

ANA CATARINA MIRANDA CANÁRIO

ASPECTOS ÉTICOS E PSICOLÓGICOS DO ABORTAMENTO NO CASAL

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Bioética, sob a orientação da Prof. Doutora Bárbara Figueiredo e co-orientação do Mestre Miguel Ricou.

5º CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2009

AGRADECIMENTOS

A realização de uma dissertação de mestrado é um caminho longo e moroso no qual se encontram obstáculos que são mais facilmente ultrapassados dados os apoios manifestados. Assim, apresento os meus agradecimentos a todas as pessoas que me apoiaram neste percurso, nomeadamente:

Aos meus orientadores, Prof. Doutora Bárbara Figueiredo e Mestre Miguel Ricou pela condução na realização deste trabalho.

Ao Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, designadamente ao director, Prof. Doutor Rui Nunes, e aos restantes elementos, Prof. Doutora Guilhermina Rego, Prof. Doutora Helena Melo, Mestre Cristina Brandão e Mestre Ivone Duarte, pelas oportunidades concedidas ao longo destes anos de colaboração.

Aos profissionais de saúde do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de São João, pelo acolhimento manifestado nas suas instalações e pelo auxílio prestado no meu trabalho de recolha de dados, bem como a todas as utentes do mesmo Serviço, e seus companheiros, que permitiram a realização deste trabalho ao partilharem comigo a sua intimidade.

Finalmente, aos meus pais, ao meu irmão e ao Ricardo, assim como aos meus amigos, que estiveram sempre na minha retaguarda como uma fonte inesgotável de alento, incentivo e boa-disposição.

RESUMO

Introdução: A interrupção da gravidez antes do limite gestacional da viabilidade fetal está inerente a uma reflexão no domínio da bioética, pelo conflito de valores que envolve. Paralelamente, estima-se a existência de diferentes consequências psicológicas em função do tipo de abortamento, em mulheres e homens.

Objectivos: Promover uma discussão no domínio da ética biomédica; identificar o impacto do tipo de abortamento a nível da morbilidade psicológica e da qualidade percebida do relacionamento conjugal em ambos os elementos do casal. Mais especificamente, o estudo pretende identificar se existem diferenças de género no impacto do tipo de abortamento na perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade percebida do relacionamento conjugal no primeiro e sexto mês após o acontecimento, e ainda de que forma o relacionamento conjugal, perante o tipo de abortamento, modera a morbilidade psicológica nos dois elementos do casal.

Materiais e métodos: Os participantes foram contactados no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de São João no seguimento de um abortamento espontâneo e interrupção médica ou voluntária da gravidez. De forma a cumprir os objectivos da investigação, diferentes instrumentos de avaliação foram administrados aos participantes no período de até um mês e seis meses pós-abortamento, através de entrevista realizada no hospital ou do envio dos instrumentos pelo correio em envelope RSF.

Resultados: Identificou-se a existência de perturbação emocional em consequência do abortamento, independentemente da sua etiologia, que diminui ao longo do tempo. Verificou-se ainda o aumento da percepção da qualidade do relacionamento conjugal ao longo do tempo nos casos de abortamento por motivos de saúde materno-fetais. O efeito de moderação do tipo de abortamento ao nível da sintomatologia traumática no primeiro mês pós-abortamento foi constatado, tendo-se apurado que as pessoas que experienciaram uma situação de abortamento electivo e manifestavam índices mais elevados de qualidade percebida no relacionamento conjugal demonstravam menores índices de sintomatologia traumática.

Conclusões: A discussão ética acerca do abortamento nas suas diferentes formas engloba a preocupação com o valor da vida humana intra-uterina, mas também com o respeito pela autonomia individual. Muito embora a discussão acerca do estatuto moral a atribuir à vida humana intra-uterina se perspective em torno de diferentes correntes e opiniões, neste trabalho

conclui-se que as diversas perspectivas sobre este assunto são aceitáveis, numa perspectiva de valorização da diversidade interpessoal, dada a impossibilidade de demonstração do início da vida humana.

No âmbito do impacto psicológico, o suporte social, nomeadamente o proporcionado no relacionamento conjugal, demonstrou ser uma variável importante. Como tal deve ser alvo de um estudo mais aprofundado em futuras investigações e paralelamente contemplada ao nível pré e pós-abortamento, promovendo uma vivência do abortamento ao nível do casal.

ABSTRACT

Introduction: Abortion is a complex subject that leads to a bioethical discussion. At the same time it is estimated that different psychological consequences occur according to the abortions' etiology, in women and men.

Objectives: To reflect about the ethical implications of abortion; to understand the impact of the different kind of abortions regarding psychological morbidity and perceived quality in couple relationship, in both elements. Specifically, the study wishes to identify gender differences in the impact of the several kind of abortions regarding emotional disorder, traumatic symptoms and perceived quality in couple relationship, in the first and sixth month after abortion; understand how the perceived quality in couple relationship balance the effect of the different kind of abortions in psychological morbidity.

Materials and methods: Participants were recruited from the Gynecology and Obstetrics Unit in Hospital de São João, Porto. The inclusion criterion was the realization of any kind of abortion. In order to accomplish the aims of the study, different evaluation instruments were used in first and sixth month after abortion. The procedure involved assessment in the hospital or by mail.

Results: Results show that emotional disorder is common in the first month after the abortion, regardless etiology, which decreases over time. Also there is an increasing perceived quality in couple relationship over time with an abortion regarding health issues from the mother or the fetus. The moderation effect exists in traumatic symptoms according to abortions' etiology. Results show that participants who had voluntary abortions and had a greater level of perceived quality in couple relationship, get lower traumatic symptoms.

