em que residem.

Para além da universidade, existem em Évora quatro escolas profissionais:

☒ A escola profissional da região Alentejo (EPRAL);

- ⊗ A escola profissional Bento de Jesus Caraça;
- ⊗ O instituto de educação técnica de seguros;
- ⊗ A escola profissional de música.

Segundo o resultado dos censos 1991, a população do Alentejo Central apresenta uma taxa de analfabetismo da ordem dos 19,4% . O concelho de Évora apresentou um baixo nível de instrução, com uma taxa de analfabetismo de 12,5%.

O baixo nível de instrução e a não qualificação da mão-de-obra são factores que se reflectem na elevada taxa de desemprego da região Alentejo, o que se vai reflectir na reduzida proporção de quadros médios e superiores.

Em síntese, podemos dizer que a nível da estrutura económica, existe uma tendência acentuada de terceirização da actividade do concelho, verificada a partir da década de 1970. Este facto é atribuído, sobretudo, ao papel da cidade de Évora como sede de distrito, impondo-se também como polo de emprego no concelho, tornando-o praticamente independente, a este nível, dos concelhos vizinhos.

A problemática da saúde e da assistência médica, constitui um indicador privilegiado do bem-estar de uma população e dos progressos alcançados neste domínio.

No entanto a nível do concelho de Évora, podemos considerar que se tem verificado uma evolução positiva em matéria de saúde, quer considerando por um lado os indicadores de mortalidade infantil, quer considerando a oferta dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

Podemos concluir que Évora situa-se numa região predominantemente agrícola, o que condiciona os modos de vida ligados à exploração da terra – agricultura predominantemente extensiva de cereais, olivicultura e vinha e que aliado ao progressivo envelhecimento da população faz com que se assista a uma progressiva rarefacção das áreas rurais.

Esta característica demográfica é comandada por movimentos migratórios, o que tem provocado um crescimento de Évora – polo urbano, isto tem sido feito à custa do esvaziamento dos campos circundantes em favor da cidade, pois esta tem vindo a reforçar o seu papel de centro administrativo e polo regional.

A actividade cultural e desportiva define Évora como uma das cidades mais dinâmicas do interior do país.

É com base nesta realidade socio-demográfica que se torna evidente que é necessário criar atractivos na região para fixar os seus naturais, mas também para atrair população activa e em idade de procriar do exterior, uma vez que esta região perdeu a sua capacidade de se autoregenerar.

A intervenção no contexto demográfico a nível do meio rural deverá ser feita com base em políticas que visem a promoção da fecundidade, através de acções de apoio à maternidade e à família, criando condições para o aumento do número de filhos por casal. Isto deve passar por algumas acções de apoio à maternidade e à família, nomeadamente, aumento dos subsídios de nascimento e aleitação, criação de subsídio específico para a maternidade em meio rural, criação de infra estruturas de apoio à infância e compatibilização dos horários de funcionamento com os laborais.

Tudo isto vai afectar a vivência da maternidade nas áreas rurais, pois actualmente esta vivência tem contornos completamente diferentes dos de há uns anos atrás.

Antigamente a mulher, vivendo em famílias alargadas e em comunidade, desempenhava o seu papel de mãe sem se preocupar com o futuro dos filhos e com a vivência do dia-a-dia em termos de cuidar dos filhos e de trabalhar.

Hoje, numa sociedade altamente móvel em que os casais vivem distanciados da sua família, vivem mais dificuldades de adaptação à maternidade, a futura mãe começa logo a preocupar-se com a educação dos filhos e como é que vai trabalhar com os filhos, visto nas áreas rurais ser ainda difícil arranjar uma ama ou um jardim de infância, quer pela vaga, quer pelas despesas que daí advém.

No entanto, este é um desafio com que a mulher tem de confrontar-se, de forma a flexibilizar e fazer as suas próprias escolhas em termos de realidade com que se defrontam, tudo isto verifica-se actualmente na diminuição do número de filhos e na idade cada vez mais avançada para ter o primeiro filho.

Até a nível da idade para se ter o primeiro filho tem havido alterações ao longo dos tempos no meio rural, uma vez que antigamente as mulheres casavam-se muito cedo (início da adolescência), como meio de adquirir estabilidade financeira e de se tornarem independentes da família, actualmente isto já não se verifica com tanta frequência.

Algumas das perguntas que surgem ao longo deste trabalho e que tentaremos responder no capítulo seguinte, são:

- ① O que é a maternidade para muitas mulheres?
- ② Que problemas e desafios a ela estão inerentes?

- ③ Que tipo de ajuda efectiva é dada à mulher / mãe, de forma a conseguir atingir um nível de relação que proporcione uma adaptação a todo o processo que envolve a maternidade no meio rural?

2.5 – CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À GRÁVIDA NO HESE

O HESE situado num distrito com 14 concelhos, serve uma população de 173 646 habitantes (Censos 2001), caracterizada por ser das mais envelhecidas do país, e onde a taxa de crescimento anual média é baixa.

O HESE tem como áreas de abrangência todo o distrito de Évora, directamente e de forma indirecta, o distrito de Beja e Portalegre, quando é necessário cuidados mais específicos, nomeadamente cuidados do serviço de Neonatologia.

Apesar dos esforços empreendidos nos serviços de saúde, as respostas à população escasseiam. E o futuro parece cada vez mais longe, numa zona em que o envelhecimento dita as suas leis, os serviços de saúde agonizam por uma reforma que não chega.

Reportando-se aos indicadores da mortalidade, importa referir que as doenças cérebro vasculares, os tumores malignos e as doenças do foro cardíaco, representam as principais causas de morte.

No campo da morbilidade são as doenças do foro circulatório e as do sistema osteo-muscular as que afectam mais a população idosa, enquanto as doenças do foro respiratório e digestivo atingem preferencialmente a população mais jovem.

Muitas tem sido as mudanças porque tem passado a saúde em Portugal nos últimos 20 anos, culminando em 1994 com a criação da nova Administração Regional de Saúde para o Alentejo e, num futuro próximo, com a passagem do Hospital Distrital de Évora à categoria de Regional e com a nova gestão de saúde, a criação das sociedades anónimas.

Para compreender a fisionomia estrutural do actual HESE é importante relatar de forma sucinta a sua história.

O edifício “velho” data de 1495, cumprindo-se em 1995, V séculos sobre a data da fundação do Hospital Real do Espírito Santo.

Ao longo destes cinco séculos, o nome do Hospital sofreu diversas alterações e teve várias designações: Hospital Real, Hospital do Espírito Santo, Hospital da Misericórdia; e, após o 25 de Abril de 1974, Hospital civil e Hospital Distrital de Évora; agora chama-se de novo Hospital do Espírito Santo.

Mandado edificar por D. Manuel em 1495, por instâncias do rei D. João II, resultando da união de doze hospitais e albergarias dispersas pela cidade de Évora. Só obteve existência oficiosa pela bula do Papa Alexandre VI, em 23 de Agosto de 1498, em benefício do rei D. Manuel I, que se considerou padroeiro do novo hospital, a que lhe deu o título de Real.

No ano de 1567, a 6 de Abril, o HESE foi solenemente entregue, pelo cardeal D. Henrique, à Mesa da Santa Casa da Misericórdia de Évora, que o administrou durante 409 anos, até 2 de Abril de 1975.

Neste mesmo ano (1975), data em que ao abrigo do Decreto-lei 704/74 e outra legislação aplicável, por imperativos legais, o HESE, passou para a tutela do Estado. Também neste ano se verificou a entrada em funcionamento do edifício novo do hospital.

Nos últimos 20 anos, o Hospital de Évora, tem feito um significativo esforço de modernização e diferenciação.

O Hospital de Évora tem vindo a melhorar a prestação de cuidados de saúde, quer com o aumento do seu quadro de pessoal e melhoria da sua formação, quer com a instalação de equipamento tecnológico avançado, tornando-se uma unidade de saúde com a vitalidade que lhe advém da consciência do seu dever.

Velho de cinco séculos, o Hospital do Espírito Santo, fundado presumivelmente em 1495, é hoje uma instituição que se pretende renovada e aberta à comunidade.

A fisionomia actual do edifício do hospital não conserva a maior parte dos vestígios arquitectónicos anteriores à primeira vintena do século XVII.

Com o projecto do hospital do patrocínio, o pensamento vai para a melhoria e modernização da saúde no Alentejo.

No entanto, isto não aconteceu e surgem “lutas”, pela posse do património deste novo estabelecimento hospitalar.

A proposta da integração do Hospital do Patrocínio no HESE, foi feita pela comissão nomeada por conjunto de 07/04/80 pelos senhores secretários de estado das Obras Públicas, Ensino Superior e Saúde. Sendo autorizada por sua Excelência o senhor secretário de estado da Saúde, por despacho de 17/09/80.

Em 20/10/85, o património do Hospital do Patrocínio foi integrado no património do Hospital Distrital de Évora. É durante o ano de 1995 que se vai incrementar a resolução do problema dos Hospitais de Évora, sobretudo do Hospital do Patrocínio, que tem vindo a suscitar nas últimas duas décadas, discussões públicas, reflectidas na maior parte dos casos, na imprensa local.

Foram então estabelecidos acordos e protocolos entre a administração do HESE e a administração do Hospital do Patrocínio (Mesa da Santa Casa da Misericórdia de Évora), para o funcionamento interligado entre os respectivos hospitais.

Actualmente, todas as consultas externas, (excepto a consulta de ortopedia e a de oftalmologia que continuam a funcionar no HESE, devido aos meios auxiliares de que necessitam), o hospital dia (Oncologia) e os serviços de medicina estão a funcionar no Hospital do Patrocínio.

Actualmente o HESE possui 2,2 camas por cada 1000 habitantes, valor que se encontra muito próximo do preconizado pelas normas para o planeamento e equipamento de saúde, isto é, de 2 camas por cada 1000 habitantes, para um hospital do nível a que pertence o de Évora.

2.5.1– Sala de partos

Este serviço situa-se no 3º piso, está integrado no serviço de obstetrícia, do qual fazem parte o serviço de grávidas patológicas, serviço de puerperas e o serviço em questão.

Não é possível referir quais os objectivos do serviço, bem como a sua filosofia, pois segundo informação da Sr.^a enfermeira chefe “estão a ser remodelados”(sic).

As utentes internadas na sala de partos são provenientes do serviço de urgência, da consulta externa e do domicílio (com indução de TP marcada).

As mulheres que recorrem a este serviço, estão em idade de procriar e algumas adolescentes, que pertencem ao distrito de Évora e zonas abrangentes. Sendo a faixa etária das utentes, embora variável, tem maior incidência entre os 20 e os 35 anos.

Surgem também casos de utentes que pertencem a distritos vizinhos, que optam por parir neste hospital, por terem vigiado a sua gravidez em clínica privada, com obstétricas que exercem funções neste hospital, ou então devido ao apoio do serviço de neonatologia.

O espaço horário das 8:00 às 13:00 horas, é o de maior afluência. Isto devido a indução de trabalho de parto ser o principal motivo de internamento.

A sala de partos tem em média 3 a 4 utentes/dia em trabalho de parto.

Neste serviço não existem ainda normas e critérios definidos, pelo que por vezes há uma certa discrepância nos cuidados prestados.

Não há registo das marcações das induções de TP, estas são programadas por cada médico de acordo com a sua escala de serviço.

Quanto ao número de partos, verifica-se uma diminuição progressiva a partir de 1980, reflectindo a estrutura etária de um distrito envelhecido, em que as gerações dificilmente se renovam, tendo havido um decréscimo de cerca de 28%. Observemos o seguinte quadro:

QUADRO 19 - Movimento da sala de partos

<i>ANO</i>	<i>NÚMERO DE PARTOS</i>
1980	2291
1985	1957
1990	1858
1991	1972
2000	1749
2001	1620
2002	1625

FONTE : Livro de registos de partos do HESE

Neste último ano houve um ligeiro aumento do número de partos em relação a 2001. No entanto no período em análise 1991 / 2001, houve uma diminuição de 352 partos.

2.5.1.1 – Estrutura física e recursos materiais

O serviço de sala de partos, fica situado no piso 3, está integrado no serviço de obstetrícia, na ala esquerda.

O serviço é composto por 3 salas de dilatação, uma tem duas camas e as outras duas tem 3 camas o que totaliza 8 camas.

Tem apenas uma mesa de partos, o que condiciona o serviço, por vezes é necessário efectuar os partos na própria cama da parturiente, o que trás algumas desvantagens, nomeadamente má posição para quem está a efectuar o parto e o risco de sofrimento fetal está sempre subjacente pela falta de condições.

Numa sala continua onde é efectuado o parto, são assegurados os cuidados imediatos ao RN.

A sala de trabalho fica junto à sala de partos, sala de reanimação do RN e futura sala de cesarianas.

Existe ainda uma sala de estar de enfermagem onde são efectuados os registos, e onde é realizada a passagem de turno.

Existe uma casa de banho do pessoal, com uma banheira e um WC.

A rouparia, a arrecadação, a farmácia ficam situadas no serviço de puerperas, assim como a copa.

Fazendo parte deste serviço, há uma sala que se destina às admissões das grávidas e que se situa no centro do serviço de Obstetrícia, junto aos elevadores. Esta sala é constituída por uma casa de banho das utentes e a sala propriamente dita. É composta por uma secretária, uma marquesa, duas cadeiras, uma mesa ginecológica, uma mesa de apoio, um ecografo, uma armário para material e um Dinamap.

É de salientar que o não funcionamento do bloco operatório (bloco para a realização de cesarianas) na sala de partos condiciona o bom funcionamento deste serviço, sempre que é necessário proceder a partos por cesariana as parturientes são preparadas na sala de partos e acompanhadas ao bloco operatório geral, que se situa um piso abaixo.

As duas salas de dilatação estão equipadas, além do material hoteleiro comum, uma delas possui também uma cama que se adapta e onde podem ser efectuados partos e todo o material necessário para a realização de um parto.

No que diz respeito aos recursos materiais, este serviço está equipado com 6 cardiotocografos e um Dinamap.

O fornecimento do stock de material é feito pelo método de reposição de níveis. Estes materiais de consumo clínico são para a totalidade do serviço de obstetrícia, assim como a farmácia que o pedido é feito pela enfermeira chefe.

Todos os elementos do serviço têm a responsabilidade de transmitir à enfermeira chefe as necessidades de material e farmácia do serviço.

Quanto à luminosidade o serviço de Obstetrícia não tem problemas, pois quer os quartos quer as salas e gabinetes tem luz natural e luz artificial suficiente. Os partos são feitos basicamente sob luz artificial fornecida pelo pantoff.

2.5.1.2 – Recursos humanos e orgânica funcional

Segundo Elhart (1983 : 69), a palavra “hospital” deriva da palavra latina “hospes”, que significa “hóspede”.

Quando, há séculos, foram instituídos, os hospitais destinavam-se a ser centros de refúgio e repouso. Este significado ainda tem uma relativa aplicação, se considerarmos o doente como um hóspede da instituição.

O hospital é composto por doentes, médicos, enfermeiros e outros elementos da equipa de saúde que trabalham em conjunto para satisfazer as carências dos doentes.

Todos os hospitais, seja qual for a entidade que os administra, desempenham funções de certo modo idênticas dentro da comunidade. Embora o principal objectivo do hospital seja a assistência na doença muitos hospitais funcionam actualmente como centros educacionais para ensino de enfermagem, medicina, nutrição e outras especialidades.

A assistência ao doente gera uma força de união a todos os níveis da organização hospitalar. A prestação de cuidados deverá ser a mais personalizada e individualizada possível.

A calma, a atitude confiante do enfermeiro, o respeito pela privacidade, as explicações dos procedimentos a adoptar, conduzem a cuidados personalizados.

O método de trabalho utilizado na sala de partos é o método individual, pois ficam duas enfermeiras especialistas em SMO em cada turno. À uma enfermeira de horário fixo e que está responsável pela sala de partos e uma enfermeira responsável pela formação em serviço.

A passagem de turno é feita de elemento para elemento na sala de enfermagem, sem a presença da utente.

No que diz respeito aos recursos humanos neste momento há:

- 👤 1 enfermeira chefe (especialista em SMO);
- 👤 16 enfermeiras especialistas em SMO, em que duas estão na enfermaria de puerperas e grávidas patológicas.

Não há enfermeiras não especialistas na sala de partos. A maioria das enfermeiras especialistas tem horário acrescido, para colmatar a falta de pessoal. Uma está de horário fixo e as restantes em horário de “roulement”.

A equipa médica é constituída por:

- 👤 1 director de serviço;
- 👤 8 médicos especialistas em obstetrícia.

Em termos médicos, há sempre dois médicos obstétricas de serviço, estando um de presença física e outro de prevenção.

Há sempre um pediatra de serviço à sala de partos, que é chamado sempre que é necessário.

No que diz respeito as auxiliares de acção médica, existem 15, estando uma sempre escalada para a sala de partos em todos os turnos, fazendo um horário de “roulement”.

O serviço de obstetrícia dispõe de uma secretária de unidade, que está na enfermaria de puerperas, mas dá apoio à sala de partos e grávidas patológicas.

Há uma assistente social que é responsável por este serviço de obstetrícia e pela pediatria, sempre que necessário é chamada.

Também há a colaboração de outros técnicos do HESE, sempre que é necessário.

