



Escola Superior de Saúde Atlântica
14º Curso de Licenciatura em Enfermagem
Ano Letivo 2017/2018
Unidade Curricular de Ciclos Temáticos

**Motivos que levam as mulheres a optarem pela Interrupção Voluntária da Gravidez:
Revisão Integrativa da Literatura**

Reasons that make women decide on deliberate termination of a human pregnancy:
Integrative Revision of Literature

Elaborado por:

Cláudia Alves Máximo, nº 201492698
Inês Filipa Moreno Canhoto, nº 201492748

Orientado por:

Prof^ª. Doutora Joana Mendes Marques

Co-orientado por:

Prof^ª. Doutora Dora Carteiro

Barcarena,

junho de 2018

Escola Superior de Saúde Atlântica
14º Curso de Licenciatura em Enfermagem
Ano Letivo 2017/2018
Unidade Curricular de Ciclos Temáticos

**Motivos que levam as mulheres a optarem pela Interrupção Voluntária da Gravidez:
Revisão Integrativa da Literatura**

Reasons that make women decide on deliberate termination of a human pregnancy:
Integrative Revision of Literature

Trabalho realizado com a finalidade de avaliação de uma Unidade Curricular, com vista à
conclusão do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Elaborado por:

Cláudia Alves Máximo, nº 201492698
Inês Filipa Moreno Canhoto, nº 201492748

Orientado por:

Prof^ª. Doutora Joana Mendes Marques

Co-orientado por:

Prof^ª. Doutora Dora Carteiro

Barcarena,

junho de 2018

As autoras são as únicas responsáveis pelas ideias expressas neste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Na primeira pessoa do plural queremos agradecer a todos os familiares, amigos e colegas, que nos permitiram chegar até aqui, e que nunca nos deixaram desistir ao longo destes quatro anos de Licenciatura:

Aos nossos pais, pelo esforço que fizeram por todas as vezes que estivemos ausentes, recebendo-nos sempre com o mesmo amor,

À nossa família pelo apoio e carinho transmitido,

Ao Santiago, por nos fazer renascer e por trazer luz aos nossos dias,

Ao Nuno e à Daniela, por serem irmãos presentes e incansáveis,

Ao André, pelo amor e muita paciência enquanto namorado de uma e grande amigo de outra,

À Liliana, (que apesar de longe esteve sempre por perto) pela ajuda na tradução para língua Inglesa,

Aos nossos amigos, por todas as vezes que nos fizeram espalhar nos momentos mais difíceis,

Aos nossos colegas, pelo companheirismo e proximidade dentro e fora da sala de aula,

À Professora Joana Marques, pela atenção, dedicação, preocupação e profissionalismo a qualquer altura,

À Bela, à Carlota, à Júlia e à Pitucha, amigas de quatro patas, pela alegria e conforto que nos transmitiram nos bons e maus momentos,

Aos Professores e Enfermeiros, que nos acompanharam ao longo desta caminhada, por nos fazerem crescer enquanto estudantes, mas, acima de tudo, enquanto pessoas e futuras Enfermeiras,

Por fim, mas não menos importante: uma à outra pelo apoio constante, confiança depositada e amizade incondicional durante estes 7 anos enquanto amigas, mas, acima de tudo, como duas irmãs,

Obrigada do fundo do coração!

“A esperança é fruto da conjunção entre a fé e o amor. Fé desprovida de amor provoca o aborto da esperança.”

Hermes Fernandes

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

APF- Associação para o Planeamento da Família

CLA- Comissão de mulheres pela Legalização do Aborto e em defesa de uma maternidade consciente

CNAC- Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção

DGS- Direção-Geral da Saúde

IG- Interrupção da Gravidez

IVG- Interrupção Voluntária da Gravidez

JBI- Joanna Briggs Institute

MODAP- Movimento de Opinião pela Despenalização do Aborto em Portugal

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCP- Partido Comunista Português

PS- Partido Socialista

RIL- Revisão Integrativa da Literatura

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

A Interrupção Voluntária da Gravidez ou Aborto Induzido é ainda atualmente um procedimento bastante realizado em Portugal, apesar de ter vindo a sofrer um decréscimo desde o ano de 2011, ano em que se atingiu o maior número desde que esta prática foi legalizada no país. As dificuldades sentidas pelos Enfermeiros no cuidar às mulheres que optam por interromper uma gravidez, devido a possivelmente não compreenderem os motivos que as levam a tal decisão, são notórias tanto em Portugal como em vários outros países.

Assim, definiu-se como objetivo geral para este estudo “Identificar quais os motivos que levam as mulheres a optarem pela Interrupção Voluntária da Gravidez”, que irá dar resposta à questão de investigação.

O tipo de estudo selecionado foi a Revisão Integrativa da Literatura, tendo os artigos sido nomeados através das bases de dados IBECs; CINAHL Complete; Library, Information Science & Technology Abstracts e MEDLINE Complete; bem como nas plataformas SciELO; EBSCO Host; Google Académico e BVS. Esta pesquisa foi efetuada entre janeiro e março de 2018, tendo como critérios de inclusão artigos publicados com idioma português, inglês e espanhol e disponibilidade de texto integral, com um limite temporal de 9 anos. Foram utilizados como descritores: abort, induced; motivation; women; reason. O presente estudo tem como amostra oito artigos, metade em língua portuguesa e outra metade em língua inglesa.

Como resultados, as mulheres enunciaram um total de 58 diferentes motivos que as levaram a induzir o aborto e que foram categorizados em três grandes áreas, sendo elas: motivos relacionados com a mulher, motivos relacionados com os outros e outros motivos. No entanto, os que foram mais destacados encontravam-se intimamente relacionados com o parceiro, tais como: falta de apoio por parte deste, instabilidade e casualidade da relação amorosa, violência doméstica (sexual, física, psicológica e coerção sexual) e bebé não desejado pelo parceiro.

Em conclusão, percebeu-se que o número de motivos era elevado e multifatorial, demonstrando assim a importância do conhecimento destes por parte dos Enfermeiros, de forma a que estes possam cuidar destas mulheres de uma forma mais informada e personalizada.

Palavras-Chave: abort, induced; motivation; women; reason

ABSTRACT

The deliberate termination of human pregnancy or abortion is still a recurrent procedure in Portugal even though it's proved to be decreasing since 2001, the year when this procedure reached it's peak since it became legal in the country. Difficulties felt by nursing staff when in care of individuals that opted for the abortion procedure were evident both in Portugal and other countries. These difficulties are deeply related to the fact that most nurses could not relate with or understand the choice of the patients had taken.

For that reason we defined as our main goal of study "The identification of the motives that make women choose the deliberate termination of a human pregnancy", giving answers to that investigation.

The type of selected study was the Integrative Revision of Literature. Data was selected from the data base IBECs, CINAHL Complete; Library, Information Science & Technology Abstracts and MEDLINE Complete and online platforms such as SciELO, EBSCO Host; Google Académico and BVS. This research was conducted between January and March 2018, taking in consideration articles published in three different languages - Portuguese, English and Spanish. These were available in full text, with a maximum temporal limit of nine years. We also used as descriptors the terms: abort, induced; motivation; women; reason. The present dissertation uses a sample of eight articles, half written in Portuguese language, half in English.

Results show that women mentioned a total of 58 different reasons that made them choose the termination of their pregnancy. These reasons were categorized in three big areas, those being: motives related to the woman, motives related to others and other motives. However, we can highlight motives intimately related to the partner as lack of support, causality and or instability in the relationship, domestic abuse (sexual, physical, physiological or sexual coercion) or the child being undesired by the partner.

In conclusion, it was perceived that the number of motives were high, diverse and multifactorial, showing the importance of the nurses knowledge of them. Being aware of those reasons will help the staff provide the right care for these women in a tend, personalized way.

Key-words: abort, induced; motivation; women; reason

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| 1. REVISÃO PRELIMINAR DE LITERATURA | 5 |
| 1.1. A Saúde Reprodutiva e a Gravidez | 5 |
| 1.2. A Interrupção Voluntária da Gravidez/ Aborto Induzido | 6 |
| 1.3. A Evolução Histórica da Interrupção Voluntária da Gravidez e a sua Legislação em Portugal | 8 |
| 1.4. Prevalência do Aborto no Mundo | 12 |
| 1.5. Motivos da Interrupção Voluntária da Gravidez e Prevalência em Portugal..... | 13 |
| 1.6. Métodos para a Indução do Aborto..... | 13 |
| 1.7. Complicações Relacionadas com a Interrupção da Gravidez | 15 |
| 1.8. Sentimentos e Emoções da Mulher em Processo de Interrupção Voluntária da Gravidez | 16 |
| 1.9. Cuidados de Enfermagem no Processo de IVG..... | 17 |
| 1.9.1. Cuidados de Enfermagem durante o período pré-IVG..... | 17 |
| 1.9.2. Cuidados de Enfermagem durante o processo da IVG | 18 |
| 1.9.3. Cuidados de Enfermagem após o processo da IVG | 18 |
| 1.10. O Pai no Processo da Interrupção Voluntária da Gravidez | 19 |
| 2. JUSTIFICAÇÃO/ PERTINÊNCIA DO TEMA | 21 |
| 3. MATERIAL E MÉTODOS..... | 23 |
| 3.1. Importância da Investigação em Enfermagem..... | 23 |
| 3.2. Caracterização do Estudo..... | 23 |
| 3.3. Questão e Objetivo de Investigação..... | 24 |
| 3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão..... | 25 |
| 3.5. Procedimentos de Recolha de Artigos | 26 |
| 3.5.1. Estratégia de pesquisa | 26 |
| 3.6. Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos..... | 27 |
| 3.7. Considerações Éticas | 27 |

| | |
|--|-----------|
| 4. RESULTADOS..... | 29 |
| 4.1. Síntese de Dados | 29 |
| 5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS | 41 |
| 5.1. Motivos Relacionados com a Mulher | 43 |
| 5.1.1. Motivos financeiros e socioeconómicos | 43 |
| 5.1.2. Motivos relacionados com formação/carreira profissional | 44 |
| 5.1.3. Motivos relacionados com a saúde e opções da mulher..... | 46 |
| 5.1.4. Motivos relacionados com a saúde reprodutiva | 49 |
| 5.2. Motivos Relacionados com os Outros | 51 |
| 5.2.1. Motivos relacionados com a existência de outros filhos..... | 51 |
| 5.2.2. Motivos relacionados com família/amigos | 53 |
| 5.2.3. Motivos relacionados com o parceiro | 54 |
| 5.3. Outros Motivos | 56 |
| 5.3.1. Motivos relacionados com a sociedade | 56 |
| 5.3.2. Motivos relacionados com o feto | 57 |
| 5.3.3. Violência e agressão sexual..... | 58 |
| 5.4. Implicações para a Enfermagem..... | 58 |
| 5.5. Recomendações | 61 |
| 6. CONCLUSÃO | 63 |
| REFERÊNCIAS | 65 |
| APÊNDICES | 77 |
| Apêndice 1– Grelhas de avaliação de qualidade metodológica desenvolvidas por JBI | 79 |
| Apêndice 2 – Resumo dos Dados Extraídos dos Artigos | 91 |
| Apêndice 3 – Resultados Categorizados..... | 115 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1- Processo de Identificação e Inclusão dos Estudos - PRISMA Diagram flow | 29 |
| Figura 2 - Cronograma | 116 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1- Definição da Questão de Investigação | 25 |
| Tabela 2 - Critérios de Inclusão e de Exclusão | 26 |
| Tabela 3 - Síntese de Dados | 36 |
| Tabela 4- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 1 | 79 |
| Tabela 5- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 2 | 81 |
| Tabela 6- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 3 | 82 |
| Tabela 7- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 4 | 83 |
| Tabela 8- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 5 | 85 |
| Tabela 9- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 6 | 87 |
| Tabela 10- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 7 | 88 |
| Tabela 11- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 8 | 89 |
| Tabela 12- Resumo dos Dados Extraídos dos Artigos | 91 |
| Tabela 13- Resultados Categorizados..... | 115 |

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Ciclos Temáticos”, inserida no plano de estudos do 2º semestre, do 4º ano, do 14º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, foi sugerida a realização de um trabalho final de curso de Licenciatura em Enfermagem, com o objetivo de capacitar os estudantes para o uso de ferramentas e de técnicas de produção de conhecimento em Enfermagem. O tema para a investigação deveria surgir de uma área de interesse por parte dos autores e o tipo de estudo seria também de escolha livre por parte dos mesmos. A finalidade do presente trabalho final de curso é a conclusão da já referida unidade curricular, bem como a obtenção do grau académico de Licenciatura em Enfermagem.

Devido ao facto de acompanharmos durante a nossa vida pessoal e também académica vários casos de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), torna-se interessante estudar esta área. Ao longo da nossa permanência em locais de Ensino Clínico verificámos que, mesmo dentro da área da Enfermagem, ainda existem profissionais de saúde incorretamente esclarecidos quanto aos motivos para a opção destas mulheres. Sendo assim, consideramos importante sensibilizar os Enfermeiros para esta problemática, de modo a melhorar o cuidar de Enfermagem durante todo o processo de IVG.

A investigação centra-se na mulher que realiza IVG, visto este ser um procedimento com relativa prevalência em Portugal, embora, na nossa opinião, seja ainda pouco abordado e esteja associado a um grande estigma por parte da sociedade.

A IVG tem sofrido uma redução ao longo dos últimos anos. Este decréscimo iniciou-se a partir do ano de 2011, ano em que se atingiu o maior número de interrupções da gravidez (20504). A redução dos casos está relacionada com o crescente uso de métodos contraceptivos (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) informa que o número de IVG, sem motivo descrito, no ano de 2013 foi de 18281 casos, no ano de 2014 de 16762, em 2015 foi de 16652 e por fim, no ano de 2016 de 15959 casos (Direção-Geral da Saúde, 2017). Visto ser um número bastante elevado, torna-se pertinente perceber quais os motivos que levam as mulheres a não avançarem com a gravidez.

Toda e qualquer mulher que se submete a uma IVG, tem sempre associado a isso histórias de vida ou motivos, não sendo essa apenas uma decisão de carácter individual. “São várias as causas e os motivos que podem levar à interrupção da gravidez, quer espontaneamente, quer por indução” (Clínica dos Arcos, 2018).

Em consequência dessa decisão, são gerados sentimentos de culpa ou medo devido ao estigma existente na sociedade acerca da temática, bem como preocupação com a impossibilidade de nova gestação futuramente ou da ocorrência de complicações (Mariutti, Almeida & Panobianco, 2007).

A mulher sente-se ainda envergonhada face à exposição e juízo que faz sobre si própria, mas, acima de tudo, idealiza o julgamento que receberá por parte dos outros, especialmente pela equipa de saúde que a assiste e pela sua família (Souza & Diniz, 2011). A equipa de saúde (principalmente o Enfermeiro que trabalha na linha da frente com a mulher em processo de aborto induzido) é a que norteia o cuidado através da segurança e do vínculo que oferece (Santana, Santos & Pérez, 2015). As mulheres resguardam-se por não conseguirem estabelecer uma relação de confiança com os profissionais de saúde devido à incompreensão dos mesmos que julgam o ato criminoso (Mariutti et al., 2007).

O exercício profissional em Enfermagem tem como base o respeito pelos direitos e dignidade da pessoa humana sem discriminação de qualquer fonte, logo, as mulheres que se submeteram a um aborto induzido devem ter garantidos o acesso aos serviços de saúde, privacidade e atenção de qualidade perante vulnerabilidade física ou emocional (Soares et al., 2012).

O Enfermeiro deve compreender o aborto induzido no contexto de vida das mulheres, tendo em consideração que as mesmas têm hábitos, valores, modos de ser e condições socioeconómicas que interferem nas suas vidas. Contudo, as mulheres apontam negatividade às atitudes por parte dos Enfermeiros no período após aborto induzido, tais como desrespeito, desconsideração pelas suas necessidades, cuidado lento e demorado e falta de informação (Mariutti et al., 2007). As mulheres sentem-se ainda vítimas de preconceito por um atendimento discriminatório, estigmatizado e punitivo (Lemos & Russo, 2014). Numa grande parte das vezes, os Enfermeiros priorizam os cuidados às puérperas, gestantes de alto risco e parturientes, demonstrando mais uma vez discriminação e diminuindo a qualidade de assistência às mulheres submetidas a IVG (prestada com insegurança), demonstrando assim que estão despreparados para lidarem com esta situação (Santana et al., 2015).

Considerando esta uma temática atual e com uma enorme relevância na área da Enfermagem, começamos por definir um problema, pois segundo Fortin (2006), a identificação do problema de investigação é a primeira etapa de um projeto de investigação, estando este interligado com uma problemática que cativa a curiosidade do investigador.

Face à nossa prática clínica enquanto estudantes e à literatura consultada, consideramos emergente dar resposta ao seguinte problema: as dificuldades apresentadas pelos Enfermeiros no cuidar às mulheres que realizam IVG por possivelmente não compreenderem os motivos que as levam a essa tomada de decisão.

Face ao problema apresentado, foi definido como objetivo geral: identificar quais os motivos que levam as mulheres a optarem pela IVG.

Tendo em conta o objetivo geral definido para este estudo, surgiu a seguinte questão de investigação: “Quais os motivos que levam as mulheres a optarem pela interrupção voluntária da gravidez?”. A questão apresentada foi formulada através do método PICo alicerçado pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (2011).

O tipo de estudo utilizado no presente trabalho final de curso de Licenciatura em Enfermagem para dar resposta a esta questão, é uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), que permite compreender o que tem sido estudado, tendo por base a revisão da melhor evidência científica.

No que concerne à estrutura geral do trabalho, este iniciar-se-á com a introdução, seguido da revisão preliminar de literatura - onde estará reunida toda a informação acerca do problema em estudo, abordando investigações anteriores realizadas dentro da área da IVG/ aborto induzido e os vários conceitos considerados pertinentes face à temática. Seguidamente, será apresentada a justificação assim como a pertinência do estudo. Imediatamente a seguir, encontrar-se-á o capítulo de material e métodos, onde estará caracterizado o tipo de estudo assim como as etapas de uma RIL. Logo de seguida, serão apresentados os resultados deste estudo.

Seguidamente, apresentar-se-á o capítulo de discussão de resultados, onde se confrontará os resultados encontrados com a restante literatura encontrada acerca da temática. Este capítulo demonstrará ainda a importância e o contributo da temática e dos resultados obtidos para a Enfermagem, contendo ainda as implicações para a mesma, bem como as recomendações para novas investigações. Por fim, encontrar-se-á presente neste trabalho as principais conclusões em resposta à questão de investigação e aos objetivos traçados, as limitações, e finalmente, os apêndices.

Este trabalho foi realizado segundo o Guia para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações – Normas APA presentes no Guia da Escola Superior de Saúde Atlântica (2018) e segundo o novo acordo ortográfico.

1. REVISÃO PRELIMINAR DE LITERATURA

1.1. A Saúde Reprodutiva e a Gravidez

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, aprovado no Cairo em 1994, defende que todos os seres humanos têm direito a uma vida sexual que lhes seja satisfatória e segura e que podem decidir se, quando e com que frequência querem ter filhos, estando esses direitos enquadrados no âmbito da Saúde Reprodutiva (Direção-Geral da Saúde, 2018).

Segundo a DGS (2018), a Saúde Reprodutiva:

pressupõe o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais (Saúde Sexual e Reprodutiva. Planeamento Familiar., p. 1)

Segundo Piccinini, Grill Gomes, De Nardi & Sobreira Lopes (2008) tendo por base Brazelton & Cramer (1992), Klaus & Kennel (1992), Szejer & Stewart, (1997), Stern (1997), Missonnier & Solis-Ponton (2004) e Aragão (2006), a maternidade tem início antes da fase da concepção, ou seja, começa nas primeiras relações e identificações da mulher, passa pela infância, adolescência, desejo de ser mãe e termina com a gravidez, sendo esta última fase, a preparação psicológica para o final do processo de maternidade. Ainda segundo estes autores, para a maternidade contribuem fatores transgeracionais e culturais que estão dependentes do que a família e a sociedade esperam de uma menina e de uma mulher.

O processo de gravidez é compreendido da mesma forma por vários autores, sendo que Gamanho (2011, p.161) vem corroborar a anterior afirmação, mencionando que “a gravidez transcende o momento da concepção, assim como a maternidade transcende o momento do parto”. Esta mesma autora, baseada em Canavarro (2001) acrescenta ainda que “mais do que acontecimentos e embora com durações temporais diferentes, a gravidez e a maternidade são processos, processos estes dinâmicos, de construção e desenvolvimento” (Gamanho, 2011, p.79).

A gravidez é o “resultado da reprodução humana e tem uma duração de aproximadamente 40 semanas, durante o qual se promove o desenvolvimento embrionário e posteriormente o fetal até ao seu término” (Palma, 2017, p.4, baseada em Carlson, 1999).

Braden (2000), corrobora referindo que a gravidez corresponde à etapa que se inicia na fecundação e termina no nascimento e que dura aproximadamente 40 semanas. Gamanho (2011) com base em Canavarro (2001) suporta a afirmação anterior, pois defende que a gravidez medeia a concepção e o parto e que dura 40 semanas, sendo assim um processo bem delimitado a nível de tempo.

Como Silveira & Ferreira (2016), apontam com base em Brazelton (1994), Camarneiro (1998), Rato (1998), Pereira (1999), Daly (2003), Leal (2005) e Oliveira (2006), a gravidez é marcada por um período de maior dependência, sentimentos ambivalentes e labilidade emocional. Estes mesmos autores mencionam ainda que a conduta emocional e psíquica nesta fase da vida da mulher está dependente não só da sua personalidade, como também de outros fatores tais como “a idade e o estado civil; as condições socioeconómicas; as habilitações literárias e a situação profissional; o número de gestações anteriores; o suporte conjugal, familiar e social; a ocorrência de complicações; o planeamento e a aceitação da gravidez” (Silveira & Ferreira, 2016, p.56).

As condições físicas, psicológicas, ambientais, sociais e financeiras de cada mulher grávida, tornam a gestação uma experiência única e bastante pessoal (Nogueira, 2009).

No mesmo seguimento Sá (2001) e Maldonado (2002) afirmam que a história de vida da mulher, a sua personalidade, bem como a importância que esta dá aos acontecimentos, mascaram certas características psicológicas que se tornam peças chave para os profissionais de saúde entenderem a maneira como a gestante se vê a si própria, se adapta e reage, e ainda para compreenderem certos acontecimentos que acabam por marcar a gravidez.

Segundo Silveira & Ferreira (2016) com base em Carvalho (2006), “se muitas gravidezes correspondem a períodos de felicidade, alegria, confiança e antecipação, que se concretiza na desejada maternidade, outras são caracterizadas por vivências ou acontecimentos de vida que as marcam como períodos difíceis, assustadores e complexos” (Silveira & Ferreira, 2016, p.56) levando, por vezes, a casos de IVG.

1.2. A Interrupção Voluntária da Gravidez/ Aborto Induzido

A palavra “aborto” chega do latim “*ab- ortus*”, que representa privação (“*ab*”) do nascimento (“*ortus*”). “Abortus” provém, por sua vez, do termo “aborior” que significa o contrário de nascer (Correia, 2007).

Segundo Mayor (2016, p.266), o aborto “refere-se ao fim de uma gravidez antes da idade gestacional que permita a viabilidade fetal – considerada por vários autores entre as 20 e as 24 semanas de idade gestacional – qualquer que seja a sua causa.”.

Segundo a Associação para o Planeamento da Família (APF), a interrupção de uma gravidez com menos de 20 a 22 semanas de gestação, constitui um aborto (Associação para o Planeamento da Família, 2018). Tal como o próprio nome indica, relaciona-se ao término da gravidez de forma voluntária (aborto induzido) ou espontânea (Sousa, 2016).

O aborto espontâneo é provocado de forma natural ou acidental, interrompendo assim a gravidez contra a vontade da mulher e, acontece maioritariamente devido a fatores ambientais, sociais, psicológicos ou biológicos (como por exemplo: uma replicação incorreta de cromossomas). O aborto induzido, também conhecido como IVG, é um procedimento médico seguro e com riscos reduzidos (se for realizado em serviços autorizados e legalizados, de forma precoce), utilizado para interromper de forma intencional uma gravidez a decorrer (Associação para o Planeamento da Família, 2018).

A IVG consiste no desejo da mulher terminar a gravidez de um embrião ou feto normal, por esta não ter sido planeada e/ou desejada, sem que corra riscos de saúde (Sousa, 2016).

O aborto é um problema com alguma gravidade para as mulheres e para a sociedade, com consequências a nível de Saúde Pública (Palma, 2017). Entre o ano de 2010 e 2014, estimou-se a existência de 99 milhões de gravidezes não desejadas, e cerca de 56% destas, resultou em aborto. Nos países em que a realização do aborto é permitida exclusivamente com o objetivo de salvar a vida da mulher, a taxa do aborto é de 37 em cada 1000 gravidezes, enquanto que nos países em que este é praticado sem restrições, a taxa é de 34 em cada 1000 gestações, não sendo observado uma diferença significativa. A taxa registada nos países em que o aborto é ilegal, pode ser explicada através de uma maior necessidade de promoção para a saúde na área da utilização de métodos contraceptivos e da saúde reprodutiva e sexual (Guttmacher, 2018).