Conclusions: The ethical discussion about the several etiologies of abortion brings to light the concern about intra-uterine life value, but also towards the respect for individual autonomy. Even though the multiplicity perspectives about the intra-uterine life moral status, this thesis concludes that different perspectives over this matter are acceptable, in the allocation of values about the interpersonal diversity, given the impossibility to demonstrate when the beginning of human life takes place.

Regarding the psychological aspects, social support, like couple relationship, has shown to be a very important variable. For this reason, it is suggested that should be considered in further investigation and also at the pre and post-abortion counseling, promoting the experience of abortion in a couple level.

ABREVIATURAS

- AER – Abortamento espontâneo recorrente
- APF – Associação para o Planeamento da Família
- CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
- DGPI – Diagnóstico genético pré-implantação
- DGS – Direcção Geral de Saúde
- DIU – Dispositivo intra-uterino
- DP – Desvio padrão
- DPN – Diagnóstico pré-natal
- FDA – *Food and Drug Administration*
- FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
- FIV – Fecundação *in vitro*
- IPPF – *International Planned Parenthood Federation*
- IMG – Interrupção médica da gravidez
- IVG – Interrupção voluntária da gravidez
- M – Média
- n.s. – Não significativo
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAS – Perturbação aguda de *stress*
- PG – Prostaglandina
- PMA – Procriação medicamente assistida
- PPST – Perturbação pós-*stress* traumática
- SIDA – Síndrome da imuno-deficiência adquirida
- SPA – Síndrome pós-aborto
- TN – Translucência da nuca
- VD – Variável dependente
- VI – Variável independente
- VM – Variável moderadora
- WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – Descrição das variáveis do estudo de acordo com o seu estatuto na investigação.....	69
Tabela 1 – Valores de consistência interna (Alfa de Cronbach) para os resultados obtidos através de cada instrumento nos dois momentos de avaliação.....	75
Tabela 2 – Tipo de abortamento: Perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade da relação conjugal no primeiro e sexto mês pós-abortamento	82
Tabela 3 – Tipo de abortamento: Diferenças de género na perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade da relação conjugal no primeiro e sexto mês pós-abortamento.....	85
Tabela 4 – Tipo de abortamento: Efeito de moderação da relação conjugal no primeiro mês pós-abortamento na perturbação emocional no primeiro e sexto mês pós-abortamento.....	87
Tabela 5 – Tipo de abortamento: Efeito de moderação da relação conjugal no primeiro mês pós-abortamento na sintomatologia traumática no primeiro e sexto mês pós-abortamento	88

ÍNDICE

I. Introdução.....	1
II. Enquadramento conceptual	4
1. Interrupção da gravidez	4
1.1. Abortamento e aborto	4
1.2. Interrupção voluntária da gravidez.....	5
1.3. Interrupção médica da gravidez.....	6
1.4. Interrupção espontânea da gravidez	7
2. Procedimento médico inerente ao abortamento.....	8
2.1. Desenvolvimento embrionário e fetal	8
2.2. Diagnóstico pré-natal.....	9
2.3. Aconselhamento pré-abortamento	10
2.4. Consentimento perante o acto médico	13
2.5. Procedimentos para a interrupção da gravidez.....	15
2.6. Consequências na saúde da mulher.....	17
2.7. Decisão reprodutiva e planeamento familiar	19
3. Aspectos psicológicos do abortamento na mulher, no homem e na díade do casal.....	24
3.1. Sintomas psicopatológicos vs. Ajustamento emocional perante o abortamento	24
3.2. Síndrome pós-aborto: Uma forma de perturbação pós- <i>stress</i> traumático?	34
3.3. Sofrimento e luto pela perda	36
4. Enquadramento jurídico: Legislação atinente ao abortamento vigente em Portugal.....	38
5. O profissional de saúde e o abortamento: Determinantes deontológicos	43
6. A interrupção da gravidez à luz da bioética	44
6.1. Bioética: da origem aos actuais fundamentos e princípios	44
6.2. Ética e moral.....	46

6.3. Princípios de ética médica.....	48
6.4. Estatuto moral do embrião humano.....	52
6.5. Discussão ética sobre as diferentes formas de abortamento.....	55
6.5.1. Electivo.....	57
6.5.2. Espontâneo.....	60
6.5.3. Terapêutico.....	60
6.5.4. Eugénico.....	61
6.5.5. Perante inviabilidade fetal.....	65
6.5.6. Criminológico.....	66
III. Estudo empírico.....	68
1. Definição do problema de estudo.....	68
2. Objectivos.....	68
3. Hipóteses.....	68
4. Variáveis.....	69
5. Metodologia.....	70
5.1. Participantes.....	70
5.2. Procedimento.....	72
5.3. Instrumentos de medida utilizados.....	76
5.3.1. Questionários de caracterização sócio-demográfica.....	77
5.3.2. BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	78
5.3.3. IES-R – <i>Impact of Event Scale Revised</i>	78
5.3.4. RQ – <i>Relationship Questionnaire</i>	79
6. Resultados.....	80
6.1. Tipo de abortamento: Perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade da relação conjugal no primeiro e sexto mês pós-abortamento.....	81
6.2. Tipo de abortamento: Diferenças de género na perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade da relação conjugal no primeiro e sexto mês pós-abortamento.....	82

