

Ana Matilde Macedo Azevedo Costa

Factores
que levam a Mulher
a Interromper Voluntariamente a Gravidez:
um estudo no
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.

Universidade Fernando Pessoa – Escola Superior de Saúde

Porto, 2009

Ana Matilde Macedo Azevedo Costa

Factores

que levam a Mulher

a Interromper Voluntariamente a Gravidez:

um estudo no

Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.


Universidade Fernando Pessoa – Escola Superior de Saúde

Porto, 2009

Factores que levam a Mulher a Interromper Voluntariamente a Gravidez:

um estudo no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.

Ana Matilde Macedo Azevedo Costa, nº15574



“Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciada em Enfermagem.”

Porto, 2009

Sumário

A monografia apresentada, surgiu devido ao elevado interesse da autora pela área em questão. O aborto é um problema milenar, há referências dele na Bíblia, mas a despenalização em Portugal é recente, por isso este é um tema tão actual e pertinente de ser estudado.

Após escolhido o tema desenvolveu-se todas as etapas relativas ao processo de investigação. Como tal, efectuou-se a pesquisa bibliográfica, a escolha da metodologia a implementar, feita a colheita de informações necessárias, neste caso através de um questionário e finalmente uma análise e discussão dos resultados obtidos, etapas estas fulcrais no desenvolvimento íntegro deste trabalho.

Assim, o objectivo do presente estudo foi identificar os factores que levam a mulher a interromper voluntariamente a gravidez no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E. (C.H.P.V.V.C.). A identificação dos factores que levam a mulher a interromper voluntariamente a gravidez, é um excelente meio para melhorar os cuidados de saúde nesta área pois, ao desenvolver-se esta matéria, poderemos actuar na prevenção das gravidezes indesejadas. A prevenção cabe essencialmente aos enfermeiros, desenvolvendo o tema nas consultas de Planeamento Familiar (P.F.) e na Saúde Escolar, através de Educações para a Saúde na área da Sexualidade.

A metodologia utilizada no estudo foi de índole quantitativa, mediante a aplicação de um questionário elaborado pela autora.

O estudo é do tipo descritivo, para uma amostra de vinte e cinco mulheres que recorreram à consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez (I.V.G.) (autorização do C.H.P.V.V.C. em Anexo II).

Considerando a amostra em questão, a maioria das mulheres são solteiras, sem filhos, a frequentar ou já com o 12º ano de escolaridade, vivem em meio rural e encontram-se na faixa etária dos 26-30 anos.

Relativamente às causas que as levaram a interromper a gravidez, a maioria delas respondeu que não queria esta gravidez e a totalidade referiu que não tinha abortado anteriormente. Quando questionadas sobre se pudessem decidir de novo, tomariam a mesma decisão, 88% optou pelo sim.

É de salientar que a totalidade das mulheres mencionou que recebeu toda a informação sobre a I.V.G. através do médico e foram encaminhadas para consultas de P.F.. Importante também é o facto de a maioria tomava a pílula quando engravidou, mas que se esqueceu de tomar.

Este trabalho, para além da investigação que pretende dar resposta a uma solicitação académica, cooperou para um crescimento pessoal e profissional significativo.

“Ninguém sabe tudo, assim como ninguém ignora tudo. O saber começa com a consciência do saber pouco. É sabendo que se sabe pouco que uma pessoa se prepara para saber mais... O homem, como um ser histórico, inserido num permanente movimento de procura, faz e refaz constantemente o seu saber.”

Paulo Freire 1921 – 1997

Dedicatória

Aos meus pais,

... por tudo que me ensinaram a ser, por me terem dado a mão nos momentos mais difíceis, por todo o amor com que me educaram, em especial nesta caminhada final e pelo esforço e coragem que tiveram para nunca desistir de esperar por mim. Sem vocês nada disto seria possível!

À minha irmã,

... por todas as conversas e brincadeiras, confidências e apoio, por tantas vezes ouvir respostas tortas e levar com o meu mau humor. Orgulho-me de ser tua irmã!

Ao meu namorado,

... por me ter feito sentir tão especial em tantos momentos e ter estado ao meu lado quando me sentia sozinha mas, essencialmente, pelas palavras de incentivo que me ajudaram a continuar. És um dos pilares!

À minha família, em especial à minha avó Matilde,

... pela corajosa mulher que é e por me ter ajudado em tantas etapas. És uma força da natureza!

Agradecimentos

Este trabalho é o culminar de uma caminhada iniciada há 4 anos, a qual foi enriquecida e amparada por várias pessoas que cruzaram o meu caminho e ajudaram a construir a pessoa que hoje sou. Assim, não posso deixar de agradecer:

- À enfermeira Lucília Sousa, orientadora deste estudo, pela sua disponibilidade, pelas suas orientações, através dos conhecimentos/esclarecimentos dados no decorrer do estudo, os quais foram indispensáveis para a sua realização;
- À minha tia Irene, que desde sempre me apoiou e ajudou em tudo, mostrando-me o quão maravilhosa é esta profissão;
- A todos os profissionais da instituição, em especial à Dra. Helena Oliveira, pela disponibilidade demonstrada e pela valiosa cooperação;
- A todas as inquiridas que colaboraram e assim permitiram a realização deste estudo;
- Aos meus grandes amigos por todo o apoio e compreensão dispensada.

Agradeço também a todas as pessoas não referidas e que de algum modo colaboraram, mesmo que de forma indirecta, para que a realização deste trabalho fosse possível.

A todos um muito Obrigado!

Abreviaturas, Siglas e Sinais Convencionais

A.P.F. – Associação para o Planeamento Familiar

A.V.A. – Associação de Vítimas do Aborto

C.H.P.V.V.C. – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.

I.V.G. – Interrupção Voluntária da Gravidez

N – Número total de indivíduos

P.F. – Planeamento Familiar

E.S. – Educação Sexual

D.S.T.'s – Doenças Sexualmente Transmissíveis

Índice

INTRODUÇÃO	15
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. SEXUALIDADE	17
1.2. PLANEAMENTO FAMILIAR	18
1.2.1. <i>Objectivos do Planeamento Familiar</i>	18
1.3. EDUCAÇÃO SEXUAL	19
1.4. ÉTICA NO CONTROLO DA REPRODUÇÃO	20
1.5. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	21
1.5.1. <i>Métodos Contraceptivos Reversíveis</i>	21
1.5.2. <i>Métodos Contraceptivos Irreversíveis</i>	27
1.6. GRAVIDEZ	28
1.6.1. <i>Desenvolvimento Embrionário</i>	28
1.7. ABORTO	29
1.7.1. <i>Tipos de aborto</i>	29
1.7.2. <i>Legislação Portuguesa sobre a I.V.G.</i>	30
1.7.3. <i>Complicações da I.V.G.</i>	31
1.7.4. <i>Causas da I.V.G.</i>	33
1.7.5. <i>Tipos de I.V.G.</i>	35
1.7.6. <i>Contracepção após a I.V.G.</i>	42
1.8. PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	43
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	46
2.1. TEMA DE INVESTIGAÇÃO	46
2.2. JUSTIFICAÇÃO DO TEMA	46
2.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	47
2.4. OBJECTIVO DE ESTUDO	47
2.5. VARIÁVEIS	47
2.5.1. <i>Variável Dependente</i>	47
2.5.2. <i>Variável Independente</i>	47
2.6. TIPO DE ESTUDO.....	48

2.7.	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	48
2.8.	AMOSTRA EM ESTUDO.....	49
2.9.1.	<i>Pré-teste</i>	50
2.9.2.	<i>Colheita de Dados</i>	50
2.9.3.	<i>Tratamento de Dados</i>	50
2.10.	QUESTÕES ÉTICAS DA INVESTIGAÇÃO.....	51
III.	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
3.1.	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	52
3.1.1.	<i>Caracterização da Amostra</i>	52
3.1.2.	<i>Informações sobre a I.V.G.</i>	59
3.1.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	66
IV.	CONCLUSÃO	69
	BIBLIOGRAFIA.....	72
	ANEXOS	76

ANEXO I: INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS (QUESTIONÁRIO)

ANEXO II: AUTORIZAÇÃO DO C.H.P.V.V.C. PARA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Idade.....	52
Gráfico 2: Escolaridade	53
Gráfico 3: Profissão.....	54
Gráfico 4: Situação Actual	54
Gráfico 5: Estado Civil.....	56
Gráfico 6: Rendimento Familiar.....	55
Gráfico 7: Local de Residência	57
Gráfico 8: Idade com que iniciou a Actividade Sexual.....	58
Gráfico 9: Já esteve Grávida anteriormente?	58
Gráfico 10: Quantas vezes esteve Grávida.....	59
Gráfico 11: Usava algum Método Contraceptivo quando engravidou?	60
Gráfico 12:Método Contraceptivo utilizado quando engravidou.....	60
Gráfico 13: Porque não resultou o Método Contraceptivo utilizado.....	61
Gráfico 14: Porque decidiu interromper voluntariamente a Gravidez	61
Gráfico 15: Foram-lhe equacionadas outras alternativas?	62
Gráfico 16: Quem explicou as causas/consequências da I.V.G. à mulher	63
Gráfico 17: Sentiu necessidade de apoio após a decisão?	63
Gráfico 18: Quem deu apoio?	64
Gráfico 19: Se pudesse decidir de novo, tomaria a mesma decisão?	65
Gráfico 20: Porque tomaria a decisão?.....	66

Índice de Tabelas

Tabela 1: Composição do Agregado Familiar.....	56
Tabela 2: Métodos Contraceptivos já utilizados	58

Introdução

A profissão de Enfermagem exige a todos os seus intervenientes uma constante actualização, devido à frequente alteração científica, moral e profissional que se verifica no ser humano, enquanto ser em constante interacção com o meio ambiente. Assim, a investigação científica desperta como estratégia de aprendizagem, que permitirá aos estudantes e profissionais de enfermagem manterem-se actualizados, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente, família e comunidade.

Depois de percorrer 4 anos na licenciatura de enfermagem, surge ao abrigo do artigo 29 do regulamento pedagógico da Universidade Fernando Pessoa, a necessidade de realizar um trabalho de investigação para a conclusão definitiva da mesma. Para concretização desse objectivo seleccionou-se como tema desta investigação: “Factores que levam a Mulher a Interromper Voluntariamente a Gravidez”.

A Declaração das Nações Unidas, que estabelece os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, considera a promoção da saúde sexual e reprodutiva como uma componente essencial para o progresso e o desenvolvimento das populações, a nível mundial. A redução da taxa de mortalidade materna constitui um dos objectivos centrais, tendo sido fixada como meta, a diminuição da mesma em $\frac{3}{4}$, até 2015.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 13% das mortes maternas conhecidas, em todo o mundo, foram atribuídas a complicações pós-aborto inseguro. Em Portugal na última década, para cerca de uma dezena de mortes maternas/ano, uma, em média, foi devida àquela causa. No entanto, nos países onde as mulheres têm possibilidade de recorrer a serviços de saúde para a interrupção da gravidez, a morte materna por esse tipo de complicações é extremamente rara.

A Lei 16/2007 da Assembleia da República veio criar condições para o desenvolvimento, nos serviços públicos de saúde, de um modelo de prestação de cuidados com níveis de qualidade, eficiência e eficácia, que garantam e respeitem a dignidade e os direitos da mulher, com reconhecimento da sua capacidade de escolha e decisão, e inseridos num contexto mais

abrangente que contemple a perspectiva duma vida sexual e reprodutiva saudáveis. Assim como, veio colocar novos desafios aos serviços de saúde e aos seus profissionais, face à necessidade de assegurar, a todas as mulheres com situações legalmente elegíveis, o acesso a uma interrupção da gravidez em segurança.

A remoção de barreiras desnecessárias à prestação deste tipo de cuidados pode resultar em consideráveis ganhos em saúde pública e evitar os custos, frequentemente elevados, do tratamento das complicações do aborto clandestino.

A correcta preparação dos profissionais de saúde, apoiada em orientações técnicas internacionalmente reconhecidas, assim como a disponibilidade de equipamento e outros meios adequados, são também requisitos indispensáveis para a salvaguarda da saúde das mulheres.

O objectivo do presente estudo foi identificar os factores que levam a mulher a interromper voluntariamente a gravidez no C.H.P.V.V.C.. A metodologia utilizada no estudo foi de índole quantitativa, mediante a aplicação de um questionário elaborado pela autora. O estudo é do tipo descritivo, para uma amostra de vinte e cinco mulheres que recorreram à consulta de I.V.G., durante o mês de Maio de 2009.

Assim, e de forma a responder a minha questão de partida, o presente estudo encontra-se dividido em três partes distintas. Na primeira faço um enquadramento teórico sobre os vários temas relacionados com a temática da I.V.G., na segunda, no enquadramento metodológico, apresento entre outras coisas, o tipo de estudo, as variáveis e os princípios éticos pelos quais me guiei, por fim, numa terceira parte, apresento os resultados que consegui com a aplicação do questionário, assim como a discussão destes.

I. Enquadramento Teórico

1.1. Sexualidade

Nunes (1997) estabelece cinco etapas de compreensão da sexualidade que se encontram relacionadas com o mundo ocidental. A primeira será a compreensão semidivinizada das sociedades agrárias, onde o sexo era encarado como um elemento sagrado, ou seja, um culto à fertilidade. A segunda etapa identificada inicia-se com o advento das civilizações urbanas do mundo antigo. O sexo passa a ser mais racionalizado, distinguindo-se o sexo da reprodução, sendo possível introduzir a noção de prazer. A terceira etapa denominada “civilização cristã” onde o corpo é sinónimo de maldade demoníaca e a repressão do sexo constitui o ideal da vida cristã. A quarta etapa encontra-se relacionada com a transformação do mundo medieval e o advento da sociedade capitalista, onde a nova sociedade necessitava de energia sexual para o trabalho, sendo a repressão da sexualidade muito forte. A última etapa acontece com a perda da hegemonia europeia, onde uma só transformação completa das relações humanas, a começar pelas relações de produção exploradoras e alienantes, fará transformar a dimensão actual da sexualidade humana.

Em termos gerais, a sexualidade engloba as atitudes, as emoções e os comportamentos que estão relacionados não só com a capacidade de procriar, mas também com os padrões sociais e pessoais que estão associados às relações físicas íntimas (Sprinthall e Collins, 2003).

De acordo com López e Fuertes (*cit. In* Fonseca e tal, 2003) “a sexualidade possui uma base biológica centrada no corpo sexuado, no erotismo, no desejo e na atracção sexual”.

A OMS definiu o conceito de sexualidade como uma

“(...) energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade: que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocámos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.” (cit. in Frede e tal, 1996, p. 17)

A sexualidade foi considerada uma componente positiva da vida e do desenvolvimento pessoal do indivíduo. Contribuindo com as suas expressões, para um bem-estar pessoal e relacional. Foi progressivamente abordada pelos *mass media*, tornando-se num campo de análise científica. Recentemente, tornou-se não só num tema de exigência social e de debate ideológico, mas também num objecto das políticas governamentais da saúde, da educação e da juventude (Frede e tal, 1996).

1.2. Planeamento Familiar

O Planeamento Familiar (P.F.) é um conjunto de cuidados de saúde que têm como objectivo ajudar as mulheres e os homens a planearem o nascimento dos seus filhos, a viverem a sua sexualidade de um modo gratificante, sem recearem uma gravidez indesejada. Para além disto, o P.F. ajuda os casais que têm problemas de infertilidade, promove a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (D.S.T.'s) e auxilia no diagnóstico precoce de certas formas de cancro, nomeadamente da mama e do útero.

