



Escola Superior de Saúde Atlântica

18º Curso de Licenciatura em Enfermagem

4.º Ano – 2.º Semestre

Ano Letivo 2021/2022

Unidade Curricular de Ciclos Temáticos

**Motivos que levam as mulheres a optarem pela Interrupção Voluntária da
Gravidez**

Elaborado por:

Ana Rita dos Santos Vinagre, N° 202093659

Orientado por:

Profª Doutora Joana Mendes Marques

Barcarena, Julho de 2022

Escola Superior de Saúde Atlântica

18º Curso de Licenciatura em Enfermagem

4.º Ano – 2.º Semestre

Ano Letivo 2021/2022

Unidade Curricular de Ciclos Temáticos

**Motivos que levam as mulheres a optarem pela Interrupção Voluntária da
Gravidez**

Elaborado por:

Ana Rita dos Santos Vinagre, N° 202093659

Orientado por:

Profª Doutora Joana Mendes Marques

Barcarena, Julho de 2022

A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório.

AGRADECIMENTOS

Com a finalização da realização deste projeto não posso deixar de agradecer às pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram nesta caminhada tão importante para a minha vida pessoal e profissional.

Começo por agradecer ao meu namorado por nunca me ter deixado desistir, e por me ter feito sentir capaz de realizar este projeto, ajudando na concretização deste mesmo.

À minha mãe por me ajudar a concretizar mais um sonho, concluir a licenciatura e nunca me deixar baixar os braços e dar-me o ânimo que eu precisava sempre que o cansaço era muito.

A toda a restante família e amigos pelo apoio ao longo de todo o curso.

À Prof^a Joana Marques, que foi quem me orientou na realização deste trabalho, por toda a paciência, disponibilidade e ajuda sempre que foi necessário. Não tenho palavras para lhe agradecer tudo o que fez por mim.

E por fim, mas não menos importante, a todos os professores que fizeram parte de todo o meu percurso académico, mas em especial à Prof^a Margarida Tomás por todo o seu esforço e companheirismo ao longo destes 2 anos.

Obrigada por todo o apoio!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APF – Associação para o Planeamento da Família

CNAC – Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção

DGS – Direção Geral de Saúde

IG – Interrupção da Gravidez

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

a.c – Antes de Cristo

mg – Miligramas

µg – Micrograma

β-hCG – Gonadotrofina Coriónica Humana

RESUMO

Introdução: A interrupção voluntária da gravidez é um processo de transição vivenciado pela mulher/casal, onde o enfermeiro tem o dever de conhecer as respostas humanas que emergem deste processo e intervir perante as mesmas, de forma a promover uma transição suave e conforto na mulher/casal. Conhecer os motivos, expectativas e emoções da mulher face a esta interrupção, capacita o enfermeiro para uma intervenção mais individualizada, holística e eficaz.

Objetivo: Conhecer os motivos que levam as mulheres a optarem pela interrupção voluntária da gravidez.

Desenvolvimento: Encontraram-se vários motivos que levam a mulher a optar pela IVG, sendo os mais mencionados pela literatura encontrada: condições financeiras, relacionamentos familiar e amoroso instáveis, rejeição/negação da gravidez, falta de apoio do companheiro, fatores socioeconómicos (desemprego), medo da reação dos pais (no caso de menores ou dependentes dos pais financeiramente), violência doméstica, desejo de não abandonar os estudos, momento impróprio para criar um filho e problemas com o parceiro.

Considerações Finais: A sistematização desta informação contribui para a promoção do conhecimento para os enfermeiros que acompanham estas mulheres em diferentes contextos de prestação de cuidados. Este conhecimento facilita o estabelecimento da relação empática e terapêutica entre o enfermeiro e a mulher, uma vez que está mais informado e sensível a estes motivos, favorecendo ainda uma intervenção mais personalizada, atempada e eficaz.

Palavras – Chave: mulher; aborto; decisão; motivos; interrupção

ABSTRACT

Introduction: The voluntary interruption of pregnancy is a transitional process experienced by women/couples, where nurses have the duty to know the human responses that emerge from this process and intervene in order to promote a smooth transition and comfort in women/couples. Understanding the women's reasons, expectations and emotions towards this interruption enables nurses to intervene in a more individualised, holistic and effective way.

Objective: To know the reasons that lead women to choose voluntary interruption of pregnancy.

Development: Several reasons were found that lead women to opt for IVG, the most mentioned in the literature being: financial conditions, unstable family and love relationships, rejection/denial of pregnancy, lack of support from the partner, socioeconomic factors (unemployment), fear of the parents' reaction (in the case of minors or financially dependent on the parents), domestic violence, desire not to abandon studies, inappropriate time to raise a child and problems with the partner.

Final Considerations: The systematization of this information contributes to the promotion of knowledge for nurses who accompany these women in different care settings. This knowledge facilitates the establishment of an empathic and therapeutic relationship between the nurse and the woman, since he/she is more informed and sensitive to these reasons, also favoring a more personalized, timely and effective intervention.

Key-words: woman; abortion; decision; motives; interruption

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	4
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
ÍNDICE	8
1. INTRODUÇÃO.....	10
2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ.....	12
3. O PROCESSO DE GRAVIDEZ E A SUA INTERRUPÇÃO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO.....	15
3.1. Planeamento familiar	15
3.2. O Processo de Interrupção Voluntária da Gravidez	17
3.3. A Interrupção Voluntária da Gravidez e a Responsabilidade Masculina	19
3.4. Sentimentos das Mulheres no Processo de Tomada de Decisão	20
3.5. Cuidados de Enfermagem à Mulher ao longo do Processo.....	21
4. A PROMOÇÃO DE CONFORTO NA VIVÊNCIA DA UMA TRANSIÇÃO	22
5. MOTIVOS QUE LEVAM À DECISÃO DE INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ.....	25
6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
APÊNDICE I	36

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho está inserido no âmbito da unidade curricular Ciclos Temáticos, parte integrante do 2º semestre do 4.º ano do 18.º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Atlântica, constituindo o resultado das aprendizagens iniciadas e desenvolvidas ao longo dos anos de licenciatura.

O tema do projeto incide sobre a seguinte temática: Motivos que levam as mulheres a optarem pela Interrupção Voluntária da Gravidez.

A gravidez é um marco importante na vida da mulher e do casal, tendo implicações físicas, mas também psicológicas. É importante que uma gravidez seja planeada pelo casal, de modo que todo o processo seja envolvido de estabilidade e tranquilidade (APF, 2014).

Desde 2011, o número anual de Interrupções da Gravidez (IG) realizadas em Portugal tem apresentado uma tendência decrescente. Entre 2011 e 2017, as IG decresceram 24,4% (de 20480 para 15492) e as realizadas por opção da mulher até às 10 semanas decresceram 25,2%. Entre 2016 e 2017, o total decresceu 2,9% e as IG por opção da mulher até às 10 semanas decresceram 3,4% (DGS, 2018).