6.3. Tipo de abortamento: Efeito de moderação da relação conjugal no primeiro mês pós-abortamento na perturbação sintomatologia traumática no primeiro e sexto mês pós-abortamento	86
7. Discussão dos resultados	89
8. Limitações e sugestões para investigações futuras	93
IV. Considerações finais	95
V. Referências bibliográficas.....	101
Anexos.....	117
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João.....	118
Anexo II – Ficha informativa do estudo	120
Anexo III – Declaração de consentimento informado	123
Anexo IV – Ficha de caracterização do abortamento	124
Anexo V – Ficha de caracterização sócio-demográfica MI	125
Anexo VI – Ficha de caracterização sócio-demográfica MII	127
Anexo VII – Ficha de caracterização sócio-demográfica PI.....	129
Anexo VIII – Ficha de caracterização sócio-demográfica PII.....	131
Anexo IX – BSI.....	133
Anexo X – Autorização do autor para a utilização do BSI.....	135
Anexo XI – IES-R	136
Anexo XII – Autorização do autor para a utilização do IES-R	137
Anexo XIII – RQ.....	138
Anexo XIV – Autorização do autor para a utilização do RQ.....	139

I. INTRODUÇÃO

Tem-se assistido nas últimas décadas a um progresso significativo da ciência médica que tem possibilitado a melhoria das condições de saúde das populações. Um desses avanços deu-se ao nível da medicina obstétrica, sendo hoje possível uma gravidez com menores taxas de morbilidade e mortalidade. De igual modo, o desenvolvimento científico e tecnológico permite a actual existência de meios complementares de diagnóstico que possibilita, entre outros aspectos, a detecção e o acompanhamento precoces da gravidez, bem como a identificação de problemas de saúde que existam ou poderão vir a existir no feto ou na gestante. Também, as perspectivas sobre a interrupção da gravidez têm sofrido evidentes alterações, sendo actualmente objecto de um vasto leque de procedimentos e acções médicas passíveis de serem efectuados na quase totalidade dos países ocidentais.

Paralelamente a este desenvolvimento científico e tecnológico, tem-se assistido paulatinamente a uma transição na relação médico-doente que tem deixado de ser uma relação assimétrica, de carácter paternalista, para passar a valorizar a autonomia do utente, como exercício da sua auto-determinação em matéria de saúde.

No seio destes desenvolvimentos, a bioética tem desempenhado um papel fundamental naquilo que pretende ser a reflexão sobre o comportamento biomédico com vista à protecção do ser humano no que concerne à sua dignidade e direitos fundamentais.

Este trabalho centra-se nos aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal. Partindo da conceptualização da gravidez como um processo contínuo, que se inicia com a singamia e culmina no nascimento, apresentam-se as diferentes formas segundo as quais pode ocorrer a interrupção da gravidez. Esta, por seu turno, quando existe antes de ser atingido o limite da viabilidade fetal, diz respeito a um abortamento que tem como resultado um aborto.

Nesta dissertação, o enfoque é atribuído ao abortamento como procedimento, às suas implicações éticas e psicológicas no casal. Particularmente, embora clinicamente a interrupção da gravidez possa ocorrer de forma voluntária, médica ou espontânea, a discussão ética acerca do abortamento identifica categorias mais específicas no que concerne à sua etiologia e, assim sendo, os distintos autores reportam-se a abortamentos do

tipo electivo, espontâneo, terapêutico, eugénico, perante a inviabilidade fetal e criminológico, relativamente à interrupção da gravidez anterior às 24 semanas de gestação.

No âmbito da reflexão ética, o abortamento tem sido um tema bastante debatido, principalmente por implicar a discussão entre dois aspectos fundamentais no domínio da ética médica, o respeito pela autonomia individual e o valor da vida humana. Neste sentido, o presente trabalho apresenta uma discussão à luz da ética biomédica, sobre as diferentes formas de abortamento supra-citadas, bem como sobre o seu enquadramento na legislação portuguesa, deontologia médica em vigor e estatuto moral da vida intra-uterina.

Partindo de noções basilares como o desenvolvimento embrionário e fetal, o diagnóstico pré-natal e os procedimentos médicos inerentes ao abortamento, o trabalho esclarece sobre a importância de aspectos como o aconselhamento pré-abortamento, o consentimento informado, livre e esclarecido, as consequências físicas e psíquicas do abortamento na saúde da mulher e as características subjacentes à decisão reprodutiva e planeamento familiar.

Relativamente aos aspectos psicológicos do abortamento na mulher, no homem e na díade do casal, o trabalho remete para a sintomatologia/perturbação psicopatológica e ajustamento emocional no decurso do abortamento, bem como para a síndrome pós-aborto e o sofrimento e luto referentes à perda gestacional. Estes conceitos têm sido classificados na literatura como de extrema importância, particularmente o da síndrome pós-aborto, que alguns autores têm procurado caracterizar como uma forma de perturbação pós-stress traumático.

Assim, de acordo com os diferentes dados presentes na literatura a respeito dos aspectos psicológicos do abortamento, apresenta-se nesta dissertação um trabalho de investigação de modalidade quantitativa-correlacional que pretende conhecer as implicações psicológicas ao longo do tempo do abortamento espontâneo, electivo e relacionado com problemas de saúde materno-fetal nos dois elementos de um casal.

Mais concretamente, o trabalho de investigação apresenta como objectivos a identificação do impacto do tipo de abortamento a nível da morbidade psicológica e da qualidade percebida do relacionamento conjugal em ambos os elementos da díade do casal.