É suposto que os casais quando têm relações sexuais se possam sentir seguros, que as possam ter pelo prazer de estar com o parceiro e que, se assim quiserem possam vir a ter, ou não, filhos na quantidade e na altura que quiserem. Para isso surge aquilo a que se chama P.F., isto é, um meio de assegurar que as pessoas possam ter acesso à informação, métodos de contracepção eficazes e seguros, serviços de saúde adequados que permitam a vivência da sexualidade segura e saudável bem como o planeamento duma gravidez e parto nas condições mais adequadas.

1.2.1. Objectivos do Planeamento Familiar

- Promover uma sexualidade segura e saudável;
- Informar e aconselhar sobre a saúde sexual e reprodutiva;
- Reduzir a incidência das infecções de transmissão sexual e as respectivas consequências, nomeadamente a infertilidade;
- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil;
- Permitir que o casal decida quantos filhos quer, se os quer e quando os quer, ou seja, que tenha a oportunidade de planear a sua família;

- Preparar e promover uma maternidade e paternidade responsáveis;
- Melhorar a saúde e o bem estar da família e daquela pessoa em particular.

1.3. Educação Sexual

“A sexualidade, com todos os seus riscos e aspectos positivos, tem de ser discutida na escola” (Jorge Torgal *cit. in* Rosa, 2005, p. 30).

O programa de educação sexual (E.S.) abrange o conceito global de sexualidade estando incluído nesta a identidade sexual, o corpo, as expressões da sexualidade, os afectos, a reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva sendo o seu grande objectivo a contribuição para uma vivência mais informada, mais gratificante, mais autónoma e logo mais responsável da sexualidade (Frede et al., 1996).

De acordo com Cordeiro (*cit. in* Sá e tal, 2003) existe o mito que a informação sobre o sexo e a reprodução promove a promiscuidade e o início precoce da actividade sexual. O autor defende que a E.S. contribui para um nível elevado de abstinência, um início mais tardio da actividade sexual, um menor número de parceiros sexuais e um maior uso de métodos contraceptivos.

No actual contexto social e legal em que se enquadra a E.S. dos adolescentes, cabe também aos técnicos de saúde, especialmente aos enfermeiros, um papel importante nesta área. Estes, no âmbito das suas competências na área da educação para a saúde, deverão intervir como agentes de informação e formação.

Independentemente do sentimento dos adultos em relação ao tema da sexualidade, esta encontra-se presente na sociedade, tanto de uma forma saudável, como de uma maneira prejudicial (Sprinthall e Collins, 2003).

Relativamente à E.S., Masters e Johson (*cit. in* Sprinthall, 1993) referem a existência da necessidade em criar programas educativos eficazes de modo a diminuir os sentimentos de incompetência e a eliminar algumas crenças populares erradas sobre a sexualidade.

1.4. Ética no Controlo da Reprodução

Moreno (2004, p. 229) considera que se estabeleceu uma “(...) regra biológica que determina que quanto mais atrasada a civilização, maior o número de filhos”. Este facto parece ser uma consequência da falta de conhecimentos e informação, aliado ao factor económico, social e, comumente, ao religioso.

Este autor também enuncia outra condição universal: em conjunto com o maior número de filhos, regista-se uma elevada taxa de doença e mortes nas crianças.

Há por isso um esforço por parte dos vários Governos dos países afectados, em promulgarem leis com o objectivo de dar resolução a estes problemas. É assim que surge nos países mais desenvolvidos a criação do P.F..

Na perspectiva de Moreno (2004), são vários os motivos que levam os casais a limitar o número de filhos, entre os quais a situação económica, profissional, e até a questão da violência da sociedade moderna, leva os pais a questionar se querem trazer ao Mundo uma criança nos dias de hoje.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (D.G.S.) (2001), de acordo com uma pesquisa feita na União Europeia no ano de 2001, o índice de fecundidade em Portugal era de 1,5 descendentes por mulher.

De acordo com Moreno (2004) parece existir uma mentalidade social comum, que inconscientemente tem noção da sobrepopulação e da necessidade de controlar a densidade populacional, controlo esse feito anteriormente pela guerra e epidemias. Isto, segundo o autor, acarreta consequências como a desertificação dos meios rurais, a afluência aos centros urbanos e aumento da percentagem de idosos. Estas consequências, na perspectiva de Alves (2002), parecem não ser tão relevantes se considerarmos que o P.F. tem reduzido o número de gravidezes não desejadas e o recurso ao aborto.

1.5. Métodos Contraceptivos

Os contraceptivos são métodos existentes, que ao serem utilizados evitam uma gravidez. Existem vários métodos contraceptivos, mas não há nenhum que seja bom para todas as mulheres ou homens, de todas as idades e em todas as situações. Cada mulher e cada homem deve decidir, juntamente com o seu médico, qual o método contraceptivo mais adequado ao seu caso, à sua idade e ao seu estado de saúde, nas diferentes fases da sua vida fértil. É necessário saber que, qualquer que seja o método escolhido, só resultará se for utilizado correctamente.

Existem dois tipos de métodos, os reversíveis e os irreversíveis.

1.5.1. Métodos Contraceptivos Reversíveis

Um método diz-se reversível quando a mulher recupera a fertilidade ao deixar de o usar. E são eles:

1.5.1.1. Pílula

É o método contraceptivo mais eficaz para prevenir uma gravidez dentro dos métodos reversíveis.

A pílula actua através da inibição da ovulação e, por isso, uma pessoa que a utilize não tem período fértil.

A sua eficácia é de menos de 0.5 gravidezes por cada 100 mulheres que a utilizam anualmente. O uso correcto da pílula é a garantia desta eficácia.

1.5.1.2. Preservativo

É um método contraceptivo muito eficaz se for usado de forma correcta e regular. É constituído por látex, material bastante resistente e flexível.

É fácil de adquirir, fácil de utilizar, não é necessário receita médica, não apresenta efeitos secundários, e previne com eficácia não só uma gravidez, mas também as infecções que se transmitem por via sexual, aliás, é o único método que as previne.

Actua como uma barreira física que impede o contacto com os fluidos sexuais. Para que a sua eficácia seja garantida, deve ser utilizado de acordo com as instruções que o acompanham.

Existem também preservativos constituídos por poliuretano, material aconselhado para quem faz alergia ao látex.

Os preservativos podem ser masculinos e femininos.

1.5.1.3.Implante Subcutâneo

O implante é um bastonete que contém progesterona e é inserido debaixo da pele do braço. Deve ser colocado por um técnico de saúde habilitado para o fazer. É dada uma anestesia local na zona do braço para a inserção. É rápido e quase indolor.

Actua inibindo a ovulação e aumenta a viscosidade do muco cervical dificultando a permeabilidade dos espermatozóides. Tem uma eficácia contraceptiva muito elevada e uma duração de três anos, ainda que possa ser retirado no momento em que a mulher o decida.

É importante que a mulher saiba que quando utiliza este método as “menstruações” podem sofrer alterações, tornando-se (regra geral) mais escassas ou mesmo deixar de as ter (amenorreia).

O implante deve ser colocado até ao 5º dia do ciclo menstrual e é eficaz a partir das 8 horas após a sua inserção.

1.5.1.4. Injectável

A injeção é constituída por uma única hormona: o progestagénio. Tal como a pílula progestagénica, inibe a ovulação e causa o espessamento do muco cervical, o que dificulta a mobilidade dos espermatozóides. É uma injeção intramuscular que deve ser dada nos glúteos ou no deltóide, de 12 em 12 semanas.

Contrariamente aos outros métodos, não é possível interromper a sua actuação depois de administrado, mas tem a vantagem de não ser de toma diária, semanal ou mensal o que evita os esquecimentos no seu uso. A sua eficácia é de 12 semanas, findas as quais, deve ser administrada nova injeção caso queira manter o efeito contraceptivo.

O injectável é muito eficaz e se for aplicado num dos três primeiros dias da menstruação a mulher fica desde logo protegida duma gravidez.

1.5.1.5. Adesivo Contraceptivo

É um método contraceptivo em forma de adesivo: fino, confortável e fácil de aplicar. Este adesivo liberta uma dose diária de hormonas – estrogénio e progestagénio – para a corrente sanguínea, que inibem a ovulação.

É colocado um adesivo por semana, durante três semanas consecutivas, seguidas de uma semana de intervalo. O 1º adesivo é aplicado no 1º dia da menstruação, retirado sete dias depois e substituído por outro (o 2º adesivo) que permanecerá durante sete dias, altura em que se coloca o 3º. Segue-se uma semana sem este, durante a qual pode aparecer a hemorragia de privação. Após um período de sete dias de pausa, um novo adesivo deve ser colocado, iniciando um novo ciclo

1.5.1.6. Anel Vaginal

É um contraceptivo em forma de anel, flexível, que é introduzido na vagina. Tem uma forma de actuar semelhante à da pílula, e contém dois componentes activos (um progestagénio e um estrogénio), que inibem a ovulação, pelo que se chama anovulatório.

É um método contraceptivo cómodo e de fácil colocação, e a sua eficácia é de quatro semanas: três de colocação e uma semana em que é retirado. É eficaz desde o 1º dia (quando colocado no 1º dia da menstruação) e deve ser retirado ao final de três semanas. Faz-se uma semana de pausa, na qual aparece a hemorragia de privação (semelhante à menstruação). Ao 7º dia a mulher deve colocar um novo anel, iniciando assim um novo ciclo.

1.5.1.7. Espermicidas

São substâncias químicas que imobilizam e destroem os espermatozóides. Existem diferentes tipos de espermicidas: gel, creme, comprimidos ou cones. Não devem ser utilizados como único método contraceptivo, mas sim como complementares a outros métodos (como por exemplo, o preservativo ou o diafragma) porque a sua eficácia é reduzida.

1.5.1.8. Dispositivo Intra-Uterino

O Dispositivo Intra-Uterino (D.I.U.) é um pequeno objecto de plástico que é colocado no útero de forma a desencadear uma resposta inflamatória que faz com que os espermatozóides/óvulo sejam destruídos. É deste modo que exerce a sua função contraceptiva. Também actua impedindo que a nidação (implantação do ovo no útero) ocorra.

Existem vários tipos de D.I.U.: de plástico simples, com filamentos de cobre ou prata. Para além destes, existe um Sistema Intra-Uterino (S.I.U.) que actua de forma semelhante, mas que liberta hormonas que vão espessar o muco cervical e impedir a libertação do óvulo.

A colocação do D.I.U deve ser efectuada por um técnico de saúde experiente e pode ser colocado durante a primeira metade do ciclo menstrual, desde que seja assegurado que a mulher não está grávida. O D.I.U. pode ser utilizado como Método de Contracepção de Emergência, se tivermos em consideração a sua actuação anti-nidatória. Para tal, deve ser colocado num limite de 5 dias após a relação sexual de risco.

1.5.1.9. Contracepção de Emergência

É um método de emergência que permite inibir ou atrasar a ovulação e, por isso, evitar que uma relação sexual não protegida ou mal protegida origine uma gravidez não desejada. Também pode impedir a fertilização ou impedir que o ovo se implante no útero e inicie a gravidez, dependendo da altura do ciclo menstrual é tomada a contracepção de emergência.

A Contracepção de Emergência pode ser utilizada nas 72 horas que se seguem a uma relação sexual não protegida, se:

- Não foi utilizado qualquer método contraceptivo;
- Houve falha ou erro na utilização de um método contraceptivo (ex.: esquecimento de uma toma da pílula para além do prazo máximo admitido);
- Se o preservativo rompeu ou ficou retido na vagina;
- Se houve falha no coito interrompido;
- Se houve erro de cálculo do período fértil;
- Se o D.I.U. se deslocou;
- Em caso de relações sexuais forçadas (violação).

Deve ser utilizada como recurso excepcional, dado que:

- Não previne a ocorrência de uma gravidez em todas as situações;
- A sobredosagem hormonal não é recomendável com uso regular;

Factores que levam a Mulher a Interromper Voluntariamente a Gravidez: um estudo no C.H.P.V.V.C.

- Não pode substituir um contraceptivo regular;

A Contracepção de Emergência não é abortiva. Actua de varias formas para prevenir uma gravidez, consoante a altura do ciclo menstrual em que é tomada. Assim:

- Pode impedir ou atrasar a ovulação (saída do ovulo do ovário da mulher);
- Pode impedir a fertilização (encontro com o espermatozóide);
- Pode impedir a implantação dum ovo na parede do útero, que corresponde segundo a ciência medica ao inicio da gravidez.

1.5.1.10. Diafragma

É constituído por uma capa de borracha flexível que se introduz na vagina de modo a que o colo do útero fique tapado, isto é, actua como uma barreira física que impede a entrada de espermatozóides no útero. Deve ser utilizado juntamente com um espermicida, para aumentar a sua eficácia.

Pode ser colocado em qualquer altura, antes do coito, e deve permanecer colocado nas 6 a 8 horas seguintes. Se forem vários os coitos, é preciso introduzir mais espermicida antes de cada um, e contar as oito horas a partir do último.

A grande vantagem do diafragma é que carece de efeitos secundários.

Para a aquisição deste método contraceptivo, a mulher deve fazer uma consulta de P.F. ou ginecologia, para que saiba quais são as dimensões do diafragma adequadas para a sua constituição física, para aprender como o colocar de forma correcta e como fazer a sua manutenção.

Actualmente não é comercializado em Portugal.

1.5.2. Métodos Contraceptivos Irreversíveis

1.5.2.1. Laqueação das Trompas

É considerado um método de contracepção definitivo e consiste na interrupção das trompas de Falópio, através de um corte ou da colocação de um anel que bloqueia a passagem dos espermatozóides.

É uma cirurgia simples, pode ser realizada em sistema ambulatorio e a mulher regressa a casa poucas horas depois do procedimento. Pode também ser realizada após um parto ou cesariana. Não interfere com o ciclo menstrual, pelo que a mulher continua a menstruar, assim como, também, não interfere no relacionamento sexual.

1.5.2.2. Vasectomia

Tal como a laqueação de trompas, a vasectomia é considerada um método de contracepção definitivo. Consiste em cortar ou bloquear o canal que leva os espermatozóides dos testículos (onde se formam) para o pénis. É uma intervenção cirúrgica muito simples e sem efeitos secundários.

Não afecta a qualidade das relações sexuais, ou seja, não interfere com a reacção sexual. O homem continua a ter capacidade de erecção, de ejaculação e de obter e dar prazer.

É importante saber que após a intervenção, o método não é imediatamente eficaz, pois os canais espermáticos ainda contêm espermatozóides que continuarão presentes no sémen aquando da ejaculação. Devem efectuar-se colheitas espermáticas depois da vasectomia e considerá-la eficaz depois de 2 amostras sem espermatozóides. Antes desta confirmação o homem deve proteger-se adicionalmente.

1.6. Gravidez

Segundo o Grande Dicionário da Língua Portuguesa (1981, p. 494), gravidez é o “Estado fisiológico da mulher durante o desenvolvimento do produto de concepção, isto é, desde a fecundação do óvulo, na trompa, ao parto”.

A gravidez provoca, como é óbvio, profundas alterações anatómicas e funcionais no organismo da mulher. Por um lado, o próprio crescimento do feto no interior do útero que o alberga altera de maneira evidente a silhueta do abdómen da mãe, tendo repercussões mecânicas nos órgãos adjacentes e também na estética do corpo, sobretudo quando são acompanhadas pelas modificações sofridas pelos seios para que estes estejam preparados para produzirem o alimento do recém-nascido.