A importância percentual das IG pelos motivos de “grave doença ou malformação congénita do feto” e “evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida” tem aumentado, em particular nos últimos cinco anos. Em 2013, apenas 0,2% das IG resultaram deste último motivo, contudo, a percentagem subiu para 0,8% em 2015 e situou-se em 0,6% em 2017. Quanto à IG por grave doença ou malformação do feto, subiu consistentemente desde 2011, onde era 2,3%, para 3% em 2017 (DGS, 2018).

Em 2017, foram realizadas 15.492 interrupções de gravidez ao abrigo do artigo 142º do Código Penal, que prevê cinco motivos de exclusão de ilicitude de aborto; 11.035 (71,2%) das interrupções foram efetuadas em instituições públicas e 4.457 (28,8%) em instituições privadas. Em 2015 e 2016, o número de interrupções terá sido, respetivamente, 16.652 e 15.959, confirmando 2017 a tendência decrescente que se tem observado desde 2012 (DGS, 2018).

O tema da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) é abordado e questionado há vários anos, contudo, necessita ainda de ser mais estudado. Tendo a perceção que este é um tema que ainda carece de muita informação, pesquisa bibliográfica e pertencendo à área da saúde materna, contexto de prestação de cuidados de interesse para a autora, considerou-se um forte estímulo para desenvolver esta problemática.

A temática desenvolvida no presente estudo tem vindo a ser alvo de preconceitos e juízos de valor perante a prática profissional. Desta forma, torna-se importante que, cada vez mais se consiga compreender os motivos que levam as mulheres a realizar a IVG, sendo também de grande importância intervir de forma fundamentada e eficaz com as mulheres e/ou casais, de forma a promover um processo de transição o mais suave possível e com menos impacto negativo para a mulher/casal.

Com a realização deste trabalho objetiva-se conhecer os motivos que levam as mulheres a optarem pela IVG, com base na evidência científica consultada.

O trabalho começa por apresentar a teórica de enfermagem que norteou o percurso realizado, de forma a refletir face ao objetivo proposto. Seguidamente, é exposto o desenvolvimento, organizado por capítulos e ordenados por uma sequência norteadora da temática. Este capítulo foca-se nos conceitos principais do trabalho, como forma de melhor enquadrar o objetivo e desenvolver os resultados obtidos através da análise dos mesmos.

Finalmente, é dedicado um capítulo às implicações do presente trabalho para a prática de enfermagem, de forma a ressaltar os contributos da análise realizada para os cuidados de enfermagem/mulheres/casal/família.

O trabalho termina com as considerações finais, apresentando a resposta ao objetivo que se propôs alcançar e analisando de forma sumária os resultados com a prática de enfermagem.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

A história do aborto é tão antiga quanto a própria civilização, no entanto a sua abordagem tem sofrido alterações resultantes de influências científicas, éticas, religiosas, morais, jurídicas, sociais e políticas. Os primeiros relatos encontrados sobre o aborto remetem-se para 2737 e 2696 a.c, na China, onde eram fornecidos abortíferos orais às mulheres grávidas. Entre 1850 e 1550 a.c, os egípcios têm menções ao aborto e à contraceção com recurso a plantas. Mais tarde, os gregos e os romanos, consideraram o aborto como forma de controlar o crescimento populacional (Galeotti, 2007; Teodoro, 2007; Máximo & Canhoto, 2018). Com o cristianismo, o aborto voluntário passou a ser condenado, embora não existam indicações claras nas escrituras sagradas sobre o assunto, como se pode constatar no livro de Números 5:27-28, ao mencionar a hipótese de aborto em caso do marido suspeitar de infidelidade por parte da mulher (Galeotti, 2007; Máximo & Canhoto, 2018).

Após a Primeira Guerra Mundial (século XX), devido ao número de mortes provocadas, emerge novamente a política natalista, que incentivou a necessidade de famílias numerosas, sendo o aborto visto como um crime contra a integridade, saúde das estirpes e punido com sanções extremamente severas. Em 1939, sob a tutela do poder nazi, surgiu a “Lei para a Prevenção de Doenças Hereditárias para a Posteridade”. Ao abrigo desta lei, admitia-se o aborto, não como forma de garantir os direitos da mulher ou feto, mas sim para aperfeiçoar a raça ariana, considerando necessário impedir que as mulheres de raça inferior tivessem filhos. Após a 2ª Guerra Mundial e até à década de sessenta (século XX), as leis sobre o aborto eram muito restritivas e desde essa altura, foram surgindo novas leis com vista à descriminalização do aborto (Alvarenga, 1994; Palma, 2017).

Nos últimos 40 anos (século XX), o tema do aborto deu origem a debates a nível político na sociedade ocidental, onde se destacam a Europa. Dos anos 60 aos 80, a questão do aborto foi surgindo mais como uma questão centrada na mulher, devido à evolução dos costumes sexuais e da posição da mulher na sociedade, havendo reformulação da legislação em vigor, com vista à descriminalização do aborto na

Europa Central e Ocidental e posteriormente alargou-se aos restantes países da Europa (Ganhamo, 2011; Torres, 2012; Palma, 2017).

Em maio 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 mais elevado. O mesmo estudo concluiu que o número de abortos realizados é muito superior nos países com leis restritivas, face aos países que favorecem a realização desta prática havendo ainda, um aumento muito significativo de abortos pelo mundo – mais marcado em países em vias de desenvolvimento e com pouco acesso à contraceção, ou com leis mais restritivas em relação à IVG (Sedgh *et al*, 2016; Máximo & Canhoto, 2018).

Com a legalização da IVG, 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; Máximo & Canhoto, 2018).

No ano de 1982, uma Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção (CNAC), um dos principais movimentos sociais em Portugal, apresentou na Assembleia na República um projeto que defendia o direito livre e gratuito à IVG, perante as seguintes situações (Tavares, 2003; Máximo & Canhoto, 2018):

- A interrupção voluntária da gravidez é permitida nas primeiras 12 semanas mediante declaração expressa da mulher grávida de que pretende interromper uma gravidez a apresentar até à 10ª 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.

a) Lei nº6/84 – 11 de Maio (Diário da República, 1984)

Com a aprovação e a introdução da Lei nº 6/84, o aborto deixou de ser punível quando efetuado por médico ou sob a sua direção, num estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com consentimento da mulher grávida, quando (APF, 2014):

- constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- tenha indicação para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e que não tenha ultrapassado as primeiras 12 semanas de gestação;
- existam seguros motivos para prever que o feto venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação e que seja realizada antes de completar as 16 semanas de gravidez;
- existam sérios indícios de que a gravidez resulte de uma violação da mulher e que seja antes das 12 semanas de gestação.

b) Lei nº89/97 – 30 de Julho (Diário da República, 1997)

No ano de 1997, a legislação sofreu algumas alterações, tendo havido um alargamento do prazo para a interrupção em casos de malformação fetal e em situações de “crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher” (APF, 2014).