Como objectivos específicos, o trabalho ambiciona identificar diferenças de género no impacto do tipo de abortamento na perturbação emocional, sintomatologia traumática e

qualidade percebida do relacionamento conjugal no primeiro e sexto mês após o acontecimento, e ainda o conhecimento sobre a forma como o relacionamento conjugal, perante o tipo de abortamento, modera a morbidade psicológica nos dois elementos do casal.

Espera-se desta forma contribuir para o conhecimento mais profundo do impacto psicológico do abortamento, nomeadamente através da identificação das variáveis de perturbação emocional, sintomatologia traumática e relacionamento conjugal como medidas de (des)ajustamento de cada elemento do casal em função da etiologia do abortamento. A par da discussão ética sobre as diferentes formas de abortamento, considera-se que este trabalho pode surtir um importante contributo não só ao nível da compreensão, mas também da intervenção com as mulheres que sofrem abortamentos espontâneos ou realizam abortamentos electivos ou por motivos de saúde materno-fetais e seus companheiros.

II. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. Interrupção da gravidez

A gravidez, inerente à capacidade de reprodução humana, é estimada que ocorra num período de 40 semanas ou nove meses (Carlson, 1999). Durante este período de tempo, além da concepção, decorre o desenvolvimento embrionário, até ao final da oitava semana de gestação e, posteriormente, o desenvolvimento fetal que decorre até ao nascimento.

A interrupção da gravidez pode ocorrer em qualquer um dos períodos acima indicado, seja de forma espontânea, havida a motivos electivos ou por razões relacionadas com a saúde da mulher ou do embrião/feto. Se acontecer antes do momento da viabilidade fetal (World Health Organization [WHO], 1970, 1997), ocorre na forma de abortamento e existe como resultado o aborto (Nunes, 2000). Após a viabilidade fetal, a interrupção da gravidez pode resultar num nado prematuro, se a interrupção ocorre antes das 37 semanas de gestação, de acordo com Bernstein & Weinstein (2007), ou num nado morto, constituindo assim um óbito.

1.1. Abortamento e aborto

A terminologia anglo-saxónica utiliza a expressão *abortion* para definir quer o procedimento quer o resultado subjacentes à interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal. Para Nunes (2000) dever-se-ão distinguir os conceitos, nomeadamente abortamento, que constitui o procedimento ou evento que leva ao aborto, que consiste no resultado.

O aborto resulta da interrupção da gravidez antes de ter sido alcançada a viabilidade fetal (WHO, 1970, 1997; Llewellyn-Jones, 2001). Dado que existem diferentes definições sobre a viabilidade fetal a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o feto é viável quando a idade de gestação alcança as 20 a 22 semanas, ou quando o feto pesa pelo menos 500 gramas (WHO, 1977). Bernstein e Weinstein (2007) consideram como aborto o resultado da expulsão ou extracção de todo (aborto completo) ou alguma parte (aborto incompleto) da placenta ou membranas, sem feto identificável ou com feto (vivo ou morto) com peso inferior a 500 gramas. Na ausência do conhecimento do peso as autoras postulam

que se deve considerar a duração estimada da gestação inferior às 20 semanas, calculadas a partir do primeiro dia do último período menstrual.

O abortamento pode ocorrer em função de diferentes circunstâncias, sejam elas interrupções voluntárias da gravidez, interrupções médicas da gravidez ou interrupções espontâneas da gravidez. Neste trabalho, os aspectos éticos e psicológicos do abortamento nas suas diferentes formas serão discutidos e avaliados ao nível do casal.

1.2. Interrupção voluntária da gravidez

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) é uma condição em que o término da gravidez é desejado pela mulher grávida, sem que existam problemáticas de saúde da mulher ou do embrião/feto que comprometam o normal decurso da gestação. Inclui-se também neste critério a interrupção da gravidez que resultou de uma relação sexual não consentida, aquela que foi havida a um crime contra a auto-determinação sexual da mulher.

De acordo com os dados do The Alan Guttmacher Institute (1999), em cada ano, estima-se que cerca de 210 milhões de mulheres engravidem, sendo que destas, apenas 130 milhões levarão a gestação a termo. Os dados sugerem que uma média de 46 milhões de gravidezes é voluntariamente terminada anualmente. Neste sentido, a OMS acredita que 19 milhões se tratam de abortamentos que são levados a cabo sem condições de segurança, isto é, realizados por pessoas desqualificadas, sem técnicas ou material apropriado e em instalações sem as condições adequadas de higiene ou esterilização (WHO, 2004).

A OMS estima que globalmente, cerca de 68 mil mulheres morram a cada ano em consequência de abortamentos inseguros e clandestinos e cerca de cinco milhões sofrem danos temporários ou permanentes. Uma vez que este problema ocorre na vida das mulheres num momento em que estão disponíveis as técnicas para terminar a gravidez, o abortamento inseguro, acabar com tal é, para a OMS, um imperativo urgente para a saúde pública e direitos humanos.

Dados revelados pela OMS em 2004 revelam que a taxa de morbilidade e mortalidade relacionada com a prática de abortamentos é superior nos países em que o acesso à realização desta prática de forma segura é restrito, privilegiando a realização de abortamentos clandestinos e sem condições de higiene ou segurança.