Por outro lado, a influência das hormonas da gravidez altera a actividade de todo o organismo materno, já que este tem que se adaptar a esta nova condição, com vista a cobrir as necessidades do feto.

Não só o corpo da grávida vai ser alvo de mudanças. Também vão ocorrer alterações nos seus sentimentos, disposição e na do companheiro, assim como na vida social, laboral e familiar.

Durante o primeiro trimestre a mulher pode captar através de sonhos ou “intuições” que está grávida, e é a partir desse momento que se inicia a relação mãe-filho. É muito constante a presença do desejo de ter o filho e o de não querer, este conflito vigora porque existem perdas e ganhos na gravidez. Durante este semestre estará particularmente sensível, pode notar variações de humor sem motivo aparente e sentir emoções contraditórias, ora de alegria, ora de insegurança ou preocupação.

1.6.1. Desenvolvimento Embrionário

A concepção é o momento no qual o espermatozóide penetra no óvulo. Uma vez fertilizado denomina-se zigoto, até que alcance o útero 3-4 dias mais tarde.

No final da segunda semana o embrião pode flutuar livremente no útero por 48 horas, antes da implantação, após a implantação, ligações complexas entre a mãe e o embrião desenvolvem-se para formar a placenta. À quarta semana o embrião tem 4-6 mm de comprimento, um coração primitivo começa a bater e a cabeça, boca, fígado e intestinos começam a tomar forma. Na oitava semana o embrião tem cerca de 25 mm de comprimento, traços faciais, membros, mãos, pés, dedos e unhas tornam-se aparentes e o sistema nervoso está receptivo e muitos dos órgãos internos começam a funcionar. À décima segunda semana o feto tem 5-8 cm de comprimento e pesa cerca de 28 gramas, os músculos começam a desenvolver-se e os órgãos sexuais a formar-se, começam também a formar-se as pálpebras, as unhas das mãos e as unhas dos pés e podem ser observados movimentos espontâneos da criança.

1.7. Aborto

A gravidez nem sempre é recebida com prazer, e muitas mulheres defrontam, em dado momento da vida, uma opção muito difícil: prosseguir com uma gravidez não desejada e aceitar um filho que não quiseram, ou interrompê-la, pois muitas razões tornam-na impossível de ser assumida.

Pedir uma interrupção da gravidez é uma prova difícil de suportar. A mulher que toma esta decisão encontra-se geralmente perante uma situação conflitual.

O aborto é a interrupção de uma gravidez, a expulsão de um embrião ou de um feto antes do final do seu desenvolvimento e viabilidade em condições extra-uterinas.

1.7.1. Tipos de aborto

- O aborto espontâneo surge quando a gravidez é interrompida sem que seja por vontade da mulher. Pode acontecer por vários factores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para que esta situação se verifique.
- O aborto induzido é um procedimento usado para interromper uma gravidez. Pode acontecer quando existem malformações congénitas, quando a gravidez resulta de um crime

contra a liberdade e autodeterminação sexual, quando a gravidez coloca em perigo a vida e a saúde física e/ou psíquica da mulher ou simplesmente por opção da mulher. É legal quando a interrupção da gravidez é realizada de acordo com a legislação em vigor. Quando feito precocemente por médicos experientes e em condições adequadas apresenta um elevadíssimo nível de segurança.

- O aborto ilegal é a interrupção duma gravidez quando os motivos apresentados não se encontram enquadrados na legislação em vigor ou quando é feito em locais que não estão oficialmente reconhecidos para o efeito. O aborto ilegal e inseguro constitui uma importante causa de mortalidade e de morbilidade maternas. O aborto clandestino é um problema de saúde pública.

Tal como demonstrado, existem vários tipos de aborto, mas o que importa para este estudo é a Interrupção Voluntária da Gravidez (I.V.G.), permitida até às dez semanas de gestação a pedido da grávida podendo ser realizada no sistema nacional de saúde ou, em alternativa, em estabelecimentos de saúde privados autorizados.

1.7.2. Legislação Portuguesa sobre a I.V.G.

Até 1984, o aborto era proibido em Portugal em todas as situações. A lei 6/84 veio permitir a realização da interrupção voluntária da gravidez nos casos de perigo de vida para a mulher, perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher, quando existe malformação fetal ou quando a gravidez resultou duma violação.

Em 1997 esta legislação foi modificada, tendo existido um alargamento no prazo em situações de malformação fetal e do que até então era chamado de “violação”, actualmente denominado por “crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher” (lei 90/97). A restrição da lei e a não resposta por parte dos estabelecimentos públicos ou publicamente reconhecidos, levou à existência de uma actividade de aborto clandestino especulativo e perigoso. Como consequência desta situação, o aborto foi, durante todos estes anos, a primeira causa de morte materna e a razão que levou milhares de mulheres aos hospitais com abortos retidos/incompletos ou com complicações resultantes desta prática.

Ao longo de mais de três décadas, muitas organizações, personalidades e profissionais de saúde lutaram por mudanças na lei, de forma a combater o aborto inseguro e ilegal. Com a lei 16/2007, a interrupção da gravidez pode, hoje, ser feita por opção da mulher até às 10 semanas.

A opção das 10 semanas é essencialmente para identificar um limite temporal em que o recurso à I.V.G. seja o mais seguro possível para a saúde da mulher que recorre ao procedimento, permitindo-lhe um período de tempo para ponderar a sua decisão, em termos semelhantes à legislação de outros países.

1.7.3. Complicações da I.V.G.

Embora o aborto, realizado adequadamente, não implique risco para a saúde até às 10 semanas, o perigo aumenta progressivamente para além desse tempo, mas também já não se encontra no enquadramento legal. Quanto mais cedo for realizado, menores são os riscos existentes.

Entre as complicações do aborto destacam-se as hemorragias, as infecções e evacuações incompletas, e, no caso de aborto cirúrgico, as lacerações cervicais e perfurações uterinas. Estas complicações, muito raras no aborto precoce, surgem com maior frequência no aborto mais tardio.

Se nos dias seguintes à intervenção a mulher tiver febre, com temperatura superior a 38°C, perdas importantes de sangue, fortes dores abdominais ou mal-estar geral acentuado, deve contactar rapidamente o estabelecimento de saúde onde decorreu a intervenção.

Todos os estabelecimentos que prestam este serviço têm de estar equipados de forma a reconhecer as complicações do aborto, com pessoal treinado quer para lidar com elas, quer para referenciar adequadamente as mulheres para cuidados imediatos.

Não há evidência de que um aborto sem complicações tenha implicações na fertilidade da mulher, provoque resultados adversos em gravidezes subsequentes ou afecte a sua saúde mental.

Não existem investigações portuguesas quanto às possíveis implicações psicológicas da I.V.G., contudo, esta foi analisada em outros países, apresentando resultados pouco claros e não concordantes.

O que os vários estudos referem quanto à existência ou não de Síndrome Pós-Aborto (SPA) é ambivalente, embora todos afirmem que podem aparecer consequências psicológicas negativas como resposta emocional a situações de aborto, cuja intensidade e duração dependem de um diverso número de condições. Esta discrepância de opinião também tem a ver com as diferentes posições: pró-vida e pró-aborto (pró-escolha) (Cosme & Leal, 1998).

As consequências psicológicas da I.V.G. não devem ser vistas unicamente como resultado do acto de abortar. Na maioria dos casos, as consequências psicológicas da I.V.G. tendem a ser mais positivas que negativas. Embora, algumas mulheres apresentem sentimentos como a tristeza, mágoa e angústia (Noya & Leal, 1998).

Num estudo norte-americano foi demonstrada uma associação entre stress pós-traumático e a I.V.G., afirmando que a interrupção pode aumentar o stress associado a estratégias de *coping* pouco adaptativas, particularmente nas mulheres que têm história de experiências traumáticas na infância (Rue, Coleman, & Rue Reardon, 2004).

Coleman, Reardon, Rue e Cogle (2002), revelam numa investigação, que o aborto induzido tem riscos significativos de episódios psiquiátricos.

No entanto, para Russo e Zierk (1992), as consequências psicopatológicas da interrupção da gravidez encontram-se negativamente ligadas a uma auto-estima globalmente positiva, mais especificamente sentimentos de auto-valia, capacidade de não se sentir frustrada.

Hemmerling, Siedentopf e Kentenich (2005) numa investigação, demonstraram que a I.V.G. é uma solução positiva para uma gravidez indesejada, independentemente do método (cirúrgico ou medicamentoso), dado existir uma diminuição dos níveis de ansiedade depressão após a I.V.G..

“Neste sentido, tanto a I.V.G. como a gravidez são *life events* que podem ser vistos como fonte de maturação e de crescimento pessoal, pelo que se torna pouco consistente a defesa da existência de um síndrome pós-traumático do aborto (SPTA), como sendo uma resposta emocional habitual da maioria das mulheres” (Noya & Leal, 1998, p. 432).

Apesar das investigações feitas na área da I.V.G. não serem claras quanto às possíveis consequências psicológicas, a I.V.G. não deixa de ser para algumas mulheres um momento de muita tensão, stress e incerteza. É deste modo da responsabilidade de todos os técnicos envolvidos no processo de interrupção, acolher, aconselhar, informar, prevenir e encaminhar a mulher, nas mais diversas alterações psicológicas e físicas.

1.7.4. Causas da I.V.G.

Na minha pesquisa, que procurei que fosse o mais exaustiva possível, talvez porque a despenalização da I.V.G. é um caso recente, só consegui encontrar dois estudos levados a cabo pelos defensores da despenalização do aborto, realizados pouco antes de cada referendo. Devido a este facto decidi falar um pouco da realidade espanhola, e de um estudo realizado lá.

O primeiro foi elaborado por Teresa Tomé, em 1997. Este estudo revelou que só 10,4% do aborto clandestino se baseia em razões de natureza económico-social; por outro lado, a chamada indicação médica resume-se a 7% dos casos. Se a isto se juntar que estes dois fundamentos do aborto já se encontravam previstos na lei, terá de concluir-se que o "aborto livre" se dirige a cobrir circunstancialismos muito diferentes dos casos dramáticos que costumam apontar-se. Atentos os números indicados, o aborto livre destina-se a contemplar, prevalentemente, o simples desejo de "não ter mais filhos" (40,3%) ou "não ter filhos para já" (14,3%), sem a interferência de quaisquer restrições económicas. A este último propósito, confirmando a pequeníssima incidência das razões económicas (4,4%), o mesmo estudo conclui que a esmagadora maioria das mulheres "abortaram independentemente da sua situação profissional, do seu nível sócio-económico, das suas habilitações e até mesmo com fontes de informação próximas ou serviços (de P.F.) disponíveis” (Tomé, 2007).

Em 2007, após 2000 entrevistas a Associação para o Planeamento Familiar (A.P.F.) apresentou um estudo que referia que as mulheres abortavam, na sua maioria, 17,8%, porque

“era muito nova”. É necessário referir que as três opções mais escolhidas, distam de poucos pontos de diferença, a primeira como já referi, com 17,8%, a segunda “as condições económicas não o permitiam”, com 14,3% e a terceira “por não desejar ter filhos”, com 13,2%. Também aqui se apresentam outros dados adicionais, nomeadamente que o chamado “aborto de vão de escada” era uma raridade no panorama da clandestinidade da altura, que o aborto vinha diminuindo, ou que a grande maioria dos abortos advinha de relações desprotegidas.

Em Dezembro de 2005, foi realizado pela Associação de Vítimas do Aborto (A.V.A.) em Madrid, um estudo intitulado “Interrupção Voluntária da Gravidez em Espanha: estudo piloto de factores motivacionais na mulher”. Neste estudo, participaram médicos, psicólogas e sociólogas que colaboraram com A.V.A. Entrevistaram-se 2.976 mulheres, que se submeteram à I.V.G., com idades compreendidas entre os 14 e os 40 anos.

As razões indicadas por estas mulheres foram múltiplas. Em 95% dos casos, somente 5% teve um motivo apenas para optar pela I.V.G.. Não obstante, as mulheres valorizaram como factor motivacional determinante do seu aborto a falta de apoio emocional na sua gravidez em dificuldade (casal, pais e amigos, por esta ordem). A totalidade das mulheres entrevistadas assinalaram que não receberam suficiente informação sobre as possíveis sequelas graves desta intervenção. Além disso, em 99,1% dos casos afirmam desconhecer alternativas, tais como a ajuda social e institucional, ou a adopção, vendo a I.V.G. como a “única possibilidade”.

Das mulheres trabalhadoras desta amostra – especialmente das estrangeiras – em 74%, o factor relevante foi o da pressão laboral: o possível impedimento do desenvolvimento profissional, ameaça de despedimento e dificuldades para encontrar emprego estável estando grávidas ou com um filho recém-nascido.

Entre as mulheres maiores de idade, em 11% dos casos o motivo foi identificado pela mulher como fundamentalmente económico, habitualmente acompanhado pela falta de apoio emocional das pessoas mais próximas, para continuar a sua gravidez e a falta de acesso a outras alternativas. Da amostra total, 2,2% assinalou que perante a sua gravidez inesperada apresentou uma “rejeição” à maternidade por ter outras prioridades vitais no momento em que elas acreditavam que ter um filho tornar-se-ia prejudicial.

No caso das mulheres que interromperam voluntariamente a gravidez, detectaram-se malformações no seu filho (3% dos casos do estudo), o conselho dos seus ginecologistas de se submeter à I.V.G. foi interpretado como uma forte pressão para o fazer, sendo este motivo assinalado por 99,7% deste grupo. Além do facto de 92% das mulheres ter destacado a falta de informação sobre outras alternativas à I.V.G. ou apoios sociais que teria o seu filho caso tivesse nascido.

1.7.5. Tipos de I.V.G.

Segundo a D.G.S.,

“A publicação da Lei 16/2007, de 17 de Abril, veio colocar novos desafios aos serviços de saúde e aos seus profissionais, face à necessidade de assegurar que todas as mulheres com situações legalmente elegíveis tenham acesso a uma interrupção da gravidez em segurança.

A remoção de barreiras desnecessárias à prestação deste tipo de cuidados pode resultar em consideráveis ganhos em saúde pública e evitar os custos, frequentemente elevados, do tratamento das complicações do aborto clandestino.

A correcta preparação dos profissionais de saúde, apoiada em orientações técnicas internacionalmente reconhecidas, assim como a disponibilidade de equipamento e outros meios adequados, são também requisitos indispensáveis para a salvaguarda da saúde das mulheres.”
(Circular Normativa n.º: 9/SR, p. 1)

1.7.5.1. Interrupção Medicamentosa da Gravidez

A D.G.S. (2007) refere que, os métodos não cirúrgicos têm provado ser eficazes e seguros, com resultados que se equivalem aos dos métodos cirúrgicos.

O processo recomendado pela O.M.S., e mais praticado em todo o mundo, baseia-se na associação de mifepristone e misoprostol, cujo efeito é sobreponível ao de um aborto espontâneo.

Factores que levam a Mulher a Interromper Voluntariamente a Gravidez: um estudo no C.H.P.V.V.C.

“A associação dos dois medicamentos tem mostrado ser altamente eficaz, segura e bem tolerada para a interrupção da gravidez até às 9 semanas, com uma taxa de eficácia que atinge os 98%. Apenas 2 a 5% das mulheres tratadas com o regime mifepristone/misoprostol requerem um procedimento cirúrgico posterior para completar o esvaziamento uterino ou para controlar a hemorragia.