Na sala de partos não há visitas, no entanto nas salas de dilatação, sempre que é possível o companheiro permanece junto da parturiente entre as 9 horas e as 24 horas e se possível assiste ao parto, se essa é a sua vontade.

2.5.2 – Grávidas patológicas

Este serviço fica situado no extremo oposto à sala de partos. É constituído por 8 camas, 2 quartos de 3 camas e 1 quarto de 2 cama. Há neste serviço 2 casa de banho para as utentes, uma com banheira e WC e a outra apenas com WC.

Este serviço está separado do serviço de puerperas por um “guarda-vento”.

Os recursos materiais são comuns ao serviço de Obstetrícia, descritos anteriormente. Possui um cardiotocógrafo.

Na questão dos recursos humanos, há sempre uma enfermeira responsável pelas grávidas patológicas, que pode ser de nível 1, no entanto é a enfermeira especialista da sala de partos (quando não está a enfermeira especialista da enfermaria), que é responsável por certas técnicas e procedimentos, nomeadamente a ABCF e a avaliação do bem estar materno/fetal através do traçado do CTG.

As patologias mais frequentes apresentadas pelas grávidas durante o internamento são, as infecções urinárias e pequenas perdas de sangue.

2.5.3 – Internamento de puerperas

Situa-se no mesmo piso dos anteriores serviços (são os três serviços que compõem o serviço de obstetrícia), este serviço tem lotação para quarenta camas, distribuídas por quinze quartos, quatro quartos destinados a puerperas de cesariana com apenas duas camas cada e W.C. privativo, os restantes quartos tem três camas e não tem W.C. privativo.

Neste serviço há ainda uma sala de reuniões, um gabinete da secretária de unidade, uma sala de diagnóstico pré-natal onde são realizadas ecografias e amniocenteses, uma sala de trabalho, uma copa de leites, uma arrecadação, o gabinete de enfermagem e uma sala onde são realizadas ecografias pediátricas.

Pertencendo a este serviço, mas na ala esquerda, para além de também existirem quartos para puerperas, há ainda o gabinete médico, a copa, a sala de observação dos RNs, o vestiário do pessoal e uma sala onde é preparada a esterilização.

A reposição dos materiais faz-se todas as terças e quintas-feiras e é chamada de reposição por níveis, os medicamentos são pedidos pela enfermeira chefe todas as terças-feiras e sempre que for necessário.

Neste serviço no que diz respeito aos recursos humanos, para além dos médicos e das auxiliares de acção médica e das enfermeiras (que já foram descritos anteriormente e que são comuns aos três serviços) há ainda a referir o seguinte pessoal de enfermagem que faz parte deste serviço:

- ☞ 1 enfermeira chefe (é a mesma para os três serviços);
- ☞ 3 enfermeiras nível 1;
- ☞ 8 enfermeiras graduadas.

Também neste serviço, o método de trabalho utilizado é o método individual. No turno da manhã é feita a classificação das utentes através do sistema de classificação de utentes, o que permite à enfermeira chefe estabelecer a relação entre as horas de cuidados necessários para as próximas vinte e quatro horas e as horas de cuidados prestados.

O horário das visitas é das 15:00 horas às 16:30 horas para os familiares e das 19:00 horas às 20:00 horas para os pais e irmãos dos RNs.

2.5.4 – Consulta externa de obstetrícia

A consulta de obstetrícia funciona no Hospital do Patrocínio de 2^a a 6^a feira. Há quatro salas para atendimento das grávidas, sendo uma destinada para a realização de ecografias obstétricas.

A marcação das consultas é feita através de credenciais enviadas pelo médico de família.

Há 8 médicos obstetras que realizam a consulta.

A gravidez de risco, ou seja, patologias associadas (nomeadamente HTA, HIV e ACIU) á gravidez é feita apenas por um único médico e realiza-se à 5^a feira de 15 em 15 dias.

As restantes consultas são divididas pelos restantes médicos.

3 - METODOLOGIA

Depois do desenvolvimento do modelo de análise que dá suporte à problemática estudada, parece-nos indispensável definir o percurso que nos encaminhe para o estudo da realidade.

Foram percorridas várias etapas que nos permitiram conhecer melhor, os conceitos de maternidade e a importância dos aspectos ambientais nos comportamentos relacionados com a reprodução. Foi ainda feita uma abordagem aos termos ecologia, ecologia humana e ambiente, como forma de enquadramento teórico e feita uma caracterização ecológica e demográfica da região de Évora – meio rural, como forma de conhecer melhor a região em estudo.

Partimos posteriormente para uma abordagem concreta da problemática em estudo, nomeadamente a influência dos factores ambientais na maternidade.

Aceitando os pressupostos atrás definidos de forma sistematizada, tentámos desenvolver, o que poderemos designar como o “cerne” do interesse do trabalho de investigação. Tentámos encontrar um fio condutor que nos ajudasse a ultrapassar os obstáculos e contribuísse para alcançar o ritmo desejável no desenvolvimento deste trabalho.

A questão central do estudo é a seguinte:

↳ De que modo o ambiente influencia o comportamento da mulher na vivência da maternidade?

A fase exploratória do trabalho, revelou-se fundamental para a consecução dos objectivos definidos.

Tentámos enriquecer as fontes de informação, não só através das leituras, como também através de conversas informais. Estas tiveram como objectivo alargar as perspectivas teóricas, ajudando na orientação da recolha bibliográfica e também na tomada de consciência e clarificação de certos aspectos do problema, para os quais só a nossa experiência, ou as leituras realizadas eram insuficientes.

A partir daqui construiu-se os alicerces de base para o nosso trabalho, cruzando o conceito de maternidade, ecologia, ecologia humana e ambiente, partindo para uma abordagem da influência dos factores ambientais na maternidade

Para a realização de um trabalho de investigação é indispensável a utilização do método científico, sendo este, aquele que permite a aquisição de conhecimentos pretendidos pelo estudo, tal como é afirmado por Polit e Hungler (1995 : 39), “o método científico de investigação refere-se a um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para aquisição de informações seguras e organizadas”.

Após a fase exploratória, é na metodologia que se encontram as actividades desencadeadas pelo investigador para atingir os objectivos a que se propôs para a sua investigação, pois segundo Quivy e Campenhoudt (1992 : 23), a metodologia consiste “em descrever os princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação”.

Assim compreende, nomeadamente o tipo de estudo, a amostra e o instrumento de colheita de informação.

Pretendemos utilizar uma metodologia quantitativa, Fortin (1999 : 322), refere que “a abordagem quantitativa é baseada na perspectiva teórica do positivismo, constituem processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo.

No método quantitativo, o controlo permite delimitar o problema de investigação e suprimir os efeitos de variáveis estranhas. As estratégias tais como o controlo, os instrumentos metodológicos e a análise estatística visam tornar os dados válidos, isto é, assegurar uma representação da realidade, de modo a que estes dados sejam generalizáveis a outras populações.”

Carmo e Ferreira (1998 : 178), referem que a utilização de métodos quantitativos está essencialmente ligada à investigação experimental ou quasi-experimental.

Escolhemos esta abordagem por ser aquela que nos permite clarificar a realidade que queremos estudar, ou seja permite-nos compreender o fenómeno na sua essência do ponto de vista da pessoa.

Sendo um dos objectivos deste tipo de investigação, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico de dados recolhidos junto da população.

Assim, a manifestação do real em cada indivíduo é o objecto de estudo deste trabalho. Deste modo, é o conhecimento do significado da vivência do fenómeno “a influências dos factores ambientais na maternidade” que procuramos conhecer.

3.1 – TIPO DE ESTUDO

A definição do tipo de estudo a utilizar depende essencialmente, da questão para a qual o estudo se dirige. Portanto iremos realizar um estudo descritivo - correlacional, que segundo Fortin (1999 : 174), “o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações.” Sendo o seu principal objectivo, a descoberta de factores ligados a um fenómeno.

Contudo Rodeia (1995 : 33) citando Jasper, refere que “o reconhecimento das experiências como únicas para o indivíduo, mas que podem ter características comuns, tem significado para a prestação de cuidados de enfermagem”.

Assim, a influência dos factores ambientais na maternidade, constitui um fenómeno individual e portanto único e de natureza holística. Parece-nos que a metodologia quantitativa é a adequada à sua compreensão.

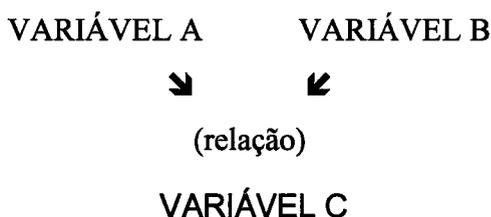
3.2 – VARIÁVEIS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

No nosso trabalho não foram definidas variáveis dependentes e independentes, uma vez que não se aplica no contexto dos estudos descritivos – correlacionais. A vantagem deste tipo de estudo “é que permite, no decorrer de um mesmo processo, considerar simultaneamente várias variáveis com vista a explorar as suas relações mútuas.”

Foram então definidas as seguintes variáveis:

- ☉ Variável A – Factores ambientais
- ☉ Variável B – Vivência da maternidade
- ☉ Variável C – Meio rural

FIGURA 3 – Relação entre as variáveis



Por outro lado, trata-se de uma pesquisa na qual se pretende descrever uma experiência de vida por isso a formulação de hipóteses não está indicada, Tal como refere Polit e Hungler (1985 : 117), nestes estudos pretende-se descrever o fenómeno e não o explicar, por isso estes estudos podem ser realizados sem hipóteses explícitas formalmente. Neste tipo de estudo são formuladas questões de investigação através do exame das relações entre as variáveis. As questões de investigação formuladas são as seguintes:

- * Existe diferença na vivência da maternidade conforme a idade;
- * Existe uma relação positiva entre a ambiente e o número de filhos;
- * Qual a intensidade da relação que existe entre o gozo da licença de maternidade e a profissão;
- * Quais os principais factores que interferem na vivência da maternidade.

No entanto os resultados deste estudo poderão servir, posteriormente, a eventuais estudos e aí formularão então as ditas hipóteses, “a coleta de informação em profundidade sobre algum fenómeno pode, no entanto, conduzir à formulação de hipótese que podem ser testadas mais informalmente, em pesquisas posteriores” (Polit e Hungler, 1995 : 271).

3.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Não se pode realizar um estudo sem os sujeitos desse mesmo estudo, tal como também é afirmado por Witt (1981 : 52) “... não podem ser esquecidas as pessoas seleccionadas para fazer parte do estudo”. Assim podemos afirmar que a população é um conjunto de elementos que têm em comum determinadas características. Polit e Hungler (1995 : 143), definem população como sendo “... toda a agregação de casos que tendem a um conjunto eleito de critérios”.

A população do nosso estudo é considerada a população acessível, segundo Roldán (1995 : 77) ou seja é a “proporção da população teórica acessível ao estudo, definida com base em critérios geográficos e temporais”. Isto porque a população teórica do nosso estudo são todas as mulheres em idade fértil que residam em freguesias do concelho de Évora até 1999 habitantes, ou seja, é o “maior número de sujeitos com

características específicas sobre os que se querem generalizar as conclusões do estudo, definida com base em critérios clínicos e demográficos”, segundo Roldán (1995 : 77).

Por ser praticamente impossível fazer um levantamento do todo (população), houve a necessidade de investigar apenas uma parte dessa população (amostra), de tal forma que fosse a mais representativa possível da população, e a partir dos resultados obtidos, poder inferir o mais legitimamente possível os resultados da população.

Sendo assim, a amostra da nossa pesquisa é constituída por todas as mulheres em idade fértil pertencentes a freguesias até 1999 habitantes do concelho de Évora, que recorram ao serviço de obstetrícia do HESE num período de três meses (Janeiro, Fevereiro e Março de 2003)

A escolha do terreno de estudo, centrou-se no HESE, visto ser o nosso local de trabalho e iremos cuidar a população que a ele recorre. Por tudo isto pensamos ser de extrema importância ter um conhecimento mais profundo sobre a temática em causa e mais importante ainda, sobre a população que iremos cuidar no momento do parto. Esta escolha assentou ainda na rentabilização do tempo e dos custos para a realização do estudo.

O tipo de amostra do nosso estudo é uma amostragem não-probabilística acidental, ou seja, este tipo de “amostra é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado e num momento preciso “, (Fortin, 1999 : 208). Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado

Isto porque o estudo não será feito a elementos representativo da população em geral, mas aquelas mulheres, que estando grávidas poderão exercer as funções de líderes de opinião na população, o que vai limitar a generalização dos resultados.

Este tipo de amostragem tem algumas desvantagens para aplicação de certo tratamento estatístico. No entanto neste tipo de pesquisa “os procedimentos de amostragem são flexíveis” (Marconi et Lakatos, 1990 : 77).

A definição do período de tempo de três meses, teve como objectivo proporcionar o maior número de mulheres pertencentes à população do estudo e daí escolher as que mais convier.

O primeiro contacto com as mulheres irá ser efectuado durante a admissão no Serviço de Obstetrícia, em que lhes será explicado os objectivos do estudo, as razões da sua realização e sere-lhe-à pedida a sua participação no estudo (Anexo I). Será ainda feita a colheita de dados de caracterização sociocultural e obstétrico.

3.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

Para a continuidade da investigação, é importante colher a informação necessária sobre o estudo a realizar. Esta colheita de informação pode ser feita de diversos modos, contudo deverá sempre estar de acordo com todas as etapas anteriores já delineadas, isto é, de acordo com a formulação do problema, dos objectivos e da população, segundo Witt (1981 : 49).

O instrumento de colheita de informação que pretendemos utilizar para o nosso estudo é o questionário. Fortin (1999 : 249), define o questionário como sendo “um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos”. (Anexo II)

Escolhemos este tipo de instrumento porque “as questões são padronizadas (idênticas para todas as pessoas interrogadas), a respectiva ordem é preestabelecida, tratando-se de questões fechadas ou abertas, mas para as quais se esperam respostas curtas” (Albarello et al, 1997 : 87, 88).

Para tal iremos utilizar um plano previamente definido de questões, isto é, um formulário, que segundo Selltiz citado por Marconi e Lakatos (1986 : 100) se designa como “uma colecção de questões que são perguntadas e anotadas por um entrevistador numa situação de face a face com outra pessoa”.

Embora este instrumento de colheita de informação seja adequado ao estudo, existem algumas limitações que o investigador deverá ter sempre em consideração, segundo Marconi e Lakatos (1986 : 80,86), nomeadamente a duração dos acontecimentos é variável : pode ser rápida ou demorada, os factos podem ocorrer simultaneamente e a dificuldade de expressão e comunicação de ambas as partes.

Deste modo, ao ser realizada a colheita de informação deverão ser tidas em conta as considerações anteriores.

O tempo previsto para a duração do questionário é de 30 minutos, justifica-se esta opção, porque a partir desse momento, corre-se o risco de o entrevistado se desinteressar devido ao cansaço provocado pelo esforço, devido ao facto da mulher se encontrar numa situação de admissão no hospital.

Optámos por esta técnica para garantir que nenhuma questão seja esquecida, permitindo uma assistência directa do entrevistador e a possibilidade de esclarecimento de dúvidas que possam surgir. Consideramos também ser este o mais adequado à população que pretendemos seleccionar, pois tivemos oportunidade ao longo da nossa experiência

profissional, de constatar que a população em causa tinha dificuldade em verbalizar a sua opinião sobre esta temática.

Na formulação das questões, tivemos como objectivo principal, que fossem compreensíveis para todos os sujeitos, independentemente da capacidade de leitura de cada um, isto é, claras e não enviesadas. Tentámos que as frases fossem curtas, para que fossem de maior compreensão e tentámos omitir termos técnicos.

De acordo com o acima citado, para a elaboração do questionário, pretendemos quanto à forma a utilização combinação de múltipla escolha com respostas abertas e quanto ao objectivo a perguntas de fato e perguntas de opinião. Segundo Marconi e Lakatos (1986 : 93, 94 e 95), as perguntas de múltipla escolha, são perguntas fechadas, mas que apresentam uma série de possíveis respostas, abrangendo várias facetas do mesmo assunto; a combinação de respostas de múltipla escolha com as respostas abertas possibilita mais informações sobre o assunto, sem prejudicar a tabulação. As perguntas de fato, dizem respeito a questões concretas, tangíveis, fáceis de precisar, referem-se a dados objectivos, nomeadamente, idade, sexo, profissão, domicílio, estado civil ou conjugal e as perguntas de opinião representam a parte básica da pesquisa.

Deste modo, ao pretendermos conhecer a influência dos factores ambientais na maternidade, consideramos que a técnica do questionário oferece condições para ser o instrumento de colheita de dados indicado para o estudo, ou seja consideramos que para atingir os nossos objectivos, será este o instrumento de colheita de informação, aquele que nos permitirá cruzar a informação e responder melhor aos objectivos definidos para o estudo.

3.5 – TESTAR O INSTRUMENTO DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

Com o objectivo de verificar possíveis deficiências no questionário, foi realizado o pré-teste, este vai-nos permitir verificar:

- * “se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos;
- * se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas;
- * se o questionário não é muito longo e não provoca desinteresse ou irritação;
- * se as questões não apresentam ambiguidade” (Fortin, 1999 : 253).