Cerca de 8% das mortes maternas por ano no mundo (22800 mulheres) são devido a abortos realizados de forma insegura em países em desenvolvimento (o maior número ocorre no continente Africano) (Guttmacher, 2018). Face às grandes diferenças encontradas no mundo quando se aborda esta temática e às modificações ocorridas em Portugal ao longo dos anos, consideramos pertinente contextualizar a problemática a nível histórico para uma melhor compreensão.

1.3. A Evolução Histórica da Interrupção Voluntária da Gravidez e a sua Legislação em Portugal

O aborto foi desde sempre um tema bastante debatido e controverso, que tem gerado desde sempre opiniões bastante diversas em Portugal e no resto do Mundo (Gamanho, 2011).

A realização do aborto é uma prática antiga que faz parte da história, existindo já com polémica na antiga Grécia. Segundo estudos acerca da temática, Aristóteles assumia o aborto como estratégia política para o controlo de natalidade. Em contrapartida, Hipócrates criticava a realização do mesmo. Mesmo sendo proibido pela religião e por leis, o aborto era realizado mais livremente, visto que era apenas do domínio feminino os mistérios acerca do seu corpo (Galeotti, 2007):

o aborto provocado foi, ao longo dos tempos, um importante instrumento de controlo da natalidade, sobretudo em épocas em que a tecnologia contraceptiva era muito insegura e pouco acessível o recurso a métodos contraceptivos. (...) O aborto provocado é, pois, ainda nos dias de hoje, uma forma de controlo dos nascimentos, quando a contraceção falha, ou quando, por motivos diversos, não se usou ou se usou mal a contraceção (Vilar, 2010, p.311).

Na década de 20, o número de abortos era elevado, sendo que na Alemanha eram realizados cerca de 100 mil abortos por ano. Durante a revolução de 1917 e a pensar na saúde das mulheres, deu-se a legalização do aborto na Rússia, admitindo-se que se o mesmo fosse realizado em condições adequadas, se tratava de uma intervenção segura. Por volta desta altura, os mais importantes países europeus permitiram também o aborto para defesa da vida da mulher (Gamanho, 2011).

Até aos anos 60 e 70, as mulheres eram incentivadas a dedicarem-se ao trabalho doméstico, descurando assim a oportunidade de desenvolverem uma carreira profissional. Estas apresentavam direitos inferiores aos dos homens e os seus direitos na sociedade encontravam-se delegados para um plano inferior. Foi a partir dos anos 60 que se iniciaram os movimentos feministas noutros países, onde foi levantada pela primeira vez, de forma pública, o direito ao aborto. Estes movimentos tinham como objetivo o rompimento do estigma existente naquela época, de que o único papel das mulheres na sociedade era a maternidade (Gamanho, 2011).

Um dos principais movimentos sociais em Portugal foi a Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção (CNAC), que reuniu diversos grupos, tais como membros de partidos políticos e movimentos feministas e que pretendia reivindicar a despenalização do aborto. A Associação para o Planeamento Familiar foi formada no ano de 1967 por obstetras, ginecologistas e enfermeiras, preocupados por não existir planeamento familiar em Portugal e que se

confrontaram com o sofrimento presente em mulheres que realizaram um aborto clandestino (Gamanho, 2011).

A CNAC passou então a ter um maior destaque na luta a favor da despenalização do aborto, tendo sido organizador de um abaixo-assinado com o nome “Nós abortamos”, onde mais de 2000 mulheres em julho de 1979, admitiram publicamente ter abortado. Esta mesma organização participou numa manifestação no dia 1 de maio de 1980, intitulada “Aborto e Contraceção, as mulheres decidirão” (Gamanho, 2011).

Em 1982 é apresentado, na Assembleia da República, um projeto-lei da CNAC pelo direito livre e gratuito, a pedido da mulher que apresentava as seguintes linhas:

a interrupção da gravidez é permitida nas primeiras 12 semanas mediante declaração expressa da mulher grávida de que pretende interromper uma gravidez a apresentar até à 10.^a semana em instituição de saúde pública ou privada; a partir das 12 semanas, quando a mulher tenha apresentado a tempo a declaração e o aborto não se tenha realizado por motivos imputáveis à respetiva instituição de saúde (Tavares, 2003, p.92).

No início de 1982, o Partido Comunista Português (PCP) já tinha elaborado três projetos de lei que incluíam a maternidade e paternidade, planeamento familiar e educação sexual e IVG. Neste mesmo ano o Jornal Expresso realizou uma sondagem publicada no dia 9 de abril, que referiu uma percentagem de 71% de apoio à prática do aborto em situações especiais, como perigo de vida para a mulher e má formação do feto (Gamanho, 2011).

De forma a apoiar e a sustentar os projetos de lei sobre esta matéria, que se encontravam em discussão na Assembleia da República, a Comissão de Mulheres pela Legalização do Aborto e em defesa de uma Maternidade Consciente (CLA), entregou em junho de 1982, um dossier sobre o aborto a nível nacional e internacional (Gamanho, 2011).

Os projetos do PCP foram recusados após um debate, onde se encontravam 12 mulheres nas galerias da Assembleia da República com a frase “Nós abortamos” escrita nas suas camisolas. Estas mulheres acabaram por ser expulsas da Assembleia e este momento ficou marcado na história da luta pela despenalização do aborto em Portugal. Estes mesmos projetos foram aprovados no início de 1984, apesar de existirem restrições. A luta pela completa legalização do aborto sem restrições permaneceu e rapidamente se verificou que a prática do aborto clandestino se mantinha (Gamanho, 2011).

Com a introdução da Lei nº 6/84, o aborto passou a ser permitido caso fosse efetuado por um médico num estabelecimento de saúde oficial reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, nos casos de existência de malformações fetais (nas primeiras 16 semanas de gravidez),

perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psicológica da mulher (nas primeiras 12 semanas de gravidez), em casos de violação (nas primeiras 12 semanas de gravidez) ou então poderia ser realizado a qualquer momento caso fosse o único meio de remover perigo de morte ou de grave lesão para o corpo ou para a saúde da mulher (Diário da República, 1984).

Em 1991 nasceu o Movimento de Opinião pela Despenalização do Aborto em Portugal (MODAP) que propôs medidas de alteração à Lei nº6/84, denunciando a situação do aborto clandestino. Em 1994, no âmbito da revisão do Código Penal, apresentou propostas aos grupos parlamentares, Ministros da Saúde e Justiça e Comissão Parlamentar de Direitos, Liberdades e Garantias, que defendiam a IVG até às 12 semanas, por motivos psicossociais e a pedido da própria mulher. No entanto, a Comissão Parlamentar recusou a alteração da Lei nº6/84, o que fez com que essas propostas nem tivessem sido discutidas (Gamanho, 2011).

Em fevereiro de 1997, o MODAP recolheu 15 mil assinaturas a favor da despenalização do aborto a pedido da mulher, tendo estas sido entregues na Assembleia da República, na véspera da discussão dos projetos de lei propostas pelo PCP e pelo Partido Socialista (PS) (Gamanho, 2011).

Em julho de 1997, o prazo permitido para a prática do aborto em situações específicas foi alargado, através da Lei nº 90/97, que passou a permitir a IVG nas primeiras 24 semanas (comprovadas ecograficamente ou por outro meio adequado), em casos de suspeita de doença grave e incurável e malformação congénita do nascituro, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, onde a interrupção poderia ser praticada a qualquer momento da gravidez (Diário da República, 1997).

No dia 28 de julho de 1998, foi realizado um referendo com uma elevada taxa de abstenção (68%), em que 51% se mostrou contra a despenalização do aborto e 49% se mostrou a favor. Este referendo mostrou-se assim inconclusivo e sem qualquer vinculação jurídica. Devido ao impasse da resolução da questão do aborto, um grupo de cidadãos decide acionar pela primeira vez no Portugal Democrático um dispositivo constitucional de petição popular para alteração legislativa, propondo-se a recolher assinaturas que apoiassem a realização de um novo referendo. Foram recolhidas 121151 assinaturas que apoiavam um novo referendo, mas esta proposta acabou por ser rejeitada a 3 de março de 2004 pela maioria parlamentar (Gamanho, 2011).

Os principais movimentos que apoiavam a prática do aborto não desistiram e conseguiram que um novo referendo fosse aprovado no parlamento no final de 2006. O referendo foi marcado

para o dia 11 de fevereiro de 2007 pelo Presidente da República Aníbal Cavaco Silva e teve a seguinte pergunta: “Concorda com a despenalização da interrupção voluntária da gravidez, se realizada, por opção da mulher, nas primeiras dez semanas, em estabelecimento de saúde legalmente autorizado?”. A abstenção foi de cerca de 56,4% (no referendo de 1998 tinha sido de 70%) e o “sim” venceu com 59,2% dos votos (ou seja, mais de 2,2 milhões de votos) tendo o “não” ficado com 40,8% (mais de 1,5 milhões) (Gamanho, 2011).

De acordo com a legislação portuguesa e com a Lei nº 16/2007 de 17 de abril:

não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando: houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excecionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo ou for realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez (Diário da República, 2007).

Em maio do ano de 2016, a revista médica “The Lancet” concluiu através de um estudo que a ilegalidade do aborto não diminui a sua taxa de ocorrência, mas em contrapartida, aumentou a procura por procedimentos inseguros e ilegais e/ou a sua procura noutros países por um valor monetário elevado. O mesmo estudo concluiu que o número de abortos realizado é muito superior nos países com leis restritivas face aos países que favorecem a realização desta prática e ainda que houve um aumento muito significativo de abortos pelo mundo – mais característico em países pobres e com pouco acesso à contraceção, ou com leis mais restritivas em relação à IVG (Sedgh et al, 2016).

Com a legalização, a mortalidade bem como a morbilidade associadas ao aborto clandestino sofreram uma redução. No entanto, as dificuldades no acesso ao mesmo e a estigmatização continuaram a existir (Campos, 2007), devendo ser uma problemática estudada.

A IVG é permitida também até às 16 semanas de gestação, no caso de ter ocorrido violação ou crime sexual (não sendo necessário que exista queixa policial), em qualquer momento no caso do aborto constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física e psíquica da mulher grávida e em situações de fetos inviáveis (Diário da República, 2007).

Pode ainda realizar-se até às 12 semanas de gestação caso a interrupção se mostre indicada para a prevenção de perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física e psíquica da mulher grávida (Diário da República, 2007).

De acordo com a Lei nº16/2007 do Diário da República, a IVG divide-se em três momentos de processo:

- O primeiro momento ocorre com a realização de uma consulta prévia com o objetivo de fornecer informações acerca do processo, pedir exames para a confirmação da idade gestacional e esclarecer dúvidas que a mulher/casal apresente. Esta consulta é seguida de um período de reflexão de 3 dias obrigatório, onde a mulher poderá pedir apoio psicológico e/ou serviço social;
- O segundo momento diz respeito à realização da IVG, através de um método cirúrgico ou medicamentoso;
- O terceiro e último momento concretiza-se com uma consulta de controle, num prazo máximo de até 15 dias após a realização do procedimento. Nesta consulta deverá ser aconselhado um método contraceptivo adequado à mulher/casal e deverá ser marcada uma consulta de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (Diário da República, 2007).

1.4. Prevalência do Aborto no Mundo

Mundialmente, cerca de oitenta milhões de gravidezes não são desejadas e destas, quarenta e cinco milhões levam a aborto induzido. Dentro desse valor, dezanove milhões são realizados com a ausência de um profissional de saúde, levando a cerca de sessenta e oito mil mortes por ano. É estimado que cerca de cinco milhões de mulheres passam a sofrer de disfunções a nível físico e/ou a nível psicológico devido às complicações que advêm de um aborto voluntário/induzido realizado de forma insegura (Sedgh et al., 2016).

Segundo o Instituto Guttmacher (2018), em todo o mundo, entre os anos de 2010 e 2014, ocorreram por cada 1000 mulheres em idade compreendida entre os 15-44 anos, 34 abortos induzidos na África, 36 na Ásia, 29 na Europa, 44 na América Latina e Caribe, 17 na América do Norte e 19 na Oceânia, notando-se assim um considerável número de IVG nos países/continentes em desenvolvimento.

Com base no Relatório de Registos de Interrupções da Gravidez da DGS (2016), a nível europeu, Portugal tem-se mantido sempre abaixo da média, considerando o indicador interrupção da gravidez (IG) por 1000 nados vivos. O país europeu com maior prevalência de IVG no ano de 2014 é a Bulgária (416,44 casos em cada 1000 nados vivos), sendo a Polónia o país com menor prevalência (2,59 casos por cada 1000 nados vivos).

Em Portugal, no ano de despenalização da IVG (2007), registou-se um total de 6287 interrupções da gravidez, entre 15 de julho e 31 de dezembro (Episcience, 2007).

É notório o número elevado de casos não só em Portugal, como nos restantes países. Face a este panorama, consideramos importante aprofundar os motivos do elevado número de casos de IVG.

1.5. Motivos da Interrupção Voluntária da Gravidez e Prevalência em Portugal

A palavra “motivos” é um nome masculino, plural de “motivo”, “que explica ou justifica uma decisão, causa, razão” (Infopedia, 2018) e que legitima ou autoriza algo, atuando como um fundamento.

Segundo o Relatório da DGS (2017), as IVG realizadas pelo motivo “Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo e para a saúde física e psíquica da mulher” registaram um total de 14 abortos induzidos no ano de 2013; 7 no ano de 2014; 9 no ano de 2015 e 7 no ano de 2016.

O motivo “Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida” levou a um total de 41 interrupções voluntárias da gravidez no ano de 2013; 99 no ano de 2014; 135 no ano de 2015 e 84 no ano de 2016 (Direção-Geral da Saúde, 2017).

A “Grave doença ou malformação congénita do nascituro” foi motivo para a indução do aborto, 486 vezes no ano de 2013; 462 no ano de 2014; 466 no ano de 2015 e 442 no ano de 2016, tendo demonstrado um decréscimo com o decorrer dos anos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

O motivo “Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual”, segundo o mesmo relatório, levou a 12 IVG no ano de 2013, 14 no ano de 2014, 14 no ano de 2015 e 10 no ano de 2016 (Direção-Geral da Saúde, 2017).

“Por opção da mulher”, em 2013 ocorreram 17728 abortos induzidos, em 2014 ocorreram 16180, no ano de 2015 o número foi de 16028 e no ano de 2016 existiram 15416, que, apesar de ser um número muito superior ao ano de 2007, tem vindo a decrescer ao longo dos últimos anos até à atualidade (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Segundo o último relatório da DGS, o segundo motivo mais frequente de IG (a seguir ao “por opção da mulher”) é a existência de doença grave ou de malformação congénita do nascituro (Direção-Geral da Saúde, 2017).

1.6. Métodos para a Indução do Aborto

O método adotado para a realização do procedimento da IVG envolve não só questões físicas e de saúde, como uma vertente emocional importante de valorizar.

A Associação para o Planeamento da Família, refere que existem dois tipos de métodos para se interromper voluntariamente uma gravidez: o método medicamentoso e o método cirúrgico. Apesar da mulher ter a oportunidade de decidir qual o método que prefere, esta decisão deve ser tomada em cooperação com o médico, para que este determine qual o método mais adequado clinicamente à situação. O aborto induzido ou a IVG por via medicamentosa recorre a fármacos tais como o Misoprostol e o Mifepristone, utilizados em regimes terapêuticos preconizados (Associação para o Planeamento da Família, 2018).

O Misoprostol é um antiácido e um antiulceroso utilizado para proteção da parede do estômago, no entanto, pode levar ao aborto em combinação com o Mifepristone, por provocar contrações uterinas seguidas de hemorragia e de expulsão do conteúdo do útero. O Mifepristone é uma anti-hormona que bloqueia os efeitos da progesterona (hormona necessária para o prosseguimento da gravidez) e que contribui para o amolecimento e abertura do colo do útero (Infarmed, 2016).

O aborto induzido por via cirúrgica consiste na aspiração através de uma sonda plástica, do conteúdo presente no útero, com anestesia local ou geral, conforme a decisão prévia da mulher em cooperação com a equipa de saúde. Algum tempo antes do início do procedimento (3 a 4 horas) são administrados cerca de 2 comprimidos de Misoprostol que facilitam a preparação do colo do útero e, desta forma, a intervenção cirúrgica. Os métodos citados anteriormente podem ser realizados sem necessidade de internamento, ou seja, em regime de ambulatório (Associação para o Planeamento da Família, 2018).

Para a escolha do método mais adequado é essencial a confirmação da idade gestacional. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013, p.31), a determinação da mesma é feita através de “um exame pélvico bimanual, exame abdominal e ainda testes laboratoriais ou uma ultrassonografia caso necessário.”

Caso a IG não seja efetuada em locais oficialmente reconhecidos e legalizados, ou seja, efetuada por motivos que não estão enquadrados na legislação em vigor, o aborto é considerado ilegal, sendo uma causa potencial para a mortalidade, bem como para a morbilidade maternas (Associação para o Planeamento da Família, 2018). Como já foi referido, a mortalidade encontra-se nos casos em que o aborto é realizado de forma não segura e apresentado num número pouco significativo. Contudo, a morbilidade e possíveis complicações relacionadas a este procedimento devem ser consideradas uma área de elevada preocupação, face aos riscos físicos e emocionais associados a esta intervenção.

1.7. Complicações Relacionadas com a Interrupção da Gravidez

O último relatório da DGS que aborda a análise das complicações relacionadas com a IG, referente aos anos de 2013-2014, refere que no ano de 2013 participaram no relatório 33 das 44 Unidades de Saúde portuguesas, tendo sofrido uma redução no ano de 2014 para 29 Unidades. Este relatório salienta que de 2013 para 2014 os casos de complicações da IG aumentaram de 973 para 1076. Todavia e ao contrário do esperado, houve uma diminuição de IG fora do quadro legal, de 70 para apenas 18 (Direção-Geral da Saúde, 2015).

As complicações apresentadas pela DGS de IG legal até ou após as 10 semanas ou de IG ilegal, englobam a hemorragia grave (com necessidade de terapêutica cirúrgica ou de transfusão de sangue); a infeção (endometrite, sépsis e/ou choque tóxico); o aborto incompleto (com necessidade de terapêutica médica ou cirúrgica); a perfuração do órgão (útero e/ou outro); outras complicações (rotura uterina, laceração vaginal ou cervical e complicações anestésicas, choque anafilático, tromboembolismo pulmonar, histerectomia) (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Das complicações identificadas dentro do quadro legal, a mais frequente em 2013 e 2014 é referente ao aborto incompleto antes ou depois das 10 semanas de gestação (624 em 2013 e 814 em 2014), sendo que nos casos de IG por via medicamentosa, em cerca de 5% existe a necessidade de intervenção. A seguir ao aborto incompleto, a hemorragia grave é a segunda complicação mais frequente (45 em 2013 e 30 em 2014). Após as 10 semanas e dentro do quadro legal, a complicação mais grave é a sépsis. A infeção (que engloba a endometrite, sépsis e choque tóxico) ocorreu 46 vezes em 2013 e 31 vezes em 2014.

Fora da IG legal, tanto no ano de 2013 como no ano de 2014 ocorreram endometrites (total de 4), abortos incompletos (total de 75) e hemorragias graves (total de 6). A perfuração do útero ocorreu apenas uma vez no ano de 2013 e a sépsis ocorreu por duas vezes no ano de 2014. Quanto ao registo de mortes maternas (relacionadas com a gravidez e o puerpério), tanto em 2013 como em 2014 ocorreram 4 mortes que não estavam associadas à IG, o que apoia a literatura que descreve que a mortalidade materna por IG legal é de 0,32 em cada 100 mil nascimentos (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Face às possíveis complicações associadas ao procedimento e tudo o que isso pode interferir na saúde e bem-estar da mulher, torna-se importante conhecer os sentimentos vivenciados para que o Enfermeiro possa cuidar não só na vertente física, mas também na parte emocional.

1.8. Sentimentos e Emoções da Mulher em Processo de Interrupção Voluntária da Gravidez

Nos dias de hoje, o papel da mulher na sociedade é bastante destacado, devido não só à sua carreira profissional, como também aos interesses sociais e tarefas domésticas. Este estilo de vida ativo que as mulheres possuem hoje em dia, altera-se bastante com a chegada de um filho. Posto isto, pode ocorrer medo de que a gravidez coloque em causa fatores familiares, sociais, económicos e emocionais tornando-se assim num processo não desejado que pode levar à IVG, como pode também ocorrer um sentimento de felicidade por esta estar grávida (Palma, 2017).

As mulheres que realizam uma IVG possuem vivências emocionais com diversos significados, que podem derivar de ordem social, moral ou religiosa (Sell, 2013).

Segundo Gamanho (2011), que entrevistou 20 mulheres (dividindo-as num grupo de mulheres adultas e num grupo de adolescentes dos 12 aos 17 anos) que frequentaram a consulta de gravidez indesejada da Maternidade Alfredo da Costa entre outubro de 2009 e julho de 2010, os sentimentos vivenciados por estas antes da realização da IVG eram variados. No grupo das adolescentes verificaram-se maioritariamente sentimentos de angústia, nervosismo e tristeza, embora uma pequena minoria (três adolescentes) tenha referido tranquilidade e alívio, por estarem mentalizadas de que a opção pela IVG era a melhor opção para si. Os sentimentos vivenciados pelas mulheres adultas vão ao encontro dos vivenciados pelas adolescentes, pois as adultas também enfrentaram sentimentos de tristeza e medo, apesar de uma pequena percentagem ter referido tranquilidade, devido a esta ser uma decisão bastante ponderada.

Tal como afirma Portugal (2011), segundo Rolim & Canavarro (2011), grande parte das mulheres que induzem o aborto experienciam sentimentos bastante ambivalentes antes dessa tomada de decisão, tais como desejo ou repulsa, amor ou ódio em relação à criança, dúvida quanto à IG ou abandono, depressão e euforia.

Após a indução do aborto e conforme afirma Palma (2017) segundo Broen, Moun, Bodtker & Ekeberg (2004), Brier (2004), Patrão, King & Almeida (2008), Major et al. (2009), Cameron (2010), Vieira, Goldberg, Saes & Doria (2010) e Borsari (2012), os sentimentos experimentados pelas mulheres são: culpa, tristeza, arrependimento, ansiedade, sensação de perda, medo, vergonha, angústia, depressão, isolamento social, rejeição e negação, mas também alívio, felicidade, conforto, aceitação e libertação.

Para Palma (2017) baseado em Sell et al. (2013) as mulheres que optam por induzir o aborto referem “medo de serem julgadas pela sociedade e seus progenitores, menosprezadas pelos

profissionais de saúde, castigadas por Deus, considerando o seu ato um pecado” (Palma, 2017, p.9). Este autor evidencia também o sentimento de “abandono, tensão, perda de fé, baixa autoestima, hostilidade, raiva, desespero, desamparo, mágoa, desejo de terminar a relação com o progenitor, perda de libido, incapacidade de perdoar, nervosismo, solidão e desejos de continuar com o seu projeto de vida” (Palma, 2017, p.9). Missio & Falcão (2011) citados por Palma (2017), referem que a maioria dos sentimentos das mulheres que induzem o aborto são de ordem negativa, como: tristeza, perda, remorsos, dor, angústia e mágoa, estando estes relacionados com diversos fatores socioculturais, antecedentes psicológicos, fatores demográficos, relação com o parceiro e forma como o procedimento de IVG é realizado.

Tais sentimentos negativos provocam nestas mulheres isolamento na procura de apoios de saúde e de redes de apoio familiar e social (Soares et al., 2012).

Tal como afirma Pavone (s.d), a Women Explored By Abortion (WEBA, 2008) aponta que alguns dos efeitos psicológicos que podem advir de uma IVG são: impulsos suicidas, perda da fé, desejo de terminar o relacionamento com o parceiro, perda de interesse sexual/frigidez, pesadelos, horror ao abuso de crianças, alto interesse em bebés, desejo de lembrar a data de nascimento, preocupação com a morte, baixa autoestima, ódio por pessoas ligadas ao aborto, sentimentos de culpa, entre outros.

Encontra-se uma grande sustentabilidade científica nos efeitos negativos que uma IVG provoca na mulher. É claro ao longo do trabalho que maioritariamente é um processo difícil a nível físico e emocional para a mulher, encontrando-se em estados de indecisão e vulnerabilidade. Desta forma, o profissional de saúde deve intervir num estadio precoce do processo, de forma a minimizar ao máximo o impacto desta vivência na vida da mulher/homem/família. O Enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada de acompanhamento da mulher nas várias fases do processo.

1.9. Cuidados de Enfermagem no Processo de IVG

1.9.1. Cuidados de Enfermagem durante o período pré-IVG

Os cuidados pré-IVG envolvem todos os cuidados de enfermagem direcionados à mulher que pretende interromper a gravidez.

Para Sousa (2007, p.42) a anamnese, “deve ser realizada de maneira objetiva, evitando prolongamento nas perguntas e priorizando apenas as questões essenciais para o acompanhamento do quadro de abortamento (...)”. As questões mais importantes a ser

abordadas pelo Enfermeiro são: nome, idade, estado civil; existência ou não de abortos anteriores; a idade gestacional.

Durante este processo, o Enfermeiro deve ainda mostrar-se compreensivo e disposto a ajudar, de modo a tornar a aceitação da situação mais fácil, esclarecer todas as dúvidas que surgirem e mostrar-se disponível para responder a outras, caso estas surjam após a realização da IVG (Sousa, 2007).