Este regime terapêutico está contra-indicado na gravidez ectópica. Se houver suspeição deste diagnóstico, é obrigatório o esclarecimento da situação e o tratamento adequado.” (Circular Normativa n.º: 9/SR, p. 1)

Em caso de insucesso da indução médica, ou o aborto ser incompleto é indispensável a abordagem cirúrgica, pelo que todos os locais onde aquele método seja disponibilizado devem ter a capacidade de intervir cirurgicamente ou encaminhar, se necessário, para outras instituições, tal como refere a D.G.S. (2007).

Segundo a mesma fonte, são pré-requisitos para a utilização do método mifepristone/misoprostol: gravidez intra-uterina < 63 dias (9 sem.) confirmada por ecografia, aceitação do método pela mulher, fácil acesso ao hospital, ausência das contra-indicações, como, anemia grave, coagulopatia ou tratamento anti-coagulante, porfíria, asma severa não controlada, arritmias e outras patologias cardiovasculares, alergia aos fármacos utilizados, gravidez com D.I.U. intra-cavitário, insuficiência supra-renal ou tratamento com glucocorticóides e situações de insuficiência hepática ou renal, diabetes com vasculopatia, hábitos tabágicos acentuados em idades superiores a 35 anos, doença inflamatória aguda do intestino.

As vantagens deste método são, evitar os riscos cirúrgicos e anestésicos, pode permitir mais privacidade e compatibilidade com compromissos e obrigações pessoais da mulher e ser percebido como um processo “natural”. Em contrapartida, pode exigir mais consultas, causar um período maior de hemorragia e mais dores que o método cirúrgico, e gerar ansiedade sobre a sua eficácia.

São situações em que o método será mais indicado para interromper uma gravidez: o excesso de peso, obesidade ou obesidade mórbida da mulher e não coexistirem factores de risco cardiovasculares, quando há malformação uterina, risco fibromatoso ou cirurgia prévia do

colo do útero, se a mulher quer evitar uma cirurgia/anestesia ou ganha com isso, em gravidezes < 7 semanas, quando o aborto medicamentoso é mais eficaz que o cirúrgico e se a mulher prefere e tem possibilidade de escolher.

“Em todas as situações deverá ser identificado o grupo sanguíneo da mulher e, se adequado, administrada a imunoglobulina anti-D, no dia da toma do mifepristone, caso a gravidez seja superior a 6 semanas.” (Circular Normativa n.º: 9/SR, p. 4)

Depois de tomar Mifepristone/Misoprostol, a mulher apresentará os mesmos sintomas de um aborto espontâneo, ou seja, dor pélvica mais ou menos intensa (está indicado a prescrição de um analgésico) e perda hemática que pode prolongar-se por 9 dias, ou até 45 dias em casos raros. Outros efeitos incluem, náuseas, vômitos e diarreia, no entanto, não é necessário receitar antieméticos.

“Nas condições de segurança enumeradas e com pessoal treinado, as complicações do método são raras. Cerca de 2 a 5% das mulheres vão necessitar de uma intervenção posterior para resolver situações de aborto incompleto, de falha do método ou para controlar a hemorragia.

As sequelas a longo prazo são muito raras e apenas verificadas associadas a complicações graves ou, nos casos relacionados com o foro psíquico, como continuação de situações pré-existentes.” (Circular Normativa n.º: 9/SR, p. 4)

1.7.5.2. Interrupção Cirúrgica da Gravidez

“A possibilidade de recorrer, de modo fácil e sistemático a medicamentos seguros e eficazes para a interrupção da gravidez é ainda limitada no presente. Neste contexto, torna-se necessário assegurar que todos os hospitais com serviço de ginecologia/obstetrícia, apesar da longa experiência nesta área, disponham de profissionais preparados, de equipamento e de meios adequados para a interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação, garantindo a equidade no acesso a cuidados de qualidade e evitando os custos, frequentemente elevados, do tratamento das complicações do aborto clandestino.” (Circular Normativa n.º: 10/SR, p. 1)

A aspiração por vácuo é o método cirúrgico preferível para a interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, substituindo assim na maioria dos países industrializados, a dilatação e curetagem, que são menos seguros e têm taxas de complicações major duas a três vezes

superiores à da aspiração. Este método está indicado para gravidezes com mais de 6 semanas, dada a maior falha deste antes desta idade gestacional.

“A elevada eficácia da aspiração foi comprovada em vários estudos randomizados, sendo referidas taxas de sucesso entre 95% e 100%, quer com a utilização de vácuo manual, quer eléctrico.” (Circular Normativa n.º: 10/SR, p. 1)

A intervenção, ainda que variável com o tempo de gestação, dura em média 3 a 10 minutos, podendo ser utilizada analgesia e anestesia local, ou anestesia geral. Quando a gravidez é muito recente, pode-se introduzir a cânula sem dilatação prévia do colo mas, habitualmente, é necessário usar-se dilatadores mecânicos ou medicamentos.

“Na ausência de contra-indicações médicas, sociais ou geográficas, a interrupção da gravidez deve ser realizada em regime ambulatorio. No entanto, deve estar previsto um número de camas adequado para as situações que venham a ter indicação para internamento. Calcula-se que, em média, cerca de 5% das mulheres venham a necessitar deste tipo de cuidados.” (Circular Normativa n.º: 10/SR, p.2)

1.7.5.2.1. Preparação do colo uterino

“A preparação cervical prévia torna o procedimento mais fácil e rápido e reduz a incidência de complicações imediatas. É especialmente benéfica nas mulheres que têm anomalias cervicais ou cirurgias anteriores e nas nulíparas, que têm maior risco de lesões cervicais ou perfurações uterinas.” (Circular Normativa n.º: 10/SR, p.2)

1.7.5.2.2. Anestesia

A intervenção pode ser realizada sob anestesia geral ou local.

Segundo a D.G.S. (2007), a anestesia geral tem sido a prática mais corrente na maior parte das instituições, uma vez que faz parte do funcionamento dos blocos operatórios. No entanto, esta opção está associada a maior taxa de hemorragia, exigindo um período maior de recobro, assim como, também, tem algumas contra-indicações. Aumenta também, não só, os custos

para a instituição como para as mulheres, já que certos protocolos hospitalares exigem que aí permaneçam uma noite.

Já a anestesia local apresenta algumas vantagens, como, a menor ocorrência de acidentes graves ou fatais, um tempo de recuperação mais rápido e a possibilidade de alta após um período de aproximadamente 30 minutos em observação.

1.7.5.2.3. Controlo da Dor

O controlo da dor deve-se focar na informação realista e no bom atendimento e não num grande investimento em drogas ou equipamento, pois se se descuidar deste elemento importante, a ansiedade e o mal-estar da mulher vão aumentar, o que compromete a qualidade dos cuidados.

1.7.5.2.4. Antibioterapia Profilática

Tendo em conta as infecções que a mulher pode adquirir, uma vez que se trata de uma cirurgia, é necessário a administração profilática de um antibiótico, tal como refere a D.G.S. (2007).

1.7.5.2.5. Controlo Ecográfico Pós-Aspiração

É facultativo, de acordo com a experiência da instituição e, obrigatório se ocorrer qualquer dúvida ou complicação intra-operatória.

1.7.5.2.6. Complicações

As complicações podem ser: anestésicas, hemorragia, lesões do colo, perfuração uterina e aborto incompleto mas, tal como refere a D.G.S. (2007), se a intervenção for realizada em condições de segurança e com profissionais treinados, as ocorrências graves são muito raras, cerca de 0,1%.

1.7.5.3.Procedimentos Realizados na I.V.G.

De acordo com a legislação em vigor, a I.V.G. até às 10 semanas de gestação, só pode ser efectuada após a realização de uma consulta seguida de um período de reflexão não inferior a 3 dias.

- Consulta Prévia

Nesta consulta é importante certificar-se de que a mulher obteve toda a informação necessária para decidir de uma forma livre e esclarecida, assim como para a escolha do método contraceptivo a iniciar de imediato após a I.V.G..

- Período de Reflexão

Entre a consulta prévia e o início da administração da terapêutica ou o momento da intervenção, deve ser respeitado um período de reflexão não inferior a 3 dias, salvaguardando os prazos legais para a I.V.G..

É necessário que a mulher tenha todas as informações necessárias e esclarecido todas as dúvidas uma vez que cabe, exclusivamente a ela a autonomia e responsabilidade na tomada de decisão. Por isso, durante a consulta prévia, é indispensável o apoio e atenção de todos os profissionais de saúde.

Segundo Nunes (2006), autonomia é

“a escolha concreta de um acto autónomo, numa autonomia das preferências, a liberdade em relação aos condicionamentos externos é certamente uma condição necessária mas não suficiente. Afinal, as nossas ‘preferências’ podem muito bem ser induzidas, razão pela qual uma preferência não é necessariamente uma autêntica preferência, quer dizer, fruto do exercício da autonomia pessoal. Neste sentido, uma outra condição necessária parece ser a reflexão sobre as preferências, que pode ter o resultado de fazer mudar, após uma análise racional e imparcial, a preferência que pensámos antes.”

Para a mesma autora, responsabilidade pode ser explicada como

“Falamos de responsável como traço de uma pessoa, como característica de uma acção, da responsabilidade como uma categoria legal e como dever associado a uma função ou papel. Tanto se exige discernimento e capacidade para ajuizar como se define, classicamente, como a capacidade e a obrigação de assumir os actos e as respectivas consequências.”

É também durante este período de tempo que a mulher pode solicitar apoio psicológico ou de um assistente social.

- Procedimentos no dia da Intervenção

Se a interrupção for cirúrgica, no dia em que esta foi marcada, a mulher entrega o consentimento livre e esclarecido devidamente assinado.

Após a intervenção e se necessário administra-se a imunoglobulina anti-D. Como se trata de uma cirurgia é necessário informar sobre os cuidados pós-cirúrgicos e o que deve fazer caso surjam complicações, assim como fornecer o método contraceptivo e fazer os ensinamentos adequados sobre ele. É importante também marcar a consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar no hospital ou centro de saúde.

- Consulta para Administração do Mifepristone

Se a interrupção for medicamentosa a mulher tem que se dirigir mais vezes ao hospital.

Na primeira consulta, a mulher entrega o consentimento livre e esclarecido devidamente assinado e após se informar adequadamente a utente sobre o que é esperado ocorrer nas horas seguintes, administra-se o mifepristone. Agenda-se também a consulta seguinte para passadas 36/48 horas.

- Consulta para a Administração da Prostaglandina (se Interrupção Medicamentosa)

“Após a administração da prostaglandina, a mulher poderá aguardar no local, 4-6 horas, até à expulsão do produto de concepção, ou regressar ao domicílio. Essa decisão deve ter em conta não só as disponibilidades da instituição, mas também as características da mulher, a distância a que reside e as facilidades de transporte de que dispõe.” (Circular Normativa n.º: 9/SR, p. 6)

Se a mulher regressar de imediato ao domicílio é necessário confirmar se a mulher ainda tem o folheto com as informações sobre o método e está consciente do que vai ocorrer nas horas seguintes, fornecer um método contraceptivo com as indicações de quando começar, como utilizar e quais os efeitos colaterais (o implante, o injectável e a pílula podem ser iniciados no próprio dia) e marcar a consulta de controlo para as duas ou três semanas seguintes.

- Consulta de Controlo

“Para as mulheres que regressam a casa logo após a toma da prostaglandina e para as restantes que, permanecendo no estabelecimento de saúde, não expulsam nas primeiras 6 horas, deverá ser agendada nova consulta, no sentido de assegurar que o método foi eficaz e não há necessidade de intervenção complementar.” (Circular Normativa n.º: 9/SR, p. 6)

Durante esta consulta deve-se marcar uma consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar no hospital ou no centro de saúde.

1.7.6. Contraceção após a I.V.G.

“É fundamental assegurar a escolha de um método eficaz de contraceção após o aborto, pelo que a articulação com as consultas de planeamento familiar deve estar protocolada em todos os serviços, quer aquelas consultas se realizem no hospital quer no centro de saúde.

A escolha da contraceção deve ter em conta, entre outros factores, o(s) método(s) já usado(s) pela mulher e a sua adequada ou inadequada utilização.” (Circular Normativa n.º: 10/SR, p. 3)

É importante que os hospitais e centros de saúde disponham de métodos que possam ser fornecidos às mulheres, o mais rapidamente possível após a I.V.G.

A contracepção hormonal oral, injectável ou o implante podem ser iniciados no próprio dia da toma do misoprostol (interrupção medicamentosa) ou no dia ou dia seguinte à intervenção cirúrgica. No caso do D.I.U., pode ser inserido no dia da intervenção cirúrgica e se a interrupção for medicamentosa e não houver complicações, na consulta de controlo.

A laqueação tubária por laparotomia ou laparoscopia pode ser realizada no mesmo tempo operatório, se for possível na instituição. Mas, nestes casos, é preciso ter especial cuidado uma vez que, a mulher ou o casal tomam a decisão num momento de particular stress, sem muitas vezes terem a noção que se trata de um método definitivo.

1.8.Papel do Enfermeiro na Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva

Florence Nightingale definiu cuidados de enfermagem como a forma de colocar a pessoa nas melhores condições, para que a natureza possa agir (Ferraz e Couto 2005).

A enfermagem desenvolveu-se ao longo dos anos e hoje apresenta uma intervenção diversificada regida por objectivos fundamentais do exercício da actividade dos Enfermeiros nomeadamente: Promoção da Saúde, Prevenção da Doença, Tratamento, Reabilitação e Reinserção Social. (Decreto de Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro Art.º 8.º, ponto 2).

A Enfermagem, de acordo com o Decreto de Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), Art.º 4.º, ponto 1, é:

“(...) a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma a que mantenham, melhorem ou recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Segundo a Carta de Ottawa (1986), Promoção da Saúde

“(...) é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.”

A Educação para a Saúde surge como uma forma de promover a saúde das pessoas, mas que, tal como Navarro (1999) afirma, terá de abandonar os modelos tradicionais, em que há uma série de informação que é fornecida aos indivíduos e centralizada apenas na doença. A Educação para a Saúde deve sim, ser centrada nas pessoas, transmitindo informação, mas no sentido de desenvolver competências e capacidades, para que estas se possam adaptar de forma positiva a todo o meio envolvente.

A OMS (1998) defende que a Educação para a Saúde visa a melhoria dos conhecimentos da população em relação à saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais que conduzem à saúde individual e à da comunidade. Esta não trata apenas da transmissão de informação mas também de fomentar a motivação, as habilidades pessoais e a auto-estima necessárias para a adopção de medidas destinadas a melhorar a saúde, incluindo diversas formas de actuação com o intuito de obter mudanças sociais, económicas e ambientais que favoreçam a saúde, estando actualmente incluídas no termo promoção da saúde.

Segundo o extracto de lei n.º 3/84 de 24 de Março, Art.º 1.º, o P.F., surge no âmbito de protecção da família, promover a divulgação dos métodos de P.F. e organizar estruturas que possibilitem o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes (Mendes, 1991).

O enfermeiro tem uma acção fulcral na educação para a Saúde e como elemento integrante da equipa multidisciplinar do atendimento no P.F., na prevenção de uma gravidez indesejada.