Assim sendo, o artigo 142º do Código Penal, com a redação que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei nº48/95, de 15 de Março, passou a ter a seguinte redação:

- existam seguros motivos para prever que o feto venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação e que seja realizada antes de completar **as 24 semanas de gravidez, comprovadas através da realização de ecografias ou por outro meio adequado, com exceção de situações de fetos inviáveis, caso esse que a interrupção poderá ser realizada a todo o tempo;**
- existam sérios indícios de que a gravidez resulte de uma violação da mulher e que seja antes das **16 semanas de gestação.**

c) Lei nº16/2007 – 17 de Abril (Diário da República, 2007)

Após a alteração da legislação no ano de 1997, a 17 de Abril de 2007, foi incluída na Lei nº16/2007 uma nova permissão para a realização de Interrupção Voluntária da Gravidez em instituições de saúde oficiais e/ou oficialmente reconhecidos.

Com todas as alterações referidas anteriormente, desde 2007 que a Interrupção Voluntária da Gravidez ficou permitida nas seguintes situações:

- por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

3. O PROCESSO DE GRAVIDEZ E A SUA INTERRUPÇÃO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

O aborto pode ser definido como “perda involuntária do conteúdo uterino ou interrupção da gravidez, antes das 24 semanas de gestação” (O’Reilly *et al.*, 2005, p.199, citado por Palma, 2017), sendo algo definitivo e irreversível. Mayor (2016, p. 266) citado por Palma (2017) refere que 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”.

A Associação para o Planeamento da Família (2014) refere que a interrupção da gravidez com menos de 20 a 22 semanas de gestação, constitui um aborto. Assim sendo, o aborto poderá ocorrer de forma voluntária ou espontânea.

A interrupção da gravidez consiste em suspender a gravidez de forma voluntária, médica ou espontânea (Santos, 2016; Presado *et al.*, 2018) e a interrupção voluntária, sustenta-se no desejo da mulher terminar a gravidez não planeada e não desejada, de um embrião ou feto normal, sem que corra riscos de saúde (Sousa, 2016; Presado *et al.*, 2018).

3.1. Planeamento familiar

A Organização Mundial da Saúde refere que o planeamento familiar é fundamental para a promoção do bem-estar, da autonomia da mulher, família e comunidade (OMS, 2016). A saúde sexual e reprodutiva é um recurso para que mulheres e homens possam decidir o seu projeto de maternidade, de forma livre e informada, sendo assim garantidos os seus direitos. O objetivo da contraceção é proteger as mulheres, casais e famílias das gravidezes não planeadas e indesejadas (Bitzer *et al.*, 2017) e a qualidade do aconselhamento realizado é fundamental para garantir elevados padrões assistenciais e

promover uma escolha informada (OMS, 2016). Usar ou não um contraceptivo é uma escolha, baseada no conhecimento, na atitude e na tomada de decisão das mulheres (Höglund & Larsson, 2019). A evidência científica refere que a falta de aconselhamento é o principal fator para a dificuldade na tomada de decisão de um contraceptivo, pois não se pode escolher o que não se conhece (Santos *et al.*, 2015). A melhoria dos cuidados a nível da saúde sexual e reprodutiva, para além de garantir os direitos das mulheres favorece o seu uso e continuidade. Os estudos referem que existe um défice e falhas no aconselhamento contraceptivo relacionado com a falta de interação entre o perfil de cada mulher e os aspetos biopsicossociais e culturais (Bitzer *et al.*, 2017, citado por Palma *et al.*, 2021).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), a enfermagem, enquanto profissão da área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano ao longo do ciclo vital, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde, ajudando a atingir a máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Deste modo, considera-se que o enfermeiro deve atuar na promoção da saúde, tendo presente as várias dimensões que contemplam a saúde da pessoa (Godinho *et al.* 2020).

Para a Direção-Geral da Saúde (DGS) a “saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos” (2008, p.5). Como parte das funções do sistema reprodutivo, enquadram-se a expressão da sexualidade humana e a produção de descendentes. (Godinho *et al.* 2020).

O enfermeiro, enquanto promotor da saúde, tem um vasto campo de atuação junto dos adolescentes. Considerando as alterações pela qual passam no seu processo de crescimento, é compreensível que o enfermeiro tenha um papel importante em orientar e ensinar os adolescentes, sobre as dimensões sexual e reprodutiva, entre outras (Godinho *et al.* 2020).

Assim sendo o enfermeiro intervém perante os objetivos preconizados pela DGS (2008) no âmbito do planeamento familiar que são: promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura; regular a fecundidade segundo o desejo do casal; preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis; reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil; reduzir a incidência das Infecções Sexualmente

Transmissíveis (IST) e as suas consequências, designadamente, a infertilidade; e melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas e da família (Godinho *et al.* 2020).

3.2. O Processo de Interrupção Voluntária da Gravidez

De forma a melhor compreender todo o processo de IVG, considerou-se importante aprofundar algum conhecimento sobre os procedimentos realizados para a interrupção e o papel do enfermeiro neste processo.

Caso a mulher opte por interromper a gravidez, é obrigatória uma consulta inicial. Nesta primeira consulta, será determinada a idade gestacional e a mulher será informada sobre os diferentes métodos de aborto. A lei de alguns países obriga ao cumprimento de um período de reflexão, que pode corresponder a um intervalo de dias (variável de país para país) entre a primeira consulta e o início do procedimento (Fiala *et al.*, 2018).

Existem dois métodos de aborto distintos: o método farmacológico e o método cirúrgico realizado por aspiração a vácuo sob anestesia (Fiala *et al.*, 2018).

a) Método Farmacológico

A interrupção farmacológica, tem como base uma combinação de Mifepristone e Misoprostol, que demonstra ter uma elevada eficácia. Para gestações até 9 semanas, a Organização Mundial de Saúde recomenda um regime, baseado em evidências, de 200 mg de Mifepristone, administrado por via oral, seguido de 800 µg de Misoprostol, administrado por via oral ou sublingual, 24 a 48 horas mais tarde, ou por via vaginal, 6 a 72 horas mais tarde. Para gestações até 7 semanas, a dose oral recomendada de Misoprostol passa a ser 400 µg. Este regime tem uma eficácia de aproximadamente 98%, para a interrupções de gestação até às 9 semanas. Entre a 9^a e a 15^a semanas de gestação, esta eficácia vai apresentando uma redução gradual. Após a 15^a semana de gestação, mantêm-se os 200 mg de Mifepristone 24 a 48 h antes de iniciar a indução. Aqui, são instituídas Prostaglandinas para induzir o aborto – administração via vaginal de Prostaglandina E2; administração via vaginal ou oral de 600 a 800 µg de Misoprostol; administração via intramuscular de Prostaglandina F2α. Este regime revela-se altamente fidedigno, tendo uma eficácia quase total, a rondar os 100% (Soares, 2017).