Por forma a determinar a objectividade do instrumento de colheita de informação, isto é, determinar se permite colher a informação que se pretende, este foi aplicado inicialmente através da aplicação do questionário a três utentes que reuniam os critérios definidos e que não pertenciam à amostra do estudo, foi aplicado no período de 1 a 10 de Dezembro de 2002 no serviço de Obstetrícia

Após a realização do pré-teste verificámos que seria necessário separar a informação da pergunta nº 6 do grupo II e a pergunta nº 11 do grupo III do questionário.

3.6 – PROCEDIMENTOS DA RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Por forma a corresponder ao que é afirmado por Polit e Hungler (1995 : 308), “a maior parte dos estudos envolve procedimentos de consentimento autorizado, planejados para oferecer informação suficiente aos futuros sujeitos, de modo que eles tomem uma decisão bem pensada a respeito dos custos e benefícios potenciais, advindos da participação” e de modo a corresponder às exigências éticas de um projecto de investigação, pretendemos solicitar a autorização para a realização do estudo, através de carta dirigida ao presidente do concelho de administração do HESE (Anexo III).

Quanto aos sujeitos do nosso estudo, as mulheres em idade fértil pertencentes as freguesias até 1999 habitantes do concelho de Évora, serão informadas acerca da finalidade do estudo assim como dos seus objectivos, sendo para isso solicitada a sua autorização para participar, sendo igualmente assegurado o anonimato e a confidencialidade da entrevista. Assim, o documento destinado a obter o consentimento para a aplicação do instrumento de colheita de informação, contém esclarecimentos relacionados com a identificação da autora e a justificação da realização da recolha de informação, garante também a estreita confidencialidade de todo o procedimento e a possibilidade de desistir mesmo durante a colheita de informação (Anexo I).

A data em que irá decorrer a recolha de informação será nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2003.

A colheita de informação irá ser efectuada na Sala de Partos durante a admissão e / ou no serviço de Internamento de Puerperas durante o puerpério precoce. O primeiro contacto com as mulheres será realizado durante a admissão na Sala de Partos, escolhidas segundo os critérios já mencionados. Neste primeiro contacto será feito o convite para participarem no estudo, serão relatados os objectivos do estudo bem como

a sua finalidade. É neste momento que será entregue o documento para o consentimento do estudo.

3.7 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações para este estudo são muitas, iremos aqui salientar as que nos parecem mais importantes:

- ☹ A impossibilidade de alargamento do estudo para a população, por se utilizar a amostra acidental;
- ☹ A recolha da informação ser realizada nas instalações da referida instituição, que poderá eventualmente influenciar as respostas;
- ☹ A escassez de bibliografia específica e a não existência de estudos nesta área temática.

3.8 – TRATAMENTO DOS DADOS

Neste estudo será utilizada uma análise quantitativa. O tratamento dos dados tem precisamente por finalidade fornecer ao investigador o distanciamento indispensável em relação ao que é dito para chegar a reconstruir o que é (Albarello et al, 1997 : 63).

Sabendo que o interesse deste estudo se centra na relevância da influência dos factores ambientais na maternidade, importa escolher técnicas adequadas à sua análise.

Portanto a análise dos dados obtidos é feita através de técnicas estatísticas consideradas adequadas, de forma a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação (Polit, 1995 : 227).

Recorremos ao uso da estatística descritiva, utilizámos distribuições de frequências, assim como medidas de tendência central (média, mediana e a moda) e de dispersão (desvio padrão). Utilizamos ainda estatística comparativa (teste do Qui quadrado e o teste de Phi) e de correlação (coeficiente de correlação “r de Pearson”).

Para os testes referidos fixamos o nível de significância em 5% (0,05).

Para a codificação das perguntas abertas procedeu-se à análise de conteúdo, visto ser a técnica privilegiada para trabalhar, a um nível descritivo e de análise de questões abertas.

4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo “os dados serão organizados e apresentados sob formas que permitam um trabalho de interpretação”, serão apresentados por método descritivo, sob a forma de quadros “que resumam toda uma série de informações relativas a uma lista de pessoas entrevistadas”, nestes quadros será feita a apresentação, análise e caracterização da amostra (Albarello et all, 1997 : 123).

Estes dados que irão ser apresentados baseiam-se no resultado dos questionários que foram aplicados aos sujeitos da amostra em estudo, pelo que omitiremos em todos os quadros e gráficos a referência ao local onde efectuámos a colheita e o período durante o qual decorreu, de forma a não tornarmos a informação muito repetitiva e “maçadora”.

4.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

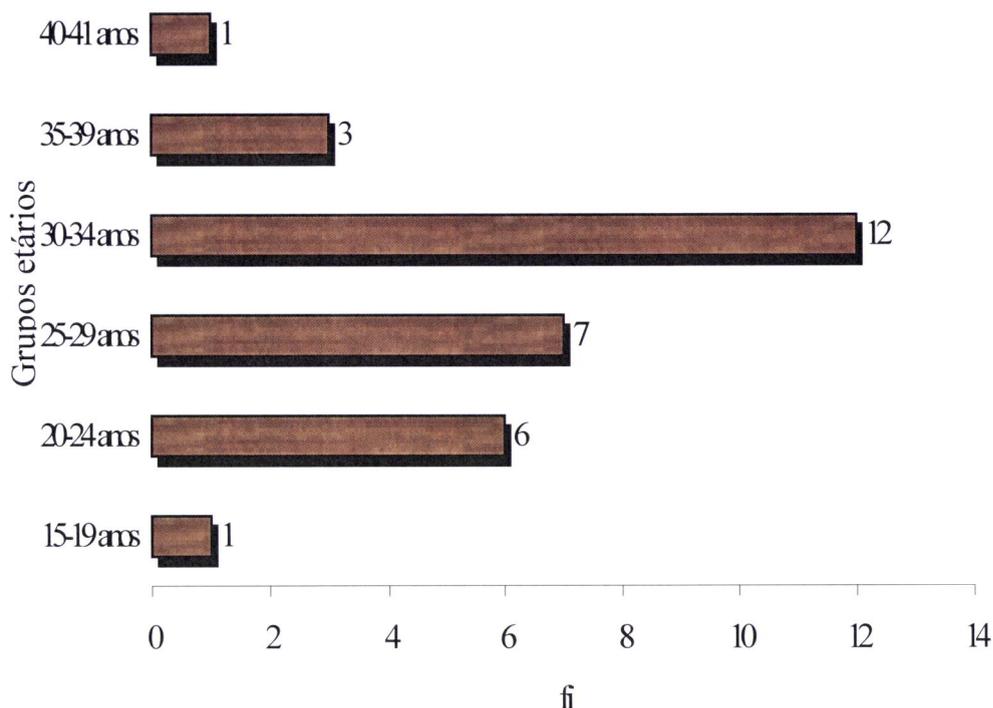
IDADE

Para caracterizarmos a amostra relativamente à variável idade, recorreremos a aplicação das medidas de tendência central, enquanto questão aberta, posteriormente agrupamos as idades e determinámos os grupos etários que serão apresentados na tabela 1 e representados graficamente no gráfico 11.

TABELA 1 – Distribuição da amostra segundo o grupo etário

GRUPOS ETÁRIOS	fi	%
15-19 anos	1	3,33
20-24 anos	6	20
25-29 anos	7	23,34
30-34 anos	12	40
35-39 anos	3	10
40-44 anos	1	3,33
TOTAL	30	100

GRÁFICO 11 – Representação da amostra segundo o grupo etário



Pela sua análise, verificámos que o grupo etário dos 30 – 34 anos é o mais representativo com 12 sujeitos (40%), seguido dos grupos etários dos 25 – 29 anos com 7 sujeitos (23,34%), dos 20 – 24 anos com 6 sujeitos (20%), dos 35 – 39 anos com 3 sujeitos (10%) e finalmente apenas com 1 sujeito (3,33%) o grupo etário dos 40 – 44 anos.

Tal como foi referido na caracterização demográfica a idade média para a mulher ter o primeiro filho é cada vez mais tarde, assim na análise aqui efectuada podemos comprovar como isto está cada vez mais presente, sendo o grupo etário dos 30 – 34 anos o grande eleito para o primeiro filho.

Assim a média de idade da amostra é de 28,8 anos com um desvio padrão de 6,2 anos. A classe modal é de 30 – 34 anos e a mediana é de 30 anos.

Média de idades (\bar{X}) = 28,8 anos

Mediana (M_d) = 30 anos

Desvio Padrão (S) = 6,2 anos

Classe modal = 30 – 34 anos

LOCAL DE RESIDÊNCIA

Ao analisarmos o local de residência dos sujeitos da amostra, verificámos que estes se distribuem por apenas 10 freguesias rurais das 12 freguesias rurais que fazem parte do concelho de Évora, isto porque a nossa amostra é acidental e durante o período em que decorreu a recolha de dados não se dirigiu ao local nenhum sujeito pertencente a estas duas freguesias (São Vicente do Pigeiro e Nossa Senhora da boa Fé).

Ao analisarmos a tabela 2 e o gráfico 12, verificámos que a amostra estudada se distribui sem grandes alterações pelas freguesias rurais, sendo a amostra bimodal, uma vez que tem duas modas a freguesia de Nossa Senhora da Torega e a freguesia de São Bento do Mato com 5 sujeitos cada uma.

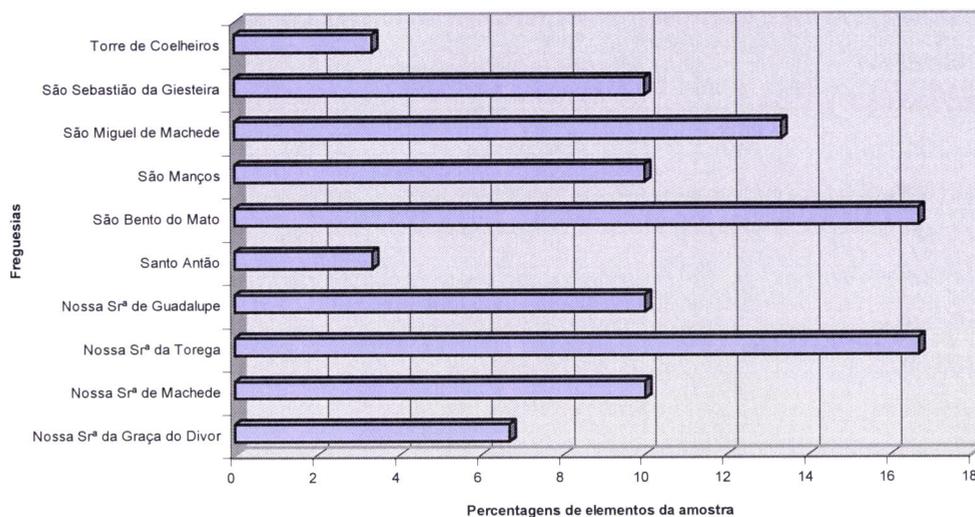
TABELA 2 – Distribuição da amostra por freguesia

FREGUESIAS RURAIS	fi	%
Nossa Sr. ^a da Graça do Divor	2	6,67
Nossa Sr. ^a de Machede	3	10
Nossa Sr. ^a da Torega	5	16,67
Nossa Sr. ^a de Guadalupe	3	10
Santo Antão	1	3,33
São Bento do Mato	5	16,67
São Manços	3	10
São Miguel de Machede	4	13,33
São Sebastião da Giesteira	3	10
Torre de Coelheiros	1	3,33
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Nossa Sr.^a da Torega e São Bento do Mato

Nesta análise, verificamos que a maioria dos sujeitos da amostra vivem na freguesia de Nossa Sr.^a da Torega e na freguesia de São Bento do Mato, 16,67% da amostra respectivamente, seguida da freguesia de São Miguel de Machede com 13,33%. São Manços, Nossa Sr.^a de Guadalupe, Nossa Sr.^a de Machede e São Sebastião da Giesteira com 10% da amostra respectivamente e finalmente a freguesia da Graça do Divor com 6,67% e Torre dos Coelheiros com 3,33% da amostra.

GRÁFICO 12 – Representação da amostra por freguesias



CARACTERÍSTICAS DA HABITAÇÃO

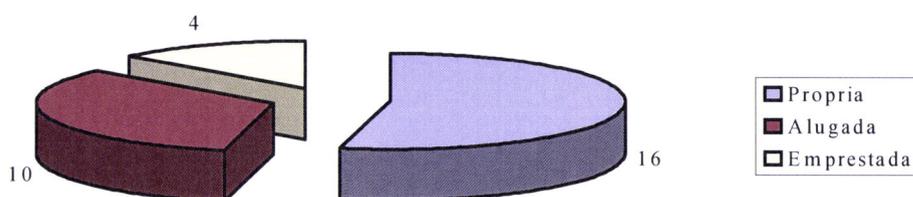
No que concerne as características da habitação, é dado observar através da tabela 3 e do gráfico 13 que 16 sujeitos (53,34%) referem que a habitação é própria, 10 sujeitos (33,33%) referem que a habitação é alugada e apenas 4 sujeitos (13,33%) referem que a habitação é emprestada. A moda é habitação própria.

TABELA 3 – Distribuição da amostra por tipo de habitação

HABITAÇÃO	fi	%
Própria	16	53,34
Alugada	10	33,33
Emprestada	4	13,33
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Habitação própria

GRÁFICO 13 – Representação da amostra pelo tipo de habitação



HÁ QUANTO TEMPO VIVE NA FREGUESIA

No que concerne ao tempo em que vive nessa freguesia, é dado observar através da tabela 4 e do gráfico 14 que 2 sujeitos (6,67%) vivem nessa freguesia há menos de um ano, que 7 sujeitos (23,33%) referem que vivem entre 2-3 anos e 4-5 anos respectivamente, 4 sujeitos (13,33%) referem viverem nessa freguesia há 6-7 anos e 8-9 anos respectivamente e apenas 6 sujeitos (20%) vivem nessa freguesia há mais de 10 anos.

Sendo que os sujeitos da amostra vivem em média há 6,5 anos na freguesia, a moda é viverem entre 2 – 3 anos e 4 – 5 anos e com um desvio padrão de 4 anos.

TABELA 4 – Distribuição da amostra segundo o tempo que vivem na freguesia

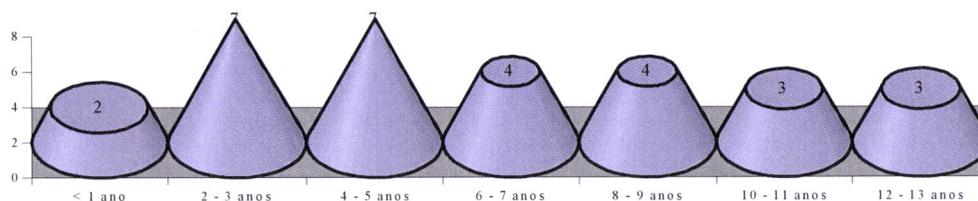
HÁ QUANTO TEMPO VIVE NA FREGUESIA	f _i	%
< 1 ano	2	6,67
2 - 3 anos	7	23,33
4 - 5 anos	7	23,33
6 - 7 anos	4	13,33
8 - 9 anos	4	13,34
10 - 11 anos	3	10
12 - 13 anos	3	10
TOTAL	30	100

Média (X) = 6,5 anos

Moda (Mo) = 2 – 3 anos e 4 – 5 anos

Desvio padrão (s) = 4 anos

GRÁFICO 14 – Representação da amostra segundo o tempo que vive na freguesia



ESTADO CIVIL

Ao fazermos a análise da tabela 5 e do gráfico 15, verificámos que 66,67% da amostra (20 sujeitos) são casados, 20% da amostra (6 sujeitos) vive em união de facto e 13,33% da amostra (4 sujeitos) são solteiros. A moda é ser casado.

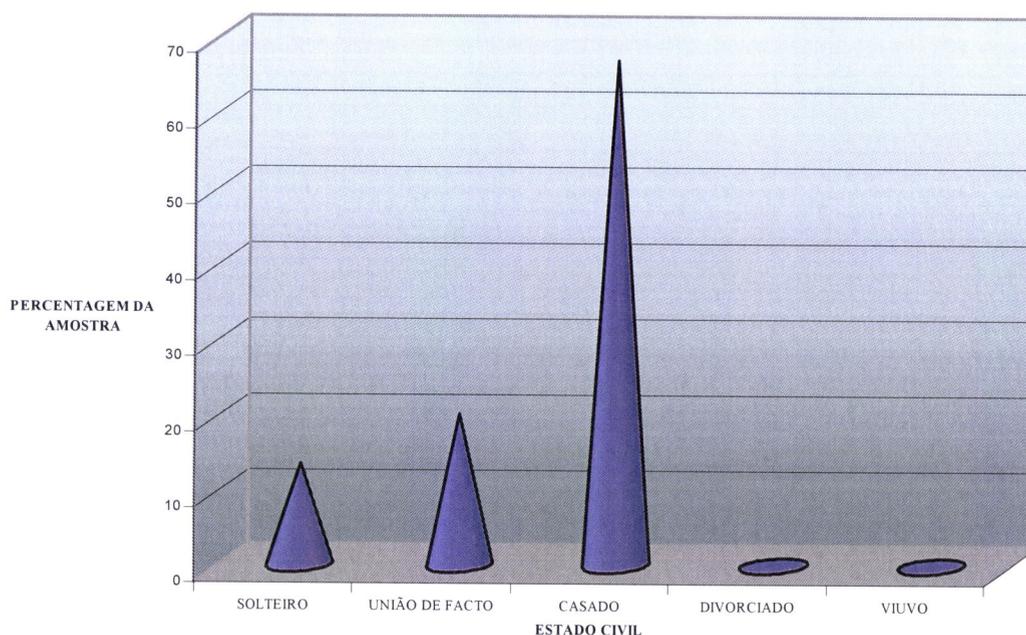
Quando o estado civil é casado era perguntado se é o 1º ou 2º casamento e os 20 sujeitos referiram ser o 1º casamento.