A elevada taxa de gravidezes indesejadas é apontada pela OMS como a causa principal pela qual tantas mulheres recorrem à IVG. As razões que por sua vez secundam a gravidez não desejada são várias e incluem a falta de acesso, o não uso, a utilização incorrecta e inconsistente dos métodos contraceptivos, bem como a sua falibilidade. Outras razões mais complexas podem estar também, mas não só, subjacentes a relações sexuais forçadas ou não consentidas, assim como a falta de determinação das mulheres, em muitos países, em matéria de saúde sexual e reprodutiva.

No recurso à IVG, além da gravidez indesejada há outros factores de relevo, nomeadamente, as normas sociais, as condições económicas e outros factores sistémicos, como sejam o estatuto legal do abortamento. Estas condições podem influenciar o recurso à IVG de forma segura ou clandestina. Veja-se a situação em Portugal, onde a legislação integrou a IVG até às dez semanas de gestação por opção da mulher, como condição de exclusão de ilicitude à prática de abortamento (Lei n.º16/2007 de 17 Abril), de forma a minimizar a incidência do abortamento clandestino, entre outras razões. Este enquadramento legal pretende corresponder ao postulado por autores como Sedgh, Henshaw, Singh, Ahman e Shah (2007) que revelam que a incidência da interrupção da gravidez tem vindo a diminuir em termos globais, sobretudo nos países onde a sua prática se encontra regulamentada em termos legais.

1.3. Interrupção médica da gravidez

A interrupção médica da gravidez (IMG) surge no decurso de problemas de saúde identificados na mulher e/ou no feto, que comprometem o decurso e a evolução normal da gestação. Assim, a IMG pode ser realizada nas situações em que se verifica um conflito entre a vida da mãe e a vida do feto, quando o feto é portador de grave doença ou malformação ou ainda nas situações em que a sua inviabilidade se confirma, isto é quando o feto apresenta grave malformação ou ausência de um ou mais órgãos vitais que o impedirá de sobreviver fora do organismo materno (Carlson, 1999).

É sobretudo por razões havidas a malformações congénitas dos fetos que se procede à interrupção médica da gravidez. Estas, por sua vez, têm na sua etiologia em 50% dos casos razões desconhecidas, em 25% das situações razões multifactoriais, em 10% dos casos

factores cromossómicos, em 8% dos casos causas monogénicas e em 7% das situações razões ambientais (Persaud, Chudley & Shalko, 1985).

1.4. Interrupção espontânea da gravidez

O abortamento espontâneo é, para Mattar e Matheus (2007), a síndrome hemorrágica da primeira metade da gravidez em que há eliminação do produto concebido. Existem no entanto, outras formas de interrupção espontânea da gravidez que se prendem com a morte fetal, que ocorre, em contrapartida ao abortamento espontâneo, após o marco ontológico da viabilidade fetal (Bernstein & Weinstein, 2007).

Esta constitui-se na mais frequente das ocorrências obstétricas já que 15% a 20% das gravidezes clinicamente diagnosticadas evoluem para abortamento espontâneo (Stirrat, 1990). Quando estamos na presença de três ou mais abortamentos espontâneos consecutivos constitui-se a entidade nosológica de abortamento espontâneo recorrente (Carlson, 1999). O abortamento espontâneo recorrente (AER) pode ser classificado como primário ou secundário caso se verifique numa mulher nulípara (sem história de gravidez anterior) ou múltipara (com uma ou mais gravidezes anteriores), respectivamente (Sgreccia, 2006).

A causa imediata do abortamento espontâneo é a desagregação total ou parcial do embrião causada por hemorragias (Llewellyn-Jones, 2001). Assim que a função da placenta cessa iniciam-se as contracções uterinas que respeitam ao início do processo de abortamento. Se ocorre antes das oito semanas de gestação, o embrião incompleto é expelido. O aborto resultante desta situação pode ser completo (quando o produto da concepção é completamente expelido) ou incompleto (quando algumas partes do produto da concepção ficam retidos no útero) e aí pode ser necessária a intervenção médica (Noller & Avant, 1990).

As causas do abortamento espontâneo são havidas a condições ovofetais ou maternas (Llewellyn-Jones, 2001). Nas primeiras 10 semanas de gravidez, factores ovofetais contribuem para a maioria dos abortamentos, enquanto entre as 11 e as 22 semanas as causas de interrupção são normalmente de origem materna. Outros factores são elencados como estando frequentemente associados ao abortamento espontâneo. Destes, as alterações cromossómicas do embrião constituem-se como uma das principais razões (Smith,

1994). Também, em função do organismo materno, devem ser considerados os factores auto-ímmunes, anatómicos, endócrinos, infecciosos, ambientais e mesmo emocionais (Mattar & Matheus, 2007) na etiologia do abortamento espontâneo.

2. Procedimento médico inerente ao abortamento

2.1. Desenvolvimento embrionário e fetal

Como descrito por Carlson (1999) o embrião forma-se nas primeiras 24 horas após o encontro dos gâmetas feminino e masculino. O então ovócito fertilizado evolui nos dois dias seguintes para o estágio de mórula, com quatro e 16 células respectivamente, transformando-se posteriormente em blastocisto. Entre o quinto e o sexto dia ocorre a agregação do blastocisto ao endométrio, o que marca o início do processo de nidação do embrião, que decorrerá até ao 12º dia de gestação.

No final da segunda semana de desenvolvimento embrionário, o surgimento do sulco primitivo confere a total individualização do embrião. Nas semanas seguintes, o desenvolvimento do embrião completa-se até à fase da organogénese, altura em que as estruturas orgânicas do embrião se encontram completamente desenvolvidas. Será a partir deste momento, das oito semanas de gestação em diante, que se procederá ao desenvolvimento fetal.