As mulheres devem ser sempre alertadas sobre todas as situações que podem motivar a sua ida ao serviço de urgência (sinais de alerta). Em casos de anemia grave, a indução medicamentosa só deve ser feita em locais especializados, em que haja apoio de imunohemoterapia e estejam disponíveis procedimentos transfusionais (Soares, 2017).

Durante o processo de interrupção da gravidez, a equipa de enfermagem acompanha as utentes em três momentos com objetivos distintos, cumprindo protocolos e instruções de trabalho de enfermagem previamente definidos: Consulta de enfermagem, que corresponde à segunda consulta do processo de IVG e à administração do Mifepristone, segundo o protocolo medicamentoso instituído. Nesta consulta é feita uma triagem das utentes que necessitam de acompanhamento de enfermagem, acompanhamento pela equipa de enfermagem, com o objetivo de administrar a primeira toma de Misoprostol, segundo o protocolo instituído, e de executar as intervenções de enfermagem protocoladas, no sentido de minimizar a dor e o desconforto, colaboração de enfermagem nas consultas médicas de controlo e de planeamento familiar. No dia do procedimento deve ser instituída terapêutica profilática, iniciando-se a administração de antibióticos eficazes contra microrganismos do aparelho reprodutivo. Habitualmente, opta-se por um esquema de administração de 100 mg de Doxiciclina antes do procedimento e 200 mg após. Após o procedimento, também deve ser administrada Imunoglobulina a mulheres cujo tipo sanguíneo seja Rh negativo e havendo incompatibilidade Rh (Soares, 2017).

b) Método Cirúrgico

O método cirúrgico é um procedimento instrumental que envolve uma aspiração a vácuo realizada, na maioria dos casos, sob anestesia. É realizado por um médico no bloco operatório de um estabelecimento de saúde. O procedimento é realizado em uma ou duas etapas, em função da lei do país: o procedimento cirúrgico e a consulta de controlo (após 14-21 dias) (Fiala *et al.*, 2018).

O procedimento dura cerca de vinte minutos, sendo a mulher posteriormente transferida para uma unidade de cuidados pós-anestesia para monitorização. Por norma, são necessárias algumas horas para a recuperação, independentemente do método de anestesia escolhido, sendo uma cirurgia de ambulatório. Nos dias seguintes à

interrupção cirúrgica da gravidez, a mulher pode ter uma hemorragia ligeira e alguma dor, que deverá diminuir gradualmente (Fiala *et al.*, 2018).

Dependendo do procedimento cirúrgico, poderá ser necessária uma consulta de controlo para confirmar que a gravidez foi interrompida através de um exame clínico (ecografia, teste de β -hCG na urina ou no sangue) (Fiala *et al.*, 2018).

Em caso de insucesso, o profissional de saúde deverá aconselhar sobre as suas opções (Fiala *et al.*, 2018).

3.3. A Interrupção Voluntária da Gravidez e a Responsabilidade Masculina

A decisão de interromper a gravidez é muitas vezes ponderada e finalizada em casal. Por este motivo, considera-se importante conhecer também o papel e intervenção do homem neste processo, de forma a facilitar a melhor compreensão da decisão da mulher.

Como a gravidez ocorre no corpo da mulher, acredita-se que muitas vezes o homem se isenta da responsabilidade de decisão da interrupção, sendo ele apenas um acompanhante (Petracci *et al.*, 2012, citado por Gusmão *et al.*, 2014). Outros estudos apontam para a necessidade de se incluir o homem neste processo decisório (Oliveira *et al.*, 2009, citado por Gusmão *et al.*, 2014) e alertam para a importância dos profissionais de saúde em conhecer os sentimentos vivenciados por estes homens, dado que o atendimento destes quase não existe (Rodrigues & Hoga, 2006, citado por Gusmão *et al.*, 2014).

Quando os homens compartilham com mulher uma experiência de aborto, diversos são os sentimentos por eles apresentados como perda e frustração, ao saberem que não iriam exercer a sua função paterna, bem como preocupação em relação ao estado físico e emocional de mulheres. Isso demonstra que ao se voltar para estas vivências, os profissionais de saúde podem colaborar para uma promoção da qualidade do cuidado do homem de maneira integral (Gusmão *et al.*, 2014)

Nota-se que o aborto está para além da esfera biológica, sendo uma decisão complexa e compartilhada que leva em consideração diversos fatores. Assim sendo, destaca-se, na maioria dos casos em que os sentimentos voltados para a gravidez são ambíguos, ora

expressando felicidade, ora preocupação; mas os voltados para o aborto foram, na maior parte dos casos, de foco negativo. Foi também possível constatar que os profissionais de saúde não estão preparados para intervir com o homem que viveu uma experiência de aborto. Além disso, tomando-se as relações sociais de género, a percepção dos próprios homens de reconhecer que merecem atenção, mas ainda sim, colocando a mulher como sujeito central na experiência do aborto. Diante isto, afirma-se a necessidade de mais pesquisas sobre a temática no sentido de contribuir com uma maior capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para o cuidado dos homens (Gusmão *et al.*, 2014)

3.4. Sentimentos das Mulheres no Processo de Tomada de Decisão

A IVG nunca é uma decisão que a mulher e/ou casal tomem facilmente. Muitas vezes, para essa tomada de decisão têm grande preponderância os sentimentos da mulher/casal. Quando esses sentimentos são felicidade, alegria e/ou sonho concretizado, tendencialmente a opção será a não decisão, caso os sentimentos sejam desespero, sofrimento e/ou negação a probabilidade de existir um motivo para a realização da IVG será maior (Maranhão *et al.*, 2016)

Ao suspeitar da gravidez, a mulher estabelece uma consciência acerca da possibilidade de existência real da mesma, tornando-se mais atenta às alterações corporais já evidenciadas e que possam vir a surgir. Nesse sentido, pode iniciar mecanismos de negação dos sintomas ou preparar-se para ter as suas dúvidas confirmadas, podendo isso ocorrer a partir de conhecimentos adquiridos (Santos & Brito, 2014).

A negação da gravidez, presente de forma significativa nos relatos, revelou-se como principal motivador à vivência de sentimentos negativos, os quais surgiram desde a suspeita e permaneceram até a comprovação da sua gravidez (Santos & Brito, 2014).