TABELA 5 – Distribuição da amostra segundo o estado civil

ESTADO CIVIL	f _i	%
SOLTEIRO	4	13,33
UNIÃO DE FACTO	6	20
CASADO	20	66,67
DIVORCIADO	0	0
VIUVO	0	0
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Casado

GRÁFICO 15 – Representação da amostra segundo o estado civil



Actualmente os jovens casam-se cada vez mais tarde, principalmente devido a vantagens profissionais, viagens, liberdade sexual e auto suficiência, pelo que é natural que muito dos nossos elementos da amostra sejam casados, pois o grupo etário com maior numero de elementos é o dos 30 – 34 anos. Nesta altura já estão estabilizados pessoal e profissionalmente o que os leva a pensarem em filhos.

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

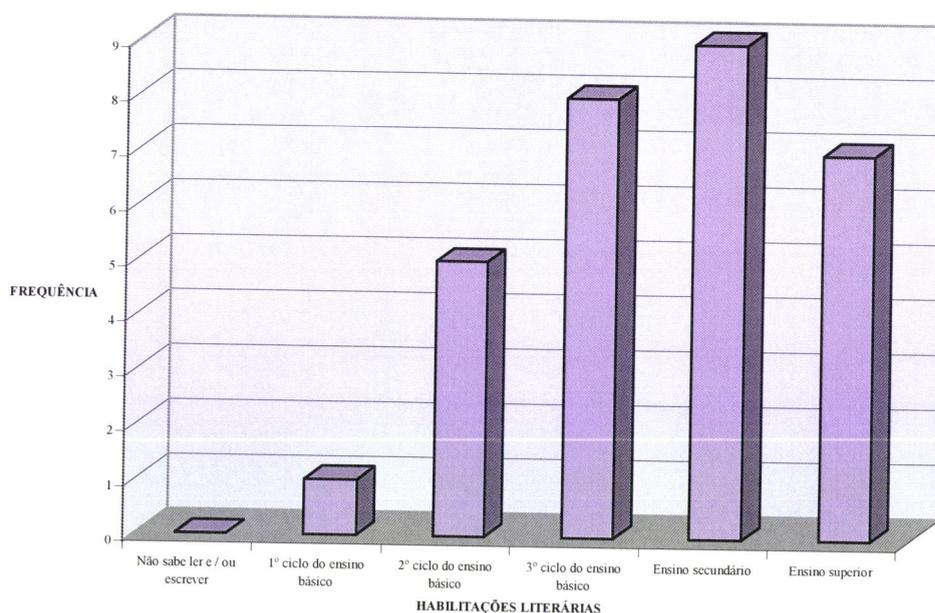
Relativamente as habilitações literárias, podemos constatar através da análise da tabela 6 e do gráfico 16, que 9 sujeitos (30%) possuem como habilitações literárias o ensino secundário (12º ano), 8 sujeitos (26,67%) tem o 3º ciclo do ensino básico (9º ano), 7 sujeitos (23,33%) tem um curso superior, 5 sujeitos (16,67%) possuem o 2º ciclo do ensino básico (2º ano) e apenas 1 sujeito (3,33%) tem o 1º ciclo do ensino básico (4ª classe). Sendo a moda possuir o ensino secundário.

TABELA 6 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	fi	%
Não sabe ler e / ou escrever	0	0
1º ciclo do ensino básico	1	3,33
2º ciclo do ensino básico	5	16,67
3º ciclo do ensino básico	8	26,67
Ensino secundário	9	30
Ensino superior	7	23,33
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Ensino secundário

GRÁFICO 16 – Representação da amostra segundo as habilitações literárias



RELIGIÃO

No que se refere à prática da religião, a frequência dos sujeitos é de 100%, todos os sujeitos referem praticar a religião católica, o que pensamos estar de acordo com a realidade portuguesa em que a religião com maior expressão é aquela.

OCUPAÇÃO / PROFISSÃO

Quanto à profissão, optámos por não agrupar as profissões segundo uma classificação, pois achamos que muitas delas ficariam mal posicionadas.

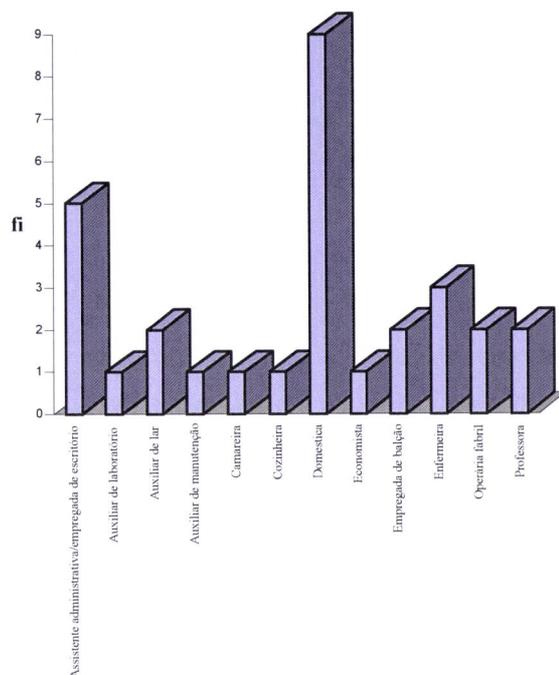
Analisando a tabela 7 e o gráfico 17, constatamos que a maioria dos sujeitos posicionou-se na profissão doméstica com 30% dos sujeitos da amostra, seguida de assistente administrativa / empregada de escritório com 5 sujeitos (16,67%), 3 sujeitos (10%) são enfermeiros, com 2 sujeitos (6,67%) respectivamente a pertencerem as profissões de professora, operária fabril, auxiliar de lar e empregada de balcão e finalmente com 1 sujeito (3,33%) para cada uma das seguintes profissões – camareira, auxiliar de laboratório, auxiliar de manutenção, cozinheira e economista. A moda é ser doméstica.

TABELA 7 – Distribuição da amostra segundo a profissão

PROFISSÃO	f_i	%
Assistente administrativa/empregada de escritório	5	16,67
Auxiliar de laboratório	1	3,33
Auxiliar de lar	2	6,67
Auxiliar de manutenção	1	3,33
Camareira	1	3,33
Cozinheira	1	3,33
Doméstica	9	30
Economista	1	3,33
Empregada de balcão	2	6,67
Enfermeira	3	10
Operária fabril	2	6,67
Professora	2	6,67
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Doméstica

GRÁFICO 17 – Representação da amostra segundo a profissão



LOCAL DE TRABALHO

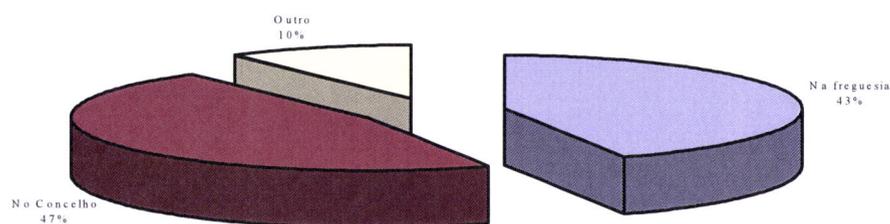
Através da análise da tabela 8 e do gráfico 18, verificámos que 14 sujeitos da amostra (46,67%) trabalham no concelho de residência, 13 sujeitos (43,33%) trabalham na freguesia de residência e apenas 3 sujeitos (10%) exercem a sua profissão foram do concelho de residência. Neste caso a moda é trabalhar no concelho de residência.

TABELA 8 – Distribuição da amostra segundo o local onde trabalham

LOCAL DE TRABALHO	fi	%
Na freguesia	13	43,33
No Concelho	14	46,67
Outro	3	10
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Trabalhar no concelho

GRÁFICO 18 – Representação da amostra segundo o local onde trabalham



No que concerne à caracterização da amostra, podemos dizer que se trata de um conjunto de 30 sujeitos com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, predominante entre os 30 – 34 anos, com idade média de 28,8 anos. Sendo o grupo etário dos 30 - 34 anos o eleito para terem filhos, tal como já foi dito estatisticamente é um grupo etário em que os sujeitos já estão profissionalmente estabilizados, isto porque cada vez mais a mulher sai de casa para ir trabalhar.

Relativamente ao local de residência, verificámos que a amostra se distribui uniformemente pelas freguesias rurais, excepto por São Vicente do Pigeiro e Nossa Senhora da Boa Fé, que não temos nenhum sujeito.

Em relação às características da habitação concluímos que na maioria são habitações próprias.

Ao fazermos a análise de há quanto tempo vive na freguesia verificámos que na maioria dos sujeitos (16 sujeitos), vivem na freguesia há menos de 5 anos, isto tem a ver com a procura de zonas rurais por parte dos casais jovens para viverem.

Vários territórios rurais sofrem um declínio demográfico e um envelhecimento da sua população, mas deparam-se também com um novo interesse por parte dos cidadãos jovens que procuram aí instalar-se por motivos económicos.

Podemos mesmo dizer que é já visível uma renovação demográfica em muitos territórios rurais, isto está patente nesta breve análise.

É uma amostra constituída na sua maioria por sujeitos casados (66,67%). Isto também está relacionado com a idade para ter filhos, pois também há uma estabilização a nível pessoal.

Relativamente às habilitações literárias constatámos que os sujeitos da nossa amostra possuem maioritariamente o ensino secundário com 9 sujeitos, seguido do 3º ciclo do ensino básico (9º ano) com 8 sujeitos e 7 sujeitos com um curso superior.

Relativamente à profissão, constatámos que apesar da maioria dos sujeitos (9sujeitos) referirem serem domésticas, pela análise dos dados concluímos que 12 sujeitos da amostra podem ser enquadrados num nível de emprego superior, o que é compatível com as habilitações literárias que possuem.

Em relação ao local onde desempenham a sua profissão / ocupação, concluímos que a maioria é no concelho (14 sujeitos), mas muito próximo da freguesia com 13 sujeitos.

4.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A HISTÓRIA OBSTÉTRICA

NUMERO DE FILHOS

Relativamente ao número de filhos e de acordo com a análise dos dados da amostra, podemos constatar que em média só tem um filho assim como a moda também é ter um filho.

De acordo com a análise da tabela 9 e do gráfico 19, verificámos que 56,67% dos sujeitos (17 sujeitos) só tem um filho e que 43,33% dos sujeitos tem dois filhos (13 sujeitos).

TABELA 9 – Distribuição da amostra segundo o número de filhos

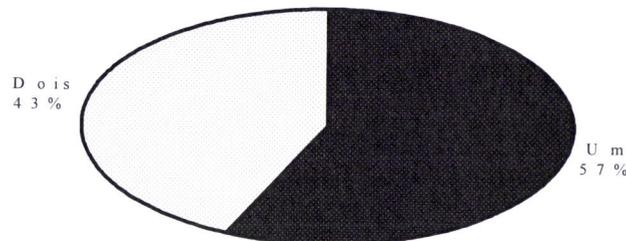
NUMERO DE FILHOS	f_i	%
Um	17	56,67
Dois	13	43,33
TOTAL	30	100

Média (X) = 1,4 filhos

Moda (Mo) = 1 filho

Desvio padrão (s) = 0,5 filhos

GRÁFICO 19 – Representação da amostra segundo o numero de filhos



Relativamente ao número de filhos, tal como podemos ver nenhum sujeito da amostra tem mais do que dois filhos, isto está relacionado com o declínio da taxa de fecundidade referida anteriormente, a qual se está a traduzir a nível familiar na redução do número de filhos. Talvez este declínio esteja associado à instabilidade económica e social em que actualmente se vive.

NUMERO DE ABORTOS

Após a análise da tabela 10 e do gráfico 20 podemos verificar que a pratica do aborto é muito reduzida nos sujeitos da nossa amostra, ou seja, 86,67% dos sujeitos nunca praticaram aborto, 10% fizeram um aborto e apenas 3,33% dos sujeitos já realizaram dois abortos.

TABELA 10 – Distribuição da amostra segundo o número de abortos

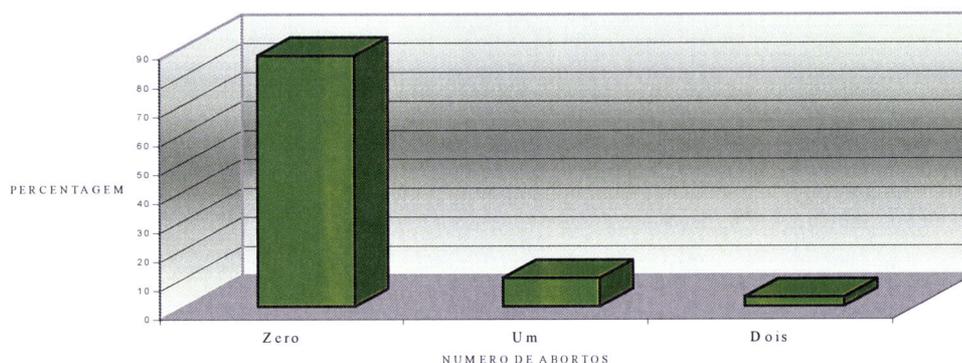
NUMERO DE ABORTOS	fi	%
Zero	26	86,67
Um	3	10
Dois	1	3,33
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = zero abortos

Média (X) = 0,17 abortos

Desvio padrão (s) = 0,45 abortos

GRÁFICO 20 – Representação da amostra segundo o numero de abortos



TIPO DE PARTO

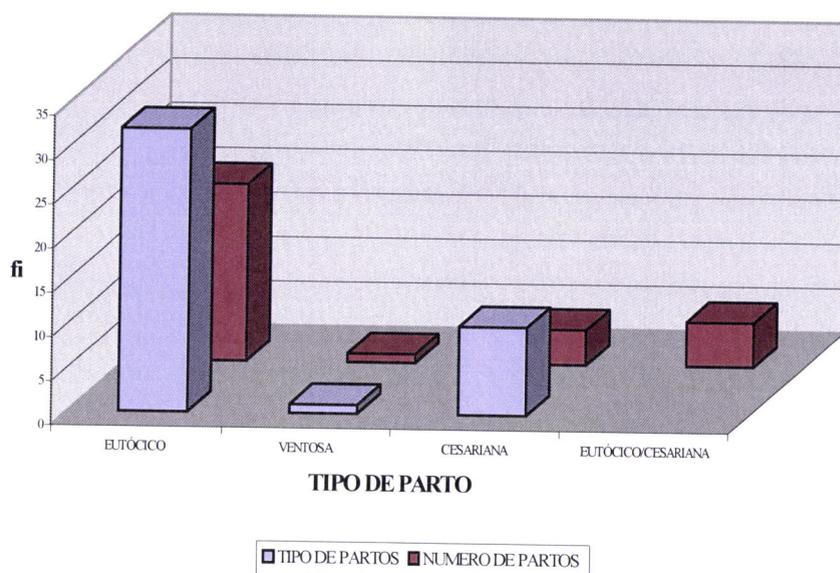
Em relação a este item, podemos verificar através da análise da tabela 11 e do gráfico 21 que dos 43 partos ocorridos nos sujeitos da amostra, 32 partos foram eutócicos e 11 foram distócicos, dos quais um foi parto por ventosa e 10 foram cesarianas. No entanto desta análise ainda podemos concluir que do total da amostra (30 sujeitos), 66,67% tiveram partos eutócicos, 16,67% tiveram partos eutócicos / cesarianas, 13,33% tiveram só cesarianas e apenas 3,33% teve parto por ventosa. Sendo a moda ter parto eutócico.

TABELA 11 – Distribuição da amostra segundo o tipo de parto

	EUTÓCICO		VENTOSA		CESARIANA		EUTÓCICO/ CESARIANA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
TIPO DE PARTOS	32	74,42	1	2,33	10	23,25	-	-	43	100
NUMERO DE PARTOS	20	66,67	1	3,33	4	13,33	5	16,67	30	100

Moda (Mo) = Parto eutócico

GRÁFICO 21 – Representação da amostra segundo o tipo de parto



COMPLICAÇÕES NO PARTO

Relativamente a complicações durante a gravidez / parto, 96,67% dos sujeitos referiu que não teve complicações e apenas 3,33% teve como complicação – hipertensão arterial. Podemos dizer que a Moda é não ter complicações.

LOCAL ONDE OCORREU O PARTO

Pela análise feita aos resultados dos questionários, constatamos de a totalidade da amostra – 30 sujeitos (100%), teve o parto no hospital, o que vai de encontro com o que se passa a nível nacional.

OS SEUS FILHOS VIVEM TODOS CONSIGO

Também neste item, obtivemos sempre a resposta sim, o que faz com que na totalidade da amostra os sujeitos tenham os seus filhos a viverem consigo.