1.9.2. Cuidados de Enfermagem durante o processo da IVG

O Enfermeiro tem um papel fundamental nas várias fases do processo, conforme refere Sousa (2007, p.43) mencionando que, “devido ao processo de aborto ser tão delicado, é importante que a enfermeira, sempre que possível, acompanhe a mulher durante o decorrer de todos os procedimentos que serão realizados”, evidenciando que “é de suma importância que a enfermeira, de acordo com as normas da instituição em questão, evite deixar estas mulheres sozinhas, solicitando que uma pessoa, da preferência da paciente a acompanhe no decorrer de todo o processo”. O planeamento e intervenção são importantes junto destas mulheres, como refere Sousa (2007, p.42), salientando que “a enfermeira ao planear a assistência, deve orientar a sua equipe sobre cuidados e sinais importantes que devem ser identificados e realizados nas mulheres que estão passando pelo quadro de abortamento”.

Esses cuidados e sinais passam por orientar e esclarecer acerca do procedimento que será efetuado, demonstrar compreensão e oferecer apoio qualquer que seja a causa da IVG (colocando de lado juízos de valor acerca das mulheres e facilitando a exposição de receios e medos das mesmas de modo a tornar o processo de luto e a sua aceitação menos dolorosos), avaliar e acompanhar a ocorrência de hemorragia, manter um acesso venoso permeável, avaliar a dor e controlá-la recorrendo a fármacos prescritos e, ainda, monitorizar o quadro clínico durante todo o procedimento, estando o enfermeiro atento à possibilidade de ocorrência de choque hipovolémico (Murta, 2009).

1.9.3. Cuidados de Enfermagem após o processo da IVG

No período após a realização da IVG “a enfermeira deve instruir a paciente sobre alguns cuidados relacionados à recuperação” (Sousa, 2007, p.44). O enfermeiro deverá informar a mulher acerca da possível ocorrência de hemorragia excessiva e do surgimento de menstruação, (normalmente no período entre 4 a 6 semanas após a IVG), esclarecer a mulher acerca da grande importância da contraceção e do acompanhamento em consultas de Planeamento Familiar, e ainda, de que pelo menos no período entre uma semana a quinze dias não é aconselhável a

prática de relações sexuais. A mulher deve ainda ser informada que pelo menos no período de três meses a meio ano não é aconselhável a ocorrência de uma nova gestação (Correia, 2015).

1.10. O Pai no Processo da Interrupção Voluntária da Gravidez

A Fundação Francisco Manuel dos Santos (que descreve os direitos e deveres dos cidadãos), refere que o pai de uma criança que ainda não nasceu não pode impedir a mulher grávida de abortar. Apesar desta situação entrar num conflito de direitos entre a vontade do pai e a autodeterminação da mulher, segundo a lei e até às 12 semanas, o direito que prevalece é o da autodeterminação da mulher, mesmo que seja contra a vontade do pai (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2018).

Caso o pai não pretenda ter a criança - seja por não estar preparado para se submeter a uma mudança drástica na sua vida, seja por não querer assumir a sua relação com a mãe grávida para garantir um bom ambiente familiar, seja por não estar nos seus projetos de vida, entre outras razões, o pai mais uma vez tem que se submeter à decisão da mulher, mesmo que isso signifique alterar ou prejudicar todos os seus projetos e vida futura (Martins, Nunes & Deodato, 2010).

O homem tem um papel bastante importante, podendo e devendo participar no processo de IVG juntamente com a parceira. Este poderá informar-se acerca dos meios e locais para a realização do aborto induzido, deverá manter-se junto à mulher no momento do aborto e terá ainda a função de lhe proporcionar suporte emocional após a IG (Dantas, 2011).

Segundo um estudo realizado em 1993 por Smigay, o sexo masculino é mais permissivo do que o sexo feminino na decisão de interromper uma gravidez. Este mesmo estudo demonstrou que tanto os homens como as mulheres são a favor do aborto induzido, quando a gravidez acarreta riscos para a saúde física ou mental da mulher e que a aceitação deste processo aumenta com o nível de escolaridade, seja entre homens ou entre mulheres. Pelo contrário, as crenças religiosas e uma educação cristã diminuem a tolerância em relação a esta decisão, em ambos os sexos.

Outro estudo realizado no ano de 2002 referiu que os homens que participam mais ativamente nas tarefas relacionadas com os cuidados aos filhos e que escolheram com a companheira o método contraceptivo em uso, aceitaram de forma mais favorável a IG. Estes resultados demonstram que quanto mais o homem está envolvido na paternidade e na vida sexual conjunta, mais sensível se encontra quanto à opinião e sentimentos da mulher (Duarte, Alvarenga, Osis, Faúndes & Hardy, 2002).

A partilha de decisões e a igualdade de géneros entre o casal, são fatores bastante importantes para a concordância de opiniões no que toca à decisão de interromper ou não uma

gravidez. Desta forma, quanto maior for o equilíbrio de géneros numa relação, maior será a possibilidade de o homem se sentir tão importante e válido, quanto a mulher na decisão da IVG. No entanto, as opiniões quanto à origem da “palavra final” ainda divergem bastante. Enquanto algumas pessoas acreditam que o homem deve participar, mas deixar a última decisão para a mulher, outras defendem que os homens deveriam tentar impedir a realização do aborto (Duarte et al., 2002).

O sexo masculino tende a olhar para a reprodução como um processo de mudança, pois após o nascimento de um filho, as rotinas e estilos de vida tornam-se mais regradas e familiares, deixando para trás as condutas irresponsáveis e livres de compromissos. A paternidade é para os homens um meio de constituir uma família, onde estes passam a assumir um papel de liderança e de responsabilidade aos olhos da sociedade. Quando os homens desenvolvem o desejo de formar família, a decisão da sua parceira em interromper a gravidez pode levar a uma mágoa que terá como consequência a frustração e posteriores conflitos entre o casal. Por outro lado, este mesmo sentimento anteriormente referido pode surgir, se o homem se sentir pressionado pela parceira para ser pai, quando ainda não se sente preparado para mudar o rumo da sua vida (Duarte et al., 2002).

A interrupção de uma gravidez é um processo ambivalente para a maioria dos homens envolvidos, pois acabam por experienciar tanto sentimentos de constrangimento, culpa, preocupação e tristeza, como sentimentos de alívio. Tal ambivalência surge, pois, apesar do homem acreditar que a IG é a melhor opção para o casal, este sente-se constrangido por estar a impedir o desenvolvimento de uma vida. O sentimento de culpa também está presente na maior parte das vezes, pois os homens afirmam que poderiam ter feito algo que evitasse o aborto induzido, tal como por exemplo, terem impedido as suas parceiras de interromper a gravidez. É ainda possível perceber que as obrigadoriedades que a sociedade coloca em cada género, desempenham no homem sentimentos de tristeza e impotência (Menezes, 2009).

A população exige que o homem forneça apoio emocional à mulher e a ampare em todo o processo que envolve a pós-interrupção da gravidez e nem sempre o homem consegue lidar com essas imposições, devido ao frágil estado psicológico em que se encontra. É assim de extrema importância o fornecimento de um suporte psicológico e emocional a estes homens, pois tal como as mulheres que se submetem a uma IVG, estes passam por uma experiência considerada traumática (Menezes, 2009), considerando desta forma, uma área de também importância de intervenção do Enfermeiro.

2. JUSTIFICAÇÃO/ PERTINÊNCIA DO TEMA

A opção do estudo realizado centra-se não só em aspetos pessoais já referidos anteriormente, mas também por se considerar uma problemática relevante para a Enfermagem, conforme referem Biggs, Gould & Foster (2013), ao salientarem que, existindo uma melhor compreensão acerca das decisões das mulheres que se confrontam com uma gravidez não intencional por parte dos profissionais de Enfermagem, estes poderão apoiar melhor as decisões reprodutivas das mulheres, fornecendo-lhes os recursos de que possam vir a necessitar.

Desta forma, torna-se relevante conhecer quais os motivos que levam a mulher a avançar com o procedimento de IG, pois só conhecendo as reais emoções e necessidades da pessoa, o Enfermeiro conseguirá ter um cuidado personalizado e com qualidade, abolindo os “preconceitos, estereótipos e discriminações que possam prejudicar e desumanizar o atendimento” (Silva et al., 2015, p.7).

Segundo o artigo 102º que se remete aos valores humanos, o Enfermeiro durante o exercício da sua profissão deve assumir o dever de “Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.82).

A Ordem dos Enfermeiros (2015, p.205), segundo o artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, refere que é fundamental “promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de Enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional”. Segundo o artigo 76º dos mesmos Estatutos a respeito dos deveres em geral, refere que os profissionais de Enfermagem devem “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.30).

A pessoa tem o direito à vida durante todo o seu ciclo, qualquer que seja o momento ou a altura de desenvolvimento, tendo assim o Enfermeiro o dever de proteger, respeitar e defender a vida do ser humano em qualquer circunstância sem distinguir “a natureza intra ou extra-uterina” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.23). A Ordem dos Enfermeiros reforça esta afirmação, referindo no artigo 82º dos direitos à vida e à qualidade de vida, que “o enfermeiro, no respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital, assume o dever de atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.64). O mesmo documento refere que

“independentemente dos valores individuais do enfermeiro, a decisão de interromper ou não uma gravidez deve ser respeitada, nos termos da lei vigente” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.208).

A IVG desencadeia geralmente na mulher sentimentos e emoções negativas, tais como culpa, arrependimento, tristeza, abandono, solidão, entre outros (tal como abordado anteriormente), tendo o Enfermeiro o papel principal de prestar cuidados de saúde e apoiar emocionalmente, de modo a diminuir o sofrimento, através da promoção do conforto ao longo de todo o processo.

Assim, considera-se a promoção do conforto em contexto de saúde, um conceito fundamental e transversal ao presente trabalho. Nesse sentido, consideramos que a Teoria do Conforto desenvolvida por Katharine Kolcaba é uma base e um fundamento à realização e fundamentação desta RIL.

Segundo Tomey & Alligood (2004, p.484), baseados em Kolcaba (1994) e Kolcaba & Fox (1999) “O conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).”.

A Teoria do Conforto foi realizada através da indução, dedução e abdução, ou seja, através de três tipos de raciocínio lógico, sendo esta uma teoria capaz de descrever a prática centralizada no utente e de explicar como determinar se as medidas de conforto importam realmente aos utentes e à sua saúde, conseguindo prever os benefícios que advêm das medidas de conforto, fortalecendo assim a Enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo Tomey & Alligood (2004), baseados em Kolcaba (1994), as medidas de conforto definem-se como intervenções de Enfermagem formadas de modo a abordar necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo psicológicas, financeiras, fisiológicas, sociais, ambientais, espirituais e físicas. “Kolcaba define necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. Estas necessidades incluem necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais tornadas aparentes através da monitorização e relatos verbais ou não-verbais, necessidades relacionadas com parâmetros patofisiológicos, necessidades de educação e apoio, e necessidades de aconselhamento financeiro e de intervenção.” (p. 484), o que permite fortalecer a pertinência do nosso estudo para a prática da Enfermagem.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Importância da Investigação em Enfermagem

A investigação científica é constituída por um conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos, permitindo a obtenção de novos conhecimentos (Fortin, 2009).

Segundo Martins (2008):

reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social. Em 2006, a Ordem dos Enfermeiros define quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências (p.63).

Para Fortin (2009, p.53) "A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação". É no decurso desta que "(...) o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses."

3.2. Caracterização do Estudo

A RIL constitui um meio de síntese de outros resultados já obtidos em estudos anteriores acerca de um tema ou questão, de forma abrangente, sistemática e ordenada. Oferece informações com maior extensão acerca de uma problemática ou assunto, sendo por isso denominada de integrativa. As finalidades da realização de uma RIL são variadas, podendo auxiliar na definição de conceitos, na análise metodológica de um tópico em particular dentro dos estudos incluídos ou na revisão de teorias (Ercole, Melo & Alcoforado, 2014).

Vários autores descrevem a importância deste tipo de estudo. Sousa, Marques-Vieira, Severino & Antunes (2017) baseados em Souza, Silva & Carvalho (2010) e Whittemore & Knafl (2005), mencionam que este tipo de estudo possibilita uma combinação de estudos experimentais e não-experimentais, tendo um papel de destaque na Prática Baseada na Evidência em Enfermagem.

A RIL tem a capacidade de incorporar evidências na prática clínica, sendo um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada na evidência (Souza et al., 2010), apresentando resultados com qualidade, com custo efetividade e sendo ainda fundamentada através de conhecimento científico (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004).

Tendo em conta os requisitos inerentes, Sousa et al. (2017) segundo Whittemore & Knafl (2005) referem que este tipo de estudo de investigação tem como necessidade “a formulação de um

problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica de um conjunto de dados, a análise de dados e a apresentação dos resultados” (Sousa et al., 2017, p.18).

Como afirmam Sousa et al., (2017), uma RIL tem em conta seis etapas distintas:

- 1- Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;
- 2 - Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura;
- 3 - Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos;
- 4- Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
- 5-Interpretação dos resultados;
- 6- Apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Sousa et al., 2017, p.20).

3.3. Questão e Objetivo de Investigação

A definição da questão de partida torna-se, desta forma, o primeiro passo no processo da Revisão. Como menciona Fortin (2006, p.53), “Uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direção que se entende tomar”. A formulação da questão de investigação deve ser “um enunciado interrogativo e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, p. 51).

A questão de investigação “Quais os motivos que levam as mulheres a optarem pela interrupção voluntária da gravidez?” foi definida através do método PICo fundamentado pelo JBI (2011). Esta questão decorreu do levantamento do problema de investigação: “As dificuldades apresentadas pelos Enfermeiros no cuidar às mulheres que realizam interrupção voluntária da gravidez, por possivelmente não compreenderem os motivos que as levam a essa tomada de decisão”, tendo levado à definição do objetivo geral: “Identificar quais os motivos que levam as mulheres a optarem pela interrupção voluntária da gravidez”.

Bettany-Saltikov (2012) menciona que os objetivos preveem o que o investigador fará e, que a sua definição deve ser clara e concisa.

O objetivo do estudo “indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis-chave, a população alvo e o contexto de estudo” (Fortin, 2009, p. 100).

Para Sousa et al., (2017) segundo Ganong (1987) e Mendes, Silveira & Galvão (2008) a questão de investigação numa RIL que seja bem delimitada irá tornar mais fácil a escolha dos

descritores e a procura de estudos. De modo a delimitar a questão, é necessária a concentração numa intervenção em específico ou então, pode ser mais abrangente ao abordar diversas intervenções ou práticas na área da Enfermagem.

A questão de investigação foi definida a partir do método “PICo”. O método PICo permite que o investigador dê mais importância ao estudo de vivências de determinados fenómenos, o que não acontece no método PICO, que se foca na comparação de intervenções (Comparação) e nos resultados (Outcomes) (Lima & Oliveira, 2016). Desta forma, definimos como elementos do método PICo, no presente estudo:

| | |
|--|---|
| P (População) | Mulheres que optaram pela Interrupção Voluntária da Gravidez |
| I (Área de interesse) | Motivos que levam as mulheres a optarem pela Interrupção Voluntária da Gravidez |
| Co (Contexto) | Prática Clínica |

Tabela 1- Definição da Questão de Investigação

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Na RIL, o segundo passo centra-se na definição dos critérios de inclusão e exclusão. Segundo Lima & Oliveira (2016, p.9) baseados em Bettany-Saltikov (2012) “os critérios de inclusão e exclusão devem ser definidos de forma rigorosa, transparente e antes da pesquisa, para que possam ser incluídos todos os estudos relevantes e excluídos os irrelevantes.” No Quadro 2 apresentam-se esses critérios que permitiram perante a questão de investigação, aumentar a precisão dos resultados com o objetivo de melhorar a orientação durante o processo de pesquisa e de seleção da literatura.

| Critérios de Inclusão | Critérios de Exclusão |
|---|---|
| Artigos no espaço temporal de 2009-2018 | Data de publicação inferior ao ano de 2009 |
| Tipo de publicação: artigo | Tipo de publicação: outro que não artigo |
| Idioma: Português, Espanhol e Inglês | Artigos que não abordem a temática |
| Disponibilidade: Texto Integral | Artigos que não disponham de texto integral |

| | |
|--|--|
| Pelo menos um dos descritores encontrarse presente no título ou resumo do artigo | |
|--|--|

Tabela 2 - Critérios de Inclusão e de Exclusão

3.5. Procedimentos de Recolha de Artigos

Para a concretização do objetivo definido, foi concebida uma RIL sobre os motivos que levam as mulheres a realizarem uma IVG, com base na metodologia do JBI (The Joanna Briggs Institute, 2015) e no modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para a organização da informação.

3.5.1. Estratégia de pesquisa

O primeiro passo para a identificação dos artigos passou pela realização de pesquisas convencionais em bases de dados eletrónicas com base nos seguintes descritores: abort, induced; motivation; women, devidamente validados como descritores em Ciências da Saúde (DECs). Não sendo considerado descritor na área da saúde, mas sendo considerado um importante elemento na seleção de estudos pertinentes, foi usada ainda a palavra chave: reason.

Em seguida, através da consulta dos artigos e identificação dos principais termos e palavras de pesquisa utilizadas, foram definidas as frases booleanas para a realização da pesquisa. Foram utilizadas combinações de descritores/*medical subject headings* (MeSH) através dos operadores booleanos: “OR” e “AND” que potenciou a pesquisa através da criação de novas variações da mesma palavra.

A pesquisa dos artigos foi realizada nas seguintes plataformas: Google Académico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), EBSCO Host, e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas seguintes base de dados: IBECs; CINAHL Complete; Library, Information Science & Technology Abstracts e MEDLINE Complete. Os critérios de inclusão referidos anteriormente foram utilizados em conjunto com a conjugação booleana dos descritores e palavras-chave em inglês: (abort induction) AND (women) AND (reason) OR (motivation). Também se teve em consideração as referências de artigos.

A extração dos dados foi realizada pelas duas autoras individualmente, sendo desta forma realizada por dois revisores.

A língua da pesquisa foi o inglês, no entanto, estudos em língua espanhola e portuguesa podiam ser incluídos. As publicações foram consideradas desde janeiro a março de 2018, momento em que se realizou a pesquisa, tentando sempre limitar esta pesquisa aos estudos mais recentes sobre a temática (últimos 5 anos). Após uma vasta pesquisa, nas várias bases de dados, a

temática deste trabalho verificou-se ser uma área pouco aprofundada e com poucas publicações. Considerando ser uma motivação ao nosso estudo e não querendo abandonar o caminho percorrido até ao momento, alargámos o limite temporal para estudos dos últimos 9 anos. A estratégia de pesquisa não foi restringida a qualquer tipo de estudo, sendo incluídos todos os estudos científicos, independentemente do desenho dos mesmos.

3.6. Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos

Todos os estudos utilizados na presente RIL foram avaliados quanto à qualidade metodológica através de grelhas desenvolvidas pelo JBI, que se encontram em apêndice 1. Dos artigos selecionados, três apresentaram uma avaliação global de 9 em 10 pontos, ou seja, possuíam 90% dos critérios (artigo 1, artigo 4 e artigo 5) e um estudo obteve uma avaliação global de 7 em 9 pontos, cerca de 77,8% dos critérios (artigo 6). Os restantes quatro estudos obtiveram uma pontuação de 4 em 7 pontos (57,1% dos critérios). Estes últimos, apesar de possuírem uma pontuação e percentagem de critérios reduzidas foram mantidos para análise, visto que a temática em estudo é ainda pouco explorada por possíveis questões éticas.

A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada pelas duas autoras individualmente, sendo desta forma realizada por dois revisores.

3.7. Considerações Éticas

Durante a realização de uma investigação científica, o investigador depara-se constantemente com questões éticas e morais. De acordo com Fortin (1999, p.144), ética é “a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta” e “é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Durante a realização de um trabalho científico escrito é essencial ter-se em conta diversas questões éticas tais como: plágio, invenção e/ou falsificação de dados, conduta inadequada, entre outras, que devem ser sempre verificadas e evitadas (Vidal, 2015).

Na realização deste estudo, todas as questões éticas foram verificadas e tidas em conta, tendo toda a informação sido escrita pelas autoras deste trabalho e devidamente referenciada sempre que foi necessária a utilização de citações diretas ou indiretas de outros autores.

4. RESULTADOS

Seguidamente é apresentado o PRISMA, para melhor conhecimento do processo de pesquisa e seleção (Figura 1).

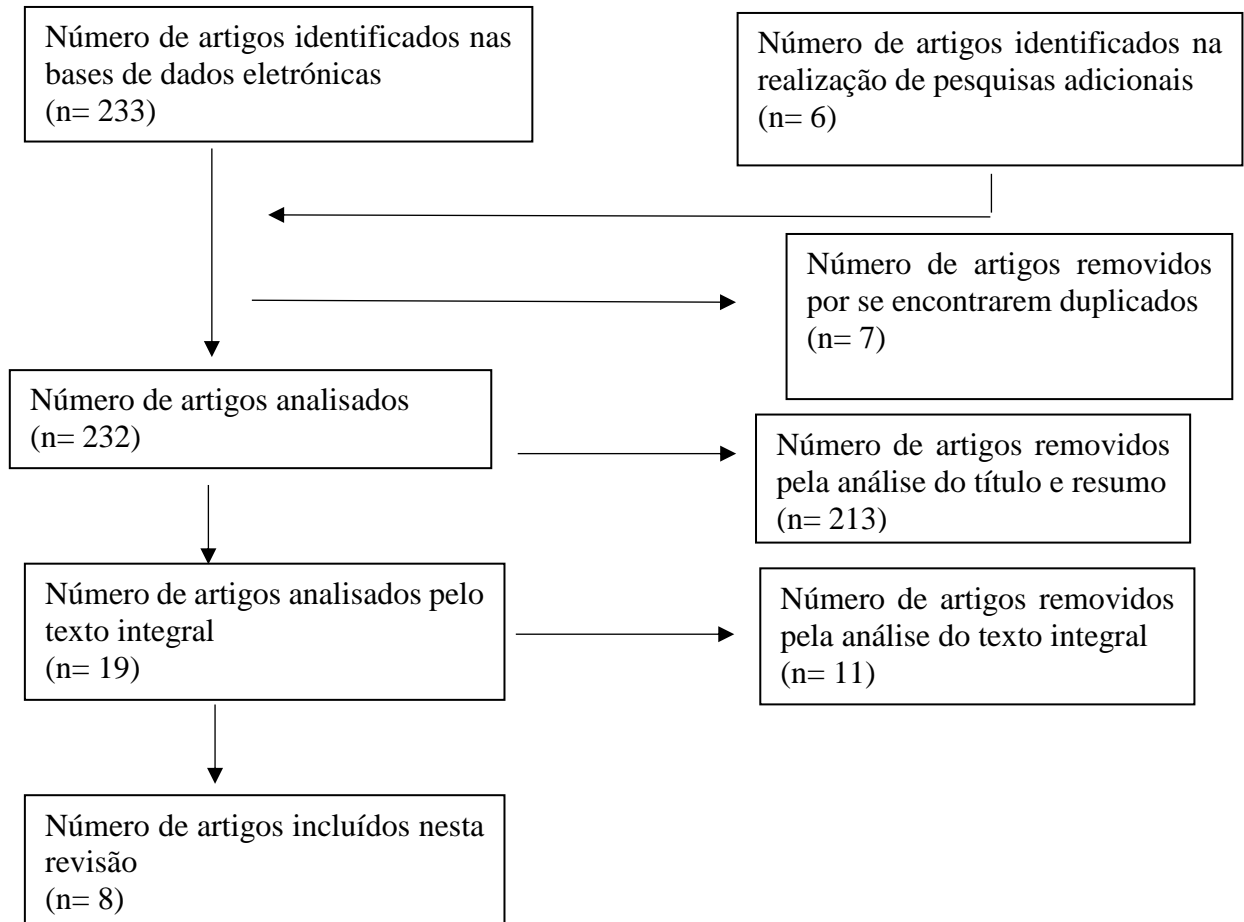


Figura 1- Processo de Identificação e Inclusão dos Estudos - PRISMA Diagram flow

4.1. Síntese de Dados

Na tabela seguinte encontram-se descritos os 8 artigos analisados para a realização da presente RIL.