É senso comum associar a prática abortiva a uma atitude isenta de aflição e sofrimento, idealizando a imagem daquela que realiza esse ato como alguém desprendida e livre de padrões morais. Contudo, os discursos revelaram a angústia como um dos sentimentos mais presentes nesse momento de decisão. Possivelmente, isso está relacionado com o facto de ser o primeiro instante em toda a trajetória do aborto, em que há rutura das regras morais, religiosas e legais, gerando ambiguidades e emoções controversas (Santos & Brito, 2014).

Segundo Borsari (2012), citado por Santos & Brito (2014), o sofrimento é inerente à essência humana. Contudo, a sua manifestação é condicionada à cultura, à história e ao próprio indivíduo, apresentando-se como algo subjetivo e relativo ao contexto de cada um. Sob essa ótica, é possível conceber que o misto de sentimentos identificado no processo decisório do aborto relaciona-se às particularidades de vida das mulheres, avaliadas num processo mental, promovendo interação com as suas convicções e a realidade social. É essa interpretação do seu universo privado, que será responsável por identificar os motivos relevantes e capazes de impulsionar a prática abortiva.

3.5. Cuidados de Enfermagem à Mulher ao longo do Processo

De modo a proceder a um melhor acompanhamento de enfermagem nestes casos de IVG é importante ter conhecimento de todo o processo que a mulher/casal vivenciam.

Para Sousa (2007), citado por Máximo & Canhoto (2018), a anamnese deve ser realizada de forma objetiva, priorizando apenas as questões essenciais para o acompanhamento do processo da IVG. As questões mais importantes a ser abordadas pelo Enfermeiro são: nome, idade, estado civil, existência ou não de IG anteriores e 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 menos difícil, esclarecer todas as dúvidas que possam surgir e mostrar-se disponível para responder a outras, caso estas surjam após a realização da IVG (Sousa, 2007, citado por Máximo & Canhoto, 2018).

O Enfermeiro tem um papel fundamental nas várias fases do processo, conforme refere Sousa (2007) citado por Máximo & Canhoto (2018), mencionando que devido ao processo de aborto ser tão delicado, é importante que o enfermeiro, sempre que possível, faça o acompanhamento da mulher durante o decorrer de todos os procedimentos, evidenciando de extrema importância que o enfermeiro, evite deixar estas mulheres sozinhas, solicitando que uma pessoa, da preferência da mulher, a acompanhe no decorrer de todo o processo. O planeamento e intervenção são importantes junto destas mulheres, como refere Sousa (2007) citado por Máximo & Canhoto (2018), salientando que o enfermeiro ao planear o acompanhamento, deve orientar a sua equipa sobre cuidados e sinais importantes que devem ser identificados e realizados nas mulheres que estão a passar pelo processo da IVG.

Esses cuidados e sinais passam por orientar e esclarecer acerca do procedimento que será efetuado, demonstrar compreensão e oferecer apoio qualquer que seja o motivo 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 periférico 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; Máximo & Canhoto, 2018).

No período após a realização da IVG, o enfermeiro deve instruir a mulher sobre alguns cuidados pós procedimento (Sousa, 2007; Máximo & Canhoto, 2018). O enfermeiro deverá informar a mulher acerca da possível ocorrência de hemorragia excessiva e do surgimento de menstruação, sendo normalmente entre a 4^a e a 6^a 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 no período de 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; Máximo & Canhoto, 2018).

4. A PROMOÇÃO DE CONFORTO NA VIVÊNCIA DA UMA TRANSIÇÃO

A interrupção voluntária da gravidez é um tema complexo e que implica importantes reflexões. Por alguma razão a mulher optou pela decisão de interromper a gravidez, devendo este processo ser uma preocupação do enfermeiro. A mulher vivencia uma transição na sua vida, emergindo respostas humanas que muitas vezes comprometem o bem-estar físico, psíquico, emocional e social da mulher. Os enfermeiros que diariamente acompanham as mulheres com estas vivências têm o dever de conhecer as respostas humanas que surgem desta transição e desta forma promover o bem-estar e qualidade de vida da mulher. Desta forma, como teoria norteadora do presente trabalho, optou-se por escolher uma teoria que tivesse como foco promover o alívio, a

tranquilidade, o conforto do cliente - Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, sendo posteriormente aprofundados os seus pressupostos.

Cuidar foi desde sempre uma das principais preocupações humanas ao longo da história da humanidade. O cuidado é intrínseco ao ser humano, é o ato de tomar conta, e como refere Collière (1999), só esta forma de cuidar permitiu a sobrevivência do ser humano. Contudo, a evolução da assistência de enfermagem alterou o rumo do processo do cuidar. Assim, foram surgindo, ao longo dos anos novas preocupações, que originaram novos conceitos da prática de enfermagem, no sentido de dotar a profissão de conhecimentos teóricos, organizados e sistematizados em modelos estruturais e teóricos, que visam descrever, explicar e prever fenómenos vinculados à disciplina de enfermagem (Freitas *et al.*, 2007, citado por Martins, 2021).

Têm surgido vários movimentos de enfermagem que desenvolveram filosofias de cuidados centrados no sistema familiar, na qualidade de vida e no conforto. O conforto tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem e está vinculado à sua origem e desenvolvimento. Encontra-se maior expressão deste conceito nas teorias de Leininger, de Watson, de Morse e de Kolcaba. Leininger e Watson consideram o conforto como um componente do cuidar, enquanto Morse considera o cuidar como um construto do conforto. Já Morse e Kolcaba concordam que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. Morse centrou o seu trabalho no processo de conforto, ou seja, nas ações dos enfermeiros, mas não se refere à avaliação do resultado dessas ações. Por outro lado, Kolcaba considerando que o processo do conforto só fica completo com a avaliação dos resultados, criou uma teoria de médio alcance na qual o conceito é operacionalizado e denominada de Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (Apóstolo, 2009, citado por Martins, 2021).

A Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba apresenta quatro metaparadigmas na sua teoria e as suas definições, nomeadamente: **enfermagem** é descrita como o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto do doente, com delineamento de medidas para satisfazer estas necessidades e reavaliar após implementação dessas medidas, de forma a obter uma comparação com a linha de base anterior. A avaliação pode ser objetiva ou subjetiva. O **doente** é quem recebe os cuidados e pode ser

indivíduo, família, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde. **Ambiente** é qualquer aspeto que envolva o doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados pela(s) enfermeira(s) para melhorar o conforto. **Saúde** representa o bom funcionamento, conforme definida pelo paciente, grupo, família ou comunidade (Lima *et al.*, 2017).

De acordo com esta teoria, o conforto é definido como o estado imediato de ser fortalecido, sendo uma condição que resulta das medidas promotoras do conforto e das intervenções de enfermagem que visam aliviar e eliminar o stresse (Martins, 2021).