PLANEAMENTO DA GRAVIDEZ

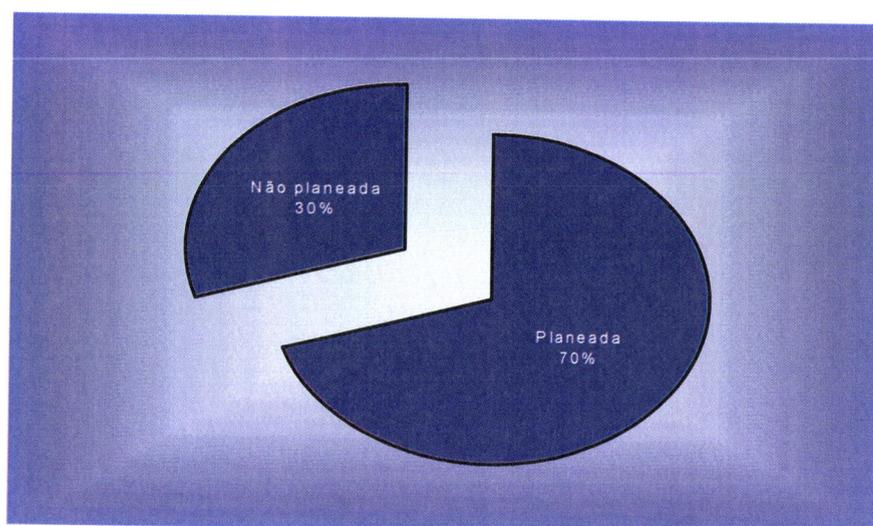
Relativamente ao planeamento da gravidez, actualmente este é feito a maior parte das vezes, isto também está relacionado com a idade para ter o primeiro filho, tal como já foi referido atrás, e com as condições que cada sujeito (casal) tem e / ou quer para os seus filhos. Na análise feita à tabela 12 e ao gráfico 22, constatamos que 70% dos sujeitos da amostra planeou a gravidez e que apenas 30% dos sujeitos não fizeram qualquer planeamento, no entanto estes últimos manifestaram na totalidade que a gravidez foi bem aceite. Neste caso a moda é fazer planeamento da gravidez e nos casos de gravidez não planeada a moda é ser bem aceite.

TABELA 12 – Distribuição da amostra segundo o planeamento da gravidez

GRAVIDEZ	f_i	%
Planeada	21	70
Não planeada – aceite	9	30
- não aceite	0	0
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Planeamento da gravidez e bem aceite

GRÁFICO 22 – Representação da amostra segundo o planeamento da gravidez



VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

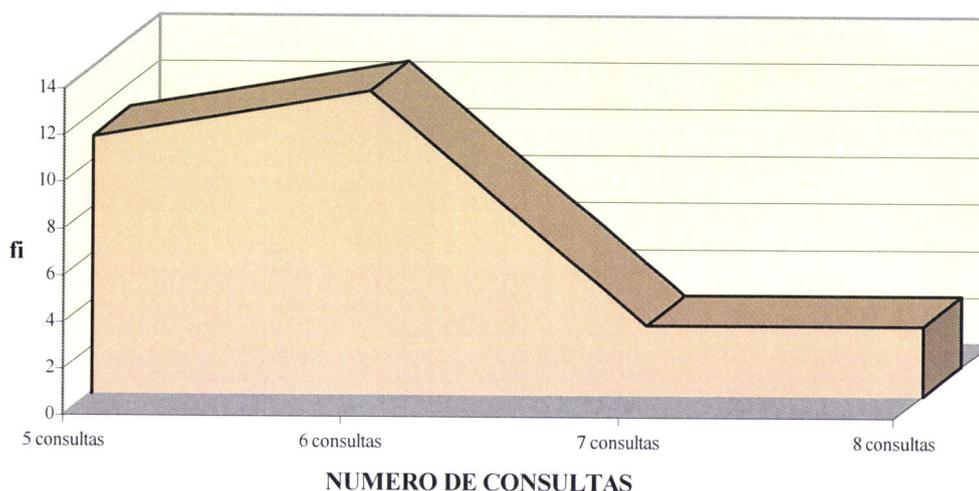
Analisando os resultados acerca da vigilância da gravidez constatámos que a totalidade dos sujeitos (30 sujeitos) da amostra vigiaram a gravidez. O que variou entre eles foi o número de consultas efectuadas nessa vigilância. Através da tabela 13 e do gráfico 23, concluímos que 13 sujeitos (43,33%) realizaram 6 consultas, 11 sujeitos (36,67%) realizaram 5 consultas, 3 sujeitos (10%) realizaram 7 consultas e 3 sujeitos (10%) realizaram 8 consultas. Em média cada sujeito da amostra realizou 6 consultas, coincidido com a moda que também é de 6 consultas.

TABELA 13 – Distribuição da amostra segundo o número de consultas realizado

NUMERO DE CONSULTAS	f_i	%
5 consultas	11	36,67
6 consultas	13	43,33
7 consultas	3	10
8 consultas	3	10
TOTAL	30	100

$$\text{Média (X)} = \text{Moda (Mo)} = 6 \text{ consultas}$$

GRÁFICO 23 – Representação da amostra segundo o numero de consultas realizado



4.3 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO OS FACTORES QUE INTERFEREM NA MATERNIDADE

LOCAL ONDE IA ÀS CONSULTAS

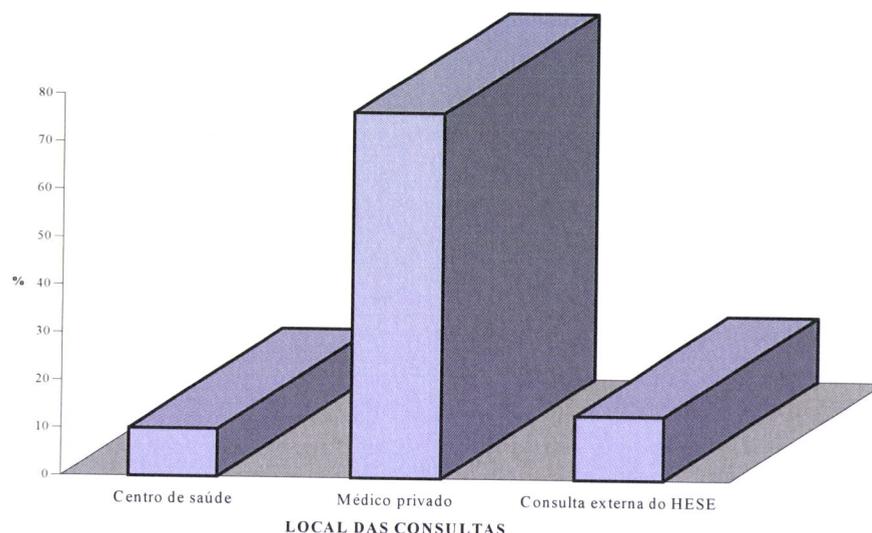
No que concerne ao local onde ia às consultas, é dado observar através da análise da tabela 14 e do gráfico 24 que 76,67% dos sujeitos da amostra vigiaram a gravidez em médico privado, 13,33% dos sujeitos foram á consulta externa do HESE e apenas 10% vigiaram a gravidez no centro de saúde da sua área de residência. Sendo a moda vigiar a gravidez em médico privado.

TABELA 14 – Distribuição da amostra segundo o local onde ia às consultas

LOCAL ONDE IA ÀS CONSULTAS	fi	%
Centro de saúde	3	10
Médico privado	23	76,67
Consulta externa do HESE	4	13,33
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Médico privado

GRÁFICO 24 – Representação da amostra segundo o local onde ia às consultas



TRANSPORTE UTILIZADO PARA IR ÀS CONSULTAS

Relativamente a este item a totalidade dos sujeitos da amostra (100%) respondeu que quando ia às consultas utilizava o seu carro particular.

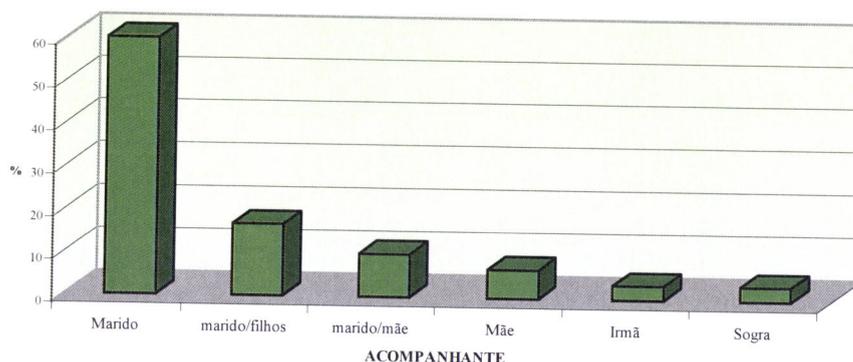
ACOMPANHANTE NAS CONSULTAS

Através da análise da tabela 15 e do gráfico 25 relativamente a este item, concluímos que 86,67% dos sujeitos da amostra iam as consultas acompanhados pelo marido / companheiro, destes além do marido / companheiro ainda iam acompanhados pelos filhos em cerca de 16,67% e acompanhados pela mãe em cerca de 10%. Iam acompanhados apenas pela mãe em 6,67% dos sujeitos, iam acompanhados pela irmã 3,33% dos sujeitos e 3,33% dos sujeitos ia acompanhados pela sogra. Sendo a moda ir apenas acompanhado pelo marido / companheiro (60% dos sujeitos).

TABELA 15 – Distribuição da amostra segundo o acompanhante nas consultas

ACOMPANHANTE	fi	%
Marido	18	60
- Marido/filhos	5	16,67
- Marido/mãe	3	10
Mãe	2	6,67
Irmã	1	3,33
Sogra	1	3,33
TOTAL	30	100

GRÁFICO 25 – Representação da amostra segundo o acompanhante nas consultas



ATENDIMENTO NAS CONSULTAS

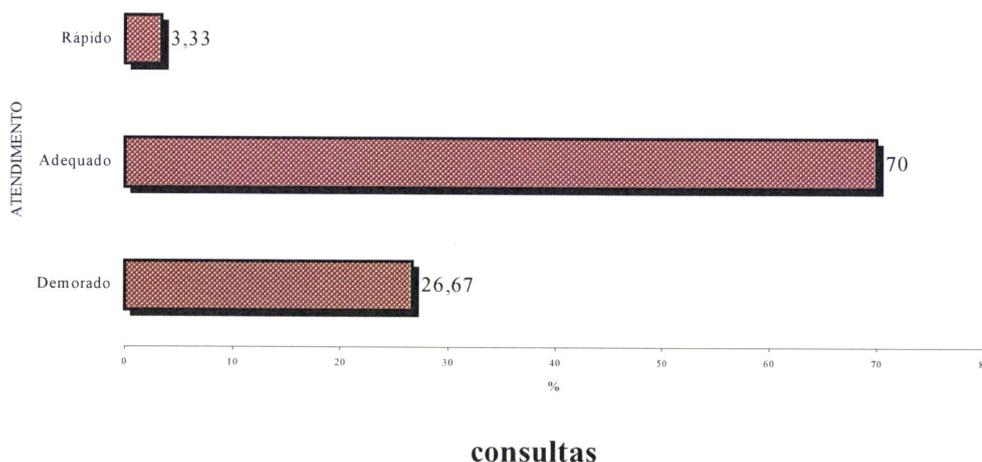
Relativamente ao tipo de atendimento que os sujeitos da amostra tiveram nas consultas e após a análise da tabela 16 e do gráfico 26, constatamos que 70% dos sujeitos achou o atendimento adequado, 26,67% achou o atendimento demorado e apenas 3,33% dos sujeitos achou o atendimento rápido. Sendo a moda o atendimento ser adequado.

TABELA 16 – Distribuição da amostra segundo o tipo de atendimento nas consultas

ATENDIMENTO	f _i	%
Demorado	8	26,67
Adequado	21	70
Rápido	1	3,33
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Atendimento adequado

GRÁFICO 26 – Representação da amostra segundo o tipo de atendimento nas consultas



ATENDIMENTO NO HOSPITAL – MATERNIDADE

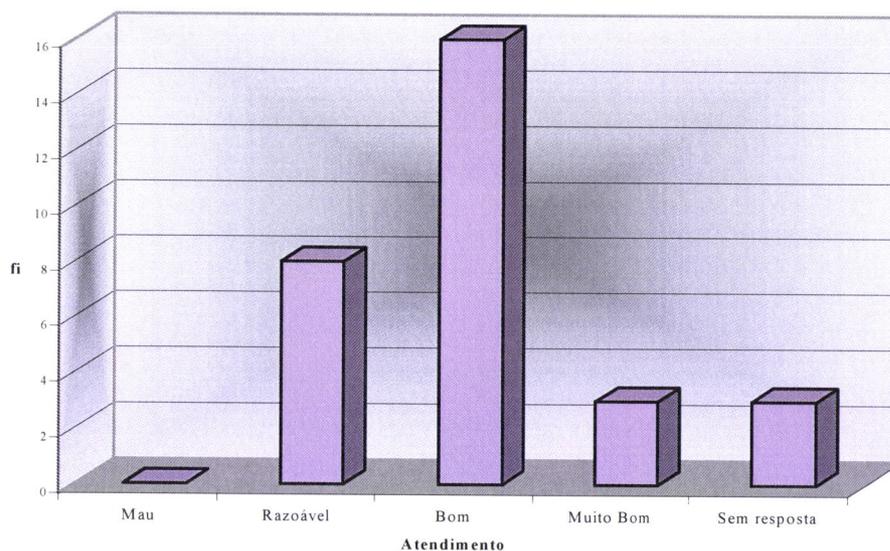
Relativamente ao tipo de atendimento realizado no serviço de obstetrícia, concluímos através da análise da tabela 17 e do gráfico 27 que 53,33% dos sujeitos da amostra acharam o atendimento Bom, 26,57% dos sujeitos acharam o atendimento Razoável, 10% achou o atendimento Muito Bom e 10% dos sujeitos não respondeu à pergunta. A moda é o atendimento ser Bom.

TABELA 17 – Distribuição da amostra segundo o tipo de atendimento no hospital

ATENDIMENTO	fi	%
Mau	0	0
Razoável	8	26,67
Bom	16	53,33
Muito Bom	3	10
Sem resposta	3	10
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Atendimento bom

GRÁFICO 27 – Representação da amostra segundo o tipo de atendimento no hospital



EXPECTATIVAS QUE TEM PARA O PARTO

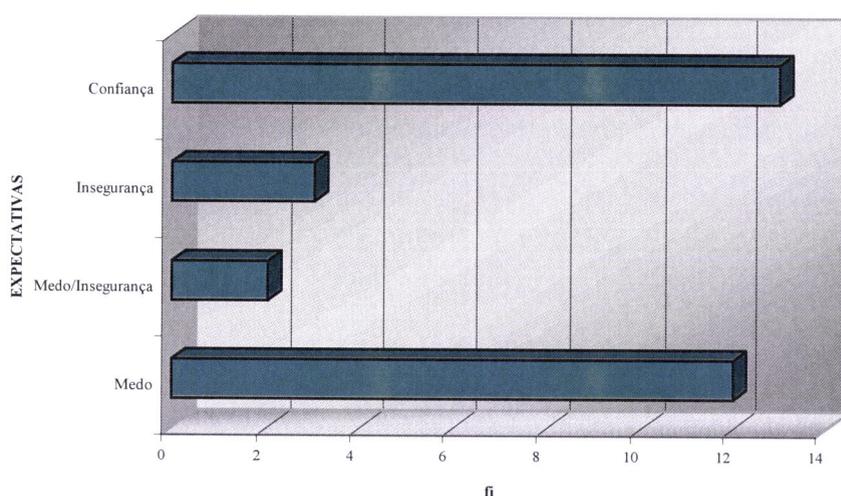
Relativamente a esta pergunta dividimos a resposta em duas partes, na primeira parte utilizamos uma resposta fechada, enquanto na segunda parte uma resposta aberta. Analisando a primeira parte da pergunta através da tabela 18 e do gráfico 28, concluímos que 46,67% dos sujeitos da amostra manifestam medo, destes 6,67% também manifestam insegurança. Por outro lado 10% dos sujeitos apenas referem sentir insegurança e 13% dos sujeitos manifesta confiança. Sendo a moda ter confiança.