No âmbito do desenvolvimento morfológico e funcional do feto há duas variáveis a considerar, o crescimento e a maturação (Graça, 2000a). A primeira consiste no aumento da massa e depende totalmente da possibilidade de o organismo materno disponibilizar oxigénio e nutrientes, bem como da capacidade da placenta para os transferir para o feto. A maturação, por sua vez, diz respeito à mudança e desenvolvimento progressivo dos órgãos fetais que caracteriza a viabilidade do feto e, portanto, determina a capacidade de adaptação ao meio que existe fora do organismo materno. Esta última variável depende indirectamente do suprimento fetal de nutrientes e oxigénio.

Existem quatro períodos distintos no perfil de crescimento gestacional. O primeiro, lento, ocorre desde a implantação até às 15-16 semanas de gestação. Neste, o aumento ponderal concerne a 10 gramas por semana. O segundo, de crescimento acelerado, dá-se entre as 16 e as 24-25 semanas de gestação, sendo o aumento ponderal semanal de 85

gramas. O período de crescimento máximo, com um ganho ponderal de 200 gramas por semana estende-se entre as 27 e as 36-37 semanas de gestação. Por último, a quarta fase de crescimento, concerne a um período de desaceleração, com um aumento de 70 gramas por semana durante as semanas finais da gestação. Estes períodos de desenvolvimento podem ser influenciados por factores determinantes, nomeadamente genéticos, de suporte vascular, de aporte de substratos de crescimento e hormonas produtoras de crescimento.

2.2. Diagnóstico pré-natal

O diagnóstico pré-natal (DPN) pode, de acordo com Nunes (2000), ser realizado por distintos métodos, como o rastreio genético, a visualização fetal, a amniocentese, a biopsia de vilosidades coriônicas ou a colheita de tecidos fetais ou de células fetais na circulação materna, pretendendo a tentativa de detecção de uma enorme variedade de patologias genéticas, infecciosas ou metabólicas.

O estudo ecográfico e o estudo bioquímico constituem o procedimento habitual do rastreio pré-natal que pode ser realizado no primeiro ou no segundo trimestre de gestação, sendo denominado de rastreio integrado quando realizado nos dois momentos. O rastreio do primeiro trimestre é realizado entre as 10 e as 13 semanas de gestação, de acordo com Wald, Rodeck, Hackshaw, Walters, Chitty e Mackinson (2003), através de estudo ecográfico e bioquímico. No estudo ecográfico é confirmado o tempo de gravidez e realizada, se possível, a medição da translucência da nuca (TN), é ainda feito o estudo bioquímico (PAPP-A e β -hCG). Este rastreio permite a detecção de 83% dos casos de Trissomia 21 (74% se a medida da TN não for incluída) e 72% dos casos de Trissomia 18.

O rastreio do segundo trimestre de gravidez contempla no estudo ecográfico a confirmação do tempo da gestação e no exame bioquímico a realização das provas AFP, β -hCG, uE3 e Inibina-A¹ (Wald et al, 2003). Este rastreio permite identificar 83% dos casos de Trissomia 21, 40% dos casos de Trissomia 18 e no âmbito dos defeitos do tubo neural identificar 85% das espinhas bífidas e cerca de 100% das anencefalias.

O DPN é importante no decurso da gravidez, mas também nos casos em que se pretende interromper a mesma, sendo necessário o recurso a uma ou várias destas técnicas, nos casos de interrupção voluntária da gravidez realizada a pedido da mulher, mas também nos casos de interrupção médica da gravidez, havida a problemas de saúde maternos e/ou

fetais. Através das diferentes técnicas que lhe estão inerentes, o DPN permite a identificação da idade gestacional do embrião ou feto e possibilita assim a verificação do cumprimento dos prazos legais atinentes à realização da IVG e da IMG. Ainda, no âmbito da IMG permite identificar os motivos de saúde fetal que legitimam a realização da interrupção. Também, posteriormente à ocorrência do abortamento, o DPN permite identificar se a expulsão do material uterino foi total ou parcial. As técnicas do DPN auxiliam na tomada de decisão quanto ao procedimento médico a seguir na realização ou decurso de uma interrupção da gravidez, independentemente da sua etiologia, pelo que se tratam de recursos importantes no âmbito do abortamento.

2.3. Aconselhamento pré-abortamento

Uma mulher com uma gravidez indesejada frequentemente acarreta um dilema, pois para muitas, se continuar a gravidez pode parecer um problema sem solução, ao mesmo tempo, terminar pode parecer igualmente difícil (Filshie, 1986). A mulher pode não agir de acordo com o seu desiderato e a tomada de decisão pode estar inerente ao processo de aconselhamento.

O aconselhamento realizado previamente à interrupção da gravidez pode prevenir as sequelas emocionais após o abortamento. De facto, existe o conhecimento de que as mulheres que se encontram melhor informadas antes do abortamento apresentam menor incidência de *distress* emocional após o abortamento (Harris, 2004). Este conhecimento pressupõe a identificação das suas razões para a selecção do abortamento, a compreensão de como se poderá sentir após o abortamento, uma válida avaliação do seu suporte familiar, bem como a crença positiva nas suas capacidades para lidar com o abortamento. Devem também ser avaliados os factores de risco que poderão antecipar dificuldades nos mecanismos de *coping* envidados perante a situação, de forma a possibilitar à utente um encaminhamento adequado às suas necessidades.