A teórica descreve o conforto existindo em três formas, mais precisamente: alívio, tranquilidade e transcendência. **Alívio** é o estado no qual o doente tem satisfeito uma necessidade específica. Refere-se a satisfação de uma necessidade por meio do controle de fatores globais que produzem desconforto, o que pode promover um estado de calma ou contentamento, de maneira imediata. O conforto como alívio é um resultado holístico imediato, que pode ser modificado rapidamente com a mudança das circunstâncias. O conforto como **tranquilidade** é definido como estado de calma ou satisfação, o qual relaciona-se a satisfação de necessidades específicas, que causam desconforto ou interferem com o conforto. É um estado mais duradouro e contínuo, de contentamento e bem-estar. O conforto como **transcendência** é compreendido como condição em que se está por cima dos problemas ou da dor própria, como o nível mais elevado de conforto, a partir da satisfação de necessidades de educação e motivação, para capacitar o cliente a desenvolver os seus potenciais e adotar hábitos de vida saudáveis, para realizar suas atividades com a máxima independência possível (Lima *et al.*, 2017).

Segundo Kolcaba o conforto pode ocorrer em quatro diferentes contextos: físico, psicoespiritual ambiental, e sociocultural. O plano **físico** encontra-se inerente às sensações corporais, ao contexto sociocultural, às relações interpessoais, familiares e sociais. O contexto **psicoespiritual** refere-se à consciência de si próprio e inclui a autoestima, o autoconceito, a sexualidade e o significado da vida. O plano **ambiental** inclui o ambiente e as condições e influências externas que possam influenciar o conforto, tais como a luz, barulho, equipamento, cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio. Por fim, o **sociocultural**, está associado à esfera dos

relacionamentos interpessoais, familiares e sociais, englobando ainda aspetos financeiros e informações da vida social (Dowd, 2004, citado por Martins, 2021).

O conforto é um resultado holístico desejável e positivo, que resulta da disciplina de enfermagem. Desta forma os enfermeiros identificam necessidades de conforto, concebem medidas que colmatem essas necessidades, de acordo com os princípios científicos e humanísticos dos cuidados, e procuram melhorar o conforto dos clientes, que é o resultado imediato pretendido. Do mesmo modo, a prevenção do desconforto é mais facilitadora do que tratar esse desconforto. As famílias podem ser parcialmente ou totalmente assistidas a transcender-se, através de intervenções de conforto que transmitem esperança, sucesso, compaixão, ou apoio relativamente aos seus medos (Apóstolo, 2009, citado por Martins, 2021).

Por outro lado, o conforto melhorado está direta e positivamente relacionado com os comportamentos de procura de saúde, que é o resultado posterior pretendido. Os doentes que têm o apoio necessário assumem ativamente comportamentos de procura de saúde, tal como com a sua reabilitação ou programa de recuperação. Desta forma, também a integridade institucional é melhorada (Kolcaba e DiMarco, 2005, citado por Martins, 2021).

O cuidado de conforto requer não só um processo de ações confortantes, mas também o resultado dessas ações. O processo é um método, ou seja, as intervenções de enfermagem, e o produto é o resultado desse processo. O aumento do conforto é o resultado desejado que decorre do processo de conforto. O processo não ocorre como uma entidade separada do produto, e fica completo até que o produto, conforto aumentado, ocorra e este pode ser alocado dentro de um processo contínuo (Apóstolo, 2009, citado por Martins, 2021).

5. MOTIVOS QUE LEVAM À DECISÃO DE INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Perante a análise realizada a alguns artigos encontrados, pode concluir-se que diversos são os motivos que levam a mulher tomar a decisão de interromper a gravidez.

Seguidamente serão apresentados os motivos que levam à decisão da IVG em cada artigo analisado, sendo posteriormente apresentados os principais motivos mencionados no Relatório da DGS (2018), realizando no final uma sistematização dos mesmos. Esta discussão da literatura encontrada permite uma análise e reflexão mais aprofundadas face ao objetivo proposto na realização deste trabalho.

→ **Artigo 1 - Processo Decisório do Aborto Provocado: Vivência de Mulheres** (Santos & Brito, 2014)

Analisando as respostas das entrevistadas do primeiro artigo, os motivos que levaram essas mulheres a realizar a IVG foram diversos e variaram de acordo com suas condições financeiras e seus relacionamentos familiar e amoroso. Salienta-se o fato desses motivos estarem relacionados e dependerem da realidade vivenciada por cada mulher, sendo mais mencionado o motivo económico, especialmente quando as entrevistadas já tinham filhos.

Assim, percebe-se nesses relatos uma relação entre condição económica e o número de filhos, o que levaria eventualmente a mais gastos e, por conseguinte, maiores dificuldades financeiras. Tal realidade acentuava-se quando a mulher não tinha vínculo com o local de trabalho, sendo autónoma ou dependendo de terceiros. Corroborando esse fato, estudos mostram o fator financeiro e o receio em não conseguir manter as necessidades básicas do filho, como motivos intimamente relacionados à decisão feminina de abortar.

→ **Artigo 2 – Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: Revisão Integrativa da Literatura** (Sell *et al.*, 2015)

Perante a análise das respostas recolhidas através de entrevistas, as motivações que levaram à IVG foram: a rejeição da gravidez em si; o aborto como método contraceutivo; a falta de apoio do companheiro; a dificuldade de acesso ao serviço de planeamento familiar ou à contraceção de emergência; os fatores socioeconómicos (desemprego ou medo de perder o emprego); o medo da reação dos pais ou de dececioná-los; a violência doméstica (sexual, física, psicológica e coerção sexual perpetrada pelo companheiro e família); o estado marital (ser solteira ou viver em relacionamento complicado); o desejo de não abandonar os estudos’.

→ **Artigo 3 - O Aborto Provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres** (Beraldo *et al.*, 2017)

Neste artigo, as respostas das entrevistadas dividem-se em dois grupos: as que não queriam ser mães e as que tinham ou já haviam experimentado o desejo de ser mãe.

Entre as mulheres que tinham o desejo de ter filhos, o aborto estava relacionado com a identificação do momento da gravidez como um momento impróprio para ter filhos. Um conjunto de fatores foi elencado para designar o momento como impróprio. Um desses fatores, que, aliás, é abordado com veemência nas falas das entrevistadas, é o relacionamento distante do ideal para criação de uma criança. Algumas mulheres responderam que não queriam que o parceiro fosse o pai da criança. Há, também, o receio de que o parceiro não estivesse presente durante a vida da criança e aquelas cujos parceiros não queriam ter o filho, além das que tiveram relações pontuais com o parceiro, incluindo aqui as que não sabiam quem era o pai da criança.

Há, também, fatores que não têm relação com o parceiro e que contribuíram para a decisão da IVG, como a preocupação em dececionar os familiares, a instabilidade financeira, a preocupação com a saúde do feto, e a ideia de que um filho naquele momento comprometia os planos de futuro.