- Promovendo programas de informação sobre a adolescência dirigido aos pais, como elementos de primeira ordem, como agentes educativos;
- Desenvolvendo programas para o desenvolvimento da comunicação, educação relacional e emocional;
- Ajudando nas dúvidas e dificuldades inerentes à área da sexualidade, contracepção, fisiologia reprodutiva;
- Desenvolvendo E.S. nas escolas, promovendo uma formação contínua dos professores, de modo a proporcionar nos adolescentes, a vivência de uma sexualidade mais consciente, responsável e sadia;
- Incentivando a que todos os centros de saúde, tenham consultas específicas para os adolescentes, facilitando o acesso, atraindo e motivando as mulheres a frequentá-las;

- Respeitando a individualidade, confidencialidade e anonimato da informação nas consultas, para atingir uma plena confiança para que este possa esclarecer todas as suas dúvidas, evitando juízos de valor;
- Promovendo campanhas educativas de intervenção na comunidade adolescente, abrangendo os riscos a que estão sujeitos;
- Valorizando a realização de conferências entre alunos e os formadores com, se possível, a participação de mães e pais adolescentes, que descrevam a realidade da gravidez na adolescência;
- Promovendo apoio à construção de projectos de vida e desenvolvimento de competências sociais (comunicação, relação entre pares, relação com a família, e relação com a comunidade) e apoio emocional;
- Desenvolvendo reflexões entre a equipa multidisciplinar que trabalha com adolescentes como objectivo de partilharem situações e a uniformizar procedimentos. (Cunha, 2005)

II. Enquadramento Metodológico

Esta fase caracteriza-se pela tomada de decisões sobre o caminho que foi seguido para obter a resposta à problemática. De acordo com Pinto (1990, p. 84): “A metodologia será assim, a organização crítica das práticas de investigação reflectindo o percurso utilizado pelo investigador para a consecução dos objectivos.”.

É nesta etapa, em que o investigador tem de tomar decisões relacionadas com a elaboração de um plano lógico de intervenção, o qual deve ser capaz de definir qual o tipo de investigação a adoptar e qual o desenho de investigação ajustado para dar resposta à questão formulada, bem como decisões relacionadas com a delineação da colheita de dados, a sua análise, tratamento e posterior interpretação dos resultados obtidos.

2.1.Tema de Investigação

Segundo Fortin (2003), para começar a investigação é preciso delimitar uma área com interesse para o investigador.

A área temática é o ponto de partida para um estudo, uma vez que se pretende obter resposta(s) relativamente a um determinado tema. No presente estudo elegeu-se, como área temática a I.V.G., e como tema de investigação os Factores que levam a Mulher a Interromper Voluntariamente a Gravidez.

2.2.Justificação do Tema

A área da Saúde Materna e Obstetrícia sempre me fascinou, desde o início do curso que pensei desenvolver a minha monografia nesta área, o interesse pelo tema I.V.G. surgiu com o referendo de 2007 e conseqüentemente a aprovação da lei.

O aborto é um problema milenar, há referências dele na Bíblia, mas a despenalização em Portugal é recente, por isso este é um tema tão actual e pertinente de ser estudado.

2.3. Questão de Investigação

- Quais os factores que levam a mulher a interromper voluntariamente a gravidez no C.H.P.V.V.C.?

2.4. Objectivo de Estudo

- Identificar os factores que levam a mulher a interromper voluntariamente a gravidez no C.H.P.V.V.C..

2.5. Variáveis

Segundo Fortin (2003, p. 36),

“(...) as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação. É um parâmetro ao qual valores numéricos são atribuídos e que pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças.”

2.5.1. Variável Dependente

A variável dependente para Fortin (2003, p.37) é a que “sofre o efeito esperado da variável independente é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente.”, sendo nesta investigação a interrupção voluntária da gravidez.

2.5.2. Variável Independente

A variável independente ou experimental segundo Fortin (2003, p.37), é aquela que “(...) o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente.”, especificamente: os factores que levam a mulher a interromper voluntariamente a gravidez, que para esta investigação usei: Conselho Médico, imposição dos Pais/Família, imposição do Marido/Companheiro, violação, problemas económicos, problemas sociais,

gravidez não desejada e ou não planeada não queria esta gravidez, não gostava do companheiro, foi uma relação ocasional, desconhecia o pai da criança e a falta de informação.

2.6. Tipo de Estudo

Caracteriza-se principalmente por uma descrição de fenómenos, através da qual se estabelecem algumas relações, durante as quais surgem as questões e hipóteses de investigação. Assim sendo, o tipo de estudo é Quantitativo Descritivo Transversal.

A investigação recorre a uma metodologia quantitativa que, na perspectiva de Fortin (2003, p.22),

“(...) é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. (...) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar por resultados de prever e de controlar os acontecimentos.”

“O estudo descritivo consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”. (Fortin, 2003, p.163).

2.7. Características da População

A população desta investigação é constituída pelas mulheres que recorreram à consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez durante o mês de Maio de 2009 no C.H.P.V.V.C..

Fortin (2003, p.202) define população como sendo um “(...) conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.”

2.8. Amostra em Estudo

A amostra é constituída por 25 mulheres que recorreram à consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez no C.H.P.V.V.C..

Para Fortin (2003, p.363), amostra pode ser definida como o “conjunto de sujeitos retirados de uma população.”

A amostra é representativa da população em causa, e as características da população estão presentes na amostra seleccionada. Nesta investigação o processo de amostragem é não aleatório por conveniência ou acidental, isto é, os elementos são escolhidos por se encontrarem onde os dados para o estudo estão a ser recolhidos (Fortin, 2003).

2.9. Instrumento de Colheita de Dados

Segundo Fortin (2003, p. 365) a colheita de dados caracteriza-se “pelo processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação”.

Para a presente investigação seleccionou-se, de acordo com os objectivos, como método de colheita de dados, um questionário (ver anexo I). O questionário é anónimo e de resposta voluntária, constituído essencialmente por perguntas fechadas (o sujeito é submetido à escolha de possíveis respostas fornecidas pelo investigador), mas também possui uma de resposta aberta (o sujeito tem liberdade para escrever o que quiser). Teve como finalidade a caracterização da população, e análise dos dados resultantes, de forma a atingir o objectivo da investigação.

O questionário encontra-se dividido em três partes: a primeira diz respeito à caracterização da amostra, a segunda a informações sobre a sexualidade e a terceira a informações sobre a interrupção voluntária da gravidez.

2.9.1. Pré-teste

Sendo assim, aplicou-se o pré-teste a quatro mulheres que interromperam voluntariamente a gravidez, para: avaliar a eficácia e a pertinência do questionário, se os termos utilizados são facilmente compreensíveis e desprovidos de equívocos, se as questões não apresentam ambiguidade, se a forma das questões utilizadas permite colher as informações desejadas, o questionário não é muito longo, todas as questões são compreendidas pelos sujeitos da mesma forma e da forma que o investigador quer, as respostas alternativas às questões fechadas cobrem todas as alternativas, não faltarão perguntas importantes, não há perguntas inúteis, inadequadas, demasiado difíceis ou em que um grande número de sujeitos se recusa a responder e se os inquiridos não considerarão o questionário demasiado longo, aborrecido ou difícil.

O pré-teste, segundo Fortin, (2003, p.253),

“(...) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões”.

2.9.2. Colheita de Dados

A colheita de dados decorreu na consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez, realizada pela Dra. Helena Oliveira no C.H.P.V.V.C., durante o mês de Maio de 2009.

2.9.3. Tratamento de Dados

O tratamento estatístico dos resultados foi feito através do programa Excel, versão Office Excel 2007.

Utilizou-se assim a estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas e relativas.

2.10. Questões Éticas da Investigação

Segundo Fortin (2003, p.116),

“A investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelo códigos de ética...”

Neste contexto, tive o cuidado de proteger o direito e liberdade das pessoas que participaram no estudo, regendo-me por 5 princípios fundamentais aplicáveis aos seres humanos, que foram determinados pelos códigos de ética e que são os seguintes:

- O Direito à Autodeterminação implica que as pessoas sejam informadas sobre o seu direito à participação ou o direito de se retirar a qualquer momento sem qualquer prejuízo para o próprio.
- O Direito à Intimidade implica que haja a garantia do anonimato e da confidencialidade dos dados referentes às pessoas implicadas.
- O Direito ao Anonimato e à Confidencialidade implica que os dados individuais sejam protegidos por codificação, não podendo ser divulgados sem autorização expressa dos participantes.
- O Direito à Protecção contra o Desconforto e o Prejuízo baseia-se nas regras de protecção das pessoas contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou prejudicarem. Implica que a investigação tenha como pressuposto a promoção de benefícios no plano social.
- O Direito a um Tratamento Justo e Equitativo baseia-se no direito que as pessoas têm de receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num processo de investigação. Implica que a escolha dos participantes seja ligada, directamente, com o problema em estudo e não por conveniência ou disponibilidade.

III. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

3.1. Análise dos Resultados

Nesta etapa, segundo Fortin (2003), a metodologia previamente delineada é realizada com o intuito de mensurar os resultados, assumindo-se aqui a análise estatística, a apresentação e a interpretação dos resultados.

A interpretação dos resultados, conforme Fortin (2003), é realizada sob a forma de discussão, inicialmente apresentam-se os dados descritivos e posteriormente os inferenciais. Os perfis dos indivíduos são demonstrados através da estatística descritiva.

A estrutura desta etapa apresenta-se da seguinte forma: caracterização da amostra, informações sobre a sexualidade das inquiridas e sobre a I.V.G..

3.1.1. Caracterização da Amostra

3.1.1.1. Idade

N = 25



Gráfico 1: Idade

A maioria das utentes, 36%, tinha uma idade compreendida entre os 26 – 30 anos, 24% entre 16 – 20 anos e por fim, com a mesma percentagem, 20%, entre os 21 – 25 anos e entre os 31 – 35 anos, tal como mostra o gráfico 1.

3.1.1.2. Escolaridade

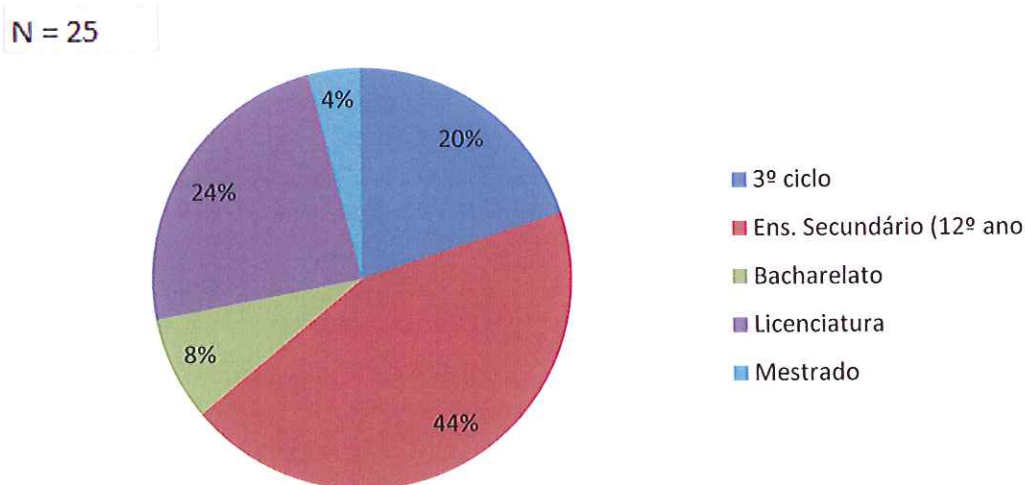


Gráfico 2: Escolaridade

Com o gráfico 2, percebemos que a maioria das inquiridas, 44%, continha o Ensino Secundário (12º ano) mas, as licenciadas também eram em número considerável, 24%. As com o 3º Ciclo, Bacharelato e Mestrado vinham logo a seguir, com 20%, 8% e 4% respectivamente. Nesta amostra, não encontramos nenhuma Doutorada, ou com os dois primeiros ciclos.

3.1.1.3. Profissão

Mediante o gráfico 3, constatamos que a maioria das mulheres ainda estudavam (40%), seguidas pelas Empregadas Fabris, com 28% e as Empregadas de Mesa, 16 %. É de salientar que 4%, ou seja, uma inquirida, era enfermeira, outra professora e duas (8%), engenheiras.

N = 25

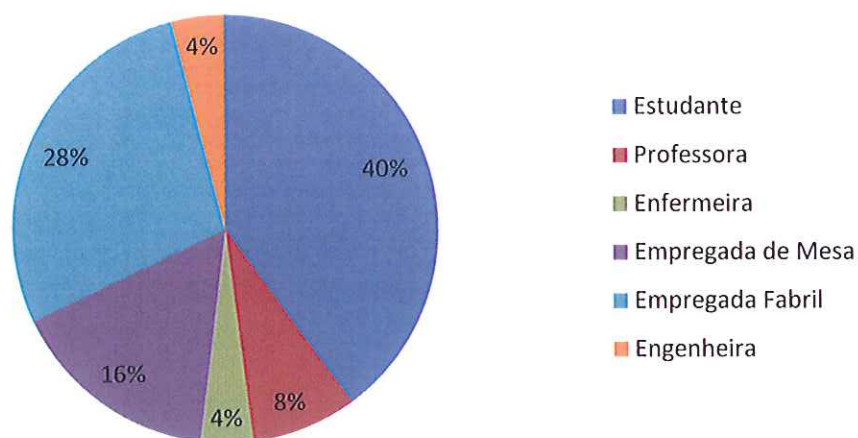


Gráfico 3: Profissão

3.1.1.4. Situação Actual

Ao analisarmos o gráfico 4, percebemos que as desempregadas representam uma mínima parte das entrevistadas, 8%, grande parte delas encontram-se empregadas (52%), ou a estudar (40%).

N = 25

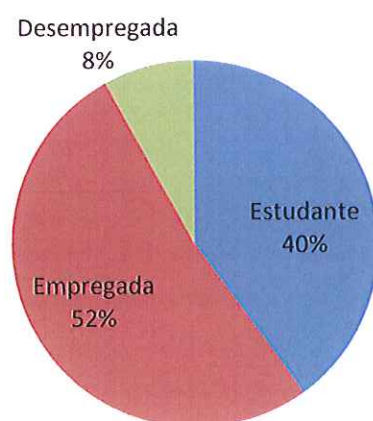


Gráfico 4: Situação Actual

3.1.1.5.Estado Civil

N = 25

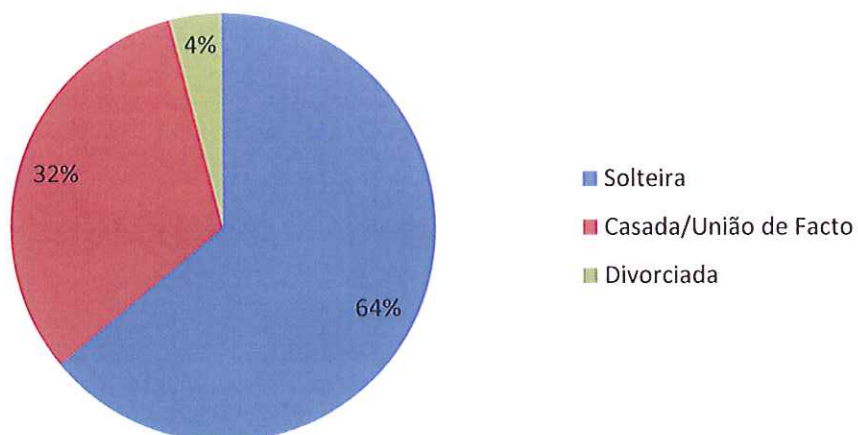


Gráfico 5: Estado Civil

Tal como nos mostra o gráfico 5, 64% das mulheres eram solteiras, 32% casadas/união de facto e 4% divorciadas. Nenhuma delas era viúva.