O aconselhamento é o processo de discussão entre a mulher e o técnico que o leva a cabo. Deve ser informado, eminentemente não directivo, e tomar lugar num *setting* com características relaxantes e relativamente informais. Começa com o primeiro contacto, geralmente tecido pelo médico, a pessoa perante quem é feito o pedido. Um aconselhamento mais detalhado deve ser feito por um profissional que possua

competências para tal. Será benéfico para a pessoa discutir o seu problema com alguém que, ao contrário do médico, não esteja envolvido na tomada de decisão final, independentemente de aceitar a decisão para a interrupção da gravidez.

Se a paciente estiver de acordo, o seu companheiro pode ser envolvido no processo. Tal não só poderá ajudar a construir um *background* do problema de forma mais compreensiva mas também permitirá ao técnico compreender se algum tipo de pressão para interromper a gravidez está a ser exercido sobre a mulher. Sempre que possível, a mulher que procura a interrupção da gravidez deve ser vista num espaço que não seja partilhado com outras mulheres que frequentem consultas de obstetrícia, ginecologia ou consulta de infertilidade (Filshie, 1986).

São objectivos do aconselhamento ajudar a mulher a decidir no seu melhor interesse, perceber quais são os seus reais desejos, alcançar a tomada de responsabilidade sobre a sua última decisão, evitar arrependimentos posteriormente, compreender como chegou à presente situação para evitar alcançá-la novamente (Filshie, 1986). Este último objectivo é descrito por Freire (1979) como processo de “conscientização”, tratando-se do fenómeno que permite à mulher não só compreender a situação que experiencia, mas também a aquisição de comportamentos proactivos que impeçam a nova ocorrência do fenómeno.

À mulher deve ser dada a oportunidade para expressar os seus medos e dúvidas, assim como para explorar os seus sentimentos e atitudes. Muitas mulheres demonstram-se receptivas à possibilidade de falarem sobre a sua situação e, ao fazê-lo frequentemente acabam por tomar a sua decisão. A discussão pode abranger uma variedade de temas (Filshie, 1986) como: “porque é a gravidez indesejada?”, “este é um problema na sua vida ou mais uma dificuldade a adicionar às que já enfrentava anteriormente?”, “preocupa-se com o que dirão amigos e familiares se souberem?”, “tem uma relação estável?”, “apresenta eficaz adesão terapêutica à contraceção?”, entre outros que possam ser aspectos determinantes no processo de tomada de decisão.

O conselheiro deve certificar-se que à mulher é fornecida toda a informação possível para facilitar o seu processo de tomada de decisão (Filshie, 1986), nomeadamente: 1) alternativas ao abortamento (adopção, famílias de acolhimento ou a maternidade), 2) o que realizar o abortamento implica (a forma como será realizado, o tipo de anestesia que será administrado e os riscos inerentes), 3) quanto tempo poderá ser necessário passar no

hospital ou em internamento, 4) a importância de tomar a decisão sem muito atraso, mas por outro lado tendo o tempo suficiente para ponderar sobre todas as implicações (o abortamento levado a cabo nas primeiras semanas de gestação é um procedimento mais simples e com menos riscos e complicações associadas), 5) o custo implicado (é gratuito no Serviço Nacional de Saúde, mas tem um determinado custos nos centros médicos e hospitalares privados), 6) quando se estima a ocorrência da menstruação, 7) fertilidade futura (o abortamento levado a cabo no primeiro trimestre não tem um impacto significativo na fertilidade futura) e 8) contraceção futura (fundamental considerar para prevenir eventuais gravidezes indesejadas seguintes).

Existem determinados grupos que carecem de um apoio fundamental e que frequentemente necessitam de um apoio continuado após a interrupção da gravidez. São eles os constituídos por: 1) jovens mulheres, independentemente de serem casadas ou não, 2) mulheres que realizem a interrupção tardiamente (o facto de fazerem o pedido tardiamente é frequentemente um sinal de ambivalência), 3) mulheres que se apresentam visivelmente perturbadas ou têm história de perturbações psiquiátricas, 4) pacientes que realizem interrupção da gravidez com base em problemas médicos, genéticos ou em problemas do feto e 5) mulheres que realizam interrupção da gravidez em virtude do crime de violação.

Perante a decisão de levar a cabo a interrupção da gravidez, Harris (2004) considera que há aspectos que devem ser elencados, nomeadamente: 1) preparar a utente para o período de espera que pode estar subjacente à realização da intervenção, encorajá-la a trazer materiais de leitura e uma pessoa de suporte com quem possa falar; 2) sugerir à utente a audição de música durante o procedimento ou possibilitar-lhe o treino de exercícios de relaxamento que permitam a redução da ansiedade, bem como encaminhá-la para a consulta de planeamento familiar; 3) proporcionar informação factual sobre o abortamento de forma a prevenir falsas crenças, erros cognitivos ou pensamentos deformados a esse respeito; 4) expressar a crença na capacidade positiva da mulher para lidar com a interrupção; e 5) preparar a utente para as emoções que podem decorrer do abortamento através da previsão das emoções e desafios que podem experienciar, como a diminuição do interesse nas actividades sociais, mudança no relacionamento com as crianças, amigos ou pessoas significativas, perda de apetite ou dificuldades em conciliar o sono.