Na maioria das vezes houve dúvida ou recuo ao longo do processo de decisão em relação à gravidez indesejada. Algumas das entrevistadas, entretanto, relataram não terem sentido nenhuma dúvida quanto à interrupção da gravidez. A decisão foi mais fácil para quem não gostava do parceiro, nos casos em que as mulheres tinham clareza de que não queriam ser mães, e para uma das entrevistadas, que não sabia quem era o pai. Em um dos casos, havia uma importante instabilidade financeira, e, no outro, a entrevistada vivia uma situação de violência doméstica da qual procurava se desvincular.

Neste artigo, raramente existiu um único motivo responsável pela decisão, mas há um conjunto de fatores que se inter-relacionam e fazem com que interromper a gravidez pareça a melhor opção.

→ **Artigo 4 – Vivências de um grupo de mulheres portuguesas em processo de IVG**
(Presado *et al.*, 2018)

A “ausência de projeto de maternidade” e os “motivos relacionados com os filhos”, são duas subcategorias que emergem como causas para interromper a gravidez, como se pode observar nas expressões das participantes: “não foi algo planeado”; “não estava à espera desta gravidez”; “não me sinto com forças ... para ter mais filhos” e o não terem planos em construir família “achamos que não seríamos capazes de ser pais” e o facto de se considerarem muito jovens “ainda sou muito nova, posso esperar... não posso parar a minha vida neste momento para ter outro filho”; “o meu filho ainda é muito pequenino”.

Na subcategoria “conhecimento sobre a contraceção”, sobressai a incapacidade em utilizar contraceção de modo eficaz, conforme narrado pelas mulheres: “foi [descuido] nosso, irresponsabilidade porque só estávamos [a ter cuidado] e não utilizava outro método contraceptivo”; “deve ter sido numa altura em que estive com uma infeção num dente e tive de fazer antibiótico, só vejo esta maneira”.

A subcategoria com mais enumerações, foi a referente às “condições socioeconómicas”, nomeadamente, as condições socioeconómicas instáveis, manifestadas por: “As condições não o permitem...as despesas são muitas”, “eu gostava de ter mais um filho... mas estou sem trabalho, mas a verdade é que não posso mesmo”; “não tenho ordenado fixo...”; “já fiz dois abortos, os motivos são sempre os mesmos, o dinheiro que é pouco, as ajudas são poucas”.

A forma como as mulheres vivenciam as suas relações de conjugalidade, prevalece na subcategoria “relacionamento instável”.

→ **Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez (DGS, 2018)**

Segundo o relatório da DGS, no ano de 2017, os principais motivos registados que levaram à realização de IVG foram cinco:

- a) Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida

- Revelado apenas em mulheres a partir dos 25 anos.
- b) Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida
 - Foi especialmente manifestado em idades mais jovens, nomeadamente entre os 15 e os 24 anos, diminuindo em idades superiores.
- c) Grave doença ou malformação congénita do feto
 - Segundo motivo mais frequente
 - Com 466 registos, sendo que aumentou gradualmente de importância com o aumento da idade, sendo dominante a partir de 25 anos entre os motivos além da opção da mulher.
- d) Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual
 - Comparativamente mais revelado nas idades mais jovens, diminuindo de importância relativa em idades mais avançadas.
- e) Por opção da mulher até às 10 semanas
 - À semelhança de anos anteriores, as Interrupções da Gravidez por opção da mulher nas primeiras 10 semanas são o principal motivo de IG, constituindo em 2017 cerca de 96,2% do total das interrupções realizadas, um valor de nível semelhante aos 96,6% estimados em 2016.

Em suma, diversos são os motivos que fizeram com que a mulher tomasse a decisão de avançar para a realização da IVG. Entre esses diversos motivos, saliento aqueles que foram mencionados com maior frequência: condições financeiras, relacionamentos familiar e amoroso instáveis, rejeição/negação da gravidez, falta de apoio do companheiro, fatores socioeconómicos (desemprego), medo da reação dos pais (no caso de menores ou dependentes dos pais financeiramente), violência doméstica, desejo de não abandonar os estudos, momento impróprio para criar um filho e problemas com o parceiro.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os Enfermeiros que cuidam de mulheres que realizaram a indução 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 (Máximo & Canhoto, 2018).

Estas mulheres passam por um processo complexo e traumatizante, agravado pelas dificuldades demonstradas no cuidado prestado por parte dos profissionais de saúde por parecer não compreenderem os seus motivos (Máximo & Canhoto, 2018).

Perante uma situação de aborto induzido, normalmente os Enfermeiros limitam-se a realizar 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 se preocupar 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 e/ou transmitir uma opinião em relação ao motivo que a levou ao internamento (Lima *et al.*, 2017).

Através do conhecimento dos Enfermeiros, 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 (Máximo & Canhoto, 2018).

O acompanhamento de enfermagem deverá contemplar-se na interação com as mulheres em situação de aborto, um cuidado humanizado (Soares *et al.*, 2012), sendo a escuta ativa um dos instrumentos fundamentais para que o mesmo aconteça, assim como o respeito pela autonomia, dignidade e dor da própria mulher (Silva *et al.*, 2015).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho iniciou com um interesse pessoal, sendo definido um objetivo que exigiu uma pesquisa constante e aprofundada. O percurso de pesquisa realizado permitiu alcançar o objetivo proposto, obtendo resultados inesperados, mas ao mesmo tempo de uma enorme importância de obter esse conhecimento.

Encontraram-se vários motivos que levam a mulher a optar pela IVG, sendo os mais mencionados pela literatura encontrada: condições financeiras, relacionamentos familiar e amoroso instáveis, rejeição/negação da gravidez, falta de apoio do companheiro, fatores socioeconómicos (desemprego), medo da reação dos pais (no caso de menores ou dependentes dos pais financeiramente), violência doméstica, desejo de não abandonar os estudos, momento impróprio para criar um filho e problemas com o parceiro. O Relatório da DGS (2018) complementa com outros motivos.

A sistematização desta informação contribui para a promoção do conhecimento para os enfermeiros que acompanham estas mulheres em diferentes contextos, desde os Cuidados de Saúde Primários aos Cuidados Hospitalares, durante todo o processo. Obter conhecimento sobre os motivos que podem levar uma mulher a avançar para uma IVG, facilita o estabelecimento da relação empática e terapêutica entre o enfermeiro e a mulher, uma vez que está mais informado e sensível a estes motivos, favorecendo ainda uma intervenção mais personalizada, atempada e eficaz.

Na realização deste trabalho ocorreram algumas limitações, nomeadamente o escasso número de artigos encontrados que abordavam a temática, desenvolvidos em Portugal; a limitação no acesso a alguns artigos (pagos).