3.1.1.6.Rendimento Familiar

N = 25

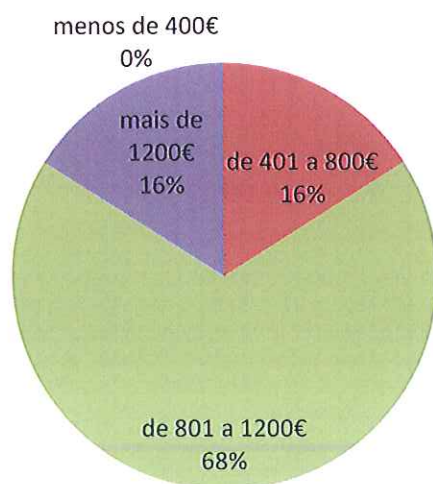


Gráfico 6: Rendimento Familiar

O rendimento familiar da maior parte das inquiridas (68%) situava-se entre os 801 e os 1200€ mensais, depois com 16% cada um, ficaram os rendimentos de 401 a 800€ e o superior a 1200€. É de salientar que nenhuma mulher tinha um rendimento familiar inferior a 400€ mensais.

3.1.1.7.Composição Agregado Familiar

Ao analisarmos a tabela 1, concluímos que a maior parte das inquiridas ainda viviam com os pais (29%) e os irmãos (21%), dentro destas havia uma pequena parte que viviam, também, com os avós (6%). Uma boa percentagem, 23%, viviam com o marido/companheiro, e dentro destas, uma pequena parte (9%), também viviam com os filhos. É de salientar que 12% viviam sozinhas.

Composição Agregado Familiar	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sozinha	4	11,8
Marido/Companheiro	8	23,5
Pais	10	29,4
Irmãos	7	20,6
Filhos	3	8,8
Avós	2	5,9
Total	34	100

Tabela 1: Composição do Agregado Familiar

3.1.1.8.Local de Residência

Relativamente ao local de residência, representado no gráfico 7, os resultados estão muito próximos, 56% vivem em zonas rurais e 44% nas cidades.

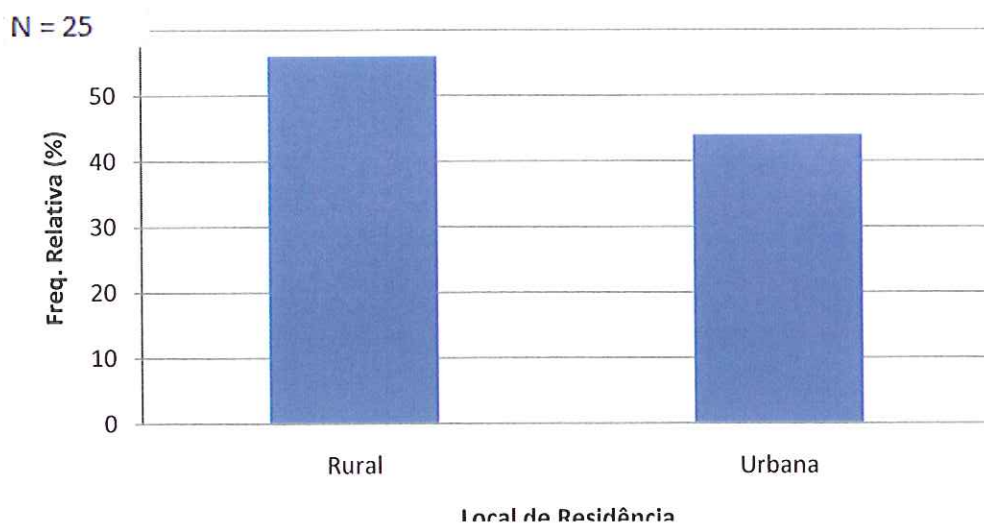


Gráfico 7: Local de Residência

3.1.1.9. Informações sobre a Sexualidade

3.1.1.9.1. Com que idade iniciou a sua actividade sexual?

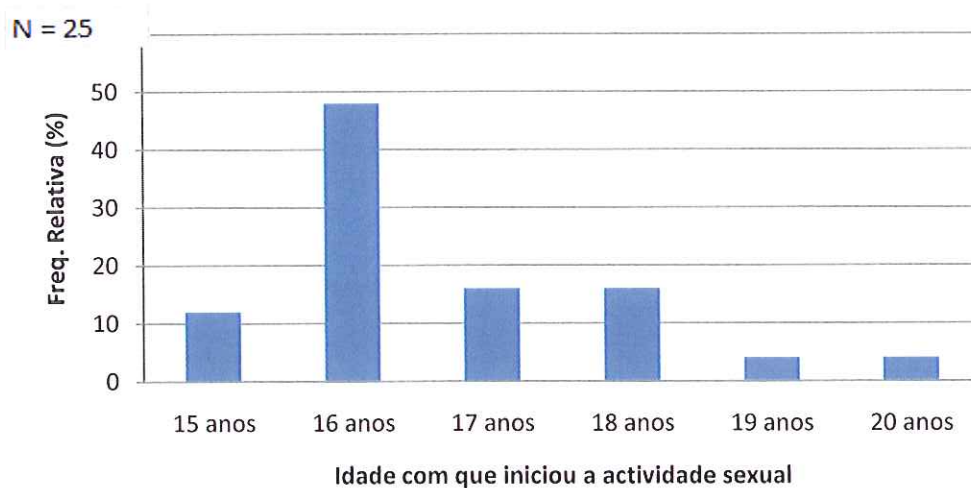


Gráfico 8: Idade com que iniciou a Actividade Sexual

A maior parte das entrevistadas, 48%, iniciou a sua actividade sexual com 16 anos, depois com 16% cada, iniciaram aos 17 e 18 anos, 12% aos 15 anos e 4% cada, aos 19 e 20 anos, tal como mostra o gráfico 9.

3.1.1.10. Que métodos contraceptivos já utilizou?

Tal como nos mostra a tabela 2, todas as mulheres já tinham utilizado a pílula e só uma é que ainda não tinha utilizado preservativo. É de salientar que também um número considerável já tinha utilizado o coito interrompido (20 mulheres).

Métodos Contraceptivos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Preservativo	24	34,8
Pílula	25	36,2
Coito Interrompido	20	29
Total	69	100

Tabela 2: Métodos Contraceptivos já utilizados

3.1.1.11. Já esteve grávida anteriormente?

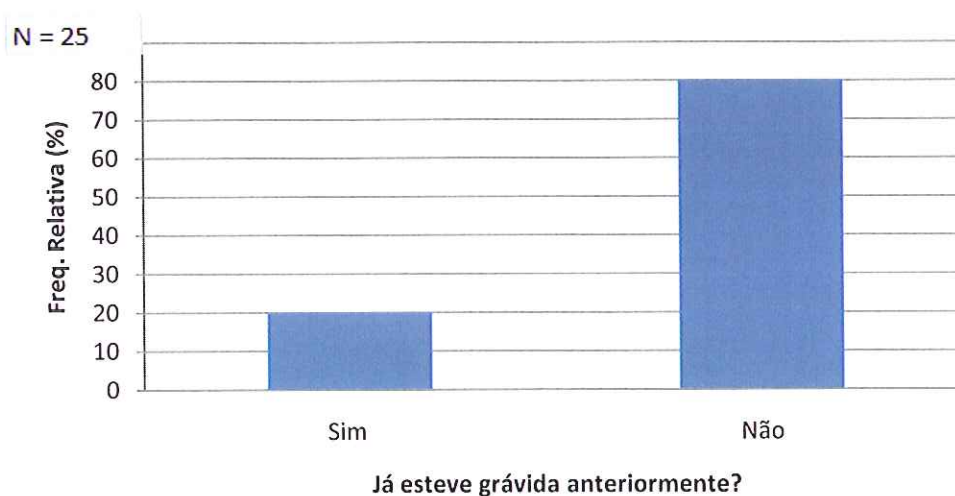


Gráfico 9: Já esteve grávida anteriormente?

Ao observarmos o gráfico 9 percebemos que 80% das inquiridas estavam grávidas pela primeira vez, apenas 20% (5 mulheres) já eram mães.

3.1.1.11.1. Quantas vezes?

N = 5

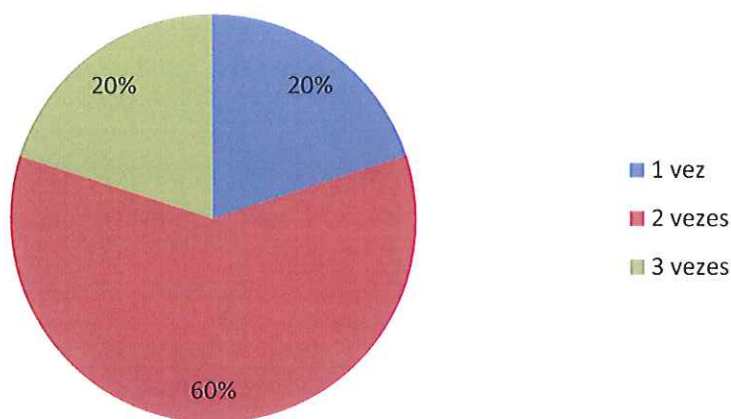


Gráfico 10: Quantas vezes esteve Grávida

Das cinco mulheres que já tinham estado grávidas, três (60%) tinham dois filhos e com 20% cada (uma mulher), tinham um e três filhos, tal como o representado no gráfico 10.

3.1.2. Informações sobre a I.V.G.

3.1.2.1. Já interrompeu de forma voluntária a gravidez, anteriormente?

Todas as inquiridas estavam a interromper voluntariamente a gravidez pela primeira vez.

3.1.2.2. A actual gravidez foi planeada?

Nenhuma mulher planeou a actual gravidez.

3.1.2.3. Usava algum método contraceptivo quando engravidou?

84% das inquiridas referiram que usavam algum método contraceptivo quando engravidaram, como demonstra o gráfico 11. Estes 84% representam 21 mulheres.

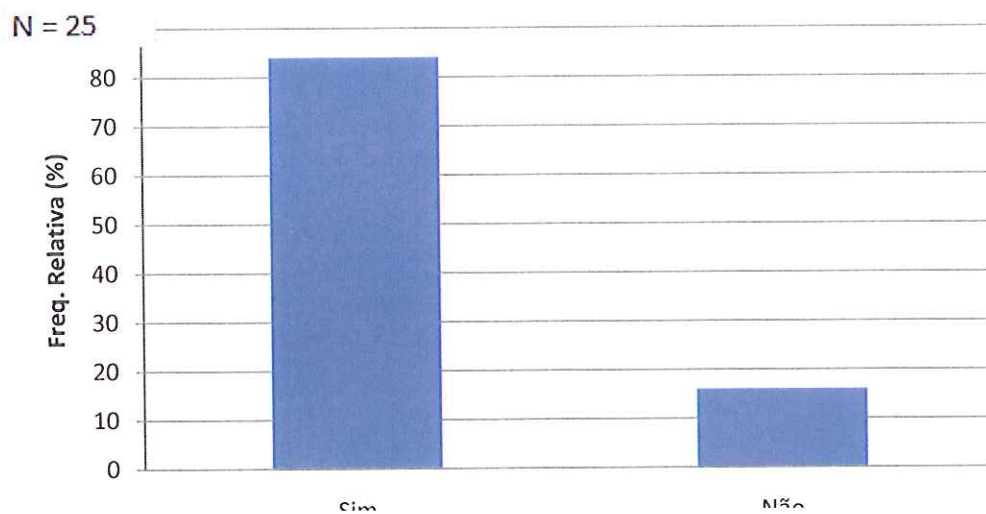


Gráfico 111: Usava algum Método Contraceptivo quando engravidou?

3.1.2.3.1. Que método contraceptivo usava?

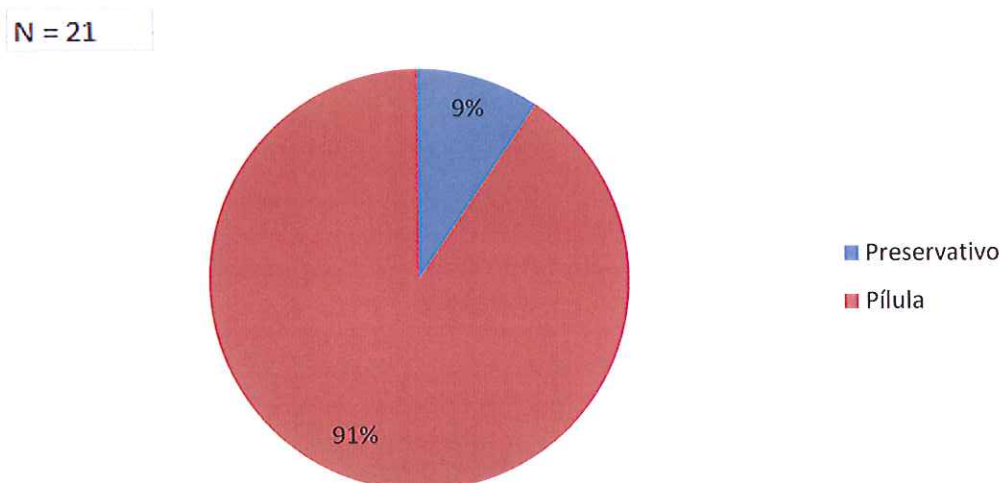


Gráfico 12: Método Contraceptivo utilizado quando engravidou

Ao observarmos o gráfico 12, reparamos que das 21 mulheres que responderam que usavam algum método contraceptivo quando engravidaram, 91% tomavam a pílula e 9% referiram que o companheiro usava preservativo.

3.1.2.3.2. Na sua opinião, porque não resultou?

N = 21

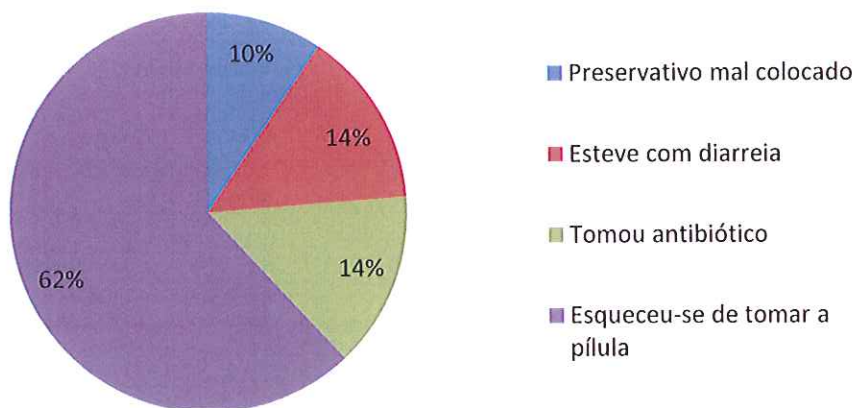


Gráfico 13: Porque não resultou o Método Contraceptivo utilizado

62% das mulheres referiram que se tinham esquecido de tomar a pílula, 14% cada, tomou antibiótico e esteve com diarreia e 10% pensam que o preservativo estava mal colocado, tal como mostra o gráfico 13.