A síntese dos dados foi realizada pelas duas autoras individualmente, sendo desta forma realizada por dois revisores.

| Título | Autores | Objetivo | Palavras-Chave/ Descritores | Amostra | Tipo de Estudo | Instrumento de colheita de dados | Nível de evidência* |
|---|---|--|--|---|-----------------------------------|---|----------------------------|
| <u>Artigo 1</u> Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres | Santos, D.; Brito, R. (2014). Brasil | Analisar a vivência das mulheres no processo de decisão do aborto provocado. | - Aborto induzido; - Saúde da Mulher; - Saúde Pública. | 19 mulheres internadas numa Maternidade-Escola, localizada em Natal (Rio Grande do Norte) devido à realização de uma interrupção voluntária da gravidez no período de março a agosto de 2013. | Qualitativo | Entrevista em profundidade, constituída por questões sociodemográficas e gineco-obstétricas e por uma questão orientadora “A senhora poderia me contar como decidiu interromper a sua gravidez?”. | III |
| <u>Artigo 2</u> Motivos e significados | Sell, S.; Santos, E.; Velho, M.; Erdmann, A.; | Identificar a contribuição das pesquisas | - Abortion, Induced; - Women; - Risk Factors; | 11 estudos, realizados entre 2001 e 2011, que abordaram a temática das razões | Revisão Integrativa da Literatura | Bases de Dados: - Literatura da América Latina e Caribe(LILACS); | III |

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|------------------------------|---|------------|
| <p>atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa</p> | <p>Rodriguez, M. (2015). Brasil</p> | <p>desenvolvidas sobre as motivações para o aborto e o significado desta experiência para as mulheres que o induziram.</p> | <p>- Nursing Care; - Review.</p> | <p>dadas pelas mulheres para induzir o aborto e/ou o significado atribuído a essa experiência, incluindo aspetos sociais, religiosos, éticos e morais.</p> | | <p>-Bases de Dados de Enfermagem (BDENF); - Medical Literature on Line (MEDLINE); - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); - Scientific Electronic Library Online (SciELO).</p> | |
| <p><u>Artigo 3</u> Reasons women give for abortion: a review of the literature</p> | <p>Kirkman, M.; Rowe, H.; Hardiman, A.; Mallet, S.; Rosenthal, D. (2009). Austrália</p> | <p>Identificar, a partir de pesquisas empíricas que utilizaram métodos quantitativos ou qualitativos, as razões que as mulheres</p> | <p>-Literature review -Induced abortion -Women´s reasons</p> | <p>19 estudos realizados de forma empírica e em humanos, entre o ano de 1996 e 2008, e que identificaram as razões que as mulheres residentes em países de “alta renda” atribuíram à</p> | <p>Revisão da Literatura</p> | <p>Bases de Dados: - Medline; - PsycInfo - Family and Society Plus; - Sociological Abstracts; - Internacional Bibliography of the Social Sciences - Web of Science;</p> | <p>III</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--------------------|---|-----|
| | | atribuem à realização da interrupção voluntária da gravidez. | | realização de um aborto induzido. | | - Academic Search Premier; - CINAHL. | |
| <u>Artigo 4</u> Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia | Kirkman, M.; Rowe, H.; Hardiman, A.; Mallet, S.; Rosenthal, D. (2010). Austrália | Aumentar a compreensão das perspetivas das mulheres ao considerar a realização ou a não realização de um aborto. | - Abortion, Legal - Abortion, Therapeutic -Women's health -Qualitative research -Women's reasons | 60 mulheres que frequentaram um serviço público de aconselhamento sobre gravidez em Victória, na Austrália, procurando informações, conselhos ou consultas relacionadas a uma gravidez não planeada ou indesejada | Estudo Qualitativo | Entrevistas realizadas telefonicamente. | III |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|------------|
| <p><u>Artigo 5</u> Aborto provocado: O discurso das mulheres sobre suas relações familiares</p> | <p>Souza, Z.; Diniz, N. (2011). Brasil</p> | <p>Analisar o discurso das mulheres que vivenciaram o aborto provocado, acerca das suas relações familiares.</p> | <p>- Aborto; - Violência; - Enfermagem.</p> | <p>17 mulheres internadas por aborto provocado numa maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil.</p> | <p>Qualitativo</p> | <p>Entrevista semiestruturada organizada através do Discurso do Sujeito Coletivo, com auxílio de gravador.</p> | <p>III</p> |
| <p><u>Artigo 6</u> Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica</p> | <p>Maralhão, T.; Gomes, K; Barros, I. (2016). Brasil</p> | <p>Analisar os fatores preditores do abortamento entre jovens com antecedentes gestacionais.</p> | <p>- Gravidez na adolescência; - Saúde sexual e reprodutiva; - Aborto; - Aborto espontâneo; - Aborto criminoso; - Abortivos.</p> | <p>464 jovens de Teresina, Piauí, com faixa etária entre 15 e 19 anos e que finalizaram uma gravidez no primeiro trimestre de 2006 em seis maternidades do município.</p> | <p>Quantitativo, transversal, com recorte de pesquisa ampla</p> | <p>Formulário pré-codificado e pré-testado.</p> | <p>III</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|------------------------------|---|------------|
| <p><u>Artigo 7</u></p> <p>Understanding why women seek abortions in the US</p> | <p>Biggs, M.; Gould, H.; Foster, D. (2013) Estados Unidos da América</p> | <p>Entender as razões pelas quais as mulheres procuram o aborto nos Estados Unidos da América.</p> | <p>- Abortion; - Women's health; - Qualitative research.</p> | <p>Artigos quantitativos e qualitativos do estudo Turnaway (estudo longitudinal), cuja amostra englobava 954 mulheres de 30 instalações dos Estados Unidos da América (clínicas de aborto, outras clínicas e hospitais), que responderam a duas questões abertas em relação às razões pelas quais queriam interromper a gravidez,</p> | <p>Revisão de literatura</p> | <p>Dados quantitativos e qualitativos da entrevista de base do estudo Turnaway.</p> | <p>III</p> |
|--|--|--|--|---|------------------------------|---|------------|

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|-----------------------|--|-----|
| | | | | aproximadamente uma semana depois de procurarem o aborto. | | | |
| <u>Artigo 8</u> The Role of Intimate Partners in Women's Reasons for Seeking Abortion | Chibber, K.; Biggs, M.; Roberts, S.; Foster, D. (2014) Estados Unidos da América | Examinar como os parceiros intervém nas decisões de aborto das mulheres e identificar os fatores associados à identificação do parceiro como razão para o aborto. | O artigo não apresenta palavras-chave. | Artigos quantitativos e qualitativos do estudo Turnaway (estudo longitudinal), cuja amostra englobava 954 mulheres de 30 instalações dos Estados Unidos da América (clínicas de aborto, outras clínicas e hospitais), que responderam a duas questões abertas em relação | Revisão de literatura | Dados quantitativos e qualitativos da entrevista de base do estudo Turnaway e combinação dos três grupos de estudo para análise. | III |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
| | | | | às razões pelas quais queriam interromper a gravidez, aproximadamente uma semana depois de procurarem o aborto. | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|

Tabela 3 - Síntese de Dados

*Classificação dos Níveis de Evidência adotados pela Registered Nurses Association of Ontario (2007)

Os resultados de cada estudo anteriormente apresentados foram analisados pormenorizadamente. Por considerarmos muita informação (resultados muito extensos) para se colocar no corpo do trabalho e considerando a sua importância para o leitor, é possível consultar a mesma em apêndice (Apêndice 2). Contudo, iremos apresentar seguidamente algumas características dos estudos, que consideramos pertinentes para contextualizar a nossa temática em cada um dos artigos selecionados.

No artigo “*Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres*” as 19 participantes encontravam-se internadas numa Maternidade-Escola após a IVG e tinham idades compreendidas entre os 20 e os 44 anos com predominância entre os 26 e os 30 anos; quanto à etnia, nove eram mulatas, oito eram brancas e uma era negra; quanto à religião, oito eram católicas, seis eram evangélicas, três não tinham religião mas acreditavam em Deus e duas não possuíam crenças religiosas; a maioria era solteira (contudo a viver um relacionamento instável); a maioria das mulheres possuía o ensino médio completo e trabalhava no sector do comércio; os seus rendimentos variavam entre um a três ordenados mínimos (considerando o ordenado mínimo de 678 reais); treze mulheres tinham pelo menos um filho e todas utilizavam algum método contraceptivo, sendo que os orais e injetáveis eram os mais mencionados; em relação à realização de abortos anteriores, nove das mulheres referiu já ter induzido o aborto uma vez e sete referiram já ter induzido uma ou mais vezes; na altura da indução do aborto, a maior parte das mulheres encontrava-se entre as 5 e as 6 semanas de idade gestacional e o método mais utilizado para o mesmo foi a ingestão de Cytotec® usado isoladamente, embora algumas mulheres o tenham combinado com chás ou com um preparado de erva associado a esforços físicos excessivos.

Na RIL “*Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa*”, foram analisados 11 estudos (6 quantitativos, 4 qualitativos e 1 quanti/qualitativo), que englobavam 450 participantes abordadas durante o internamento após o aborto induzido em meio hospitalar, com idades compreendidas entre os 12 e os 54 anos.

No estudo “*Reasons women give for abortion: a review of the literature*” foram analisados 19 estudos (9 quantitativos, 7 qualitativos e 3 quanti/qualitativos) em que a amostra variou de 5 a 1209 mulheres que estavam prestes a realizar/já tinham realizado um aborto induzido em clínicas públicas ou privadas.

No estudo “*Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia*” foram entrevistadas 60 mulheres que frequentaram um

serviço público de aconselhamento sobre gravidez devido a uma gestação não desejada/planeada. As idades das entrevistadas variavam entre os 16 e os 38 anos, sendo que 22 delas já tinham filhos. Dessas 60 mulheres, 5 decidiram prosseguir com a gravidez e 2 dessas residiam em zonas rurais.

No estudo qualitativo “*Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares*”, foram entrevistadas 17 mulheres internadas numa maternidade pública devido à realização de um aborto induzido. A maioria destas mulheres eram jovens adultas, negras e mulatas autodeclaradas, solteiras, com ensino fundamental ou 2º grau incompleto, desempregadas, sustentadas pelos familiares ou companheiro, multigestas e com história prévia de aborto provocado com uso de Misoprostol.

O estudo quantitativo “*Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica*”, contou com 464 jovens com faixa etária entre os 15 e os 19 anos que finalizaram uma gravidez no primeiro quadrimestre de 2006 em 6 maternidades. Na altura da realização do estudo de investigação, as idades das mulheres variavam entre os 17 e os 22 anos, com média de idades aproximada de 20 anos e com predomínio da faixa etária entre os 20 e os 22 anos; a maioria tinha um nível de escolaridade inadequado; metade possuía renda mensal familiar de até um salário mínimo; a primeira gestação variou de 12 a 19 anos, com faixa etária predominante de 15 a 17 anos, enquanto o pai da criança tinha uma faixa etária variável dos 13 aos 50 anos, com predomínio da faixa etária dos 20 aos 29 anos; mais de 50% do total de abortos estavam associados à primeira gravidez; a idade da segunda e terceira gestações variou de 13 a 22 anos; o número de gestações variou de 1 a 9, enquanto o número de gestações que resultaram em aborto variou de 1 a 7 e quase 23% utilizaram com predominância o método medicamentoso para interromper a/as gestação/ões subsequente/s à primeira.

A revisão da literatura “*Understanding why women seek abortion in the US*” recorreu a diversos artigos quantitativos e qualitativos do Estudo Turnaway, que englobava 954 mulheres de 30 clínicas de aborto, outras clínicas ou hospitais e que tinham realizado o aborto induzido há uma semana. Cerca de 36% das mulheres tinham idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos; 37% das participantes do estudo eram de raça branca; 79% eram solteiras e nunca se tinham casado; 53% tinham menos que o ensino médio; 60% tinha dinheiro suficiente para atender às necessidades básicas de vida e 38% eram nulíparas.

No último estudo “*The role of Intimate Partners in Women’s Reasons for Seeking Abortion*”, tal como o estudo referido anteriormente, recorreu a diversos artigos quantitativos e qualitativos

do Estudo Turnaway, que englobava 954 mulheres de 30 clínicas de aborto, outras clínicas ou hospitais e que tinham realizado o aborto induzido há uma semana. Cerca de 18% das mulheres encontrava-se na faixa etária 15-19 anos, 36% na faixa etária dos 20-24 anos e 46% tinha idade igual ou superior a 25 anos. Quanto à etnia/raça das participantes, 37% eram brancas, 29% eram negras, 21% eram hispânicas/latinas e 13% eram de outras etnias/raças. Cerca de 27% encontrava-se sem relação com o parceiro, 14% referiu que o pai da criança era um amigo, 45% revelou que o mesmo era parceiro/namorado e 14% afirmou que era o noivo/marido. Quanto à escolaridade, 53% referiu não ter o ensino médio e 47% afirmou que possuía formação acima do ensino médio. Cerca de 38% das mulheres não tinha nenhum filho, 29% tinha um filho e 34% tinha dois ou mais filhos. Quanto ao grau de dificuldade na decisão do aborto, 44% admitiu que foi uma decisão fácil contra 56% que referiu ter sido uma decisão difícil. Quase metade das mulheres (45%) revelaram um sentimento de indiferença, felicidade ou muita felicidade em relação à gravidez que se opunham aos 55% que consideraram ter vivenciado um sentimento de infelicidade ou muita infelicidade. Em relação ao parceiro, 25% referiu não querer a gravidez, 17% não sabia da gravidez, 36% não tinha a certeza do que queria e deixou a mulher decidir e 22% apontou a gravidez como desejada.

Como os dois últimos estudos recorreram ao Estudo Turnaway conclui-se tal como descrito, que as características das mulheres participantes são exatamente iguais. Embora seja considerada a mesma amostra, sendo estudos com objetivos e resultados muitos dispares e importantes para o nosso estudo, optamos por os considerar.

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Para a realização da presente RIL, foram utilizadas como fontes de dados oito artigos. Quanto ao tipo de estudo, quatro desses artigos correspondem a Revisões da Literatura, três correspondem a estudos Qualitativos e um corresponde a um estudo Quantitativo. Quanto ao país de origem dos artigos selecionados e abordados para esta RIL, quatro provêm do Brasil, dois da Austrália e os restantes dois dos Estados Unidos da América. Os anos desses oito artigos, variam entre o ano de 2009 e o ano de 2016 (um artigo é de 2009, um de 2010, um de 2011, um de 2013, dois de 2014, um de 2015 e, por fim, um de 2016).

Em termos comparativos, dentro dos oito estudos o que mais se evidencia em comum, é o grande intervalo de idades das mulheres que optam por interromper a gravidez, sendo que o que mais se destaca é o estudo número 2, que apresentou um intervalo de idades entre os 12 e os 54 anos. Segundo o último Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez da DGS (Dados de 2016), a IG por opção das mulheres com idade inferior a 20 anos diminuiu para 10,4% em 2016 comparado ao ano anterior de 2015, onde a percentagem foi de 10,9%. O intervalo de idades onde se verificaram a ocorrência de mais IG foi entre os 20 e os 24 anos (3618), seguido da faixa etária dos 25 aos 29 anos (3358) e posteriormente dos 30 aos 34 anos (2977). Através deste mesmo Relatório foi possível verificar que as mulheres com idade superior a 50 anos, têm uma percentagem de ocorrência de IG de apenas 0,01% ou seja, o que corresponde a apenas 2 IG das 15416 ocorridas em Portugal no ano de 2016 (Direção-Geral da Saúde, 2017).

No estudo número 1, tal como no estudo número 5, verifica-se que a raça parda é predominante entre as mulheres que interrompem uma gravidez, ao contrário dos estudos 7 e 8, onde a raça predominante é a branca.

Os estudos 1, 5, 7 e 8 encontram-se em concordância quanto ao facto das mulheres que interromperam uma gravidez serem maioritariamente solteiras.

No estudo número 1, as mulheres possuíam maioritariamente o ensino médio completo (que corresponde ao Ensino Secundário em Portugal). Nota-se então uma concordância com o último Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez da DGS (Dados de 2016), que refere que o maior número de IG por opção da mulher, foram realizadas por mulheres que possuíam o Ensino Secundário como grau de instrução - 6108 (Direção-Geral da Saúde, 2017) e uma discordância com os estudos 7 e 8, onde 53% das mesmas, não o tinha completado. Estes dois últimos estudos referidos, estão, no entanto, de acordo com a informação referida na DGS

acerca do número de filhos das mulheres que realizam IG por sua opção, sendo que a maior percentagem se refere à inexistência de filhos anteriores e cerca de 29% corresponde à existência de um filho (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Em relação à situação laboral da mulher que opta por induzir o aborto, o estudo número 1 refere que a maioria se encontrava empregada no setor do comércio. Em contrapartida, o estudo 5, opõe-se aos dados anteriormente referidos, admitindo que a grande maioria destas mulheres se encontrava desempregada na altura da indução do aborto. Segundo o Relatório referido anteriormente, em Portugal o grupo trabalhador com maior percentagem de IG por opção da mulher em 2016 era o de “Trabalhadores Não-Qualificados” (3285) seguido do grupo das “Desempregadas” (2870) (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Por fim, o método de IG mais utilizado foi o medicamentoso tanto no estudo número 1, como no estudo número 6.

Após a leitura dos oito artigos e posterior interpretação dos motivos apresentados pelas mulheres para induzirem o aborto (resultados), foi possível agrupá-los em três grandes categorias:

- Motivos relacionados com a mulher;
- Motivos relacionados com os outros;
- Outros motivos.

Dentro da primeira categoria, formou-se subcategorias sendo elas: Motivos financeiros e socioeconómicos; Motivos relacionados com formação/Carreira profissional; Motivos relacionados com a saúde e opções da mulher; Motivos relacionados com a saúde reprodutiva. Dentro da segunda categoria, criou-se novamente subcategorias: Motivos relacionados com a existência de outros filhos; Motivos relacionados com família/amigos; Motivos relacionados com o parceiro. Por último, na terceira categoria, formaram-se como subcategorias: Motivos relacionados com a sociedade; Motivos relacionados com o feto; Violência e agressão sexual.

A tabela referente à supracitada categorização encontra-se em Apêndice (Apêndice 3), onde são apresentados os motivos mencionados em cada artigo.

Nestes artigos foram encontrados vários motivos para a IVG. De todos os motivos encontrados, nove deles foram mencionados em pelo menos metade dos artigos. O mais mencionado foi “falta de apoio por parte do companheiro”, mencionado em todos os oito artigos (100%); seguidamente, o segundo mais mencionado foi "instabilidade e casualidade da relação amorosa"

mencionado em sete dos oito artigos (87,5%); a “violência doméstica (sexual, física, psicológica e coerção sexual)” foi o terceiro motivo mais mencionado em seis dos oito artigos (75%); de seguida, o quarto motivo mais mencionado foi “o parceiro não quer o bebé” que foi referido em cinco artigos (62,5%); em quinto lugar encontram-se cinco motivos, todos eles abordados em metade dos oito artigos, sendo eles: “dificuldades relacionadas com a vida profissional, formação e/ou planos de vida”; “bebé não desejado”; “sentimento de incapacidade por ser solteira”; “parceiro errado para ser pai”; “receio de estigma por parte da sociedade” (50%). Todos os outros motivos estavam mencionados em apenas três ou menos artigos. Oito deles eram referidos em apenas três artigos, catorze foram mencionados em dois artigos e vinte e sete foram abordados apenas num artigo.

5.1. Motivos Relacionados com a Mulher

Todos os artigos à exceção do artigo número 5 abordam Motivos relacionados com a Mulher, sendo que os motivos mais comuns são: dificuldades relacionadas com a vida profissional, formação e/ou planos de vida; bebé não desejado; sentimento de incapacidade por ser solteira, pois todos estes se apresentam em quatro dos oito artigos.

5.1.1. Motivos financeiros e socioeconómicos

Dentro da subcategoria “Motivos Financeiros e Socioeconómicos”, foram detetados sete diferentes motivos apresentados pelas mulheres para se submeterem ao aborto induzido, sendo estes: Receio de perda de autonomia financeira; Dependência financeira dos pais; Receio de agravamento da situação económica com mais filhos; Receio de não conseguir manter as necessidades básicas com mais um filho; Desemprego; Condições habitacionais e financeiras inadequadas; Ausência de seguro de saúde e de apoio do Governo.

As condições habitacionais e financeiras inadequadas foram apontadas como motivo para a decisão de induzir o aborto nos artigos 3, 4 e 7 demonstrado por: possuía dificuldades económicas (4); não tinha condições emocionais, habitacionais, económicas e temporais para cuidar de uma nova criança (4); referiu não se conseguir sustentar financeiramente a ela e ao bebé (4); habitação desadequada para o bebé (7); preocupações financeiras gerais (7).

Os fatores financeiros e socioeconómicos foram igualmente apontados como motivo de escolha de indução do aborto segundo Borsari et al. (2013), indo assim de encontro aos resultados apresentados nos oito artigos selecionados.

As condições socioeconómicas foram ainda abordadas por Oliveira, Barbosa & Fernandes (2005) que referiram este ser um fator que afeta diretamente as possibilidades de uma mulher conseguir ou não assumir a responsabilidade da maternidade, o que a leva a praticar o aborto. Estes mesmos autores abordam ainda a necessidade de uma resolução desta problemática, através de medidas de ordem social que apoiem e suportem as mulheres que possuam o desejo de se tornar mães, mas que não possuem condições financeiras para tal.

Em relação às condições habitacionais e financeiras, Gamanho (2011) vai de encontro aos resultados obtidos neste trabalho, pois tanto as adolescentes como as mulheres adultas, apontaram a sua situação económica como difícil (no segundo grupo, mais associado ao desemprego). No que se refere ao grupo das mulheres adultas, esta é a maior justificação para a indução do aborto, ao contrário do grupo das adolescentes que para além de referirem os fatores financeiros e socioeconómicos como um motivo, apontam ainda a ausência de desejo de ser mãe e a sua idade. Esta mesma autora veio por outro lado, contrariar os resultados anteriormente referidos, pois aponta que tanto as adolescentes como as mulheres adultas possuem boas condições habitacionais, residindo num ambiente “calmo e com condições adequadas”. No entanto, 20% das mulheres adultas que faziam parte da amostra, apoiam as condições habitacionais como um forte motivo, por viverem “numa casa sem condições (espaço, degradada, sobrelotada)”.

Como Palma (2017) realça, as condições ao nível económico são também o principal motivo que leva à indução do aborto, mesmo em mulheres que possuam um emprego fixo, pois tinham como objetivo oferecer ao filho melhores condições de vida do que aquelas que tiveram na sua infância. Este autor concluiu que estes resultados iam de encontro do mencionado por investigações mais antigas de Major et al. (2009), Sell (2013) e Fernandes (2014) que defendiam que a IVG era vista como a única opção para as mulheres com grandes dificuldades económicas.

Em concordância com um estudo mais antigo, entendeu-se que as condições financeiras e socioeconómicas foram desde sempre apontadas como um motivo para a IVG, sendo o segundo mais apontado, ou seja, por cerca de 31% da população integrante da amostra de um estudo realizado por Farina (1975), sendo este um motivo já apontado há vários anos.

5.1.2. Motivos relacionados com formação/carreira profissional

No interior da subcategoria “Motivos relacionados com formação/carreira profissional” foram agrupados três motivos apontados pelas mulheres para a IVG: Dificuldades na vida profissional;

Dificuldades na formação; Dificuldades relacionadas com a vida profissional, formação e/ou planos de vida.

O motivo “Dificuldades na vida profissional” foi referido nos artigos 1, 2 e 7 e demonstrado por: dificuldade de prosseguir a sua vida profissional (1); obstáculo na procura de emprego (1); medo de perder o emprego (1 e 2) e emprego não oferece licença de maternidade (7).

“Dificuldades na formação” foi um motivo abordado nos artigos 1 e 2, encontrando-se representado através de: impossibilidade de prosseguir a sua formação no ensino superior (1) e desejo de não abandonar os estudos (2).

As “Dificuldades relacionadas com a vida profissional, formação e/ou planos de vida” foram abordadas nos artigos 2, 3, 4 e 7 e encontram-se representadas através de: desejo de dar continuidade à sua formação e progressão na carreira profissional (2); não querer interromper a sua formação, carreira e planos de vida (3); não querer ter mais filhos devido aos seus estudos ou carreira profissional (3); não querer comprometer os seus planos de formação, viagens e ambições profissionais (4); dificuldades em estudar ou entrar no mercado de trabalho (7); interferiria com a escola ou planos de carreira (7).

Realçado por Oliveira et al. (2005), um dos motivos mencionados pelas adolescentes para optarem pela IVG é o desejo de dar continuidade à sua formação escolar. Segundo estes, uma gravidez na adolescência iria significar uma mudança nos planos de vida do homem e da mulher, pois ambos se encontravam a estudar e dessa forma, uma gestação não planeada afetaria o seu futuro. Segundo Persona et al. (2004), uma gravidez na adolescência pode provocar afastamento social e do mercado de trabalho, desorganização na estrutura familiar, abandono escolar e levantamento de questões emocionais.

Este motivo é também suportado por Gamanho (2011) que refere que as adolescentes admitiram a dificuldade na progressão ou continuação dos seus estudos caso optassem por avançar com a gravidez.

A carreira profissional pode ser um fator preponderante nesta decisão, uma vez que Oliveira et al. (2005), referem que para algumas mulheres, uma gravidez provocaria dificuldades na concretização das suas tarefas profissionais e até mesmo a possibilidade de perda do emprego. Ainda segundo estes autores, uma nova gravidez seria também uma barreira na procura de emprego.

As dificuldades na carreira profissional de mulheres que vivem com vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), são também suportadas por Villela, Barbosa, Portella & Oliveira (2012), que mencionam que o receio de perder o emprego é decisivo na escolha de indução do aborto, bem como a necessidade de se ausentarem do emprego mais frequentemente durante a gravidez e acompanhamento da criança (por motivo de doença), caso pretendam avançar com a mesma.

5.1.3. Motivos relacionados com a saúde e opções da mulher

Na subcategoria “Motivos relacionados com a Saúde e Opções da Mulher” encontram-se 13 motivos referidos por mulheres que induziram o aborto: bebé não desejado; pressão colocada sobre a mulher, apesar de esta querer manter a gravidez; medo de dar à luz; idade avançada; falta de maturidade ou de independência; receio de alterações corporais; problemas de saúde mentais ou físicos; receio de perda de liberdade; desejo de casar primeiro; tempo insuficiente; falta de preparação emocional e mental; receio de sofrimento para a criança; sentimento de incapacidade por ser solteira.