Como sugestão para futuros estudos, considera-se importante realizar um estudo primário em Portugal (mais recente) focado nos motivos que levam as mulheres a interromper de forma voluntária a sua gravidez, assim como, avaliar o impacto da intervenção do enfermeiro na abordagem à mulher durante este processo, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aborto e Interrupção da Gravidez | Associação para o Planeamento da Família. (n.d.).
Www.apf.pt. <http://www.apf.pt/aborto-e-interruptao-da-gravidez>

Alves Máximo, C., & Moreno Canhoto, I. F. (2018). Motivos que levam as mulheres a optarem pela Interrupção Voluntária da Gravidez: Revisão Integrativa da Literatura [Review of Motivos que levam as mulheres a optarem pela Interrupção Voluntária da Gravidez: Revisão Integrativa da Literatura].

Assembleia da República (1984). Lei n.º 6/84 Diário da República n.º 109/1984, Série I de 1984- 05-11;

Assembleia da República (1997). Lei n.º 90/97. Diário da República n.º 174/1997, Série I-A de 1997-07-30,1997;

Assembleia da República (2007). Lei n.º 16/2007. Diário da República n.º 75/2007, Série I de 2007-04-17;

Beraldo, A., Birchall, T. de S., & Mayorga, C. (2017). O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres. *Revista Estudos Feministas*, 25(3), 1141–1157. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1141>

Bitzer, J.; Marin, V.; Lira, J. (2017). Contraceptive counselling and care: a personalized interactive approach. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2017. 22 (6), 418–423. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5191>

Direção-Geral da Saúde (2008). Saúde reprodutiva. Planeamento familiar, Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar--contracepcao/saude-reprodutivaplaneamento-familiar-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>

EnfSIP - Sandrina I R Martins.pdf (ipg.pt) (Escola Superior de Saude – Instituto Politecnico da Guarda Mestrado em enfermagem de Saude Infantil e Pediatria – Necessidades dos pais de crianças com doença crónica complexa

Fiala C *et al.* Early Medical Abortion, a practical guide to healthcare professionals. 2nd Edition, 2018

Godinho, A., Florentino, D. M., Violante, F. F., Dias, H., & Coutinho, E. (2020). O ENFERMEIRO PROMOTOR DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ADOLESCÊNCIA: O CASO DO PLANEAMENTO FAMILIAR. *Revista Da UI_IPSantarém - Unidade de Investigação Do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 358–370. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19906>

Gusmão, D., Werba, A., & Pichelli, S. (n.d.). QUESTÕES VOLTADAS AO ABORTO: UMA VISÃO MASCULINA. Retrieved July 12, 2022, from https://editorarealize.com.br/editora/anais/conacis/2014/Modalidade_2datahora_12_03_2014_19_14_05_idinscrito_307_0b5edd49640ee0ceb797e141881c5473.pdf

Höglund, B. & Larsson, M. (2019). Trabalho das parteiras e atitudes em relação ao aconselhamento anticoncepcional e contraceção entre mulheres com deficiência intelectual: entrevistas com grupos focais na Suécia. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24:1, 39-44, DOI: 10.1080/13625187.2018.1555640. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1555640>

Maranhão, T. A., Gomes, K. R. O., Barros, I. de C., Maranhão, T. A., Gomes, K. R. O., & Barros, I. de C. (2016). Predictive factors of abortion among teenagers with obstetric experience. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(3), 494–508. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030003>

Mayor, L. S. (2016). Definição da idade gestacional para classificação da perda gestacional. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (266). Lisboa: Lidel.

Murta, G. F. (2009) *Saberes e Práticas: Guia para ensino e aprendizado de enfermagem*, 5 ed. São Caetano do Sul, SP;

Ordem dos Enfermeiros (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Código Deontológico. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>;

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016). Departamento de pesquisa em saúde reprodutiva. Recomendações práticas selecionadas para uso de anticoncepcionais. 3ª ed. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252267/1/9789241565400-eng.pdf?ua=1>
[Google Scholar]

Palma, S. E. C. (2017). Interrupção Voluntária de Gravidez: o porquê desta escolha... [Review of Interrupção Voluntária de Gravidez: o porquê desta escolha...].

Palma, S., Presado, M. H., & Ayres-de-Campos, D. (2021). Perceção de enfermeiros portugueses sobre a tomada de decisão contraceptiva de mulheres após aborto voluntário: Contributo de um grupo focal. *Investigação Qualitativa Em Saúde: Avanços E Desafios | Investigación Cualitativa En Salud: Avances Y Desafíos*, 707–714. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714>

Presado, M. H., Palma, S., & Cardoso, M. (2018). Vivências de um grupo de mulheres portuguesas em processo de Interrupção Voluntária da Gravidez. *CIAIQ2018*, 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1803>

Relatorio de esatgio (ipv.pt) (Politecnico de Viseu – Escola Superior de Saude de Viseu – Enfermeiro de referencia na promoção da qualidade de vida da criança portadora de hemofilia: perceção dos pais – Goreti Batista Almeida Navega Janeiro 2022

RELATÓRIO DOS REGISTOS DAS INTERRUPÇÕES DA GRAVIDEZ. (2018). <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1144918-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAARYszItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

Santos, A. (2016). Interrupção da gravidez. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (281-283). Lisboa: Lidel

Santos, A. Ferreira, C. & Silva, C. (2015). Fatores que interferem na escolha do método contraceptivo pelo casal: revisão integrativa. *Rev. APS*. 2015 July./set; 18(3): 368-377. . Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15619>

Santos, D. L. A. dos, & Brito, R. S. de. (2014). Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1293–1314. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312014000400014>

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., Santos, E. K. A. dos, Velho, M. B., Erdmann, A. L., & Rodriguez, M. de J. H. (2015). Motivos y significados atribuidos por las mujeres que experimentaron el aborto inducido: revisión integradora. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 49, 495–501. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300019>

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);

Soares, D. (2018). Mestrado Integrado em Medicina. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/115386/2/283283.pdf>

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);

Sousa, M. (2007). *A Enfermagem E A Mulher Que Vivencia O Aborto: Em busca de uma assistência humanizada*. Brasília

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

APÊNDICE I

- Declaração do Orientador -



Exma. Coordenadora
Curso de Licenciatura em Enfermagem
Prof.ª Doutora Helena José

Na qualidade de orientadora do trabalho final do Curso de Licenciatura em Enfermagem, intitulado *Motivos que levam as mulheres a optarem pela Interrupção Voluntária da Gravidez*, da estudante **Ana Rita dos Santos Vinagre** (nº202093659), informo que me foi presente a versão final deste trabalho e que dei a minha concordância para ser submetido à discussão perante o júri de avaliação dos trabalhos finais de curso.

Barcarena, 11 de julho de 2022

O Orientador

A handwritten signature in blue ink, reading 'Joana Marques', is written over a horizontal line. The signature is cursive and includes a large loop at the end.