3.1.2.4. Porque decidiu interromper voluntariamente a actual gravidez?

N = 25

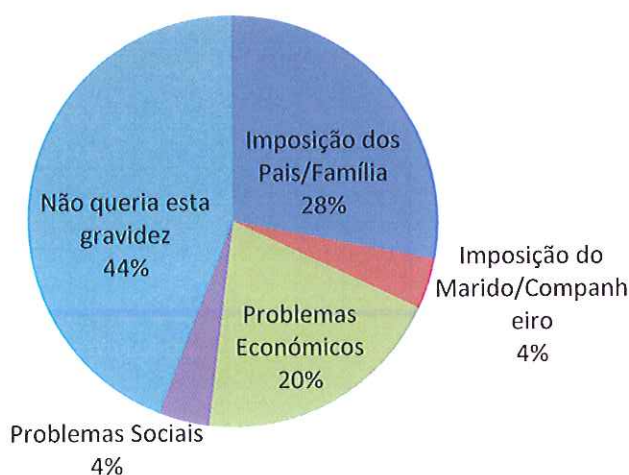


Gráfico 134: Porque decidiu interromper voluntariamente a Gravidez

Ao analisarmos o gráfico 14, percebemos que a maioria das entrevistadas (44%) interrompeu voluntariamente a gravidez porque “não queria esta gravidez”, 28% por “imposição dos pais/família”, 20% por problemas económicos e 4% cada, por “imposição do marido/companheiro” e “problemas sociais”.

3.1.2.5. Foram-lhe equacionadas outras alternativas?

84% das inquiridas referiram que não lhe foram equacionadas outras alternativas à I.V.G., como mostra o gráfico 15.

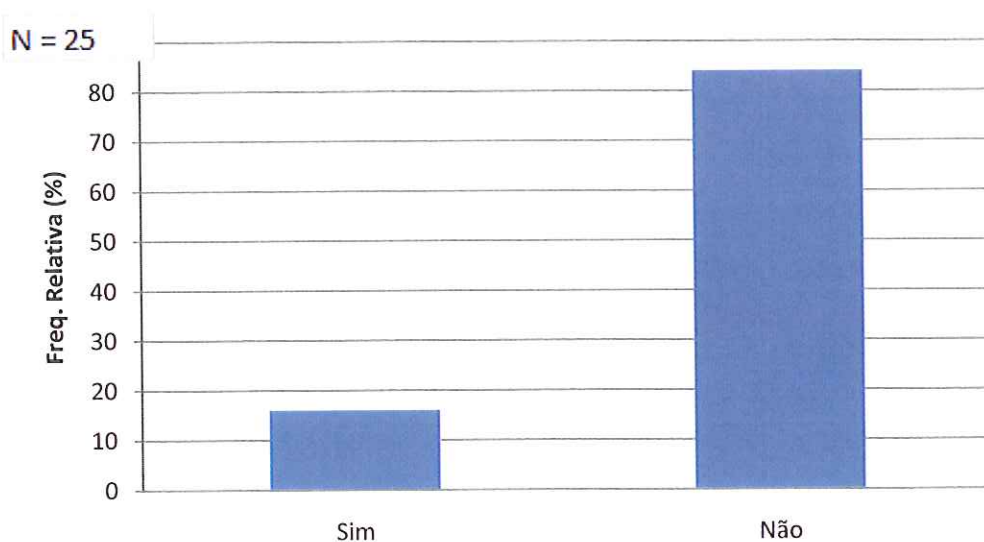


Gráfico 15: Foram-lhe equacionadas outras alternativas?

3.1.2.6. Explicaram-lhe as consequências/complicações da I.V.G.?

A totalidade das mulheres respondeu que lhe explicaram as causas/consequências da I.V.G..

3.1.2.6.1. Quem lhe explicou?

A maioria das entrevistadas (96%), tal como representado no gráfico 16, referiu que as explicações sobre as causas/consequências da I.V.G. foram dadas pela médica, apenas uma entrevistada (4%) disse que já sabia do assunto pois tinha pesquisado na internet.

N = 25

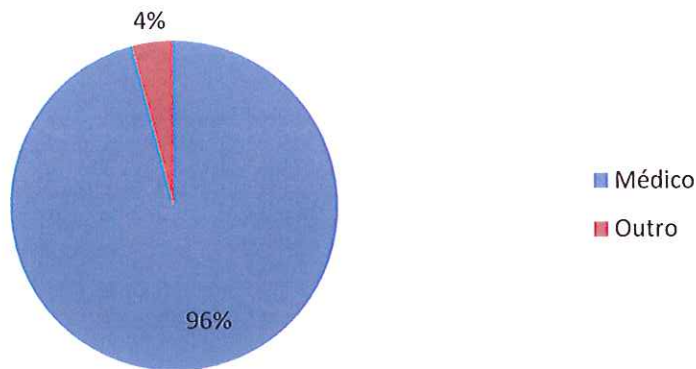


Gráfico 156: Quem explicou as causas/consequências da I.V.G. à mulher

3.1.2.7. Proporcionaram-lhe informação adequada para que pudesse decidir conscientemente e de modo responsável?

A totalidade das mulheres respondeu que lhe tinham proporcionado a informação adequada para que pudesse decidir conscientemente e de modo responsável.

3.1.2.7.1. Quem lhe deu essa informação?

A totalidade das entrevistadas recebeu toda a informação para que pudesse decidir de forma consciente, por parte da médica.

3.1.2.8. Sentiu necessidade de apoio após a sua decisão?

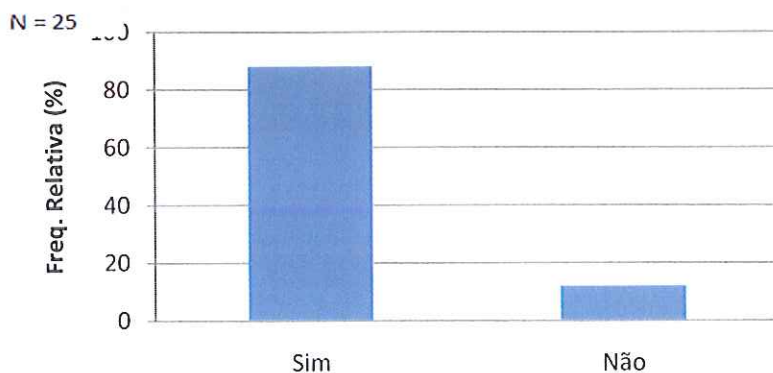


Gráfico 17: Sentiu necessidade de apoio após a decisão?

88% das mulheres refere que sentiu necessidade de apoio após a decisão de interromper a gravidez, como mostra o gráfico 17.

3.1.2.8.1. Recebeu apoio de quem?

N = 22

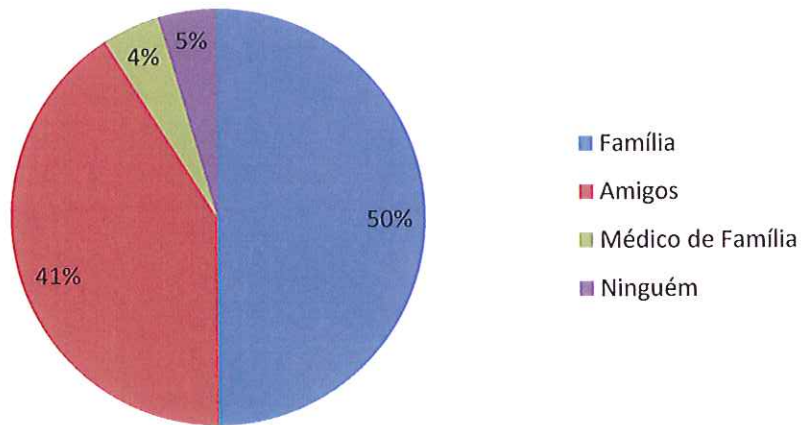


Gráfico18: Quem deu apoio?

Das 22 mulheres que referiram ter necessitado de apoio, metade recebeu esse mesmo apoio da família, 41% dos amigos e 4% do médico de família. Ao observarmos o gráfico 18 percebemos que dessas 22 mulheres, 5% não receberam apoio de ninguém.

3.1.2.9. Se pudesse decidir de novo tomaria a mesma decisão?

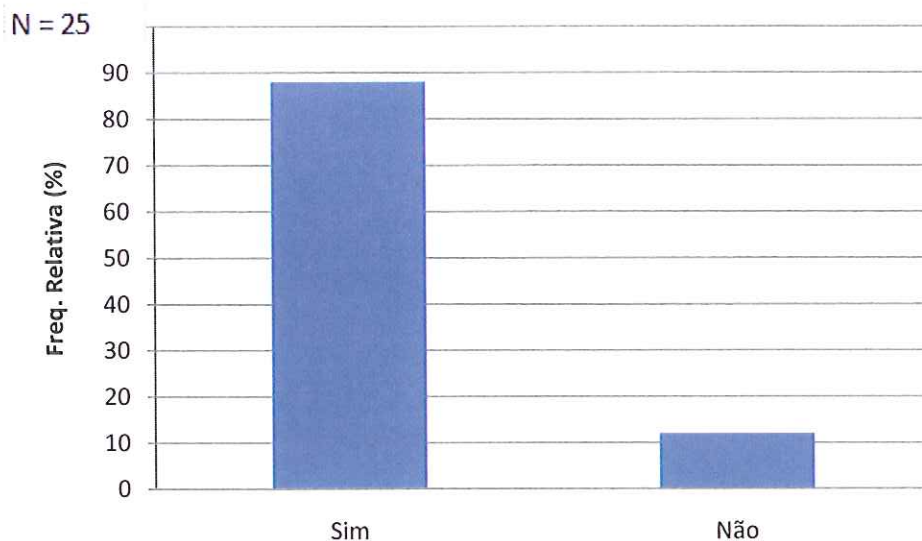


Gráfico 19: Se pudesse decidir de novo, tomaria a mesma decisão?

Quando questionadas sobre se pudessem decidir de novo, se tomariam a mesma decisão, 88% responderam que “sim”, apenas 12% responderam negativamente, como nos mostra o gráfico 19.

3.1.2.9.1. Porquê? (Relativamente à resposta anterior)

Das 22 entrevistadas que responderam afirmativamente à questão anterior, 64% responderam que interrompiam “pelo mesmo motivo referido na questão 4” do questionário e 24% “porque não tinha condições nem maturidade para criar uma criança”. Apenas 12%, não interromperia “porque teria evitado esta situação”, como se observa no gráfico 20.

N = 25

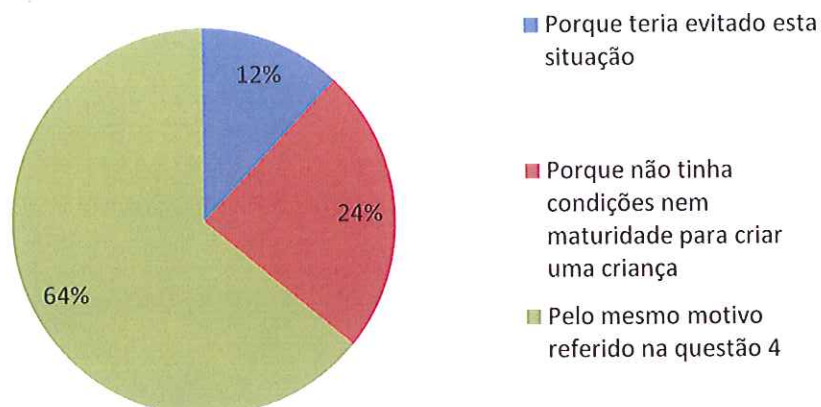


Gráfico 20: Porque tomaria a decisão?

3.1.2.10. Foi encaminhada para alguma consulta de P.F.?

Todas as mulheres responderam que foram encaminhadas para uma consulta de P.F..

3.1. Discussão dos Resultados

Após o tratamento estatístico dos dados e respectiva análise, o presente capítulo consiste na discussão, reflexão e interpretação dos resultados obtidos e, relacioná-los com a fundamentação teórica.

A interpretação dos dados consiste, fundamentalmente, em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com os outros já conhecidos, sejam derivados de teorias, quer sejam estudos realizados anteriormente.

Caracterizando a amostra verificou-se que as mulheres têm idades compreendidas entre os 16 e os 35 anos, tal como no estudo da A.V.A. (2005), em que a maioria, 36%, tinha uma idade compreendida entre os 26 – 30 anos. 44% tinha como habilitações literárias o 12º ano. A maioria das mulheres ainda estudavam (40%), mas o número de empregadas fabris e de mesa também era significativo (44%), sendo que apenas 8% se encontravam desempregadas. Das

inquiridas 64% eram solteiras. O rendimento familiar de grande parte delas (68%) situava-se entre os 801 e os 1200€ mensais. Uma percentagem significativa vivia com os pais (29%) e com os irmãos (21%). Relativamente ao local de residência 56% vivem em zonas rurais e 44% nas cidades.

Relativamente às informações sobre a sexualidade, quando questionadas acerca do início da sua actividade sexual, 48% respondeu que tinha sido aos 16 anos. Todas as inquiridas já tinham utilizado a pílula e só uma é que ainda não tinha utilizado o preservativo, o que me parece relevante uma vez que o uso do preservativo é o único que protege contra as D.S.T.'s. O coito interrompido tinha sido utilizado por 20 mulheres da nossa amostra. Atendendo ao facto de este método ser ineficaz como método contraceptivo é normal que as gravidezes ocorram. A maioria das mulheres deste estudo (80%) estavam grávidas pela primeira vez, as restantes tinham entre um e 3 filhos.

A totalidade desta amostra estava a interromper a gravidez pela primeira vez e em todos os casos ela não tinha sido planeada, sendo que 84% referiram a utilização de um método contraceptivo no momento em que surgiu a gravidez. O esquecimento na toma da pílula, diarreia, tratamento com antibiótico ou má colocação do preservativo (usado por 91% da amostra), seriam a causa da gravidez.

A maioria das entrevistadas (44%) interrompeu voluntariamente a gravidez porque “não queria esta gravidez”, 28% por “imposição dos pais/família” e 20% por problemas económicos, o que vai de encontro com o estudo realizado por Tomé (1997), em que a maioria das mulheres, cerca de 40,3%, abortava por “não querer mais filhos” ou por “não querer filhos para já”(14,3%). A mesma autora referiu que apenas uma pequena parte abortava devido a problemas sócio-económicos.

Tal como no estudo realizado pela A.V.A. (2005), a maioria das inquiridas (84%), mencionaram que não lhes equacionaram outras alternativas à I.V.G., mas que ainda assim, se pudessem voltar atrás tomavam a mesma decisão (88%), pelo mesmo motivo (24%).

Todas receberam informação acerca das consequências e complicações da I.V.G., que lhe foram fornecidas em 96% do casos pela equipe médica. A informação recebida foi

considerada adequada para que pudessem decidir de modo consciente e responsável. Estes resultados diferem dos apresentados pela A.V.A (2005) segundo o qual as mulheres não teriam recebido informação sobre as possíveis sequelas desta intervenção. A necessidade de apoio após a decisão foi sentida por 88% (vinte e duas) mulheres. Os principais elementos de suporte foram a família (50%), os amigos (41%) e o médico de família (4%). Após a interrupção todas as mulheres foram encaminhadas para uma consulta de P.F..

É evidente que a grande maioria destas mulheres assume, como motivação, meros critérios de preferência, prioridade e convivência, independentemente da sua situação profissional, nível sócio-económico e habilitações literárias, tal como em todos os outros estudos. Tomé (1997), por exemplo, conclui que, “(...) a esmagadora maioria das mulheres abortaram independentemente da sua situação profissional, do seu nível sócio-económico, das suas habilitações e até mesmo com fontes de informação próximas ou serviços [de planeamento familiar] disponíveis.” Segundo o mesmo estudo a partir de 1997 uma das razões apontadas para a I.V.G. foi a idade precoce (ser muito jovem).