TABELA 18 – Distribuição da amostra segundo as expectativas para o parto

EXPECTATIVAS	fi	%
Medo	12	40
- Medo/insegurança	2	6,67
Insegurança	3	10
Confiança	13	43,33
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Confiança

GRÁFICO 28 – Representação da amostra segundo as expectativas para o parto

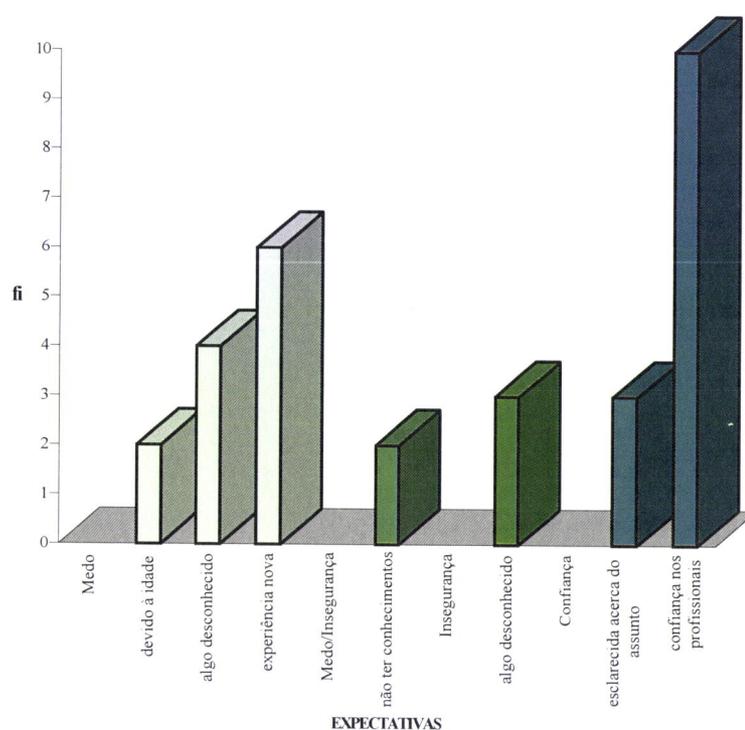


Na segunda parte da pergunta era perguntado porque tinha aquela expectativa, era uma resposta aberta, no entanto após a análise de conteúdo das respostas agrupamo-las em seis categorias na tabela 19. Após a análise dessa tabela e do gráfico 29, concluímos que dos 40% dos sujeitos que referiam medo, 6,67% dos sujeitos tinham medo devido “à idade”, 13,33% referiam medo devido a “ser algo desconhecido”, 20% referiam medo devido a “ser uma experiência nova”. Os sujeitos – 6,67% que referiram como expectativas para o parto ter medo/insegurança seria “devido a não ter conhecimentos acerca do assunto”. Dos 43,33% dos sujeitos que referiram ter confiança para o momento do parto, 10% dos sujeitos referiu ser por “estar esclarecido acerca do assunto” e 33,33% dos sujeitos referiu ter “confiança nos profissionais”.

TABELA 19 – Distribuição da amostra segundo o porquê da expectativa para o parto

EXPECTATIVA/PORQUÊ	fi	%	TOTAL
Medo			46,67
- devido à idade	2	6,67	
- algo desconhecido	4	13,33	
- experiência nova	6	20	
Medo/Insegurança			6,67
- não ter conhecimentos	2	6,67	
Insegurança			10
- algo desconhecido	3	10	
Confiança			43,33
- esclarecida acerca do assunto	3	10	
- confiança nos profissionais	10	33,33	

GRÁFICO 29 – Representação da amostra segundo o porquê da expectativa para o parto



EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À VIVÊNCIA DA MATERNIDADE

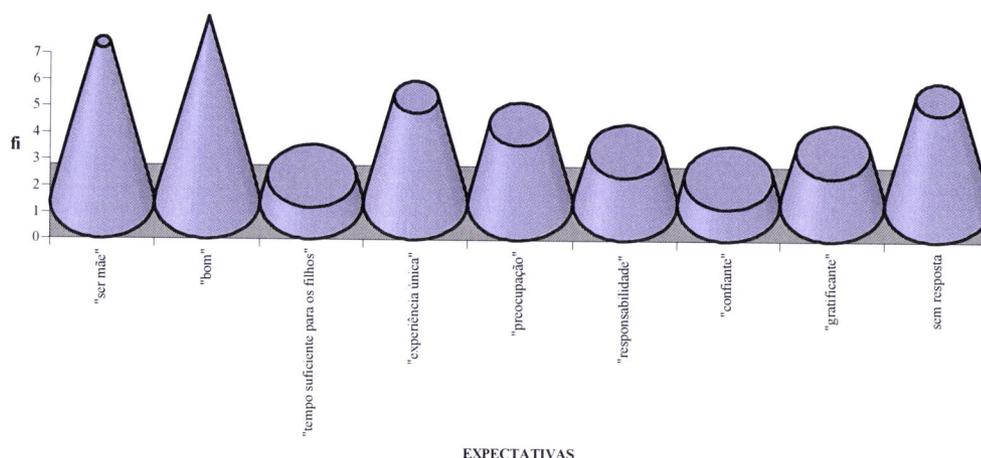
No que concerne às expectativas em relação à vivência da maternidade, também aqui temos uma pergunta com resposta aberta, procedemos então a análise das respostas através da análise de conteúdo e agrupamos as respostas em categorias. Na análise da tabela 20 e do gráfico 30, concluímos que os sujeitos da nossa amostra expressaram a sua opinião em oito categorias, ou seja, 23,34% dos sujeitos refere que é algo de “bom” não sabem explicar, 20% dos sujeitos tem como expectativa “ser mãe”, 13,33% dos sujeitos refere que é “uma experiência única”, 10% dos sujeitos referem que “traz muita preocupação”, 6,67% dos sujeitos associa esta expectativa com o “aumento das responsabilidades”, no entanto 6,67% dos sujeitos refere esta experiência como “gratificante”, 3,33% dos sujeitos referem “necessitar de tempo suficiente para os filhos” e finalmente 3,33% referem que estão “confiantes”. Cerca de 13,33% dos sujeitos não respondeu à pergunta. Neste caso a moda é algo que é “bom”.

TABELA 20 – Distribuição da amostra segundo as expectativas em relação à vivência da maternidade

EXPECTATIVAS	f _i	%
"ser mãe"	6	20
"bom"	7	23,34
"tempo suficiente para os filhos"	1	3,33
"experiência única"	4	13,33
"preocupação"	3	10
"responsabilidade"	2	6,67
"confiante"	1	3,33
"gratificante"	2	6,67
sem resposta	4	13,33
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = ser algo “bom”

GRÁFICO 30 - Distribuição da amostra segundo as expectativas em relação à vivência da maternidade



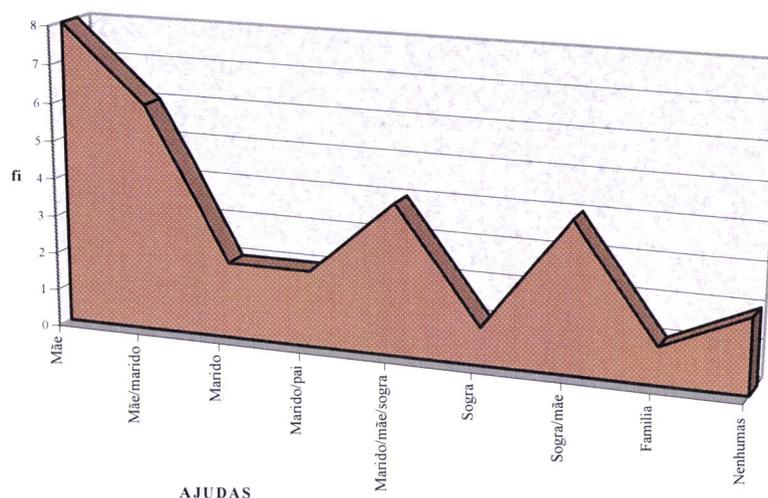
QUE AJUDAS VAI TER EM CASA

Relativamente a esta pergunta também tivemos que utilizar uma análise qualitativa para a caracterização da amostra, utilizamos a análise de conteúdo e agrupámos as resposta em categorias que serão apresentadas na tabela 21. Após a análise da tabela 21 e do gráfico 31, concluímos que 8 sujeitos da amostra vai ter apenas a ajuda da mãe, 6 sujeitos vão ter a ajuda da mãe/marido, 4 sujeitos vão ter a ajuda do marido/mãe/sogra, 4 sujeitos vão ter a ajuda da mãe/sogra, 2 sujeitos tem a ajuda do marido, 2 sujeitos tem a ajuda do marido/pai, 2 sujeitos referem que não vão ter ajudas nenhuma, 1 sujeito vai ter apenas a ajuda da sogra e 1 sujeito refere que vai ter a ajuda de toda a família. A moda é ter a ajuda da mãe.

TABELA 21 – Distribuição da amostra segundo o tipo de ajudas que vai ter em casa

AJUDAS	fi	%
Mãe	8	26,67
Mãe/marido	6	20
Marido	2	6,67
Marido/pai	2	6,67
Marido/mãe/sogra	4	13,33
Sogra	1	3,33
Sogra/mãe	4	13,33
Família	1	3,33
Nenhumas	2	6,67
TOTAL	30	100

GRÁFICO 31 - Representação da amostra segundo o tipo de ajudas que vai ter em casa



ONDE DEIXA OS FILHOS

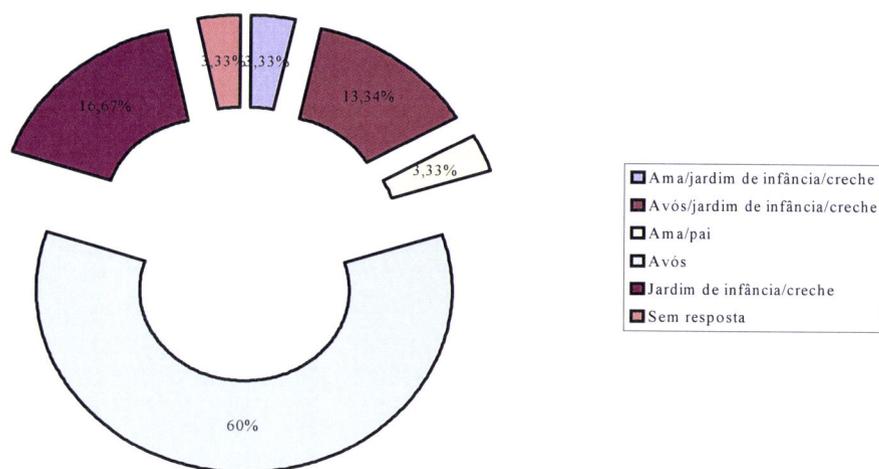
No que concerne a este item e após análise da tabela 22 e do gráfico 32, podemos concluir, que na maioria dos casos, 60% dos sujeitos os filhos ficam com os avós, 16,67% dos sujeitos os filhos ficam no jardim de infância, em cerca de 13,34% dos sujeitos deixam os filhos com os avós / jardim de infância, 3,33% dos sujeitos deixa os filhos na ama / jardim de infância, 3,33% dos sujeitos deixa os filhos com a ama durante o dia e á noite com o pai e finalmente 3,33% dos sujeitos não respondeu. Podemos concluir que a moda é os filhos ficarem com os avós.

TABELA 22 - Distribuição da amostra segundo o local onde deixa os filhos

LOCAL	fi	%
Ama/jardim de infância	1	3,33
Avós/jardim de infância	4	13,34
Ama/pai	1	3,33
Avós	18	60
Jardim de infância	5	16,67
Sem resposta	1	3,33
TOTAL	30	100

Moda (Mo) = Avós

GRÁFICO 32 - Representação da amostra segundo o local onde deixa os filhos



LICENÇA DE MATERNIDADE

Relativamente à licença de maternidade dividimos a resposta em duas partes 1º filho e 2º filho. No caso de ser o 1º filho e após análise da tabela 23 constatamos que dos 40% dos sujeitos da amostra (1º filho), 26,67% vai gozar a licença de maternidade e 13,33% não vão gozar esta licença porque estão “desempregadas”. No caso de ser o 2º filho, é o que acontece a 60% da amostra, 43,33% dos sujeitos já gozou licença de maternidade e 16,67% dos sujeitos não gozou licença. Destes 16,67% que não gozou licença de maternidade apontaram como causa em 10% dos sujeitos o facto de “estar desempregada”, 3,34% apontou como causa o facto de “trabalhar por conta própria” e 3,33% não apontaram a causa.

No caso de ser o 2º filho (60% da amostra), referem 46,67% dos sujeitos que vão gozar licença de maternidade, 3,33% dos sujeitos não vão gozar licença de maternidade e 10% dos sujeitos não respondeu. Dos 46,67% dos sujeitos que vão gozar licença, 10% não tinha gozado do 1º filho, actualmente estão empregados e já tem esse direito. No entanto 3,33% dos sujeitos agora não vai gozar licença de maternidade por estar desempregada, do 1º filho gozou.

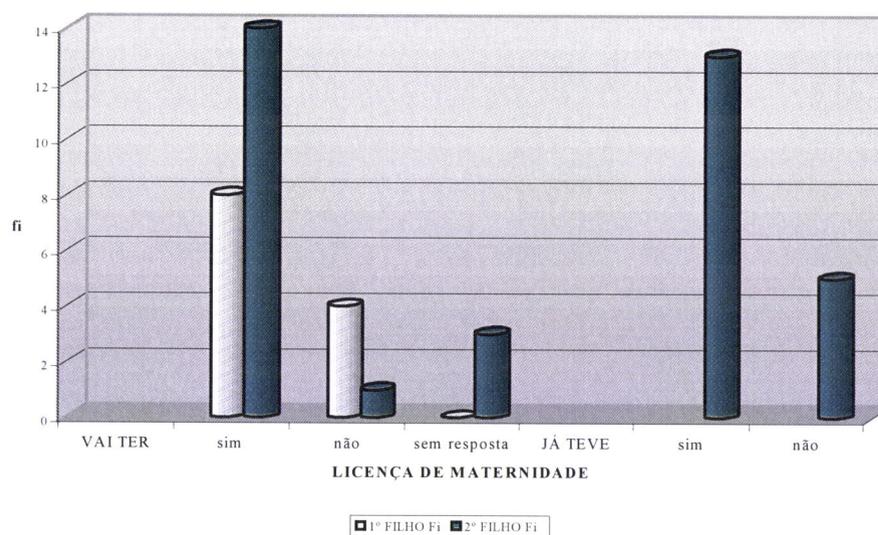
Sendo a Moda em qualquer das situações gozar a licença de maternidade.

TABELA 23 – Distribuição da amostra segundo a licença de maternidade

LICENÇA	1º FILHO		2º FILHO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
VAI TER						
- sim	8	26,67	14	46,67	22	73,34
- não	4	13,33	1	3,33	5	16,66
- sem resposta	0	0	3	10	3	10
JÁ TEVE (1º filho)						
- sim	--	--	13	43,33	--	--
- não			5	16,67		
TOTAL	12	40	--	--	30	100

Moda (Mo) = Licença de maternidade

GRÁFICO 33 - Representação da amostra segundo a licença de maternidade



AMAMENTAÇÃO

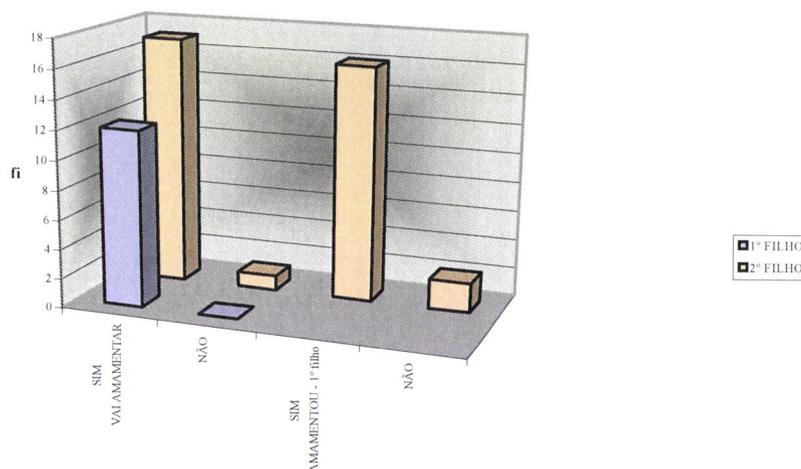
Relativamente a este item na análise dos dados houve também a necessidade de separar o 1º filho do 2º filho. No que concerne ao 1º filho, 40% dos sujeitos da amostra, responderam na totalidade que vão amamentar, destes 6,67% referiram que “o leite materno previne doenças”, 3,33% manifestaram a sua resposta positiva devido ao facto do “leite materno ser saudável” e finalmente 3,33% dos sujeitos referiram que apenas vão amamentar “até começarem a trabalhar”, os restantes sujeitos não manifestaram a sua razão.

No que diz respeito ao 2º filho (60% dos sujeitos da amostra) houve algumas diferenças, ou seja, destes 60% dos sujeitos, 53,33% dos sujeitos referiu que no 1º filho amamentou e 3,33% dos sujeitos justificou a sua opinião como “o leite materno ser o melhor de todos”, os restantes não se justificaram. Ainda no que diz respeito a esta situação 6,67% dos sujeitos responderam negativamente e como justificação, 3,33% referiu que “teve problemas com as mamas” e os restantes 3,33% dos sujeitos referiu que “não tinha leite”. Agora que são mães pela segunda vez, a opinião alterou-se, pois 56,67% dos sujeitos vai amamentar o filho. Podemos ainda salientar que os 6,67% dos sujeitos que não tinham amamentado o 1º filho agora vão amamentar, no entanto 3,33% dos sujeitos que tinham amamentado o 1º filho agora não vão amamentar o 2º filho, pois justificam que “o leite agora não presta”. Apesar de tudo a moda é amamentar.