O motivo “bebé não desejado” foi referido nos artigos 2, 3, 4 e 7 através dos seguintes motivos: rejeição da gravidez em si (2); preferiu fazer um aborto do que ter um filho não desejado (3); não apresentava o desejo de ser mãe (3); não desejava o bebé (4); não querer ter mais filhos (7); não queria um bebé ou não queria colocá-lo para adoção (7).

“Medo de dar à luz” (3) foi outro dos motivos apontados pelas mulheres para optarem pela IVG, demonstrado também no artigo 7 – receio de dar à luz.

O fator “Idade avançada” apresentou-se nos artigos 3 e 7 demonstrado por: sentir-se demasiado velha.

A “Falta de maturidade e de independência” (7) estava presente nos artigos 3, 4 e 7 e encontrava-se dividida em: não se encontrar preparada para ser mãe por ser demasiado nova (3); ser incapaz de cuidar adequadamente de uma criança (3); sentir-se demasiado jovem, despreparada e imatura (4); não estar preparada ou achar não ser a hora certa (7); sentirem-se muito jovens (7); sentimento de incapacidade para cuidarem de si mesmas (7); elevada dependência de outras pessoas para criarem um bebé (7).

O motivo “Receio de alterações corporais” apresentou-se no artigo 4 representado por: não se encontrar preparada para aceitar as mudanças físicas decorrentes de uma gravidez e considerar a gravidez como uma “invasão” no seu próprio corpo.

Os “Problemas de saúde mental ou física” (7) foram descritos nos artigos 3, 4 e 7 através de: encontrar-se cansada e desgastada (3); não querer ter mais filhos devido a estado de saúde; possuía uma doença mental (4); não se encontrar fisicamente saudável para ter um bebé (4).

A “Falta de preparação emocional e mental” foi representada no artigo 4 e 7 através de: falta de condições emocionais, habitacionais, económicas e temporais para cuidar de uma nova criança (4); não se sentir emocionalmente ou mentalmente preparada por história anterior de depressão e abuso físico (7).

O motivo “Tempo insuficiente” apresentou-se nos artigos 4 e 7 e foi demonstrado por: falta de condições emocionais, habitacionais, económicas e temporais para cuidar de uma nova criança (4); ausência de tempo livre para criar uma criança devido a emprego (7); tempo suficiente ou sentia-se muito ocupada (7).

O “Receio de sofrimento para a criança” encontrou-se no artigo 7 e foi demonstrado por: desejo de evitar que o bebé repita a sua infância de drogas ou de abuso físico, sexual e negligência.

O motivo “Sentimento de incapacidade por ser solteira” (7) apareceu representado nos artigos 2, 4, 7 e 8 através de: encontrar-se solteira (2); não querer ser mãe solteira por receio de ter de enfrentar sozinha uma luta emocional e financeira (4); receio de criar a criança sozinha (8); não querer assumir ser mãe solteira (8).

A falta de preparação emocional e mental é suportada por Borsari et al. (2013), que referem que as condições emocionais aliadas a outros motivos, são fundamentais para a tomada de decisão em relação à continuação ou não, da gravidez.

Já Beck no ano de 1969 defendia a inaptidão para aceitar emocionalmente a gravidez como um forte motivo para as mulheres não prosseguirem com a mesma, nos Estados Unidos da América em 1960 (Beck,1969).

Pimenta (2011, pp. 8-9) baseada em Papiernik et al. (2008) e Mirmilstein, Rowlands & King (2009), referem também que os problemas de saúde mental ou físicos são um forte motivo para a escolha da IVG, suportados por “a patologia materna associada à gravidez como doença hipertensiva, trombofilias, patologia infecciosa, neoplasias malignas, distúrbios psiquiátricos, entre outras.”

À semelhança do estudo anterior, também Oliveira et al. (2005) abordam a falta de condições a nível psicológico e físico pelas mulheres, como um dos principais motivos para a IG.

Villela et al. (2012) baseados em Desclaux, Msellati & Walentowitz (2009) estão em concordância com o presente estudo de investigação, quando abordam os receios de sofrimento para a criança, como um motivo para o aborto induzido nas mulheres com VIH, demonstrados por medo da possível transmissão da infeção para a criança e de sofrimento para a mesma por possivelmente não poder ser amamentada futuramente, devido a este ser um meio de prevenção de transmissão vertical da infeção. Este provável impedimento iria provocar na mulher dúvidas em relação ao seu bom papel na maternidade.

Em concordância com o estudo anterior, Kanniappan, Jeyapaul & Kalyanwala (2008) afirmaram que a mulher com VIH apresenta receio de sofrimento para a criança, pois esta seria exposta a injeções e medicação que provocariam potencialmente dor.

O artigo de Villela et al. (2012) que estudou 30 mulheres com VIH/SIDA que engravidaram após o diagnóstico da infeção, concluiu que os principais motivos que as levavam a interromper a gravidez além de estarem associados à infeção por VIH, estavam também associados a outros fatores tais como situação profissional, apoio familiar, relação com o parceiro, desejo de ter um bebé e acesso a cuidados de saúde. Conclui-se então que os motivos apresentados pelas mulheres portadoras de VIH, estão muitas das vezes presentes também em mulheres sem a infeção, abordadas noutros estudos. No entanto, estes motivos ganham especial importância no primeiro grupo, devido à grande possibilidade de agravamento da doença ou morte precoce pela infeção. Assim, caso as mesmas não tivessem apoio familiar e do parceiro, receavam que as crianças ficassem sozinhas e sem apoio necessário para o seu crescimento.

Segundo Pimenta (2011) que se baseou em Scott, Gibbs, Karlan & Haney (2003) outra das razões apontadas para a indução do aborto é a necessidade de tratamentos agressivos (em casos específicos) para a mulher e para o feto no início da gravidez, tais como, imunização com vírus vivos inativos, quimioterapia e radiação ionizante.

Realçado por Pimenta (2011) e baseado em Fergusson, Boden & Horwood (2007), a gravidez não desejada é outro dos motivos mais comuns entre as mulheres mais novas para a indução do aborto.

Em concordância com esses autores, também Gamanho (2011) referiu que a opção pela IVG por parte das adolescentes estava relacionada não só com o facto de serem demasiado jovens, mas também com a ausência de desejo de assumirem a maternidade naquela altura das suas vidas.

Pimenta (2011) baseada em Freak-Poli, Chan, Tucker & Street (2009) refere que no final dos anos 80, a principal razão para a IVG em cerca de 25% das mulheres norte-americanas, era o desejo de ser mãe apenas numa fase de vida posterior.

Palma (2017) concluiu também que uma gravidez não planeada, planos familiares inexistentes e momento errado para ser mãe constituem entraves para o seguimento da gravidez.

Estes resultados são baseados e seguem no mesmo sentido de Gesteira, Barbosa & Endo (2006) e de Major et. al (2009) que também enunciavam o fator idade, a ausência de desejo de ser mãe e o sentimento de incapacidade para cuidar de uma criança como motivos para as mulheres induzirem o aborto.

Villela et al. (2012) referem também que a gestação que ocorre de forma não planeada, indesejada ou imprevista, ou quando existe um sentimento de incapacidade por parte da mulher, levam também à prática de indução do aborto, encontrando-se em concordância com os restantes estudos já referidos anteriormente. Estes autores referem ainda que “A recusa à maternidade por escolha da mulher e não por outras injunções da vida, é considerada a pedra angular da rejeição ao aborto, posto que desafia os modelos patriarcais de organização da sociedade.” (p.1715).

Para Oliveira et al. (2005) o fator idade influencia na escolha pela IG. No estudo efetuado por estes autores, as mulheres referiram sentir-se ainda bastante jovens, sem maturidade e habilidade para assumir a responsabilidade materna, visto que esta iria alterar os seus planos de vida. Por outro lado, Gamanho (2011) corrobora com um dos motivos apresentados por esta RIL (sendo ele “Receio de perda de liberdade), visto que uma das mulheres mencionou que “o aborto é um direito à opção da mulher, à sua liberdade de escolha” (Gamanho, 2011, p.158) e, se o concretizasse, iria estar liberta de problemas que advinham, como por exemplo, das suas dificuldades económicas naquele momento da sua vida.

5.1.4. Motivos relacionados com a saúde reprodutiva

Dentro da subcategoria “Motivos relacionados com a Saúde Reprodutiva” foram agrupados dois grandes motivos: Aborto induzido utilizado como método contraceptivo e Dificuldades no acesso a planeamento familiar, métodos contraceptivos ou à contraceção de emergência.

“Dificuldades no acesso a planeamento familiar, métodos contraceptivos ou à contraceção de emergência” (2) foi um motivo abordado nos artigos 2 e 6 e representado por: baixo nível

socioeconómico/ condições financeiras desfavoráveis (dificuldade no acesso a informações e a métodos contraceptivos) (6).

A utilização de contraceção tem gerado uma diminuição na incidência e na prevalência de abortos induzidos, mesmo em países onde esta prática é legalizada, sendo esta afirmação apoiada por vários outros autores (Gamanho, 2011). Este autor vai ao encontro dos resultados do presente estudo, pois as mulheres abordadas no seu estudo, referem que a gravidez ocorreu de forma não planeada, devido à ausência de um método contraceptivo eficaz. O autor forma uma ligação entre a falta do uso de meios contraceptivos adequados, à inadequada informação que as mulheres possuem acerca dos mesmos. Neste estudo referido anteriormente, metade das adolescentes inquiridas referiu ter informações suficientes sobre os vários métodos existentes, enquanto que a outra metade admitiu não possuir muitos conhecimentos acerca do assunto. No que toca ao grupo das mulheres adultas, a grande maioria referiu não necessitar de informações relacionadas com o planeamento familiar. Suportando Gamanho (2011), Oliveira et al. (2005) mencionam que as mulheres demonstram falta de informação acerca de planeamento familiar.

É também defendido por Villela et al. (2012) que a ausência de contraceção eficaz leva ao aumento da possibilidade de uma gestação imprevista, o que poderá levar à indução do aborto. Segundo estes mesmos autores, é necessário direcionar a atenção para as mulheres no início da vida reprodutiva, de modo a implementar a todas elas, o acesso a métodos anticoncepcionais.

Segundo a OMS:

ainda persiste a necessidade insatisfeita de planeamento familiar, definida em geral como a quantidade de mulheres que querem evitar ou atrasar uma gravidez, mas não utilizam nenhum método anticoncepcional, embora as estatísticas apontem uma tendência ao declínio. Em conjunto, 11% das mulheres dos países em desenvolvimento informam que têm uma necessidade insatisfeita em relação ao planeamento familiar (Organização Mundial de Saúde, 2013, p.23).

No que se refere à contraceção, Palma (2017) está em consonância com Gamanho (2011) ao defender que as mulheres não têm a capacidade necessária para utilizar os métodos contraceptivos corretamente, bem como conhecimentos suficientes acerca dos mesmos. Por outro lado, Gesteira et al. (2006) e a Sociedade Portuguesa de Contraceção e a de Ginecologia (2015), vêm corroborar com os motivos já referidos por Palma (2017) e Gamanho (2011), bem como com os nossos resultados, uma vez que sustentam a ideia da falta de conhecimentos relativamente à contraceção e ao planeamento familiar, como também de pouca acessibilidade à educação sexual. Villela et al. (2012) vêm de encontro à referida falta de orientação no campo da prevenção, que leva à gravidez não desejada.

Contrariamente a este facto, Palma (2017) não suporta a ideia anteriormente referida, pois as mulheres inquiridas neste estudo revelaram ter frequentado consultas de planeamento familiar, pelo menos uma vez por ano. Este autor salienta a falha na forma como os profissionais de saúde transmitem as informações acerca dos métodos contraceptivos, sendo necessária uma revisão no modo como médicos e enfermeiros esclarecem as dúvidas destas mulheres em idade reprodutiva e com vida sexual ativa.

A DGS no ano de 2016 refere que, após a realização da IVG, 94,5% das mulheres optaram por um método contraceptivo, sendo que 39% escolheu implante contraceptivo, laqueação de trompas e dispositivo intrauterino, ou seja, um contraceptivo de longa duração, aumentando assim 1% em relação ao ano anterior (Direção-Geral da Saúde, 2017).

A OMS (2013) está em consonância com o motivo “aborto induzido utilizado como método contraceptivo”, quando afirma que:

os dados recentes, obtidos dos EUA e de 12 países da Europa Oriental e Ásia Central, onde o abortamento induzido costumava ser o método principal para regular a fertilidade, demonstram que quando o uso de métodos anticoncepcionais modernos é alto, a incidência do abortamento induzido é baixa (Organização Mundial de Saúde, 2013, p.22).

Outro dos motivos apontados pela OMS (2013) e que não foi mencionado no nosso estudo, foi a falha dos métodos contraceptivos. Segunda esta organização de saúde, é estimado que cerca de 33 milhões de mulheres no Mundo têm uma gravidez não planeada a cada ano, apesar de utilizarem um método contraceptivo, podendo levar ao nascimento de uma criança não desejada. No entanto, o estudo de Beck contraria as evidências recentes da OMS, referindo que as falhas dos métodos anticoncepcionais eram menos frequentes, quando estudou os motivos que levaram as mulheres no ano de 1960 a induzir o aborto nos Estados Unidos (Beck, 1969).

5.2. Motivos Relacionados com os Outros

Todos os artigos abordam Motivos relacionados com os outros, sendo que os motivos mais comuns são: falta de apoio por parte do companheiro; instabilidade e casualidade da relação amorosa; parceiro errado para ser pai; parceiro não quer o bebé, pois todos estes se apresentam em quatro ou mais, dos oito artigos.

5.2.1. Motivos relacionados com a existência de outros filhos

Dentro da subcategoria “Motivos relacionados com a existência de outros filhos”, foram detetados sete diferentes motivos apresentados pelas mulheres para se submeterem ao aborto induzido, sendo estes: Número de filhos idealizado atingido; Já tinha filhos de ambos os sexos;

Impacto adverso na qualidade de vida dos outros filhos; Sentimento de sobrecarga com filhos atuais; Não quis lidar com outra criança, após a primeira ter nascido com uma doença congénita; Gravidez anterior recente; Necessidade de concentração em filho doente.

O motivo “Número de filhos idealizado” foi representado nos artigos 3 e 6 através de: já tinha a quantidade de filhos que sempre desejou (3) e existência de mais de uma gravidez (6).

O “Impacto adverso na qualidade de vida dos outros filhos” (7) foi descrito nos artigos 3, 4 e 7 por: privação dos filhos mais velhos de recursos financeiros, emocionais e temporais (3) e injustiça para os filhos mais velhos devido ao nascimento de uma nova criança (4).

O motivo “Sentimento de sobrecarga com os filhos atuais” (7) foi referido nos artigos 4 e 7 através de “não querer ter mais filhos devido ao imenso trabalho que tinha com as outras crianças mais velhas” (4).

Villela et al. (2012) vão de encontro aos nossos resultados, ressaltando que algumas das mulheres que interrompem a gravidez, fazem-no porque já têm o número de filhos que sempre desejaram, assim como Palma (2017) que considera um dos motivos para o aborto induzido, o facto das mulheres já considerarem a sua família como completa.

Apoiando o motivo “Sentimento de sobrecarga com filhos atuais”, Palma (2017) refere que o facto de algumas das mulheres já serem mães, faz com que estas já conheçam as imensas responsabilidades que advêm com a chegada de mais uma criança para a família, bem como a sobrecarga acrescida que terão a nível de tarefas domésticas.

Este mesmo autor, encontra-se ainda em concordância com o motivo “Gravidez anterior recente”, referindo que algumas das mulheres que induzem o aborto, ainda têm filhos muito novos, para terem já mais um (Palma, 2017).

Palma (2017) suporta a ideia de Borsari (2012) e Sell (2013), que mencionam que o número de filhos atual, bem como a falta de apoio que lhe é oferecido, são fortes motivos para a decisão da mulher em prosseguir ou não com a gravidez, mesmo que esta seja desejada. Beck (1969) defende que esta decisão também pode estar associada à proteção da qualidade de vida dos filhos mais velhos, indo assim de encontro aos nossos resultados, que apontam como um dos motivos “Impacto adverso na qualidade de vida dos outros filhos”.

5.2.2. Motivos relacionados com família/amigos

Dentro da subcategoria “Motivos relacionados família/amigos”, foram detetados sete diferentes motivos apresentados pelas mulheres para se submeterem ao aborto induzido, sendo estes: Não aceitação da gravidez por parte dos familiares; Medo da reação dos pais ou de dececioná-los; Omissão aos pais da vida sexualmente ativa na adolescência; Relações complexas e violentas com outros familiares desde a infância; Desestruturação/Falta de apoio familiar; Pressão/influência exercida por parte de familiares e amigos; Receio que o bebé tivesse um impacto negativo para a sua família e/ou amigos.

Fica claro a partir do estudo de Gamanho (2011) que o receio de desiludir os pais diante a notícia de uma gravidez não planeada, é motivador para a prática da IVG nas adolescentes que escolhem passar pela situação sozinhas, indo estes resultados ao encontro do motivo referente ao “Medo da reação dos pais ou de dececioná-los” deste presente estudo.

Este mesmo autor, afirma ainda que muitas das adolescentes (mais de metade) que vivem com dificuldades financeiras e económicas têm, no entanto, um bom ambiente familiar e apoio por parte da família. Gamanho (2011) considera ainda, que a maioria das mulheres adultas referiu um agregado familiar bastante presente e que a apoia, o que não suporta os nossos resultados. Farina (1975) contraria os resultados apresentados anteriormente, referindo alguma divergência, quando indica a falta da normalidade no ambiente familiar de uma pequena percentagem das mulheres (que moram sozinhas, com filhos, com outros familiares, ou só com filhos), que pode levar à opção pelo aborto, devido a alterações que ocorrem nelas a nível psicológico, mas também social.

Villela et al. (2012) afirmam ainda que a falta de apoio e suporte familiar associadas à infeção VIH/SIDA apresentada pelas mulheres da amostra do seu estudo, é um forte preditor de uma gravidez sem possibilidades para avançar. Esta falta de apoio familiar como fator preditor, é também sustentada pelo estudo de Oliveira et al. (2005) apoiando o motivo “Desestruturação/Falta de apoio familiar”.

O mesmo estudo realizado por Oliveira et al. (2005), que se basearam em Costa et al. (1995) é divergente com os nossos resultados quando afirma que normalmente os irmãos e pais da mulher tendem a apoiar o seguimento de uma gravidez por valorizarem o papel materno, no entanto é também convergente quando aponta que o parceiro e os amigos aconselham a mulher a seguir os seus planos de vida, sem a presença de um filho.

Quanto ao motivo “Pressão/Influência exercida por parte de familiares e amigos”, quando nos debruçamos sobre o estudo de Oliveira et al. (2005), verificamos que o mesmo estava representado pela sua amostra quando esta apontava a influência de outras pessoas, bem como a pressão familiar como um papel preponderante na decisão de induzir o aborto. Esta influência estava normalmente relacionada com o facto de a mulher conhecer outras pessoas que já se tinham submetido ao processo de IVG.

5.2.3. Motivos relacionados com o parceiro

Dentro da subcategoria “Motivos relacionados com parceiro”, foram detetados nove diferentes motivos apresentados pelas mulheres para se submeterem ao aborto induzido, sendo estes: Receio de negação da paternidade; Falta de apoio por parte do companheiro; Instabilidade e casualidade da relação amorosa; Pouco interesse em constituir família devido a relacionamentos instáveis anteriores; Parceiro errado para ser pai; Insegurança e resistência do parceiro em ser pai; Fim da relação após a descoberta da gravidez; O parceiro não quer o bebé; Dúvidas em relação à paternidade do bebé.

O motivo “Receio de negação da paternidade” (3) foi representado nos artigos 1 e 3 através de: receio de o parceiro não assumir as responsabilidades paternas (1).

A “Falta de apoio por parte do companheiro” (1) (2), foi descrita em todos os oito artigos por: uma criança precisa de dois pais, o que não seria possível devido ao abandono do parceiro (3); desejo de que criança tivesse o pai presente na vida dela (4); não querer assumir o papel de provedora da família perante um companheiro que não cumpre essa “obrigação” (5); instabilidade financeira do companheiro (5); abandono por parte de companheiro (5); desejo de evitar conflitos familiares e sociais devido a desamparo por parte do parceiro (6); ausência de apoio do parceiro (7); distância física do parceiro para apoiar a mulher e cuidar da criança (por motivos profissionais/escolares ou por estarem na prisão) (8); o parceiro não tinha possibilidades financeiras (8); o parceiro não apoiava a mulher com os filhos atuais, muito menos apoiaria com um novo bebé (8); desejo que o filho tenha um pai biológico presente (8).

A “Instabilidade e casualidade da relação amorosa” (1) foi referida em todos os artigos menos no 6 através dos seguintes motivos: relação complicada (2); não se encontrar num relacionamento com o pai da criança (3); o relacionamento ser de curta duração para se ter um filho em conjunto (3); relacionamento de curta duração (4); relacionamento instável (4); relação sem estabilidade/ desequilibrada com o companheiro (5); ausência de relacionamento estável

com o pai do bebé (7); infelicidade no relacionamento (8); a conhecer ainda o parceiro (8); preocupação com a sustentabilidade da relação (8).

O fator “Parceiro errado para ser pai” (7) apresentou-se nos artigos 1, 3, 7 e 8 através de: parceiro não apresentava as características do ponto de vista da mulher para a paternidade (1); imaturidade do parceiro (3); infidelidade do companheiro (3); consumo de bebidas alcoólicas por parte do pai da criança (3); desejo que o pai do bebé seja mais adequado (7); a mulher não queria aquele parceiro para pai do bebé ou não via um futuro (8); o parceiro é casado com outra pessoa (8); o parceiro tem filhos de outra relação (8); o parceiro consome drogas ou está preso (8); não queriam estar associadas a esses homens (8).

A “Insegurança e resistência do parceiro em ser pai” (3) foi mencionado nos artigos 3, 4 e 8 através de: parceiro não se encontrava pronto para ser pai (4); o parceiro não estava pronto para se tornar pai ou não se sentia responsável o suficiente (8).

O motivo “Parceiro não quer o bebé” (8) foi apresentado nos artigos 3, 4, 6, 7 e 8 através de: pressão por parte do parceiro (3); parceiro não queria ter filhos (4)(6)(7)(8); pressão por parte do parceiro (3)(8); o parceiro não quer um bebé (7); o parceiro não queria o bebé ou não estava interessado (8); o parceiro não quer mais filhos (8).

Indo de encontro ao motivo “Instabilidade e casualidade da relação amorosa”, Palma (2017) aponta a existência de um relacionamento instável e sem suporte como um fator motivador para a prática da IVG, pois as mulheres não pretendem viver a experiência da maternidade sozinhas. Oliveira (2006) está em consonância com o estudo anteriormente referido, acrescentando apenas a rejeição por parte do parceiro como um motivo para a prática do aborto induzido. Estes resultados são suportados por Oliveira et al. (2005), pois estes afirmam que o facto de existir um difícil relacionamento com os maridos ou parceiros é um motivo que leva ao mesmo. Outros estudos realizados por Nader, Blandino & Maciel (2007) e por Borsari (2012) concluíram ainda que as relações amorosas com instabilidade são um forte motivo para a IG em cerca de 17,7% das mulheres.

A “Falta de apoio por parte do companheiro” é referido por Pérez, Gomes, Santos e Diniz (2013), sendo também sustentada por Farina (1975), considerando a ausência do parceiro um fator dificultador para o prosseguimento da gravidez, pois as mulheres acabam por ficar a morar sozinhas com familiares ou com os seus filhos. Este motivo é também suportado por estudos realizados por Major et al. (2009) e Gesteira et al. (2006), bem como por Villela et al. (2012).

Fica claro a partir do estudo de Villela et al. (2012), que à parte da infecção por VIH da amostra do seu estudo, um dos fatores mais importantes para a sucessão da gravidez é uma relação saudável com o companheiro, para que o mesmo reparta com a mulher a responsabilidade pela criação dos filhos.

Segundo Farina (1975), Sorrel (1967) menciona:

para o homem comum que engravida uma mulher com quem não pretende se casar, ou não possa fazê-lo, o abortamento é um mero procedimento cirúrgico, que o deixará livre de uma situação de emergência e de uma responsabilidade indesejada ou inesperada. O embrião ou o feto praticamente não têm para ele nenhum significado emocional (Farina, 1975, p.324).

5.3.Outros Motivos

Todos os artigos à exceção do 1 e 6 abordam Outros Motivos, sendo que os mais comuns são: receio de estigma por parte da sociedade e violência doméstica (sexual, física, psicológica e coerção sexual), que se apresentam em quatro ou mais dos oito artigos.

5.3.1. Motivos relacionados com a sociedade

Dentro da subcategoria “Motivos relacionados com a Sociedade”, foram detetados quatro diferentes motivos apresentados pelas mulheres para se submeterem ao aborto induzido, sendo estes: Receio de estigma por parte da sociedade; Motivos étnicos e religiosos; Ambiente imediato e global não adequado para o bebé; Não queria contribuir para a superpopulação mundial.

O motivo “Receio de estigma por parte da sociedade” foi representado nos artigos 2, 3, 4 e 7 através de: influência dos valores passados de geração em geração (segundo a sociedade brasileira, a gravidez não é aceite em mulheres que não possuem um parceiro fixo, que não têm estabilidade financeira, que são muito jovens ou que já têm muitos filhos) (2); não aceitação de uma gravidez na adolescência (3); receio de estigmatização por residir numa cidade pequena (4); vergonha de se mostrar grávida na faculdade (4); receio do julgamento ou reação de outras pessoas (7); receio do que pensariam acerca de uma criança fruto de uma relação com outra raça (7); não queria que os outros soubessem da sua gravidez (7).