No estudo acima citado, os problemas económicos vinham como uma das principais razões, logo a seguir ao “era muito jovem”, com 14,1%. Também aqui se apresentam outros dados adicionais, nomeadamente que o chamado “aborto de vão de escada” era uma raridade no panorama da clandestinidade daquela altura, que o aborto vinha diminuindo, ou que a grande maioria dos abortos advinham de relações desprotegidas.

A distância afectiva do casal e o desconhecimento de alternativas à I.V.G. são as principais causas do aborto, tal como concluiu a Associação de Vítimas do Aborto (A.V.A.) em 2005, em Espanha. As razões indicadas por estas mulheres foram múltiplas. Em 95% dos casos, somente 5% teve um motivo apenas para optar pelo aborto. Não obstante, as mulheres valorizaram como factor motivacional determinante do seu aborto a falta de apoio emocional na sua gravidez em dificuldade (casal, pais e amigos, por esta ordem). Além disso, em 99,1% dos casos afirmam desconhecer alternativas, tais como a ajuda social e institucional, ou a adopção, vendo o aborto como a “única possibilidade”.

IV. Conclusão

É com sentida e manifesta satisfação que redijo esta conclusão, uma vez que representa o ultrapassar de mais uma etapa, em todo este percurso formativo.

Sendo a Enfermagem uma profissão cuja finalidade é prevenir a doença, promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidade, é importante referir que esta necessita de um corpo de conhecimentos sólido e de teorias relevantes, que a ajudem a compreender e a poder resolver essa complexidade de problemas e experiências de vida, tanto na saúde como na doença.

Assim, a Enfermagem está cada vez mais envolvida com a elaboração de um corpo científico de conhecimentos relacionados com a sua prática. Neste sentido, a Investigação poderá representar essa ponte entre a teoria e a prática, em produzir cientificamente novos conhecimentos e uma melhor percepção e poder extrair recomendações válidas para futuras intervenções de enfermagem, visando a promoção da qualidade de vida das pessoas.

Na finalização deste trabalho, seguem-se algumas considerações finais sobre o mesmo, no que se refere à concretização dos objectivos, conclusões e resultados de investigação, metodologia, as dificuldades e limitações na sua realização, sugestões e ao que ele representa.

Este estudo teve como objectivo identificar os factores que levam a mulher a interromper voluntariamente a gravidez no C.H.P.V.V.C..

O estudo realizado tratou-se de uma análise descritiva e de natureza transversal. Os dados estatísticos que serviram de suporte para a investigação, foram os questionários aplicados às 25 mulheres que se dirigiram à consulta de I.V.G. durante o mês de Maio de 2009, no C.H.P.V.V.C..

A realização deste projecto de graduação exigiu um empenho e esforço grande, sendo muito gratificante na medida em que me permitiu um enriquecimento pessoal e profissional, permitindo dar resposta ao objectivo do estudo.

Considera-se também necessário revelar algumas das dificuldades sentidas no decorrer do estudo, entre as quais se destaca a escassa bibliografia sobre o tema e o facto de existirem poucos trabalhos de investigação dentro desta problemática e o tempo limite para a realização deste trabalho, que foi muito pouco. Estas dificuldades só contribuíram para que a autora sentisse mais motivação e empenho.

As conclusões deste estudo apontam para a I.V.G. como solução para a gravidez não desejada em geral resultante de um P.F. ineficaz ou não praticado correctamente. O esquecimento é apontado como uma das causas para a falha do contraceptivo e conseqüente gravidez. A decisão de interromper foi a única equacionada e as mulheres não sentem dúvidas quanto á decisão tomada.

Estes resultados vêm alertar-nos para a problemática da E.S. e do P.F. Consideramos que quanto mais cedo os jovens tiverem acesso á formação em sexualidade menores serão os riscos de uma gravidez indesejada. Preparar os jovens para uma vivência da sua sexualidade de modo responsável e seguro é tarefa de toda a sociedade, mas de um modo particular dos profissionais a quem cabe a importante responsabilidade de promover a saúde da população. È necessário desenvolver estratégias que aproximem os jovens dos serviços de saúde, criar espaços onde eles se sintam á vontade para pedir informações e esclarecer dúvidas num clima de privacidade, confiança e respeito. A I.V.G. não pode, nem deve transformar-se num método de planeamento familiar. Os enfermeiros devem assumir um papel activo e de liderança na promoção da saúde sexual e da maternidade responsável.

Terminado este trabalho tenho consciência que outros aspectos poderiam ser explorados ou melhor aprofundados, mas de um modo geral considero que consegui atingir os objectivos que me propus: conhecer os factores que levam as mulheres a interromper voluntariamente uma gravidez.

Seria interessante dar continuidade a este trabalho utilizando uma amostra mais significativa e explorando o follow-up na I.V.G.. Penso que seria importante conhecer as repercussões da I.V.G. na vida destas mulheres, investigar a sua adesão ao planeamento familiar e se existe tendência para a repetição da experiência.

Depois de tudo isto, posso afirmar com grande satisfação, que todo este processo, foi um propulsor de experiências, conhecimentos, contactos, alegrias e alguma ansiedade, mas com um balanço extremamente positivo, representando este resultado final todo o empenho neste trabalho.

Bibliografia

Aldeia, S.A.. 21 06. 2007. Aldeia, Coimbra. S.D:

<http://vida.aaldeia.net/desenvolvimentoembrionario.htm>;

Bello, P., Dolto, C. e Schiffman, A. (1984). *Contracepção, Gravidez e Aborto*. Lisboa: Publicações D. Quixote;

Bobak, I., Lowdermilk, D. e Jensen, M. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda;

Correia Gomes, F. e Mendes, V. (2007). *O Aborto e a IVG: O Sim e o Não*. Porto: Legis Editora;

Coleman, P. K., Reardon, D. C., Rue, V. M., & Cogle, J. (2002). State-funded abortions versus deliveries: A comparison of outpatient mental health claims over 4 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72 (1), 141-152;

Cosme, M., & Leal, I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio pós-traumático de stress. *Análise Psicológica*, 16 (3), 447-462;

Decreto de Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), Art.º 4.º;

Direcção Geral de Saúde. (2001). *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde;

Direcção-Geral Da Saúde (Circular Normativa N° 09/SR). Beatriz P. Calado. 21 06. 2007. Direcção-Geral da Saúde, Lisboa. 10 04. 2009 <http://www.dgs.pt/>;

Direcção-Geral Da Saúde (Circular Normativa Nº 10/SR). Beatriz P. Calado. 21 06. 2007.
Direcção-Geral da Saúde, Lisboa. 10 04. 2009 <http://www.dgs.pt/>;

Direcção-Geral Da Saúde (Circular Normativa Nº 11/SR). Beatriz P. Calado. 21 06. 2007.
Direcção-Geral da Saúde, Lisboa. 10 04. 2009 <http://www.dgs.pt/>;

Diário Da República Electrónico. Ministério Saúde. 21 06. 2007. Diário da República,
Lisboa. 10 04. 2008 <http://dre.pt/pdf1s/2007/07/13501/0000200003.pdf>;

Ferreira, Cristiane *Site Médico*. Site Médico, 2009. Web. 15 07. 2009
<http://www.sitemedico.com.br/sm/materias/index.php?mat=785>;

Fonseca, L., Soares, C. e Vaz, J. M. (2003). *A Sexologia – Perspectiva Multidisciplinar*.
Coimbra: Quarteto Editora;

Fortin, Marie F.(2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures:
Lusociência.

Frede, A., Marques, A. M., Alverca, C. e Vilar, D. (1996). *Educação Sexual na Escola – Guia
para professores, formadores e educadores*. 2ª Edição. Lisboa: Texto Editora;

Galvão, P. (2005). *A Ética do Aborto*. Dinalivro;

Garcia, S. M. – Asociación de Víctimas del Aborto (2007). *Eu Abortei – Testemunhos Reais
de Abortos Provocados*. Parede: Principia;

Hemmerling, A., Siedentopf, F., e Kentenich, H. (2005). Emotional impact and acceptability
of medical abortion with mifepristone: A German experience. *Journal of Psychosomatic
Obstetrics & Gynecology*, 26 (1), 23-31;

Juntos Pela Vida. Juntos pela Vida, 17 04. 2009. Web. 10 02. 2009
<http://www.juntospelavida.org/argumentario.html>;

Kohner, N. e Mares, P. (1998). *Guia da Gravidez*. Mem Martins: Lyon Multimédia Edições, Lda;

Koogan, Larousse, Selecções. (1981). *Dicionário Enciclopédico*. Lisboa: Selecções do Reader's Digest;

Machado, José P. *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*. Lisboa: Amigos do Livro Editores, Lda;

Moreno, A. (2004). *Ética em Tecnologias da Saúde*. Lisboa: Medilivro;

Neves, J. C. das (2007). *Aborto – Uma Abordagem Serena*. Parede: Principia;

Noya, A., e Leal, I. (1998). *Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico?*. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 431-439. Lisboa: ISPA;

Nunes, C. A. (1997). *Desvendando a Sexualidade*. 2ª Edição. Papyrus;

Oliveira da Silva, M. (2005). *Sete Teses sobre o Aborto*. Lisboa: Caminho;

O.M.S. – *A Carta de Otawa. um novo conceito: a promoção da saúde*. Boletim de Saúde Panamericana, 1987;

Pinto, A. C. (1990). *Metodologia de Investigação Psicológica*. Porto: Edição Jornal de Psicologia;

Potter, P. e Perry, A. (1997). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processo e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;

Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva;

Rezende, J. e Montenegro, C. (2003). *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.;

Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores.

Rosa, C. (2005). Em Detalhe. *Notícias Magazine*, (705/11), p. 30;

Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J., e Reardon, D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit*, 10, SR5-S16;

Russo, N. F., e Zierk, K. L. (1992). Abortion, Childbearing and Women's Well-Being. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23 (4), 269-280;

Sá, E., Lúcio, L., Gaspar, F. e Mascarenhas, O. (2003). *Quero-te: Psicologia da Sexualidade*. Coimbra: Quarteto Editora;

Sprinthall, N. A. e Collins, W. A. (2003). *Psicologia do Adolescente – Uma Abordagem Desenvolvimentista*. 3ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;

Sprinthall, N. A. e Sprinthall, R. C. (1993). *Psicologia Educacional – Uma Abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw-Hill;

Stoppard, M. (2004). *Contraceção, Gravidez e Parto*. Porto: Dorling Kindersley – Civilização Editores, Lda.

Tavares, M. (2003). *Aborto e Contraceção em Portugal*. Lisboa: Livros Horizonte.

Anexos

Anexo I: Instrumento de Colheita de Dados (Questionário)

Nota Introdutória

A Ana Matilde Macedo Azevedo Costa, aluna do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Escola Superior de Saúde, encontra-se a realizar um trabalho de investigação, indispensável para o término da licenciatura, com o título: “Factores que levam a mulher a interromper voluntariamente a gravidez: um estudo no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde”, cujo objectivo é: identificar os factores que levam a mulher a interromper voluntariamente a gravidez, no Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Para tal, solicita a sua preciosa e indispensável colaboração no preenchimento do seguinte questionário.

O questionário é anónimo e confidencial pelo que não deve identificar-se em nenhuma das partes.

O preenchimento do mesmo, demora, em média, 10 minutos.

Indicações para o preenchimento do questionário:

Nas perguntas com varias escolhas, assinale com uma X no quadradinho correspondente à sua opinião.

Nas outras perguntas descreva a sua opinião.

Grata pela preciosa e indispensável colaboração.

A Aluna

(Ana Matilde Macedo Azevedo Costa)

I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Idade: _____ (anos)

2. Escolaridade:

1º ciclo (4º ano)

2º ciclo (6º ano)

3º ciclo (9ºano)

Ensino Secundário (12º ano)

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

3. Profissão: _____

4. Situação Actual: _____

5. Estado Civil:

Solteira

Casada/União de Facto

Divorciada

Viúva

6. Rendimento Familiar:

menos que 400 €

de 401 a 800 €

de 801 a 1200 €

mais de 1200 €

7. Composição do agregado familiar (pode escolher mais do que uma opção):

Sozinha

Marido/Companheiro

Pais

Irmãos

Filhos. Quantos? _____

Outros. Quais? _____

8. Local de Residência:

Rural

Urbana

II – INFORMAÇÕES SOBRE A SEXUALIDADE

1. Com que idade iniciou a sua actividade sexual? _____ Anos

2. Que métodos contraceptivos já utilizou?

Preservativo

Pílula

Anel Vaginal

Espermicidas

Adesivo Contraceptivo

DIU

Coito Interrompido

Temperatura Basal

Outros. Quais? _____

3. Já esteve grávida anteriormente? Sim Não

Se sim, quantas vezes? _____

III – INFORMAÇÕES SOBRE A INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

1. Já interrompeu de forma voluntária a gravidez, anteriormente? Sim Não

Se sim, com que idade? _____ Anos.

2. Qual o motivo?

Conselho Médico

Imposição dos Pais/Família

Imposição do Marido/Companheiro

Violação

Problemas Económicos. Quais? _____

Problemas Sociais. Quais? _____

Não queria a gravidez

Não gostava do companheiro

Foi uma relação ocasional

Não era o sexo desejado

Desconhecia o pai da criança

Falta de Informação

Outros. Quais? _____

2. A actual gravidez foi planeada? Sim Não

3. Usava algum método contraceptivo quando engravidou? Sim Não

3.1 Se sim, qual? _____

3.2 Se usava na sua opinião porque não resultou? _____

4. Porque decidiu interromper voluntariamente a actual gravidez?

Conselho Médico

Imposição dos Pais/Família

Imposição do Marido/Companheiro

Violação

Problemas Económicos. Quais? _____

Problemas Sociais. Quais? _____

Não queria esta gravidez

Não gostava do companheiro

Foi uma relação ocasional

Não era o sexo desejado

Desconhecia o pai da criança

Falta de Informação

Outros. Quais? _____

5. Foram-lhe equacionadas outras alternativas? Sim Não

6. Explicaram-lhe as consequências/complicações da interrupção voluntária da gravidez? Sim Não

Por quem?

Médico

Enfermeiro

Assistente Social

Psicólogo

Outro. Quem? _____

7. Proporcionaram-lhe informação adequada para que pudesse decidir conscientemente e de modo responsável? Sim Não

Quem lhe deu essa informação?

Médico

Enfermeiro

Assistente Social

Psicólogo

Outro. Quem? _____

8. Sentiu necessidade de apoio após a sua decisão? Sim Não

Recebeu apoio de quem? _____

9. Se pudesse decidir de novo, tomaria a mesma decisão? Sim Não

Porquê?

10. Foi encaminhada para alguma consulta de planeamento familiar? Sim Não

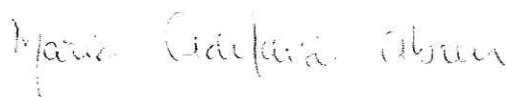
Anexo II: Autorização do C.H.P.V.V.C. para aplicação do questionário

Declaração

Declara-se para aos devidos efeitos que por deliberação do Conselho de Administração de 29-04-2009 e após parecer favorável da Comissão de Ética foi autorizado a Ana Matilde Macedo Azevedo Costa, aluna do 4º. ano da licenciatura em Enfermagem da Universidade Pessoa, a fazer a recolha de dados através da aplicação de um questionário na Consulta Externa de Ginecologia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde , subordinado ao tema “*Factores que levam a mulher a interromper voluntariamente a gravidez*” .

CHPVVC, E.P.E. 29-04-2009

O Secretariado do Conselho de Administração



CENTRO HOSPITALAR
Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.