TABELA 24 – Distribuição da amostra segundo a opinião da amamentação

AMAMENTAÇÃO	VAI AMAMENTAR				AMAMENTOU 1º filho			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
1º FILHO	12	40	0	0	--	--	--	--
2º FILHO	17	56,67	1	3,33	16	53,33	2	6,67

GRÁFICO 34 - Representação da amostra segundo a opinião da amamentação



4.4 – FACTORES AMBIENTAIS QUE PODEM INFLUENCIAR A VIVÊNCIA DA MATERNIDADE NO MEIO RURAL

De forma a identificar factores que possam intervir na vivência da maternidade no meio rural, utilizámos o teste “Qui Quadrado (χ^2)” para verificar se existe probabilidade de relação. Este teste apenas nos informa sobre a independência entre as variáveis, mas nada nos diz sobre o grau de associação existente (Pestana e Gageiro, 2000 : 106).

Para sabermos o grau de associação entre as variáveis, fomos em todas as probabilidades calcular o “Phi” que é uma das medidas utilizadas no teste do Qui Quadrado, o qual assume valores entre 0 e 1 (Pestana e Gageiro, 2000 : 106), em que:

- ⊗ 0 – Associação fraca
- ⊗ 0,5 – Associação moderada
- ⊗ 1 – Associação forte

Como foram utilizadas tabelas 2 x 2 para o cálculo do Qui Quadrado em todas as situações, o qual tem um grau de liberdade.

Para saber qual a correlação em as variáveis fomos utilizar o coeficiente correlacional r de Person. Este coeficiente é uma medida de associação linear entre as variáveis e varia entre - 1 e 1. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos tanto maior é a associação linear.

Realizámos esta associação entre as variáveis que nos pareceram que poderiam estar associadas directamente à vivência da maternidade.

Vamos utilizar os valores referenciados por Pestana e Gageiro (2000 : 146), para este teste e que são os seguintes:

- * < 0,2 – Associação baixa
- * 0,2 – 0,39 – Associação baixa
- * 0,4 – 0,69 – Associação moderada
- * 0,7 – 0,89 – Associação alta
- * 0,9 – 1 – Associação muito alta

Seguidamente vamos apresentar a tabela 25, onde será apresentada a variável o grau de liberdade, o resultado do teste do χ^2 e o valor de Phi.

TABELA 25 – Aplicação dos testes Qui Quadrado e Phi

VARIÁVEIS	GRAUS DE LIBERDADE	χ^2	Phi
Grupo etário/Planeamento da gravidez	1	0,798	0,163
Grupo etário/ Numero de filhos	1	0,269	0,095
Grupo etário/Expectativas para a maternidade	1	0,51	0,13
Profissão/Numero de filhos	1	0,469	0,125
Profissão/Licença de maternidade	1	0,169	0,075
Expectativa para o parto/Numero de filhos	1	0,961	0,178
Expectativas para a maternidade/Planeamento da gravidez	1	0,169	0,075
Expectativas para a maternidade/Numero de filhos	1	0,346	0,107
Habilitações literárias/Local das consultas	1	0,798	0,163
Habilitações literárias/Numero de filhos	1	0,491	0,127
Amamentação/Licença de maternidade	1	0,01	0,02
Planeamento da gravidez/Expectativas para o parto	1	0,942	0,177
Planeamento da gravidez/ Profissão	1	0,045	0,038
Local da consulta/Expectativas para o parto	1	0,368	0,11
Local de trabalho/Numero de filhos	1	0,309	0,101
Ajudas que vai ter/Numero de filhos	1	0,547	0,135

Em relação a análise da tabela 25 podemos constatar que na maioria das variáveis não há probabilidade de relação entre elas, temos apenas duas probabilidades possíveis e que são as seguintes:

↳ Amamentação / Licença de maternidade

↳ Planeamento da gravidez / Profissão

Após esta análise podemos constatar que elas estão relacionadas entre si e tem a ver com os apoios que são dados à mulher no período pós parto e que foram referidos no enquadramento teórico, pois uma mulher hoje em dia tem que ter em conta diversos factores, nomeadamente estes atrás referidos e mais ainda nestas freguesias em que apenas há jardim de infância (apartir dos 3 anos).

Por outro lado a licença de maternidade representa um apoio fundamental à mulher puerpera, contribuindo grandemente para ajudar na adaptação da díade mãe/filho á nova realidade – a maternidade.

Na análise do grau de associação entre as variáveis, este é fraco entre todas elas. Não havendo assim associação possível, mesmo naquelas em que há uma probabilidade de relação esta associação é muito fraca.

Relativamente ao coeficiente correlacional de r de Pearson, também dispomos as variáveis e o resultado do teste numa tabela para ser mais perceptível.

TABELA 26 – Distribuição das variáveis segundo o r de Pearson

VARIÁVEIS	r DE PEARSON
Ajudas que vai ter/Expectativas para a maternidade	0,05
Ajudas que vai ter/Planeamento da gravidez	0,97
Amamentação/Licença de maternidade	0,94
Expectativas para a maternidade/Expectativas para o parto	1
Expectativas para a maternidade/Planeamento da gravidez	0,66
Expectativas para a maternidade/Profissão	0,78
Grupo etário/Expectativas para a maternidade	0,33
Habilitações literárias/Expectativas para a maternidade	- 1
Local da consulta/Expectativas para o parto	-0,60
Local de trabalho/Numero de filhos	- 0,47
Numero de filhos/Habilitações literárias	-0,60
Planeamento da gravidez/ Grupo etário	-0,09
Planeamento da gravidez/Expectativas para o parto	0,77
Planeamento da gravidez/Local de trabalho	- 0,51
Planeamento da gravidez/Profissão	1

Perante a análise desta tabela verificámos que existe correlação entre todas as variáveis, uma positiva e outra negativa. Quando a correlação é negativa, quer dizer que a variação entre as variáveis é inversamente proporcional, ou seja quando aumenta uma variável está associada a diminuição da outra variável.

Perante estes valores, verificámos que existe correlação muito alta entre:

- ⊕ Ajudas que vai ter/Planeamento da gravidez ($r=0,97$)
- ⊕ Amamentação / Licença de maternidade ($r = 0,94$)
- ⊕ Expectativas para a maternidade/Expectativas para o parto ($r = 1$)
- ⊕ Planeamento da gravidez / Profissão ($r = 1$)

Existe correlação alta entre as seguintes variáveis:

◇ Planeamento da gravidez/Expectativas para o parto ($r = 0,77$)

◇ Expectativas para a maternidade/Profissão ($r = 0,78$)

Há correlação moderada entre:

⌘ Expectativas para a maternidade/Planeamento da gravidez ($r = 0,66$)

Há correlação baixa entre:

* Grupo etário/Expectativas para a maternidade ($r = 0,33$)

Existe correlação muito baixa entre:

* Ajudas que vai ter/Expectativas para a maternidade ($r = 0,05$)

No que diz respeito às correlações negativas, vamos agora agrupá-las por intensidade de correlação.

Correlação muito alta:

* Habilitações literárias/Expectativas para a maternidade ($r = -1$)

Correlação moderada:

* Numero de filhos/Habilitações literárias ($r = - 0,60$)

* Local da consulta/Expectativas para o parto ($r = - 0,60$)

* Local de trabalho/Numero de filhos ($r = - 0,47$)

* Planeamento da gravidez/Local de trabalho ($r = - 0,51$)

Correlação muito baixa:

☆ Planeamento da gravidez/ Grupo etário ($r = - 0,09$)

Após esta análise podemos salientar que a vivência da maternidade pode ser interceptada por vários factores relacionados com o ambiente onde se desenrolam os factos. Nesta análise e tal como refere Nazareth (1996 : 84), “estamos na presença de variáveis que afectam e são afectadas pelo «ambiente».”

Em ecologia humana parte-se do principio que existem dois sistemas em interacção constante, o sistema - homem e o sistema – ambiente, procurando conciliar os diversos comportamentos e os diversos «climas» que actuam no homem. Os vários acontecimentos de vida, como por exemplo a maternidade, proporcionam novas

interacções entre os sistemas fazendo com que exista uma relação da vivência da maternidade de uma forma globalizante com o meio que rodeia essa vivência.

5 – CONCLUSÕES

Ao concluirmos o presente estudo consideramos importante salientar os aspectos com maior significado. Importa aqui referir que as conclusões apuradas através deste estudo não podem inferir na população em geral, visto tratar-se de uma amostra não probabilística acidental, tal como foi referido na metodologia.

Tendo em conta os objectivos a que nos propusemos e as questões de investigação formuladas, pensamos que estes foram atingidos.

Ao longo da realização deste trabalho algumas dúvidas foram surgindo, mas que foram sendo ultrapassadas ao longo do processo.

A fase exploratória clarificou-nos alguns aspectos relacionados com o problema, no entanto queremos deixar bem claro que tivemos muitas dificuldades nesta fase, no que diz respeito à pesquisa bibliográfica e à consulta de estudos existentes, pois não há nada de concreto sobre o assunto que nos propusemos estudar.

Pensamos que cada vez mais, estudos nesta área do conhecimento são muito importantes, pelo que gostaríamos que este estudo tivesse continuidade.

Sendo assim e de acordo com o tratamento e análise dos dados, tendo como pressuposto o enquadramento teórico e a nossa experiência profissional, passamos a enunciar as conclusões possíveis:

- A amostra é constituída por 30 sujeitos do sexo feminino em idade fértil pertencentes a freguesias até 1999 habitantes do concelho de Évora que recorreram ao HESE – Serviço de Obstetrícia durante Janeiro, Fevereiro e Março de 2003.
- Caracterização da amostra:
 - . Média de idades de 28,8 anos, sendo o grupo etário dos 30-34 anos o que tem maior frequência;
 - . As freguesias com maior percentagem de sujeitos são as freguesias de Nossa Senhora da Torega e de São Bento do Mato com 16,67% dos sujeitos respectivamente;
 - . A maioria dos sujeitos tem habitação própria (53,34%);
 - . Em média os sujeitos vivem na sua freguesia há 6,5 anos

- . 66,67% dos sujeitos da amostra são casados, 20% vivem em união de facto e 13,33% são solteiros;
 - . Relativamente às habilitações literárias, 30 % dos sujeitos possuem o ensino secundário, 26,67% o 3º ciclo do ensino básico, 23,33% possui um curso superior, 16,67% possui o 2º ciclo do ensino básico e apenas 3,33% possuem o 1º ciclo do ensino básico;
 - . Na prática da religião a totalidade dos sujeitos referem a prática da religião católica;
 - . A nível da profissão / ocupação a maioria dos sujeitos (30%) referem serem domésticas;
 - . O local de trabalho em 46,67% dos sujeitos é no concelho, 43,33% dos sujeitos exercem a sua profissão / ocupação na freguesia e apenas 10 % dos sujeitos tem que se deslocar para outro concelho vizinho.
- No que concerne à influência dos factores ambientais na vivência da maternidade no meio rural e face aos resultados do teste “Qui Quadrado”, verificámos que há probabilidade de relação entre as seguintes variáveis:
 - . Amamentação / Licença de maternidade
 - . Planeamento da gravidez / ProfissãoNas restantes variáveis não há relação possível entre si.
 - Através da aplicação do teste “Phi”, foi possível constatar que o grau de associação entre as variáveis é fraco.
 - Em relação aos resultados do coeficiente de correlação r de Pearson, verificámos que existe:
 - . Correlação muito alta:
 - Ajudas que vai ter/Planeamento da gravidez ($r = 0,97$)
 - Amamentação / Licença de maternidade ($r = 0,94$)
 - Expectativas para a maternidade/Expectativas para o parto ($r = 1$)
 - Planeamento da gravidez / Profissão ($r = 1$)
 - . Correlação alta
 - Planeamento da gravidez/Expectativas para o parto ($r = 0,77$)
 - Expectativas para a maternidade/Profissão ($r = 0,78$)
 - . Correlação moderada:
 - Expectativas para a maternidade/Planeamento da gravidez ($r = 0,66$)

. Correlação baixa:

Grupo etário/Expectativas para a maternidade ($r = 0,33$)

. Correlação muito baixa:

Ajudas que vai ter/Expectativas para a maternidade ($r = 0,05$)

Relativamente as correlações negativas, podemos concluir que há:

. Correlação muito alta:

Habilitações literárias/Expectativas para a maternidade ($r = -1$)

. Correlação moderada:

Numero de filhos/Habilitações literárias ($r = - 0,60$)

Local da consulta/Expectativas para o parto ($r = - 0,60$)

Local de trabalho/Numero de filhos ($r = - 0,47$)

Planeamento da gravidez/Local de trabalho ($r = - 0,51$)

. Correlação muito baixa:

Planeamento da gravidez/ Grupo etário ($r = - 0,09$)

Ao longo deste trabalho procurámos manter sempre a perspectiva da ecologia humana, no entanto trata-se de um domínio da investigação que está a conhecer uma expansão rápida e em múltiplas direcções, impulsionada pela urgência e pela crescente relevância social e política dos problemas respeitantes à relação sociedade – ambiente. Por outro lado, a temática ambiental convida a repensar o conceito de ambiente, pois actualmente aparece ligado à multiplicidade de significados e à ambiguidade dos usos que dele se faz.

De acordo com os resultados obtidos, é importante salientar que a vivência da maternidade não está directamente ligada ao meio em que ela é vivenciada, mas sim aos factores pessoais que a podem influenciar. É verdade que actualmente muitos casais jovens procuram o meio rural para viverem, mas isto está relacionado com o factor económico e profissional, pois as habitações são mais baratas e por vezes o emprego é nessas freguesias.

Actualmente, com a terceirização acelerada da economia do nosso país, o meio rural já não retém os seus jovens, que preferem a cidade à aldeia e os empregos assalariados nos serviços à exploração de uma quinta ou a uma actividade artesanal independente. Contrariando esta tendência, alguns jovens pertencentes a zonas urbanas estão a

deslocar-se para estas zonas rurais, talvez e tal como já foi referido, para viverem mais economicamente e porque profissionalmente já estão estabilizados.

Face aos resultados obtidos, não havendo probabilidade de relação entre algumas variáveis, há em certas situações uma correlação alta, tal como no planeamento da gravidez/profissão e que vem de acordo com o que vem sendo dito, pois quando há uma estabilização profissional há logo tendência para planear a vinda dos filhos. O mesmo acontece na amamentação, havendo licença de maternidade a mulher pode amamentar os filhos porque está em casa e tem tempo para isso.

Pensamos que um dos factores que poderia influenciar a vivência da maternidade seria “onde deixa os filhos” quando vai trabalhar, pois nessas freguesias rurais não há creche, há sim em algumas delas jardins de infância (a partir dos 3 anos), o que poderia causar problemas, mas não se verifica isso pois as crianças ficam na sua maioria com os avós (60%). As freguesias com jardim de infância são as seguintes:

- ▲ São Sebastião da Giesteira;
- ▲ Torre dos Coelheiros;
- ▲ Nossa Senhora da Torega;
- ▲ São Vicente do Pigeiro;
- ▲ São Bento do Mato;
- ▲ Nossa Senhora de Machede;
- ▲ São Miguel de Machede;
- ▲ Graça do Divor.

Por outro lado verificámos que as expectativas que houve em relação à maternidade não estão relacionadas com a idade, nem com o planeamento da gravidez é uma variável independente das outras.

A gravidez, origina sempre alterações emocionais, também o parto as origina, no entanto é no contacto com o bebé que muitas mulheres sofrem desordens emocionais e que muitas vezes podem influenciar a vivência da maternidade. Neste estudo concluímos que o ambiente rural não influencia directamente a vivência da maternidade, esta é influenciada por factores físicos, sociais e psicológicos.

O meio rural actualmente não tem relação com a maternidade, se este estudo fosse retrospectivo talvez sim, pois as condições eram diferentes do que são actualmente, eram menos favoráveis. No entanto não havia planeamento de gravidez e havia muito mais filhos por casal e as pessoas viviam com mais dificuldades, o nível de vida era

diferente. Por outro lado em estudos posteriores, já será possível colocar hipóteses e talvez seja possível obter outros resultados.

Salientamos ainda que a gravidez é um estado natural desejado por muitas mulheres, que requer cuidados especiais não só ao longo dos nove meses de gestação, mas também no pós parto e amamentação. Contudo, isto pode ser comprovado ao longo deste trabalho e na análise dos resultados, pois uma conclusão retirada, é que a amamentação e o planeamento da gravidez estão relacionados com a profissão e por sua vez com a licença de maternidade, tal como já foi referido todas estas experiências criam grandes expectativas nas mulheres, principalmente nas que são mães pela primeira vez, por isso é necessário um período de adaptação ao novo ser. Esta adaptação está relacionada às fantasias que foram criadas ao longo da gravidez e que também pode estar relacionada com os valores culturais e crenças de cada uma delas.

No entanto apesar desta vivência ser influenciada por factores físicos, sociais e psicológicos, estes podem ser influenciados pelo meio em que se desenrola essa vivência, não directamente, contudo achamos importante dar a conhecer esta perspectiva, pois estas mulheres têm que ser observadas na sua dimensão global, estes são requisitos fundamentais para a prestação de bons cuidados de enfermagem. Também esta é a visão da ecologia, pois os seres vivos e o seu ambiente (biótico e abiótico) são inseparáveis e estão em permanente interdependência.