Borsari et al. (2013) consideram que a IG está dependente não só da mulher, como também do ambiente sociocultural em que a mesma está encaixada. Já em 1972, Farias enunciava que a IG estava dependente de fatores sociais e culturais (Farina,1975).

Esta mesma opção pode também ser devido à ausência de condições a nível social, tal como acrescenta Oliveira et al. (2005), Gamanho (2011) e Villela et al. (2012), neste último caso, em conjunto com o VIH.

Villela et al. (2012) concluíram que:

para uma mulher com HIV/Aids, que já carrega o estigma relacionado a esta infeção, assumir uma recusa à maternidade não por proteção da sua futura prole ou da sua saúde, e sim porque já cumpriu a sua meta reprodutiva ou simplesmente por que não deseja arcar com o ônus de ter um filho num dado momento recoloca a discussão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como um direito de cidadania destas em qualquer circunstância (Villela et al., 2012, p.1716).

Quando consultada a literatura, verifica-se que os resultados encontrados acerca dos motivos religiosos no presente estudo, não vão ao encontro de Gamanho (2011) que evidencia que metade do grupo das mulheres em idade adulta no seu estudo, devido aos seus princípios ou à sua religião, se mostraram contra a realização do aborto. Em contrapartida, no estudo referido anteriormente, dentro do grupo das adolescentes o motivo religioso não teve qualquer influência, pois a maior parte não tinha qualquer crença religiosa.

5.3.2. Motivos relacionados com o feto

No interior da subcategoria “Motivos relacionados com o feto”, foram detetados três diferentes motivos apresentados pelas mulheres para se submeterem ao aborto induzido, sendo estes: Feto com anormalidades; Medo de potenciais problemas com o feto; Receio que a existência de uma criança deficiente na família afetasse as outras crianças e o seu parceiro.

O motivo “Feto com anormalidades” (3) foi descrito no artigo 3 através dos seguintes motivos: feto com Síndrome de Down (3); feto com doença cardíaca grave (3); preocupação com a qualidade de vida da criança com deficiência (3); não querer ter um filho deficiente (3).

O “Medo de potenciais problemas com o feto” (3) foi representado nos artigos 3, 4 e 7 por: diagnóstico ou medo de dano fetal (3); consumiu álcool e drogas durante a gravidez e temia danos no feto (4); preocupação com o feto devido ao uso de contraceptivos, drogas psicotrópicas ou medicamentos (como antibióticos ou narcóticos) para tratar outros problemas de saúde (7); preocupação com o efeito na saúde do feto devido a uso de drogas e/ou consumo de álcool (7).

O motivo “Receio que a existência de uma criança deficiente na família afetasse as outras crianças e o seu parceiro” (3) foi apontado no artigo 3 através de: se a nova criança possuísse Síndrome de Down, o irmão mais velho “carregaria” uma grande responsabilidade (3).

Pimenta (2011) corrobora com o motivo “Feto com anormalidades” ao apontar que as malformações fetais, bem como as cromossomopatias, influenciam a decisão para a IG. Em consonância com o estudo anterior, encontram-se Oliveira et al. (2005) que também apontam as anomalias congénitas um motivo para a IVG.

O “Medo de potenciais problemas com o feto” foi mencionado por Villela et al. (2012), baseados num estudo realizado por Desclaux et al. (2009), que apontaram o receio de danos fetais, demonstrado por mulheres portadoras de VIH, devido à necessidade de consumo de fármacos durante a gestação.

5.3.3. Violência e agressão sexual

No interior da subcategoria “Violência e agressão sexual”, foram detetados três diferentes motivos apresentados pelas mulheres para se submeterem ao aborto induzido, sendo estes: Violação; Violência doméstica (sexual, física, psicológica e coerção sexual); Abortos anteriores devido a violação.

O motivo “Violência doméstica (sexual, física, psicológica e coerção sexual)” (2) apresentou-se representado nos artigos 2, 3, 4, 5, 7 e 8 por: violência doméstica (sexual, física, psicológica e coerção sexual); pela família (2); abuso físico realizado pelo parceiro (3); não querer que a criança crescesse no meio de um relacionamento abusivo (4); relação violenta/ conflituosa com o companheiro (5); parceiro abusivo (7); ameaças, violação ou assédio moral (8); obrigação para engravidar (8); receio dos abusos se manterem após o parto e dos filhos serem criados nesse ambiente (8); um bebé ia impedir que o relacionamento abusivo acabasse devido à criação de laços (8).

Segundo Souza (2009), indo ao encontro dos nossos resultados:

o aborto provocado acontece em um contínuo contexto de violência e sob diversas formas; as mulheres do estudo relataram que sofriam privação de liberdade, manipulação afetiva (violência psicológica), destruição de objetos pessoais (violência patrimonial), lesões corporais (violência física): a decisão de abortar é processual, resultado de um caminho de aflição silenciosa (Souza, 2009, p. 134).

Borsari et al. (2013) suportam também a ideia de que a violência sexual ou doméstica apresenta uma forte influência na decisão de continuar ou não com a gravidez.

5.4. Implicações para a Enfermagem

Os resultados obtidos através desta RIL, permitiram um conhecimento mais aprofundado acerca dos motivos que levam as mulheres a optarem pela IVG/aborto induzido, conseguindo com isto, entender-se a necessidade de mais estudos científicos acerca desta temática. Estes estudos

poderão abordar a importância do Enfermeiro durante todo este processo, bem como as dificuldades que os mesmos apresentam no cuidar a estas mulheres, devido a uma possível não compreensão dos seus motivos.

Os Enfermeiros que cuidam de mulheres que induziram o aborto têm de possuir um olhar holístico, sendo importante perceber que estas nem sempre tomam essa decisão baseada em apenas vontades próprias, mas sim baseada em condições físicas, psicológicas, socioeconómicas, ambientais e socioculturais, que por vezes não permitem a chegada de uma criança à família.

O aborto induzido tem um significado muito mais extenso para as mulheres do que apenas o resultado das suas ações, podendo ser desvendado apenas quando a mesma apresenta os motivos que as levam a praticar essas ações e mostrando os aspetos sociais do seu quotidiano que a levaram a fazê-lo (Sell, 2013).

Sandi & Braz (2010), referiam que era “errado” julgar que todas as mulheres soubessem como evitar uma gravidez e que era incongruente analisar o aborto sem o associar a todos os fatores, ao redor, que estavam a si associados. Assim, todos esses fatores e motivações precisavam de ser tidos em conta e compreendidos, durante a análise dos motivos que levam uma mulher a interromper a gravidez de forma voluntária.

Estas mulheres passam por um processo complicado e traumatizante, agravado pelas dificuldades demonstradas no cuidar por parte dos profissionais de saúde por parecer não compreenderem os motivos.

Perante uma situação de aborto induzido, normalmente os Enfermeiros limitam-se a efetuar procedimentos, técnicas e planeamentos de tratamento que visam apenas o cuidado físico da mulher, deixando de lado os seus sentimentos e emoções (Santana et al., 2015). Além do cuidado ao nível físico, os Enfermeiros devem também preocupar-se em prestar apoio social, psicológico e espiritual, compreendendo os sentimentos expressos e evitando o cuidado automático e burocratizado. Devem ainda dar importância ao bem-estar da mulher sem julgar ou transmitir uma opinião em relação ao motivo que a levou ao internamento (Lima et al., 2017), sendo esta opinião enfatizada também por Santana et al. (2015). O cuidado minimalista realizado ao nível físico por parte da equipa de Enfermagem é justificado pelas mulheres como suficiente, pois estas têm expectativas de cuidado reduzidas pelo seu estado de fragilidade (Mariutti et al., 2007).

Ao estarem mais consciencializados para os motivos destas mulheres na prática da IVG, pretende-se que os Enfermeiros diminuam os pensamentos negativos e os juízos de valor, tornando assim os cuidados a estas mulheres menos estigmatizados, mais direcionados para o apoio emocional e menos direcionados para o cuidar apenas físico (técnicas).

As mulheres apontam negatividade às atitudes por parte dos Enfermeiros no período após aborto induzido, tais como desrespeito, desconsideração pelas suas necessidades, cuidado lento e demorado e falta de informação, que leva ao trauma, medo, solidão e agravamento do seu estado psicológico (Mariutti et al., 2007). As mulheres experimentam ainda preocupação e demonstram instabilidade emocional (Soares et al., 2012) e sentem-se também vítimas de preconceito por um atendimento discriminatório, estigmatizado e punitivo, favorecendo o surgimento de sentimentos de culpa, humilhação, angústia e insegurança e violando o direito de uma assistência humanizada (Lemos & Russo, 2014).

Numa grande parte das vezes, os Enfermeiros priorizam os cuidados às puérperas, gestantes de alto risco e parturientes, demonstrando mais uma vez discriminação e diminuindo a qualidade de assistência às mulheres submetidas a IVG (prestada com insegurança), demonstrando assim que estão despreparados para lidarem com esta situação (Santana et al., 2015).

Através do conhecimento por parte dos Enfermeiros, dos diversos resultados apresentados neste estudo, pretende-se promover/ facilitar a compreensão dos motivos. Isto poderá levar à ocorrência de alguma mudança nos cuidados de Enfermagem às mulheres durante todo o processo de IVG, resultando em cuidados de Enfermagem mais humanizados e menos discriminatórios, diminuindo os sentimentos de culpa e angústia que estas normalmente apresentam.

“A assistência de enfermagem deverá contemplar na interação com as mulheres em situação de abortamento, o resgate de uma atenção humanizada” (Soares et al., 2012, p.5), sendo a escuta qualificada um dos instrumentos fundamentais para que o mesmo aconteça, assim como o respeito pela autonomia, dignidade e dor da mulher (Silva et al., 2015).

Para Lima et al (2017, p.5077):

O cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento deve-se completamente à postura do profissional de enfermagem que a recebe e que atende durante sua recuperação. O profissional que acolhe e presta assistência a ela todo tempo durante seu período de internação é o responsável pelo cuidado humanizado da mesma, e é quem deve zelar pela não discriminação e marginalização no momento da entrada da paciente da unidade até à sua saída.

Caso os Enfermeiros se mostrem acolhedores, recetivos e comunicativos, as mulheres que estão em processo de aborto induzido sentem-se mais confortáveis, tranquilas e seguras, demonstrando bem-estar (Santana et al., 2015). Estes mecanismos de apoio irão atuar de forma terapêutica, contribuindo para a superação por parte das mulheres de sentimentos de sofrimento, angústia e/ou frustração (Soares et al., 2012).

Desta forma, consideramos que o trabalho desenvolvido tem uma enorme aplicabilidade na prática de Enfermagem, trazendo um maior conhecimento aos profissionais de saúde e consequentemente a promoção de um cuidar melhor junto destas mulheres, homens e família.

5.5. Recomendações

Devido à permanência de um número bastante elevado de interrupções voluntárias da gravidez em Portugal por todos os motivos (apesar do seu decréscimo constante desde o ano de 2011), torna-se importante considerar a introdução da temática no plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, principalmente a respeito da importância de conhecer os motivos que levam as mulheres a praticá-lo. Esta temática irá contribuir para a formação de estudantes e futuros profissionais de saúde e torná-los mais competentes e compreensivos a respeito desta temática, levando a uma diminuição das dificuldades apresentadas durante a prestação de cuidados, nomeadamente durante a realização de Ensino Clínico na área de Saúde Materna e Obstétrica.

Os resultados obtidos no presente trabalho terão contribuições na área de investigação científica, tal como mencionado na discussão de resultados, levando à perceção ou reforçando a necessidade de futuras investigações mais específicas que abordem a temática da IVG.

Assim, sugere-se em Portugal estudos acerca do papel do Enfermeiro durante todas as fases do processo do aborto induzido, bem como acerca da importância das consultas de planeamento familiar e de esclarecimento de dúvidas (relativamente aos vários tipos de métodos contraceptivos), por forma a reduzir algum número de gravidezes indesejadas ocorridas, por insuficiente ou incorreto esclarecimento de dúvidas às mulheres em idade reprodutiva e com vida sexual ativa, por parte dos Enfermeiros. Também se sugere a realização de estudos que aprofundem os sentimentos ou o impacto emocional que as mulheres experienciam após atitudes discriminatórias e estigmatizadoras por parte dos profissionais de Enfermagem durante a prestação de cuidados.

6. CONCLUSÃO

No início do processo de realização do presente trabalho foi definida a questão de investigação. Em resposta à questão foram analisados os oito artigos selecionados para a presente RIL, sendo posteriormente retiradas as suas principais conclusões que dessem resposta à questão de investigação colocada inicialmente. Todos os motivos detetados nos artigos anteriormente referidos, foram categorizados em três grandes áreas: Motivos relacionados com a mulher, Motivos relacionados com os outros e Outros motivos.

Devido ao elevado número encontrado de motivos que levam uma mulher a induzir o aborto, mais especificamente 58, foram criadas subcategorias de modo a obter uma melhor organização, sistematização e compreensão dos resultados.

Nove destes motivos encontraram-se em pelo menos 4 dos 8 artigos analisados. Foi possível verificar que a falta de apoio por parte do companheiro constituiu o motivo mais destacado para a IVG, seguido da instabilidade e casualidade da relação amorosa. Em terceiro lugar localizou-se a violência doméstica (sexual, física, psicológica e coerção sexual) e logo de seguida o facto de o parceiro não querer o bebé.

Com isto, pode-se aferir que o parceiro exerce a maior influência nesta tomada de decisão, podendo não ser apenas uma decisão individual da mulher. No entanto, os motivos relacionados com o parceiro, apesar de serem os mais mencionados pelas mulheres no presente estudo, nem sempre foram os mais suportados pela literatura já existente.

Outros motivos foram também bastante citados pelas mulheres, tais como dificuldades relacionadas com a vida profissional, formação e/ou planos de vida; bebé não desejado; sentimento de incapacidade por ser solteira; receio de estigma por parte da sociedade, mostrando assim uma origem multifatorial que envolve várias características: físicas, psicológicas, socioeconómicas, socioculturais, religiosas, ambientais, entre outras.

Desta forma, foi possível dar resposta ao objetivo traçado para este trabalho de investigação, ou seja, permitiu-nos identificar quais os motivos que levam as mulheres a optarem pela IVG/aborto induzido e desta forma, promover os conhecimentos nesta área aos profissionais de Enfermagem, de forma a tentar favorecer a promoção de um cuidado mais humanizado às mesmas.

No que se refere à vertente de investigação, o presente trabalho contribui para uma atualização dos dados científicos relativos à área em estudo e vai ainda fomentar a elaboração de novas pesquisas, acerca dos motivos que levam as mulheres a optarem pela IVG.

Como limitações do estudo foi possível identificar o reduzido número de investigações publicadas acerca da temática, principalmente de acesso livre e gratuito, na língua portuguesa e realizados em Portugal. Definimos ainda como limitação o facto de alguns artigos utilizados preencherem menos de 65% dos critérios de análise de artigos segundo JBI.

Sendo a Enfermagem uma profissão de cuidado e estando os Enfermeiros presentes em todas as fases do processo de IVG, estes não devem punir fisicamente, verbalmente nem julgar as mulheres submetidas a aborto induzido, devendo antes acolhe-las, garantir-lhes suporte emocional, escutá-las durante o atendimento, orientá-las, aconselhá-las e fornecer-lhes informações, formando assim uma relação de confiança para que as mesmas se sintam à vontade para falarem abertamente acerca da sua experiência e dos seus sentimentos e necessidades, evitando o silêncio (Souza & Diniz, 2011).

É de extrema importância que os Serviços de Saúde e seus profissionais tenham respeito pelas diferentes opções tomadas pelas mulheres e que tenham variadas respostas, assumindo cuidados acessíveis e equitativos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

O número ainda elevado de IVG, os poucos estudos encontrados nas várias bases de dados e o importante papel que o Enfermeiro tem junto destas mulheres em todas as fases do processo, tornam este trabalho de extrema relevância para a promoção de cuidados de excelência. A investigação em Enfermagem permite não só dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros, como também contribuir para a melhoria do estado da arte nas diversas áreas sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Desta forma, consideramos que deixamos o nosso contributo não só para a Enfermagem, como também para as mulheres que são cuidadas pelos Enfermeiros diariamente.

REFERÊNCIAS

- Aragão, R. (2006). De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In R. Melgaço (Org.), *Ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo;
- Assembleia da República (1984). Lei nº 6/84 Diário da República n.º 109/1984, Série I de 1984-05-11;
- Assembleia da República (1997). Lei nº 90/97. Diário da República n.º 174/1997, Série I-A de 1997-07-30,1997;
- Assembleia da República (2007). Lei nº 16/2007. Diário da República n.º 75/2007, Série I de 2007-04-17;
- Associação para o Planeamento da Família. (APF, 2018). Disponível em: www.apf.pt (acedido a 6 de abril de 2018 às 20:38h);
- Beck, M., Newman, S. H., & Lewit, S. (1969). Abortion: a national public and mental health problem-past, present, and proposed research. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 59(12), 2131-2143. Obtido em abril 2 de 2018, de <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.59.12.2131>;
- Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to Do a Systematic Literature Review in Nursing: A Step-By-Step Guide*. Nova Iorque: Open University Press. ISBN-13: 9780335242276;
- Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC women's health*, 13(1), 29;
- Borsari, C. M. G., Nomura, R. M. Y., Benute, G. R. G., Lucia, M. C. S. D., Francisco, R. P. V., & Zugaib, M. (2013). Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(1), 27-32;
- Borsari, C.M.G. (2012). Aborto provocado: vivencia e significado. Um estudo fundamentado na fenomenologia. Tese de Mestrado em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo;
- Branden, P. S. (2000). *Enfermagem materno infantil*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores. Philadelphia: Mosby;
- Brazelton, T. & Cramer, B. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes;

- Brazelton, T. B. (1994). Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Lisboa: Terramar;
- Brier, N. (2004). Anxiety after miscarriage: a review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth* (31) 138-142;
- Broen, A.N; Moun, T.; Bodtker, A.S.; Ekeberg, O. (2004). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal five-years follow-up study. *MBC Med.* 3 (18) Doi: 10.1186/1741-7015-3-18;
- Camarneiro, A. P. F. (1998). A Gravidez de risco e o desenvolvimento do bebé. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra;
- Cameron, S. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, Vol. 24 (5) 257-265;
- Campos, A. (2007). Crime ou Castigo? Da perseguição contra as mulheres até à despenalização do aborto. Almedina;
- Canavarro, M. C. (2001). Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra. Quarteto;
- Carlson, B. (1999). *Human embryology and developmental biology*. (3^aed.);
- Carvalho, P. S. (2006). Gravidez e Risco psicopatológico. Tese de Mestrado em Desenvolvimento Pessoal e Social não publicada, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Covilhã;
- Chibber, K. S., Biggs, M. A., Roberts, S. C., & Foster, D. G. (2014). The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Women's health Issues*, 24(1), e131-e138;
- Clínica dos Arcos. (2018). Disponível em: <http://www.clinicadosarcos.com/IVG.awp> (acedido a 08 de abril de 2018 às 18h);
- Correia, C. (2015). Intervenções de enfermagem aos casos de interrupção voluntária de gravidez (Bachelor's thesis);
- Correia, M. (2007). Aborto: O Juízo Final. Lisboa
- Costa RG, Hardy E, Osis, MJD. et al. (1995). A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. *Cad Saúde Pública*; 11(1):97-105;

- Daly, M. (2003). The role of the self-concept as a moderator of psychological wellbeing in the transition to motherhood. *Australian Journal of Psychology – Supplement*;
- Desclaux A, Msellati P, Walentowitz S. (2009). Women, mothers and HIV care in resource-poor settings. *Social Science and Medicine*; 69(6):803-806;
- Direção Geral da Saúde. (2017). Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Dados de 2016, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/relatorio-de-ivg-2016.aspx> (acedido 8 de abril de 2018 às 12h53);
- Direção Geral da Saúde. (2013). Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo do artigo 16/2007, de 17 de abril – Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-de-registos-de-interruptao-da-gravidez-2011.aspx> (acedido a 8 de abril de 2018 às 16h30);
- Direção Geral da Saúde. (2015). Relatório de Análise das Complicações Relacionadas com a Interrupção Voluntária da Gravidez 2013 - 2014. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-de-analise-das-complicacoes-relacionadas-com-a-interruptao-da-gravidez-2013-2014.aspx> (acedido 11 de abril de 2018 às 18h56);
- Direção Geral da Saúde. (2015). Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo do artigo 16/2007, de 17 de abril – Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2014. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-de-registos-de-interruptao-da-gravidez-2014.aspx> (acedido 10 de abril de 2018 às 10h43);
- Direção Geral da Saúde. (2016). Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Dados de 2015, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. (Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-de-registos-de-interruptao-da-gravidez-2015-janeiro-a-dezembro-de-2015-.aspx> (acedido a 13 de abril de 2018 às 15h34);
- Duarte, G. A., Alvarenga, A. T. D., Osis, M. J. M. D., Faúndes, A., & Hardy, E. (2002). Perspectiva masculina acerca do aborto provocado. *Revista de Saúde Pública*, 36, 271-277;

- Episcience. (2007). Interrupção Voluntária da Gravidez – December 31 2007. Relatório Final. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-dos-registos-das-interruptoes-de-gravidez-ao-abrigo-da-lei-n162007-de-17-de-abril.aspx> (acedido a 08 de abril de 2018 às 20h);
- Ercole, F. F., Melo, L. S. D., & Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 9-12;
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf (acedido a 08 de abril de 2018 às 15h);
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf (acedido a 08 de abril de 2018 às 16h);
- Farias, F.C. (1972). Condicionamento sócio econômico do abortamento provocado. *Rev. Paul. Hosp.*, 20 (2): 25—31;
- Farina, E.B. (1975). Estudos dos motivos, processos e consequências do abortamento em população assistida no Pronto-Socorro Obstétrico do Amparo Maternal, Ver. Esc. USP, 9(2): 323-346;
- Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ; (2007). Abortion Among Young Women And Subsequent Life Outcomes. *Perspect Sex Reprod Health*, , 39(1):6–12. – 14;
- Fernandes B. (2014). Atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu;
- Fortin, M. (1999). O processo de investigação da concepção à realização. Loures. Lusociência;
- Fortin, M. (2006). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures;
- Fortin, M. (2009). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. (5ª Ed.). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas;
- Freak-Poli R, Chan A, Tucker G, Street J. (2009) Previous abortion and risk of pre-term birth: a population study. *J Matern Fetal Neonatal Med*, January; 22: 1–7 - 15;
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em www.direitosedeveres.pt (acedido a 06 de abril de 2018 às 20:23h);

- Galeotti, G. (2007). História do aborto. Lisboa: Edições 70;
- Galvão, C.M., Sawada N.O., Trevizan M.A. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 12(3):549-56;
- Gamanho, T. A. F. (2011). Gravidez indesejada: interrupção voluntária da gravidez nas mulheres adultas e adolescentes das consultas da maternidade Dr. Alfredo da Costa: aspectos sociais, que influência? (Master's thesis);
- Ganong, L.H. (1987). Integrative reviews of nursing research. *Research Nursing Health*, 10(1), 1-11;
- Gesteira, S.M.A.; Barbosa, V.L.; Endo, P.C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista Enfermagem*;
- Guttmacher Institute (2018). Making accounts: investindo em contraceptivos e saúde materna e neonatal, Fact Sheet , Nova York: Guttmacher Institute;
- Infarmed. Disponível em www.infarmed.pt (acedido a 6 de abril de 2018 às 20:00h);
- JB I (2011). User Manual: Version 5.0 System for the Unified Management. Assessment and Review of Information56. Joanna Briggs Institute's;
- Kanniappan S, Jeyapaul MJ, Kalyanwala S. (2008). Desire for motherhood: exploring HIV-positive women's desires, intentions and decision-making in attaining motherhood. *AIDS Care*; 20(6):625-630;
- Kirkman, M., Rosenthal, D., Mallett, S., Rowe, H., & Hardiman, A. (2010). Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(4), 149-155;
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S., & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Archives of women's mental health*, 12(6), 365-378;
- Klaus, M. & Kennel, J. (1992). Pais/bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Kolcaba, K. & Fox, C. (1999). The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 26 (1), 67-92;

- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic Comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184;
- Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século Edição;
- Lemos, A., & Russo, J. (2014). Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49);
- Lima, D. M. V., & Oliveira, D. P. D. (2016). A influência do idadismo na prática clínica dos estudantes de enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura (Bachelor's thesis);
- Lima, L. M., Gonçalves, S., Rodrigues, D. P., Araújo, A. D. S. C., Correia, A., & Viana, A. P. (2017). Humanized care for women in abortion: a reflective analysis. *Journal of Nursing UFPE on line-ISSN: 1981-8963*, 11(12), 5074-5078;
- Major, B.; Appelbaum M.; Beckman, L.; Dutton, M.A.; Russo, N.F.; West, C. (2009). Abortion and mental health: evaluating the evidence. *American Psychology*. Vol. 64(9) 863-890;
- Maldonado, MT. (1997). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério*. (17ª ed.) Petrópolis. Saraiva;
- Maranhão, T. A., Gomes, K. R. O., & Barros, I. D. C. (2016). Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19, 494-508;
- Mariutti, M., Almeida, A. M., & Panobianco, M. (2007). O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1);
- Martins, J. C. (2008). Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2);
- Martins, J. D., Nunes, L., & Deodato, S. (2010). Interrupção voluntária da gravidez e sua análise ética: um olhar de enfermagem e perspectiva masculina. *Percursos*;
- Mayor, L. S. (2016). Aborto espontâneo. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (267-269). Lisboa: Lidel;
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C.M. (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto and Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-64;