Finalizando, concluimos com o conceito de saúde para a OMS: “saúde é o pleno desenvolvimento das potencialidades físicas, intelectuais e morais do homem, tendo em conta – como principais factores – a carga genética e o equilíbrio permanentemente instável com o ambiente biofísico e a sociedade.” (Costa, 1995 : 11) Salientamos desta frase a relação do sistema Homem – Ambiente.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ↪ ABREU, Alexandre C. D. et all – O Desenvolvimento Urbano de Cidades Médias e a Articulação Territorial com o Mundo Rural - O Exemplo de Évora. Relatório de Execução Física (versão provisória). Évora. Universidade de Évora: 1998
- ↪ ALBARELLO, Luc et all – Prática e Métodos de Investigação em Ciências Sociais. Coleção Trajecto, Volume 39. Lisboa. Gradiva – Publicações, Lda: 1997
- ↪ BENNETT, Paul; MURPHY, Simon – Psicologia e Promoção da Saúde. 1ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores: 1999
- ↪ BARBAUT, Jacques – O Nascimento Através dos Tempos e dos Povos. Lisboa. Terramar: 1990
- ↪ CAMARA MUNICIPAL DE ÉVORA – A Cidade de Évora. Boletim de Cultura da Câmara Municipal. II Série nº2. Évora: 1996 – 1997
- ↪ CAMARA MUNICIPAL DE ÉVORA – PIDDEV. Évora: 1990
- ↪ CAMARA MUNICIPAL DE ÉVORA – PDM. Évora: 1980
- ↪ CANDEIAS, Amável J. C. – Concentração Populacional nos Centros Urbanos da Região Alentejo. Évora. Comissão de Coordenação da Região Alentejo: 1998
- ↪ CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro – Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem. Lisboa. Universidade Aberta: 1998
- ↪ CLAVAL, Paul; et all – L' Ecologie. Encyclopoche Larousse. Canada. Livrairie Larousse: 1977

- ↪ COSTA, Jorge – Guia Prático da Saúde. Lisboa. Terramar: 1995
- ↪ COLLIÈRE, Marie Françoise – Promover a Vida. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: 1989
- ↪ CUISIN, Michel – O que é a ecologia? 2ª Edição. Lisboa. Iniciativas Editoriais: 1971
- ↪ DÉOUX, Suzanne e Pierre – Ecologia é a Saúde. Colecção Medicina e Saúde. Instituto Piaget. Lisboa. Sociedade Industrial Gráfica, Lda. : 1996
- ↪ DIRECÇÃO REGIONAL DO AMBIENTE, ALENTEJO – Zonas de Interesse Ambiental do Alentejo. Colecção Percursos na Natureza. Évora: 1997
- ↪ DIRECÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DO ALENTEJO – Matriculas 2001 – 2002 / Agrupamentos. Évora. CAE Alentejo Central: 2002
- ↪ ELHART, Dorothy et all – Princípios Científicos da Enfermagem. Lisboa. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda: 1983
- ↪ FODDY, William – Como perguntar: Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários. Oeiras. Celta Editora: 1996
- ↪ FERREIRA, Joaquim Morais – Ecologia 10º ano. 2ª edição. Porto. Contraponto: 1984
- ↪ FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de investigação: da concepção à realização. Loures. Lusociência: 1999
- ↪ GEOIDEIA – ESTUDOS DE ORGANIZAÇÃO DO TERRITÓRIO, Lda. – Estudo de Caracterização Sócio-económica da Cidade de Évora. Évora. Câmara Municipal de Évora: 1995

- ↪ KITZINGER, Sheila – Mães – Um Estudo Antropológico da Maternidade. Lisboa. Editorial Presença: 1996
- ↪ KITZINGER, Sheila – A experiência do parto. Lisboa. Instituto Piaget: 1984
- ↪ IEFP – DELEGAÇÃO REGIONAL DO ALENTEJO – Caracterização da Procura de Emprego Registada na Região Alentejo em 1991 e 2001. Direcção de Serviços de Planeamento Operacional e Controlo de Gestão. Évora: 1991 e 2001
- ↪ INE – Censos 1991. Resultados Definitivos. Direcção Regional do Alentejo. Alentejo: 1991
- ↪ INE – Estatísticas Demográficas. Portugal: 1991
- ↪ INE – Os Municípios do Alentejo. Direcção Regional do Alentejo. Comissão de Coordenação da Região Alentejo. Évora: 1997
- ↪ INE – Estimativas de População Residente. Série Estimativas Provisórias nº29. Portugal: 1998
- ↪ INE – Tipologia de Áreas Urbanas. Lisboa: 1998
- ↪ INE – Fichas de Caracterização Concelhia. Direcção Regional do Alentejo. Évora: 1999
- ↪ INE – Anuário Estatístico da Região do Alentejo – 2000. Estatísticas Gerais. Direcção Regional do Alentejo. Évora: 2001
- ↪ INE – Estimativas da População Residente- 1999. População e Condições Sociais. Portugal: 2001
- ↪ INE – Censos 2001. Resultados Provisórios. Portugal: 2001
- ↪ INE – Censos 2001. Resultados definitivos. Portugal: 2002

- ↪ INE – Estimativas Demográficas – 2000. População e Condições Sociais. Portugal: 2002
- ↪ GASPAR, Jorge – As Regiões Portuguesas. Lisboa. Edição do Ministério do Planeamento e da Administração do Território. Secretaria de Estado do Planeamento e Desenvolvimento Regional: 1993
- ↪ GIL, António Carlos – Como elaborar projectos de pesquisa. 2ª edição. São Paulo. Editora Atlas: 1989
- ↪ GIL, G. Piédrola et all – Medicina Preventiva y Salud Publica. 9ª Edición. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas, S.ª: 1992
- ↪ GUERREIRO, M. Gomes – O Homem Perante Si e o Ambiente. Loulé. Câmara Municipal de Loulé: 1988
- ↪ HOSPITAL DO ESPIRITO SANTO – ÉVORA – Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espirito Santo de Évora: Actas. Évora. Artes Gráficas: 1996
- ↪ MARCONI, M.ª; LAKATOS, E. M. – Técnicas de Pesquisa. São Paulo. Editora Atlas: 1986
- ↪ MELA, Alfredo; BELLONI, Maria Carmen; DAVICO, Luca – A Sociologia do Ambiente. Temas de Sociologia. Lisboa. Editorial Estampa: 2001
- ↪ MELO e CASTRO, Sónia – As Grandes Conferências das Nações Unidas: Nova Abordagem ao Desenvolvimento (do Cairo a Beijing). Ministério dos Negócios Estrangeiros. Instituto da Cooperação Portuguesa. Lisboa: 1995
- ↪ MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – A Saúde da Mulher em Portugal. Lisboa. Sociedade Tipográfica, S.ª: 1999
- ↪ MINISTÉRIO DA SAÚDE – Saúde: Um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século 1998 – 2002. Lisboa. Europress Editora: 1999

- ↗ MONNIER, Jacques et all – Santé Publique: Santé de la Communauté. France. Simep: 1980

- ↗ NACIONES UNIDAS – Cuarta Conferencia Mundial Sobre La Mujer. Español. Beijing, China: 1995

- ↗ NAZARETH, J. Manuel – Introdução à Demografia – Teoria e Prática. 2ª Edição. Coleção Fundamentos. Lisboa. Editorial Presença: 2000

- ↗ ODUM, Eugene P. – Fundamentos de Ecologia. 3ª edição. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian: 1971

- ↗ ODUM, Eugene P. – Fundamentos de Ecologia. 4ª Edição. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian: 1988

- ↗ PESTANA, Mª Helena; GAGEIRO, João Nunes – Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS. 2ª edição. Lisboa. Edições Sílabo: 2000

- ↗ PESTANA, Mª Teresa – Formação das enfermeiras e a educação para a saúde, no contexto multicultural – Revista Portuguesa de Enfermagem. 1 : 1, (1996) 183 - 297

- ↗ PITÉ, Maria Teresa; AVELAR, Teresa – Ecologia das Populações e das Comunidades: Uma Abordagem Evolutiva do estudo da Biodiversidade. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian: 1996

- ↗ POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. – Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª edição. Porto Alegre. Artes Médicas: 1995

- ↗ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. I Série – Nº 50, Decreto-lei nº 27 / 80 Diário da Republica de 29 de Fevereiro, pág. 263

- ↗ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. I Serie-A Nº134, Lei nº 17 / 95 Diário Da República de 9 de Junho, pág. 3754 à 3756

- ↪ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. I Serie-A Nº 98, Lei nº 18 /98 Diário da República de 28 de Abril, pág. 1888

- ↪ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. I Serie-A Nº 203, Lei nº 142 / 99 Diário da República de 31 de Agosto, pág. 5996 à 6005

- ↪ QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – Manual de investigação em ciências sociais. Colecção trajectos. 17º volume Lisboa. Gradiva: 1992

- ↪ RAPPORT SUR LA SANTÉ DANS DE MONDE, 1998 – La Vie Au 21e Siècle: Une Perspective Pour Tous Organisation Mondial de la Santé. Genève. Suisse: 1998

- ↪ REEDER, Sharon J.; MARTIN, Leonide L.; KONIAK, Deborah – Enfermeria Materno – Infantil. 17ª Edição. México. Editorial Interamericana: 1992

- ↪ ROLDÁN, José Luis Garcia – Como elaborar um projecto de investigação. Alicante. Universidade de Alicante: 1995

- ↪ SAMPAIO DE OLIVEIRA, Leocádia Maria – Turismo e Ambiente no Concelho de Évora – Uma Perspectiva Ecológica. Mestrado em Ecologia Humana. Évora. Universidade de Évora: 1994

- ↪ SIMPLÍCIO, Maria Domingas V. M. – Evolução e Morfologia do Espaço Urbano de Évora. Évora. Universidade de Évora: 1997

- ↪ SIMONE DE BEAUVOIR – Los métodos de educación maternal: una revisión histórica. Rol de enfermeria. Barcelona. XVI: 173 (Janeiro de 1993) Pág. 41 – 44

- ↪ SPIEGEL, Murray R. – Estatística. 3ª edição. São Paulo. Makron Books: 1993

- ↪ WITT, Aracy – Pesquisa de Enfermagem. Lisboa. Associação Católica de Enfermagem e Profissionais de Saúde: 1981

ANEXOS

ANEXO I – Convite á participação no estudo

**CONVITE Á PARTICIPAÇÃO EM TRABALHO DE PESQUISA SOBRE
“INFLUÊNCIA DOS FACTORES AMBIENTAIS NA MATERNIDADE NO
CONCELHO DE ÉVORA – O CASO PARTICULAR DO MEIO RURAL”**

Maria Otilia Brites Zangão, enfermeira parteira, presentemente encontra-se a frequentar o Mestrado em Ecologia Humana.

Para finalizar o mestrado tem que realizar um trabalho – Uma Dissertação (trabalho de investigação).

Gostaria portanto, de a convidar a participar neste estudo, aceitando responder ao meu questionário.

No caso de aceitar participar no estudo, gostaria de a informar que, os dados colhidos são absolutamente confidenciais, no relatório do estudo não será mencionado quaisquer dados que permitam a sua identificação.

Agradeço antecipadamente a sua colaboração, pois de outro modo, seria impossível realizar o meu trabalho.

Agradeço que me seja devolvido o questionário preenchido, no envelope que envio juntamente o mais rápido possível, pois tenho que terminar o trabalho até aos meados de Abril.

Muito Obrigado.

Évora, Janeiro de 2003

ANEXO II – Questionário – Instrumento de colheita de dados

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os dados obtidos serão tratados de forma a ser assegurada a confidencialidade

GRUPO I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1 - IDADE - _____

2 - LOCAL DE RESIDÊNCIA - _____

2.1 - Própria

2.2 - Alugada

2.3 - Emprestada

3 - HÁ QUANTO TEMPO AI VIVE ? _____

4 - ESTADO CIVIL

4.1 - Solteiro

4.2 - União de facto

4.3 - Casada

4.3.1 - 1º casamento

4.3.2 - 2º casamento

4.4 - Divorciada

4.5 - Viuva

5 - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

5.1 - Não sabe ler e/ou escrever

5.2 - 1º ciclo do ensino básico

5.3 - 2º ciclo do ensino básico

5.4 - 3º ciclo do ensino básico

5.5 - Ensino secundário

5.6 - Ensino Superior

5.7 – Outro Qual? _____

6 – RELIGIÃO - _____

7 – OCUPAÇÃO / PROFISSÃO - _____

8 – LOCAL DE TRABALHO

8.1 – Na freguesia

8.2 – No concelho

8.3 – Outro Onde? _____

GRUPO II – CARACTERIZAÇÃO DA HISTÓRIA OBSTÉTRICA

1 – NUMERO DE FILHOS - _____

1.1 – NUMERO DE ABORTOS - _____

2 – TIPO DE PARTO - _____

3 – COMPLICAÇÕES - _____

4 – EM QUE LOCAL OCORREU

4.1 – Hospital

4.2 – Casa

4.3 – Outro Onde? _____

5 – OS SEUS FILHOS VIVEM TODOS CONSIGO

5.1 – Sim

5.2 – Não Porquê? _____

6 – A GRAVIDEZ ACTUAL FOI:

6.1 – Planeada

6.2 – Não planeada Foi aceite? _____

7 – ESTA GRAVIDEZ FOI:

7.3 – Viglada

7.1.1 – Numero de consultas - _____

7.4 – Não viglada

GRUPO III – FACTORES QUE INTERFEREM NA MATERNIDADE

1 – ONDE IA ÀS CONSULTAS

1.1 – Centro de saúde

1.2 - Médico privado

1.3 – Consulta externa do HESE

2 – QUE TIPO DE TRANSPORTE UTILIZOU PARA IR ÀS CONSULTAS

2.1 – Particular (próprio)

2.2 – Autocarro

2.3 – Taxi

2.4 – Outro Qual ? _____

3 – QUEM A ACOMPANHOU NAS CONSULTAS

3.1 – Marido / Companheiro

3.2 – Mãe

3.3 – Amiga

3.4 – Outro Quem ? _____

4 – COMO CONSIDERA O ATENDIMENTO NAS CONSULTAS

4.1 – Demorado

4.2 – Adequado

4.3 – Rápido

5 – E NO HOSPITAL – MATERNIDADE

5.1 – Mau

5.2 – Razoável

5.3 – Bom

5.4 – Muito bom

6- QUAIS AS EXPECTATIVAS QUE TEM PARA O PARTO

6.1 - Medo

6.2 - Insegurança

6.3 – Confiança

Porquê ? _____

7 – QUAIS AS EXPECTATIVAS QUE TEM EM RELAÇÃO À MATERNIDADE ?

8 – QUAIS AS AJUDAS QUE VAI TER OU QUE PRETENDE, NOS PRIMEIROS “TEMPOS” APÓS A ALTA DO HOSPITAL ?

9 – QUANDO VAI TRABALHAR ONDE DEIXA OS SEUS FILHOS

9.1 – Avós

9.2 – Ama

9.3 – Jardim de infância / creche

9.4 – Outro _____

10 – LICENÇA DE MATERNIDADE

10.1 – Já teve dos outros filhos

10.1.1 – Sim

10.1.2 – Não Porquê ? _____

10.2 – Vai ter agora

10.2.1 – Sim

10.2.2 – Não Porquê ? _____

11 – AMAMENTOU OS OUTROS FILHOS:

11.1 – Sim

11.2 – Não

Porquê ? _____

12 – VAI AMAMENTAR ESTE FILHO:

12.1 – Sim

12.2 – Não

Porquê ? _____

Muito obrigado pela sua participação.

ANEXO III – Pedido de autorização ao HESE

A. Suf. Director

03.01.30

ADMINISTRADOR DELEGADO



Francisco Martins Guerreiro

1. Solicita-se que a Repreentante anexe exemplar do questionário a usar.

2. Posteriormente, pediu informação à Suf. Chefe e Director de Serviço O ENFERMEIRO DIRECTOR

Ex.mo. Sr. Presidente do Conselho de 31-01-03

Administração do Hospital do Espírito (Manuel Martinho da Conceição Carolino)

Santo de Évora

Maria Otilia Brites Zangão, enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, a exercer funções no serviço de obstetria, a realizar o seu trabalho de dissertação do Mestrado em Ecologia Humana da Universidade de Évora, vem solicitar a V. Ex.a autorização para aplicar o seu instrumento de pesquisa (questionário), previsto no desenvolvimento da dissertação, sob o tema "Influências dos Factores Ambientais na Maternidade no Concelho de Évora - O Caso Particular do Meio Rural".

Os objectivos do estudo são:

- ↳ Analisar o tipo de interações existentes entre os factores ambientais e a maternidade;
- ↳ Identificar a influência do meio rural (práticas existentes) na maternidade;
- ↳ Compreender qual o significado da maternidade para algumas mulheres pertencentes ao meio rural.

O local onde será aplicado o instrumento de colheita de dados será no Serviço de Obstetria. A colheita de dados será feita no mês de Fevereiro.

Agradecendo antecipadamente a atenção dispensada.

Face às várias informações acima expostas que parece não existir inconvenientes. O CS decidiu!

Manuel Martinho da Conceição Carolino 6.02.03

Acta n.º 29 em 06/03/03

ponto n.º O Conselho de Administração do HES-Évora

José Eduardo Correia Director

Francisco Guerreiro Administrador Delegado

Pede deferimento Antonio Santos de Sousa Director Clinico

Manuel Carolino Enfermeiro Director

Évora, 27 de Janeiro de 2003

Maria Otilia Brites Zangão

H. D. ÉVORA	
RECEBIDO	EA 28.01.03
	N.º 297
RESPONDIDO	EA
	N.º