- Menezes, G., & Aquino, E. M. (2009). Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de saúde pública*, 25, s193-s204;
- Mirmilstein V, Rowlands S, King J.F. (2009). Outcomes for subsequent pregnancy in women who have undergone misoprostol mid-trimester termination of pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 49: 195–197;
- Missio, L; Falcão, L.L. (2011). Sentimentos Manifestados Por mulheres frente ao Aborto. *Ciências de Enfermagem em Tempos de Interdisciplinidade*. Trabalho 379. 1633-1636;
- Missonnier, S. & Solis-Ponton, L. (2004). Parentalidad y embarazo. Convertirse en madre, convertirse en padre: Las interacciones entre los padres y su hijo antes del nacimiento. In L. Solis-Ponton (Org.), *La Parentalidad : Desafíos para el tercer milenio* (pp. 75-92). México: Manual Moderno;
- motivo in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2018. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/motivo> (acedido a 9 de abril de 2018 às 13h23);
- Murta, G. F. (2009) *Saberes e Práticas: Guia para ensino e aprendizado de enfermagem*, 5 ed. São Caetano do Sul, SP;
- Nader P.R.A, Blandino V.R.P, Maciel E.L.N. (2007). Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município de Serra –ES. *Revista Brasileira Epidemiologia* [Internet]. [citado 2012 jul. 16];10(4):615-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/18.pdf>;
- Nogueira, A. (2009). *Empoderando as Mulheres – As Deusas na Gravidez, Parto e Pós-Parto*. [versão eletrónica] São Paulo. Biblioteca 24x7. [INhttp://books.google.pt/books?id=7sPIUebHzAQC&pg=PA46&dq=gravidez+e+sociedade&cd=8#v=onepage&q=gravidez%20e%20sociedade&f=false](http://books.google.pt/books?id=7sPIUebHzAQC&pg=PA46&dq=gravidez+e+sociedade&cd=8#v=onepage&q=gravidez%20e%20sociedade&f=false);
- Nunes Dantas, L. C., Freire Diniz, N. M., & Menezes Couto, T. (2011). Percepção dos homens sobre o processo de abortamento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(2);
- Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (2005). – Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Oliveira, M., Barbosa, I., Fernandes, F. (2005). Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 6(3);

- Oliveira, O. F. (2006). Estudo da Ansiedade da Mulher Grávida em relação ao Parto. Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra;
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Deontologia Profissional de Enfermagem. Acedido a 13 de abril de 2018 às 18h. Disponível em: https://suporte.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf;
- Organização Mundial de Saúde. (OMS, 2013): Abortamento Seguro: Orientação Técnica e De Políticas para os Sistemas De Saúde;
- Palma, S. E. C. Interrupção voluntária da gravidez. (2017). Mestrado em Enfermagem;
- Papiernik E, Zeitlin J, Delmas D, Draper E, Gadzinowski J, Künzel W, Cuttini M, Di Lallo D, Weber T, Kollée L, Bekaert A, Bréart G. (2008). the MOSAIC Research Group. Termination of pregnancy among very preterm births and its impact on very preterm mortality: results from ten European population-based cohorts in the MOSAIC study. *BJOG* 115:361–368;
- Patrão, I.; King, G.; Almeida, M. (2008). Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenções psicológicas nas consultas prévia e de controlo. *Notas Didáticas*. Lisboa. Vol. 26 (2) 349 - 354. Acedido a 20 de abril de 2018. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a15.pdf>;
- Pavone, F. (s.d). “Aborto: Uma escolha contra a mulher: os efeitos do aborto”, em <http://providafamilia.org.br/doc.php?doc=doc92579>;
- Pereira, M. J. S. (1999). Diabetes Gestacional: aspectos psicológicos. Tese de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra;
- Pérez, B. A. G., Gomes, N. P., Santos, M. D. F. S., & Diniz, N. M. F. (2013). Aborto provocado: representações sociais de mulheres. *Revista de Enfermagem*, 736-742;
- Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC. (2004). Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. *Rev Latinoam Enfermagem* set/out; 12(5):745-50;

- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2015). The joanna briggs institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews;
- Piccinini, C. A., Gomes, A., Nardi, T., & Lopes, R. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*, 13(1);
- Pimenta, E. S. T. (2011). Causa e Consequências do Abortamento Induzido;
- Portugal, C. M. G. D. S. (2011). Os dilemas éticos e deontológicos dos profissionais de saúde face à despenalização da interrupção voluntária da gravidez;
- Rato, P. I. (1998). Ansiedade perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica*, XVI (3), 405-413;
- Rolim, L., & Canavarro, M. (2006). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério, 2001. In M. Canavarro (Eds.), *Psicologia da gravidez e da maternidade*. (2ªed) Coimbra: Quarteto;
- Sá, M. C. A. (2001). Gravidez e Pós-Parto: Experiências vivenciadas pela mulher. Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde não publicada, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra;
- Sandi, S F.; Braz, M. (2010). As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. *Revista Bioética*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.131-153;
- Santana, D. M., Santos, R. S., & Pérez, B. A. (2015). A assistência de Enfermagem à mulher em processo de abortamento. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 3(1);
- Santos, D. L. A., & Brito, R. S. (2014). Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1293-1313;
- Scott, R.; Gibbs, S.; Karlan, Y.; Haney, F. (2003); Danforth's Obstetrics and Gynecology Ninth Edition. Philadelphia; Lippincot Williams & Wilkins. – 8;
- Sedgh, G. et al (2016). Abortion incidence between 1990-2014: global, regional and subregional levels and trends. *The Lancet*, 388 (10041) 258-267 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4);
- Sell, S. E. (2013). O mundo da Vida das Mulheres que Induziram o Aborto: Um estudo Fenomenológico Social. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. Florianópolis;

- Sell, S. E., Santos, E. K. A., Velho, M. B., Erdmann, A. L., & Rodriguez, M. D. J. H. (2015). Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(3), 502-508;
- Silva, E. F. D., Trevisan, D. C., Lorenzini, E., Pruss, A. C. D. S. F., Strapasson, M. R., & Bonilha, A. L. D. L. (2015). Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: a percepção de profissionais de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM [recurso eletrônico]. Santa Maria. Vol. 5, n. 3 (2015), p. 454-464;*
- Silveira, C., & Ferreira, M. M. D. C. (2016). Auto-Conceito da Grávida–Factores Associados. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (40), 53-67;
- Smigay, K.E. (1993). Paternidade negada: uma contribuição ao estudo do aborto provocado [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG;
- Soares, M., Freitas, V. É., Cunha, A. R., Almeida, J. L., Souto, C. M., & Dantas, R. (2012). Práticas de enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(1);
- Sorrel, W. E. (1967). Abortion: its psychodynamic effects. *Psychosomatics*, 8: 146;
- Sousa, M. (2007). A Enfermagem E A Mulher Que Vivencia O Aborto: Em busca de uma assistência humanizada. Brasília;
- Sousa, L. G. (2016). Métodos de interrupção da gravidez. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia (287-290)*. Lisboa: Lidel;
- Sousa, L. M., Marques-Vieira, C., Severino, S. S., & Antunes, A. V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem;
- Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Revisão Integrativa: o que é e como fazer*. Einstein (São Paulo), 8(1);
- Souza, Z. C. S. D. N. (2009). Aborto provocado no contexto da violência doméstica: o discurso das mulheres;
- Souza, Z. C., & Diniz, N. M. (2011). Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(4);

- SPDC. (2017). Sociedade Portuguesa de Contraceção. Disponível em: <https://www.spdc.pt/> (acedido a 10 de abril de 2018 às 18h);
- SPG. (2018). Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Disponível em: <https://www.spdc.pt/> (acedido a 10 de abril de 2018 às 18h15);
- Stern, D. (1997). A constelação da maternidade. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Szejer, M. & Stewart, R. (1997). Nove meses na vida da mulher. São Paulo: Casa do Psicólogo;
- Tavares, M. (2003). Aborto e Contraceção em Portugal. Lisboa. Livros Horizonte;
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª edição. Loures. Lusociência;
- Vidal, S. M. (2015). O Impacto da Dor Crónica na Vida Familiar do Doente Oncológico: revisão sistemática da literatura (Bachelor's thesis);
- Vieira, L.M.; Goldberg, T.B.L.; Saes, S.O.; Doria, A.A.B. (2010). Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio. Um estudo qualitativo. *Ciência Saúde Coletiva*. 15 (sup.12) 3149-3156;
- Vilar, D. (2010). Contraceção e aborto na paisagem conjugal e sexual contemporânea in Ferreira, M. P.; Cabral, M. V. *Sexualidades em Portugal- Comportamentos e Riscos*. Lisboa. Bizâncio;
- Villela, W. V., Barbosa, R. M., Portella, A. P., & Oliveira, L. A. D. (2012). Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*.;
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal Advanced Nursing*, 52(5), 546-53.

APÊNDICES

Apêndice 1– Grelhas de avaliação de qualidade metodológica desenvolvidas por JBI

Tabela 4- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 1

| Referência do artigo | Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres | | | | |
|---|--|---------|----------------|---------------|-------------|
| | Sim (1) | Não (0) | Não está claro | Não aplicável | Comentários |
| 1. Existe congruência entre a perspectiva filosófica indicada e a metodologia de investigação? | x | | | | |
| 2. Existe congruência entre a metodologia da investigação e a questão de investigação ou objetivos? | x | | | | |
| 3. Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos usados para colher dados? | x | | | | |
| 4. Existe congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados | x | | | | |
| 5. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados | x | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------|--|---|--|--|
| 6. Existe uma declaração para localizar o investigador cultural ou teoricamente. | x | | | | |
| 7. A influência do investigador na pesquisa, e vice-versa, foi abordada | | | x | | |
| 8. Os participantes, e os seus pontos de vista, estão adequadamente representados. | x | | | | |
| 9. A pesquisa está eticamente de acordo com os critérios atuais ou, com estudos recentes, havendo evidências de aprovação ética por parte de um órgão adequado. | x | | | | |
| 10. As conclusões extraídas do relatório de pesquisa estão em concordância com a análise, ou interpretação, dos dados. | x | | | | |
| Total de pontos | Incluir se > a 7 pontos | | | | |
| Inclusão | Sim (x) Não () | | | | |

Tabela 5- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 2

| Referência do artigo | Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa | | | | |
|---|---|------------|----------------------|------------------|-------------|
| Critérios do estudo | Sim (1) | Não (0) | Não está claro | Não aplicável | Comentários |
| 1.A fonte da opinião está claramente identificada? | x | | | | |
| 2.A fonte da opinião situa-se no campo da perícia/especialidade? | x | | | | |
| 3.Os interesses dos doentes/clientes são o foco central da opinião? | x | | | | |
| 4.A base da opinião está claramente argumentada na lógica/experiência? | | | x | | |
| 5.A argumentação desenvolvida é analítica? | x | | | | |
| 6.Existem referências da literatura vigente /evidências e alguma incongruência com o que é logicamente defendido? | | x | | | |
| 7.A opinião é apoiada pelos pares? | | | x | | |
| Total de pontos | Incluir se > a 5 pontos | | | | |
| Inclusão | Sim (x) Não () | | | | |

Tabela 6- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 3

| Referência do artigo | Reasons women give for abortion: a review of the literature | | | | |
|---|--|------------|----------------------|------------------|-------------|
| Critérios do estudo | Sim (1) | Não (0) | Não está claro | Não aplicável | Comentários |
| 1.A fonte da opinião está claramente identificada? | x | | | | |
| 2.A fonte da opinião situa-se no campo da perícia/especialidade? | x | | | | |
| 3.Os interesses dos doentes/clientes são o foco central da opinião? | x | | | | |
| 4.A base da opinião está claramente argumentada na lógica/experiência? | | | x | | |
| 5.A argumentação desenvolvida é analítica? | x | | | | |
| 6.Existem referências da literatura vigente /evidências e alguma incongruência com o que é logicamente defendido? | | x | | | |
| 7.A opinião é apoiada pelos pares? | | | x | | |
| Total de pontos | Incluir se > a 5 pontos | | | | |
| Inclusão | Sim (x) Não () | | | | |

Tabela 7- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 4

| Referência do artigo | Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia | | | | |
|---|--|------------|----------------------|------------------|-------------|
| Critérios do estudo | Sim (1) | Não (0) | Não está claro | Não aplicável | Comentários |
| 1. Existe congruência entre a perspectiva filosófica indicada e a metodologia de investigação? | x | | | | |
| 2. Existe congruência entre a metodologia da investigação e a questão de investigação ou objetivos? | x | | | | |
| 3. Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos usados para colher dados? | x | | | | |
| 4. Existe congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados | x | | | | |
| 5. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados | x | | | | |
| 6. Existe uma declaração para localizar o investigador cultural ou teoricamente. | x | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------|---|--|--|--|
| 7. A influência do investigador na pesquisa, e vice-versa, foi abordada | | x | | | |
| 8. Os participantes, e os seus pontos de vista, estão adequadamente representados. | x | | | | |
| 9. A pesquisa está eticamente de acordo com os critérios atuais ou, com estudos recentes, havendo evidências de aprovação ética por parte de um órgão adequado. | x | | | | |
| 10. As conclusões extraídas do relatório de pesquisa estão em concordância com a análise, ou interpretação, dos dados. | x | | | | |
| Total de pontos | Incluir se > a 7 pontos | | | | |
| Inclusão | Sim (x) Não () | | | | |

Tabela 8- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 5

| Referência do artigo | Aborto provocado: O discurso das mulheres sobre suas relações familiares | | | | |
|---|--|------------|----------------|---------------|-------------|
| Critérios do estudo | Sim (1) | Não (0) | Não está claro | Não aplicável | Comentários |
| 1. Existe congruência entre a perspectiva filosófica indicada e a metodologia de investigação? | x | | | | |
| 2. Existe congruência entre a metodologia da investigação e a questão de investigação ou objetivos? | x | | | | |
| 3. Existe congruência entre a metodologia de investigação e os métodos usados para colher dados? | x | | | | |
| 4. Existe congruência entre a metodologia da investigação e a representação e análise de dados | x | | | | |
| 5. Existe congruência entre a metodologia de investigação e a interpretação dos resultados | x | | | | |
| 6. Existe uma declaração para localizar o investigador cultural ou teoricamente. | x | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------|--|---|--|--|
| 7. A influência do investigador na pesquisa, e vice-versa, foi abordada | | | x | | |
| 8. Os participantes, e os seus pontos de vista, estão adequadamente representados. | x | | | | |
| 9. A pesquisa está eticamente de acordo com os critérios atuais ou, com estudos recentes, havendo evidências de aprovação ética por parte de um órgão adequado. | x | | | | |
| 10. As conclusões extraídas do relatório de pesquisa estão em concordância com a análise, ou interpretação, dos dados. | x | | | | |
| Total de pontos | Incluir se > a 7 pontos | | | | |
| Inclusão | Sim (x) Não () | | | | |

Tabela 9- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 6

| Referência do artigo | Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica | | | | | |
|----------------------|---|------------|------------|----------------------|------------------|-------------|
| | Critérios do estudo | Sim (1) | Não (0) | Não está claro | Não aplicável | Comentários |
| | 1. O estudo foi baseado numa amostra aleatória ou pseudo-aleatória? | | x | | | |
| | 2. Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos? | | x | | | |
| | 3. Foram identificados fatores de confusão e indicadas estratégias para lidar com eles? | x | | | | |
| | 4. Os resultados foram avaliados através de critérios objetivos? | x | | | | |
| | 5. Se existirem comparações, houve descrição suficiente do grupo? | x | | | | |
| | 6. Foi efetuado seguimento ao longo de um período de tempo suficiente? | x | | | | |
| | 7. Os resultados das pessoas que se retiraram foram | x | | | | |

| | | | | | |
|---|-------------------------|--|--|--|--|
| descritos e incluídos na análise? | | | | | |
| 8. Os resultados foram medidos de modo fiável? | x | | | | |
| 9. A análise estatística utilizada foi adequada? | x | | | | |
| Total de pontos | Incluir se > a 7 pontos | | | | |
| Inclusão | Sim (x) Não () | | | | |

Tabela 10- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 7

| Referência do artigo | Understanding why women seek abortions in the US | | | | |
|---|--|---------|----------------|---------------|-------------|
| | Sim (1) | Não (0) | Não está claro | Não aplicável | Comentários |
| 1.A fonte da opinião está claramente identificada? | x | | | | |
| 2.A fonte da opinião situa-se no campo da perícia/especialidade? | x | | | | |
| 3.Os interesses dos doentes/clientes são o foco central da opinião? | x | | | | |
| 4.A base da opinião está claramente argumentada na lógica/experiência? | | | x | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------|---|---|--|--|
| 5.A argumentação desenvolvida é analítica? | x | | | | |
| 6.Existem referências da literatura vigente /evidências e alguma incongruência com o que é logicamente defendido? | | x | | | |
| 7.A opinião é apoiada pelos pares? | | | x | | |
| Total de pontos | Incluir se > a 5 pontos | | | | |
| Inclusão | Sim (x) Não () | | | | |

Tabela 11- Avaliação de Qualidade Metodológica do Artigo 8

| Referência do artigo | The Role of Intimate Partners in Women’s Reasons for Seeking Abortion | | | | |
|--|---|---------|----------------|---------------|-------------|
| | Sim (1) | Não (0) | Não está claro | Não aplicável | Comentários |
| 1.A fonte da opinião está claramente identificada? | x | | | | |
| 2.A fonte da opinião situa-se no campo da perícia/especialidade? | x | | | | |
| 3.Os interesses dos doentes/clientes são o foco central da opinião? | x | | | | |

| | | | | | |
|--|------------------------|---|---|--|--|
| 4.A base da opinião está claramente argumentada na lógica/experiência? | | | x | | |
| 5.A argumentação desenvolvida é analítica? | x | | | | |
| 6.Existem referências da literatura vigente /evidências e alguma incongruência com o que é logicamente defendido? | | x | | | |
| 7.A opinião é apoiada pelos pares? | | | x | | |
| Total de pontos | Incluir se > a 5pontos | | | | |
| Inclusão | Sim (x) Não () | | | | |

Apêndice 2 – Resumo dos Dados Extraídos dos Artigos

Tabela 12- Resumo dos Dados Extraídos dos Artigos

| Título | Aspetos relevantes (Resultados) | Observações e outros aspetos |
|---|--|---|
| <p><u>Artigo 1</u></p> <p>Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres</p> | <p><u>Dificuldades financeiras e socioeconómicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A gravidez é vista como um obstáculo na procura de emprego, em mulheres sem emprego fixo ou desempregadas; - Em mulheres empregadas, foi relatado o medo de perder o cargo caso o patrão descobrisse a gravidez. - Receio de perda de autonomia, pois caso deixassem de trabalhar, voltariam a ficar dependentes do companheiro ou da família. <p><u>Dificuldades financeiras e socioeconómicas em mulheres com filhos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Receio de agravamento da situação económica; - Receio de não conseguir manter as necessidades básicas do filho; | <p><u>Critérios de Inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter idade igual ou superior a 18 anos; - Admitirem, livremente, a indução do aborto; - Apresentarem condições emocionais e físicas favoráveis para responder aos questionários (consciência, sem efeitos de drogas anestésicas, ausência de sangramento abundante e dores); - Encontrarem-se internadas em decorrência da prática abortiva. <p><u>Critérios de Exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulheres com idade inferior a 18 anos - Mulheres que não informaram os profissionais de saúde sobre a indução do aborto - Mulheres que não se encontravam em condições |

| | |
|--|---|
| <p><u>Dificuldades financeiras e socioeconómicas em mulheres sem filhos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Dependência financeira dos pais associada à não aceitação da gravidez por parte dos familiares e ao facto de não possuírem recursos próprios para criar uma criança. <p><u>Dificuldades na continuidade da formação:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Impossibilidade de prosseguir a sua formação no ensino superior;- Diminuição da sua liberdade, pois a criação de um filho e a realização de tarefas domésticas (papel de mãe) dificultaria o prosseguimento da sua vida profissional. <p><u>Relação com o companheiro:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Receio de o parceiro não assumir as responsabilidades paternas, não só devido aos elevados custos referentes à criação de um filho, mas também por preocupação da criança crescer sem uma figura paterna; | <p>emocionais e físicas satisfatórias para serem entrevistadas.</p> <p><u>Características das participantes:</u></p> <p><i>Idade:</i> Entre os 20 e os 44 anos (predominância entre os 26 e os 30 anos);</p> <p><i>Etnia:</i> Nove mulatas, oito brancas e uma negra;</p> <p><i>Religião:</i> Oito católicas, seis evangélicas, três não tinham religião, mas acreditavam em Deus e duas não tinham crenças religiosas;</p> <p><i>Estado Civil:</i> Maioria era solteira, contudo a viver um relacionamento instável;</p> <p><i>Grau de Escolaridade:</i> Maioria possuía o ensino médio completo;</p> <p><i>Trabalho:</i> Maioria trabalhava no setor do comércio;</p> <p><i>Rendimentos:</i> Entre um a três ordenados mínimos (considerando o ordenado mínimo como 678 reais);</p> <p><i>Número de Filhos:</i> Treze mulheres tinham pelo menos um filho;</p> |
|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de apoio por parte do companheiro; - Instabilidade e casualidade da relação amorosa (relacionamentos casuais, de curta duração ou na qual o parceiro não era visto com o estereótipo adequado para assumir o papel de pai); - Pouco interesse em constituir família devido a relacionamentos instáveis; - Desejo de constituir uma família nuclear, embora tal não fosse possível pois o parceiro não apresentava as características necessárias para a paternidade, (segundo as mulheres entrevistadas) tais como companheirismo, solidariedade, provedoria e paternidade responsável. | <p><i>Uso de Contraceptivos:</i> todas utilizavam algum meio contraceptivo, sendo os anticoncepcionais orais e injetáveis os mais mencionados;</p> <p><i>Abortos Anteriores:</i> Nove já tinham induzido o aborto uma vez e sete já tinham induzido o aborto uma ou mais vezes;</p> <p><i>Idade Gestacional:</i> A maior parte encontrava-se entre as 5 e 6 semanas de idade gestacional;</p> <p><i>Método de Aborto mais utilizado:</i></p> <p>O Cytotec usado isoladamente foi o método mais utilizado. Uma minoria referiu ter ingerido este fármaco combinado com chás ou com um preparado de ervas associado a esforços físicos excessivos.</p> |
| <p><u>Artigo 2</u></p> <p>Motivos e significados atribuídos</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Rejeição da gravidez em si; - Aborto induzido utilizado como método contraceptivo; - Falta de apoio por parte do companheiro; | <p><u>Crítérios de Inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisas publicadas no Brasil, no período entre 2001 e 2011; - Pesquisas publicadas em português, inglês ou espanhol; |

| | | |
|--|--|--|
| <p>pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade no acesso a planejamento familiar, métodos contraceptivos ou à contraceção de emergência; - Desemprego - Medo de perder o emprego - Medo da reação dos pais ou de dececioná-los; - Violência Doméstica (sexual, física, psicológica e coerção sexual perpetrada pelo companheiro e família); - Estar solteira; - Ter uma relação complicada; - Desejo de não abandonar os estudos; - Pressão colocada sobre a mulher, apesar de esta querer manter a gravidez; - Influência dos valores passados de geração em geração (segundo a sociedade brasileira, a gravidez não é aceite em mulheres que não possuem um parceiro fixo, que não têm | <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisas que possuíssem no resumo, indicações de que investigaram as motivações para o aborto induzido e/ou o seu significado para as mulheres que o vivenciaram independente do método de pesquisa; - Pesquisas que possuíam título e resumo indexados nas bases de dados. <p><u>Crítérios de Exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudos que abordavam apenas o aborto espontâneo; - Estudos que abordavam apenas a interrupção legal da gravidez; - Artigos que relacionavam a interrupção da gravidez com o risco de agravamento da saúde materna (como nos casos de pré-eclâmpsia, eclâmpsia e cancro do colo do útero); - Estudos que apareceram em duplicado. <p><u>Características dos Estudos Analisados:</u></p> <p><i>Tipos de Estudo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 quantitativos, - 4 qualitativos - 1 quanti/qualitativo |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>estabilidade financeira, que são muito jovens ou que já têm muitos filhos);</p> <p>- Desejo de dar continuidade à sua formação e progressão na carreira profissional.</p> | <p><i>Descritores mais utilizados:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - aborto; - abortamento; - aborto induzido/provocado; - saúde da mulher - saúde reprodutiva; <p><i>Métodos de colheita de dados:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 utilizaram questionários semiestruturados; - 2 utilizaram entrevistas estruturadas; - 1 utilizou o depoimento mediante uma questão norteadora. <p><i>Amostra:</i></p> <p>450 sujeitos (no total dos 11 estudos) que foram abordados em meio hospitalar durante o internamento após a indução do aborto.</p> <p><i>Idade:</i></p> <p>Entre os 12 e os 54 anos</p> <p><i>Tema abordado no estudo:</i></p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - 5 estudos abordam as motivações e os significados da vivência do aborto para as mulheres; - 5 estudos abordam apenas as motivações para o aborto; - 1 estudo aborda apenas os significados da vivência do aborto para as mulheres. |
| <p><u>Artigo 3</u></p> <p>Reasons women give for abortion: a review of the literature</p> | <p><u>Motivos relacionados com a mulher:</u></p> <p><i>Altura errada para ser mãe:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Feto com anormalidades; - Não querer interromper a sua formação, carreira profissional e planos de vida; - Não se encontrar preparada para ser mãe por ser demasiado nova; - Medo e vergonha de assumir a gravidez aos pais devido à sua idade; <p><i>Saúde Física e Mental da Mulher:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Medo de dar à luz; - Encontrar-se cansada e desgastada; | <p><u>Critério de inclusão:</u></p> <p>Estudos empíricos sobre seres humanos, que identificaram as razões que levaram mulheres residentes em países definidos pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico como “alta renda”, a optar pelo aborto induzido.</p> <p><u>Critérios de Exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudos em que era possível identificar através do título que não eram relacionados com o aborto induzido em humanos; - Estudos em que os seus resumos não preenchiam os critérios. <p><u>Características dos Estudos Analisados:</u></p> <p><i>Países:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 da Suécia; - 4 dos Estados Unidos da América; |

| | | |
|--|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Sentir-se demasiado velha (gravidez indesejada); <i>Família Completa/Não quer ter mais filhos</i> - Já tinha a quantidade de filhos que sempre desejou; - Não queria ter mais filhos devido aos seus estudos ou carreira profissional; - Não queria ter mais filho devido a motivos financeiros, idade e estado de saúde; - Já tinha filhos de ambos os sexos. <i>Mulher não quer ter filhos:</i> - Não apresentava desejo de ser mãe. <i>Feto com anomalias:</i> - Medo de potenciais problemas com o feto; - Feto com Síndrome de Down; - Feto com doença cardíaca grave. | <ul style="list-style-type: none"> - 3 da Grécia; - 2 do Canadá; - 1 da Austrália; - 1 da Dinamarca; - 1 da Holanda; - 1 da Noruega. <i>Objetivos:</i> - Investigar em específico os motivos que levam uma mulher a interromper a gravidez; - Compreender a experiência do aborto de forma mais geral <i>Amostra:</i> - Variou entre 5 a 1209 pessoas <i>Tipo de Recrutamento:</i> - Mulheres que estavam prestes a realizar um aborto induzido ou que já tinham realizado, em clínicas públicas ou privadas. Em um dos artigos, o recrutamento foi realizado por advogados. |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p><u>Motivos relacionados com outros:</u></p> <p><i>Parceiro:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pressão por parte do parceiro - Não se encontrava em um relacionamento com o pai da criança; - O relacionamento era de curta duração para se ter um filho em conjunto; - Imaturidade do parceiro; - Insegurança e relutância do parceiro em ser pai; - Infidelidade do companheiro; - Consumo de bebidas alcoólicas por parte do pai da criança; - Relação terminou após a descoberta da gravidez e a mulher não conseguia criar o filho sozinha; - Abuso físico realizado pelo parceiro; - Receio de negação da paternidade <p><i>Motivos relacionados com a preocupação de um crescimento saudável da criança</i></p> | <p><i>Tipos de Estudo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 Qualitativos - 3 Quanti-qualitativos - 9 Quantitativos |
|--|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Mulher preferiu fazer um aborto do que ter um filho não desejado;- Mulher referiu que uma criança precisa de 2 pais, o que não seria possível devido ao abandono do parceiro;- O ambiente imediato e global não seria um bom lugar para uma criança;- Mulher referiu ser incapaz de cuidar adequadamente de uma criança;- Diagnóstico ou medo de dano fetal;- Preocupação com a qualidade de vida da criança com deficiência;- Mulher não queria ter um filho deficiente;- Mulher tinha receio que a existência de uma criança deficiente na família afetasse as outras crianças e o seu parceiro. <p><i>Influência de outros:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Motivos étnicos e religiosos; | |
|--|---|--|

| | | |
|---|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Motivos sociais, como por exemplo a não aceitação de uma gravidez na adolescência <p><i>Filhos existentes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Os filhos mais velhos seriam privados de recursos financeiros, emocionais e temporais; - Se a nova criança possuísse Síndrome de Down, o irmão mais velho “carregaria” uma grande responsabilidade. <p><i>Violência e agressão sexual:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Violação; - Incesto - Violência Doméstica <p><u>Razões Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Condições habitacionais e financeiras inadequadas para se ter um filho. | |
| <p><u>Artigo 4</u></p> <p>Reasons women give</p> | <p><u>Motivos relacionados com a mulher</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentia-se demasiado jovem, despreparada e imatura; | <p><u>Critérios de Inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulheres que recorreram voluntariamente ao Serviço de Aconselhamento da Gravidez do The Royal Women’s Hospital (Victoria, Austrália); |

| | | |
|---|---|---|
| <p>for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Não estava preparada para aceitar as mudanças físicas decorrentes de uma gravidez; - Não gostou da perda de liberdade após o nascimento do primeiro filho; - Não queria comprometer os seus planos de formação, viagens e ambições profissionais; - Não se encontrava fisicamente saudável para ter um bebé; - Considerava a gravidez como uma “invasão” no seu próprio corpo; <p><u>Motivos relacionados com a preocupação de um crescimento saudável da criança:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Não desejava o bebé; - Possuía dificuldades económicas; - Queria que a criança tivesse o pai presente na vida dela; - Não queria que a criança crescesse no meio de um relacionamento abusivo; | <ul style="list-style-type: none"> - Que se encontrassem em pelo menos 1 das 3 categorias de interesse; - Que não apresentassem deficiência intelectual ou problema de saúde mental; - Que possuíssem o inglês adequado para uma entrevista, avaliado por um profissional do serviço. <p><u>Características das participantes:</u></p> <p>As participantes tinham de encontrar em pelo menos 1 destes 3 grupos:</p> <p><i>Idade:</i> Entre os 16 e os 18 anos</p> <p><i>Zona de Residência:</i> Zonas rurais</p> <p><i>Tempo de Gestação:</i> 12 a 18 semanas</p> <p><u>Número de mulheres que derem permissão para serem contactadas:</u> 136 mulheres</p> <p><u>Número de mulheres entrevistadas:</u> 60 mulheres</p> |
|---|---|---|

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Possuía uma doença mental;- Consumiu álcool e drogas durante a gravidez e temia danos no feto. <p><u>Motivos relacionados com os parceiros sexuais:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Relacionamento de curta duração;- Relacionamento instável;- Não queria ser mãe solteira por receio de ter de enfrentar sozinha uma luta emocional e financeira;- Referiu que o parceiro não se encontrava pronto para ser pai;- Parceiro não queria ter filhos;- Não sabia se o parceiro atual era o pai do bebé. <p><u>Motivos relacionados com crianças existentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Referiu que o nascimento de uma nova criança era injusto para os outros filhos mais velhos; | <p><u>Idade das mulheres entrevistadas:</u></p> <p>Entre os 16 e os 38 anos</p> <p><u>Número de mulheres com filhos:</u></p> <p>22 mulheres</p> <p><u>Número de mulheres que decidiram prosseguir com a gravidez:</u></p> <p>5 mulheres, em que 4 delas se encontrava no segundo trimestre de gravidez. Duas destas mulheres residiam em zonas rurais.</p> |
|---|---|

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Não queria ter mais filhos devido ao imenso trabalho que tinha com as outras crianças mais velhas;- Não quis lidar com outra criança, após a primeira ter nascido com uma doença congénita;- Não tinha condições emocionais, habitacionais, económicas e temporais para cuidar de uma nova criança. <p><u>Motivos relacionados com a família:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Não queria que os pais soubessem que já era sexualmente ativa na adolescência;- Referiu que sentiria vergonha de se mostrar grávida na faculdade;- Achava que a gravidez não seria bem aceite por residir em uma cidade pequena estigmatizada; <p><u>Motivos económicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Referiu não se conseguir sustentar financeiramente a ela e ao bebé; | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | <p><u>Outros Motivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abortos anteriores devido a violação; - Não queria contribuir para a superpopulação mundial. | |
| <p><u>Artigo 5</u> Aborto provocado: O discurso das mulheres sobre suas relações familiares</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Relação violenta/ conflituosa com o companheiro; - Abandono por parte de companheiro; - Instabilidade financeira do companheiro; - Relação sem estabilidade/ desequilibrada com o companheiro; - Não assumir o papel de provedora da família perante um companheiro que não cumpre essa “obrigação”; - Relações complexas e violentas com outros familiares desde a infância; - Desestruturação familiar (por exemplo: ausência de cuidado/apoio familiar ou de figura paterna/materna). | <p><u>Crterios de incluso:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulheres com boas condições clnicas; - Mulheres que manifestem o desejo em participar na pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. <p><u>Características das participantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Na sua maioria, adultas jovens; - Com ensino fundamental ou o 2º grau incompleto; - Negras e mulatas autodeclaradas - Desempregadas; - Solteiras; - Sustentadas pelos familiares ou companheiro; - Multigestas; - Com história prévia de aborto provocado com uso de Misoprostol. |

| | | |
|--|--|---|
| <p><u>Artigo 6</u></p> <p>Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Existência de mais de uma gravidez; - Pressão/ influência exercida por parte de familiares ou do parceiro; - Evitar conflitos familiares e sociais devido a desamparo por parte do parceiro; - Baixo nível socioeconómico/ condições financeiras desfavoráveis (dificulta o acesso a informações e a métodos contraceptivos). | <p><u>Características das participantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade variável dos 17 aos 22 anos, com média de idade aproximada de 20 anos e com predomínio da faixa etária entre os 20 e os 22 anos; - A maioria tinha um nível de escolaridade inadequado; - Metade possuía renda mensal familiar de até um salário mínimo; - A primeira gestação variou de 12 a 19 anos, com faixa etária predominante de 15 a 17 anos, enquanto o pai da criança tinha uma faixa etária variável dos 13 aos 50 anos, com predomínio da faixa etária dos 20 aos 29 anos: - Mais de 50% do total de abortos estavam associados à primeira gravidez; - A idade da segunda e terceira gestações variou de 13 a 22 anos; - O número de gestações variou de 1 a 9 enquanto o número de gestações que resultaram em aborto variou de 1 a 7; - Quase 23% utilizaram com predominância o método medicamentoso para interromper a/as gestação/ões subsequente/s à primeira. |
| <p><u>Artigo 7</u></p> <p>Understanding why women</p> | <p><u>Razões financeiras</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocupações financeiras gerais; - Desemprego; | <p><u>Crítérios de inclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes grávidas que falem Inglês ou Espanhol; - Com 15 anos ou mais de idade; |

| | | |
|---|--|--|
| <p>seek abortions in the US</p> | <p>- Ausência de seguro de saúde e de apoio do governo.</p> <p><u>Não é a altura certa para ter um bebé:</u></p> <p>- Mulheres não estavam preparadas (financeiramente, emocionalmente) ou achavam não ser a hora certa;</p> <p>-Dificuldades em estudar ou entrar no mercado de trabalho;</p> <p>- Mulheres não tinham tempo suficiente ou sentiam-se muito ocupadas;</p> <p>- Mulheres sentiam-se velhas para terem bebé.</p> <p><u>Razões relacionadas com o parceiro:</u></p> <p>- Ausência de relacionamento estável com o pai do bebé;</p> <p>- Desejo de casar primeiro;</p> <p>- Ausência de apoio do parceiro;</p> <p>- Parceiro errado para ser pai;</p> <p>- Parceiro não quer um bebé;</p> | <p>- Sem diagnósticos fetais ou falecimento;</p> <p>- Dentro da faixa etária gestacional de um dos três grupos de estudo (mulheres às quais foi negado o aborto por estarem acima do limite de idade gestacional para a clínica; mulheres que realizaram o aborto e estavam abaixo do limite da idade gestacional e mulheres que receberam o procedimento no primeiro trimestre de gravidez).</p> <p><u>Características das participantes:</u></p> <p>- 37% das participantes do estudo eram de raça branca;</p> <p>- 36% tinham idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos;</p> <p>- 38% eram nulíparas;</p> <p>- 79% eram solteiras e nunca se tinham casado;</p> <p>- 53% tinham menos que o ensino médio;</p> <p>- 60% tinha dinheiro suficiente para atender às necessidades básicas de vida.</p> |
|---|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Parceiro abusivo. <p><u>Necessidade de se concentrar nas outras crianças:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Sentimento de sobrecarga com os filhos atuais;- Gravidez anterior recente;- Não querer ter mais filhos;- Impacto adverso na qualidade de vida dos outros filhos;- Necessidade de concentração em filho doente. <p><u>Um novo bebé interferiria nas oportunidades futuras:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Interferia com a escola ou planos de carreira;- Ausência de tempo livre para criar uma criança devido a emprego;- Emprego não oferece licença de maternidade;- Necessidade de ser livre e viver a juventude. | |
|--|---|--|

| | |
|---|--|
| <p><u>Não se sentir emocionalmente ou mentalmente preparada:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- História anterior de depressão e abuso físico;- Ausência de força mental ou capacidade para criar um bebê. <p><u>Razões relacionadas à saúde (da mulher e do feto):</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Problemas de saúde mental ou física (que se exacerbariam com a gravidez);- Preocupação com o efeito na saúde do feto devido a uso de drogas e/ou consumo de álcool;- Preocupação com o feto devido ao uso de contraceptivos, drogas psicotrópicas ou medicamentos (como antibióticos, narcóticos, etc) para tratar outros problemas de saúde. <p><u>Quer uma vida melhor para o bebê do que aquela que ela pode fornecer:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Receio de sofrimento para a criança; | |
|---|--|

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Sentimento de incapacidade por ser solteira;- Desejo de o bebé ter um pai ou que o mesmo seja mais adequado;- Habitação desadequada para o bebé;- Evitar que o bebé repita a sua infância de drogas ou de abuso físico, sexual e negligência. <p><u>Falta de maturidade ou independência:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Sentirem que são muito jovens;- Sentimento de incapacidade para cuidarem de si mesmas;- Elevada dependência de outras pessoas para criarem um bebé. <p><u>Influência de amigos e/ou familiares:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Receio que o bebé tivesse um impacto negativo para a sua família e/ou amigos;- Receio do julgamento ou reação de outras pessoas; | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Não queria que os outros soubessem da sua gravidez; - Receio do que pensariam acerca de uma criança fruto de uma relação com outra raça; - Pressão de família ou amigos. <p><u>Não quer um bebé ou não quer coloca-lo para adoção</u></p> <p><u>Outras razões</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Receio de dar à luz. | |
| <p><u>Artigo 8</u></p> <p>The Role of Intimate Partners in Women's Reasons for Seeking Abortion</p> | <p><u>Sem relação, com uma má relação ou com uma relação nova com o parceiro:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Infelicidade no relacionamento; - A conhecer ainda o parceiro; - Preocupação com a sustentabilidade da relação. | <p><u>Crítérios inclusão das participantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes grávidas que falem Inglês ou Espanhol; - Com 15 anos ou mais de idade; - Sem anomalias fetais conhecidas ou morte; - Dentro da faixa etária gestacional de um dos três grupos de estudo (mulheres às quais foi negado o aborto por estarem acima do limite de idade gestacional para a clínica; mulheres que realizaram o aborto e estavam |

| | | |
|--|---|--|
| | <p><u>O parceiro não apoiará ou não poderá apoiar a mulher a ter um bebé:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Distância física do parceiro para apoiar a mulher e cuidar da criança (por motivos profissionais/escolares ou por estarem na prisão); - O parceiro não tinha possibilidades financeiras; - O parceiro não estava pronto para se tornar pai ou não se sentia responsável o suficiente; - O parceiro não apoiava a mulher com os filhos atuais, muito menos apoiaria com um novo bebé. <p><u>O parceiro é a pessoa errada para ter um bebé:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A mulher não queria aquele parceiro para pai do bebé ou não via um futuro; - O parceiro é casado com outra pessoa; - O parceiro tem filhos de outra relação; - O parceiro consome drogas ou está preso; - Não queriam estar associadas a esses homens. | <p>abaixo do limite da idade gestacional e mulheres que receberam o procedimento no primeiro trimestre de gravidez).</p> <p><u>Características das participantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 37% das mulheres com mais de 25 anos de idade identificaram o parceiro como razão para o aborto enquanto entre os 15 e os 19 anos foram 24%; - 51% das mulheres que não estavam num relacionamento e 22% das mulheres que estavam num relacionamento com o parceiro envolvido na gravidez, identificaram o mesmo como razão para o aborto; - As mulheres que sofriam violência por parte do parceiro íntimo tinham mais probabilidade de identificarem o mesmo como razão para o aborto. <p><i>Idade:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 15-19 anos (18%) - 20-24 anos (36%) - Idade igual ou superior a 25 anos (46%) <p><i>Escolaridade:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Inferior ao ensino médio (53%) - Superior ao ensino médio (47%) <p><i>Raça/Etnia</i></p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|---|
| | <p><u>O parceiro não quer o bebé:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pressão por parte do parceiro; - O parceiro não queria o bebé ou não estava interessado; - O parceiro não quer mais filhos. <p><u>O parceiro é abusivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ameaças, violação ou assédio moral; - Obrigação para engravidar; - Receio dos abusos se manterem após o parto e dos filhos serem criados nesse ambiente; - Ter um bebé ia impedir que o relacionamento abusivo acabasse devido à criação de laços. <p><u>Quer casar-se antes de ter um filho ou não quer ser mãe solteira:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Receio de criar a criança sozinha; - Não querer assumir ser mãe solteira; - Desejo que o filho tenha um pai biológico presente. | <ul style="list-style-type: none"> - Brancas (37%) - Negras (29%) - Hispânica/Latina (21%) - Outras raças (13%) <p><i>Relação com o parceiro:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem relação (27%) - Amigo (14%) - Parceiro/Namorado (45%) - Noivo/ Marido (14%) <p><i>Paridade:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem filhos (38%) - Um filho (29%) - Dois ou mais filhos (34%) <p><i>Grau de dificuldade na decisão do aborto:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fácil (44%) - Difícil (56%) |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p><i>Sentimentos em relação à gravidez:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Indiferente, feliz ou muito feliz (45%)- Infeliz ou muito infeliz (55%) <p><i>Intenções do Parceiro:</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Não queria a gravidez (25%)- Não sabia da gravidez (17%)- Não tinha a certeza e deixou a mulher decidir (36%)- Gravidez desejada (22%) |
|--|--|--|

*Classificação dos Níveis de Evidência adotados pela Registered Nurses Association of Ontario (2007)

Apêndice 3 – Resultados Categorizados

Tabela 13- Resultados Categorizados

| <p>Artigos</p> <p>Motivos</p> | <p>Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres</p> | <p>Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa</p> | <p>Reasons women give for abortion: a review of the literature</p> | <p>Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia</p> | <p>Aborto provocado: O discurso das mulheres sobre suas relações familiares</p> | <p>Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica</p> | <p>Understanding why women seek abortions in the US</p> | <p>The Role of Intimate Partners in Women’s Reasons for Seeking Abortion</p> |
|---|---|--|--|--|---|--|---|--|
| <p>1. Motivos Relacionados com a Mulher</p> | | | | | | | | |
| <p>1.1. Motivos Financeiros e Socioeconômicos:</p> | | | | | | | | |
| <p>Receio de perda de autonomia financeira</p> | | | | | | | | |
| <p>Dependência financeira dos pais</p> | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Receio de agravamento da situação económica com mais filhos | | | | | | | | |
| Receio de não conseguir manter as necessidades básicas com mais um filho | | | | | | | | |
| Desemprego | | | | | | | | |
| Condições habitacionais e financeiras inadequadas | | | | | | | | |
| Ausência de seguro de saúde e de apoio do Governo | | | | | | | | |
| 1.2. Motivos relacionados com formação/carreira profissional: | | | | | | | | |
| Dificuldades na vida profissional | | | | | | | | |
| Dificuldades na formação | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Dificuldades relacionadas com a vida profissional, formação e/ou planos de vida | | | | | | | |
| 1.3. Motivos relacionados com a Saúde e Opções da Mulher: | | | | | | | |
| Bebé não desejado | | | | | | | |
| Pressão colocada sobre a mulher, apesar de esta querer manter a gravidez | | | | | | | |
| Medo de dar à luz | | | | | | | |
| Idade avançada | | | | | | | |
| Falta de maturidade ou de independência | | | | | | | |
| Receio de alterações corporais | | | | | | | |
| Problemas de saúde mental ou físicos | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Receio de perda de liberdade | | | | | | | | |
| Desejo de casar primeiro | | | | | | | | |
| Tempo insuficiente | | | | | | | | |
| Falta de preparação emocional e mental | | | | | | | | |
| Receio de sofrimento para a criança | | | | | | | | |
| Sentimento de incapacidade por ser solteira | | | | | | | | |
| 1.4. Motivos relacionados com a Saúde Reprodutiva: | | | | | | | | |
| Aborto induzido utilizado como método contraceptivo | | | | | | | | |
| Dificuldade no acesso a planeamento familiar, métodos contraceptivos | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ou à contraceção de emergência | | | | | | | | |
| 2. Motivos relacionados com os outros | | | | | | | | |
| 2.1. Motivos relacionados com a existência de outros filhos: | | | | | | | | |
| Número de filhos idealizado atingido | | | | | | | | |
| Já tinha filhos de ambos os sexos | | | | | | | | |
| Impacto adverso na qualidade de vida dos outros filhos | | | | | | | | |
| Sentimento de sobrecarga com filhos atuais | | | | | | | | |
| Não quis lidar com outra criança, após a primeira ter nascido com uma doença congénita | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Gravidez anterior recente | | | | | | | | |
| Necessidade de concentração em filho doente | | | | | | | | |
| 2.2. Motivos relacionados com família/amigos: | | | | | | | | |
| Não aceitação da gravidez por parte dos familiares | | | | | | | | |
| Medo da reação dos pais ou de dececioná-los | | | | | | | | |
| Omissão aos pais de vida sexualmente ativa na adolescência | | | | | | | | |
| Relações complexas e violentas com outros familiares desde a infância | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Desestruturação/Falta de apoio familiar | | | | | | | | |
| Pressão/ influência exercida por parte de familiares e amigos | | | | | | | | |
| Receio que o bebé tivesse um impacto negativo para a sua família e/ou amigos | | | | | | | | |
| 2.3. Motivos relacionados com o parceiro: | | | | | | | | |
| Receio de negação da paternidade | | | | | | | | |
| Falta de apoio por parte do companheiro | | | | | | | | |
| Instabilidade e casualidade da relação amorosa | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Pouco interesse em constituir família devido a relacionamentos instáveis anteriores | | | | | | | | |
| Parceiro errado para ser pai | | | | | | | | |
| Insegurança e resistência do parceiro em ser pai | | | | | | | | |
| Fim da relação após a descoberta da gravidez | | | | | | | | |
| O parceiro não quer o bebé | | | | | | | | |
| Dúvidas em relação à paternidade do bebé | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3. Outros motivos | | | | | | | | |
| 3.1. Motivos relacionados com a Sociedade | | | | | | | | |
| Receio de estigma por parte da sociedade | | | | | | | | |
| Motivos étnicos e religiosos | | | | | | | | |
| Ambiente imediato e global não adequado para o bebé | | | | | | | | |
| Não queria contribuir para a superpopulação mundial | | | | | | | | |
| 3.2. Motivos relacionados com o feto: | | | | | | | | |
| Feto com anormalidades | | | | | | | | |
| Medo de potenciais problemas com o feto | | | | | | | | |
| Receio que a existência de uma criança | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| deficiente na família afetasse as outras crianças e o seu parceiro | | | | | | | | |
| 3.3. Violência e agressão sexual: | | | | | | | | |
| Violação | | | | | | | | |
| Violência Doméstica (sexual, física, psicológica e coerção sexual) | | | | | | | | |
| Abortos anteriores devido a violação | | | | | | | | |

Legenda:

Motivos encontrados nos artigos



Apêndice 4 - Cronograma

| Fases da Investigação | | Fase Conceptual | | | | Fase Metodológica | | | | Fase Empírica | | | | |
|-----------------------|-----------|---|-----------------------|--|---|------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|--|--------------------|-------------------|------------------------------|------------------------|
| Datas | Etapas | Escolha do tema e da questão Preliminar | Revisão da Literatura | Elaboração de um quadro de referências | Formulação de um Problema de investigação | Enunciado do objectivo | Escolha do desenho de investigação | Definição da população e da amostra | Descrição dos princípios que suportam a medida | Descrição dos métodos de colheita e análise de dados | Colheita dos dados | Análise dos dados | Interpretação dos resultados | Difusão dos resultados |
| | | 2017 | Março | | | | | | | | | | | |
| Abril | | | | | | | | | | | | | | |
| Maio | | | | | | | | | | | | | | |
| Junho | | | | | | | | | | | | | | |
| Julho | | | | | | | | | | | | | | |
| Agosto | | | | | | | | | | | | | | |
| Setembro | | | | | | | | | | | | | | |
| Outubro | | | | | | | | | | | | | | |
| Novembro | | | | | | | | | | | | | | |
| Dezembro | | | | | | | | | | | | | | |
| 2018 | Janeiro | | | | | | | | | | | | | |
| | Fevereiro | | | | | | | | | | | | | |
| | Março | | | | | | | | | | | | | |
| | Abril | | | | | | | | | | | | | |
| | Maio | | | | | | | | | | | | | |
| | Junho | | | | | | | | | | | | | |

Figura 2 - Cronograma