2.4. Consentimento perante o acto médico

Segundo a perspectiva de Figueiredo (2006), o consentimento decorre da dignidade humana, bem como do respeito pela autonomia. O autor define a autonomia individual relacionada com o crescimento da pessoa, com o seu desenvolvimento até à maioridade. Pelo contrário, apresenta a sua possível perda como sinal da deterioração das capacidades de discernimento e de decisão da pessoa, que pode surgir com o passar da idade, em qualquer idade ou ser temporária ou definitiva e, neste âmbito, parcial ou absoluta, congénita ou adquirida.

O relacionamento entre o profissional de saúde e o utente deve obedecer a quatro princípios para a obtenção do consentimento: veracidade, privacidade, confidencialidade e fidelidade (Figueiredo, 2006). A veracidade diz respeito à adequada informação para a obtenção do consentimento livre e esclarecido, que deve ser relacionada com o bom conhecimento científico do médico, sendo necessária a sua actualização permanente para poder apresentar as terapêuticas alternativas adequadas a cada caso. A privacidade, por sua vez, deve ser salvaguardada, bem como a intimidade do indivíduo, sendo que não devem ser solicitadas ao doente informações que nada têm a ver com a problemática apresentada. A confidencialidade, subjacente à veracidade, constitui-se para Figueiredo (2006, p. 102) “...um elemento de partilha reservada...” entre o profissional de saúde e o utente, relacionando-se com o segredo profissional. Por último, a fidelidade baseia-se na relação de confiança entre o profissional de saúde e o utente, trazendo por base os restantes princípios já citados.

Ao longo do tempo, diferentes documentos vieram reiteradamente afirmar a necessidade da obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido por parte dos utentes a quem eram prestados serviços de saúde. Neste sentido, o primeiro documento de dimensão internacional foi o Código de Nuremberga (Tribunal Internacional de Nuremberga, 1947) que se refere à experimentação em seres humanos e ensaios clínicos, onde no capítulo primeiro expressamente se apresenta como essencial a obtenção do consentimento voluntário da parte do paciente.

Também redigida no âmbito dos ensaios clínicos e experimentação biomédica, a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2000) apresenta igualmente directrizes acerca do consentimento informado, considerando que a experimentação em

seres humanos pressupõe a obtenção do consentimento livre e esclarecido, preferencialmente por escrito.

O Relatório Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979) postula também o consentimento informado como uma aplicação dos princípios de respeito pela autonomia, beneficência e justiça.

A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (Conselho da Europa, 1997) no seu artigo quinto refere que uma intervenção no âmbito da saúde apenas pode ser levada a cabo se a pessoa tiver dado o seu consentimento livre e esclarecido perante o mesmo. A pessoa deve ser previamente informada, de forma adequada, sobre o objectivo e a natureza da intervenção, bem como quanto às consequências e riscos que lhe estão inerentes. A qualquer momento, o consentimento dado pela pessoa pode ser livremente revogado.

Ainda, no caso das pessoas que não tenham capacidade para consentir, a autorização apenas pode ser efectuada por intermédio do seu representante, de uma autoridade, pessoa ou instância designada por lei, encontrando-se assim subjacente à doutrina do julgamento substitutivo. Sendo menores de idade, a sua opinião deve ser tomada em função do seu grau de maturidade e, tal como com os adultos incapazes devem, na medida do possível, ser envolvidos no processo de autorização.

A mesma convenção refere-se ainda ao consentimento presumido, aplicável nas situações em que o consentimento apropriado não puder ser obtido, e nas quais, qualquer intervenção médica urgente indispensável ao benefício da saúde da pessoa pode ser posta em prática.

À semelhança do anteriormente apresentado, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) no seu artigo sexto indica que qualquer acto médico com vista à prevenção, diagnóstico ou terapia só deve ser levado a cabo com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado, o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte qualquer desvantagem ou prejuízo.

No que concerne à legislação portuguesa, diferentes documentos legais fazem menção ao consentimento informado. No entanto, dado o tema deste trabalho, serão

apenas apresentados de forma sucinta os pressupostos inerentes ao consentimento informado no âmbito da interrupção da gravidez como postulado no artigo 142º do Código Penal (2008).

Perante a interrupção voluntária da gravidez nas situações previstas na legislação portuguesa, que serão mais profundamente apresentadas posteriormente, o consentimento deve ser prestado em documento assinado pela mulher ou seu representante legal, idealmente num período de três dias anteriores à data da interrupção. Não se contemplam nestas situações as de interrupção voluntária da gravidez a pedido da mulher, nas primeiras 10 semanas de gestação, em que o consentimento deve ser prestado sempre após um período de reflexão mínimo de três dias, após a consulta médica que visa fornecer a informação suficiente para uma tomada de decisão livre, informada e esclarecida.

No caso de a mulher ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, a tomada de decisão fica a cargo do seu representante legal, por aplicação da doutrina do julgamento substitutivo. Ainda, encontra-se prevista na legislação a possibilidade de obtenção do consentimento presumido, nas situações em que a interrupção da gravidez se revestir de carácter de urgência, em que, impossibilitado de obter o consentimento informado por parte da mulher, o médico deve agir em consciência face à situação socorrendo-se, sempre que possível, da opinião clínica outros colegas.

2.5. Procedimentos para a interrupção da gravidez

Os métodos e as subsequentes técnicas que podem ser levados a cabo para proceder à interrupção da gravidez devem ser escolhidos em função do tempo de gestação e do protocolo assumido pela instituição de saúde onde é realizado (Filshie, 1986; Graça, 2000b). A interrupção pode ser realizada através de métodos médicos, cirúrgicos ou mistos, sendo que cada um destes comporta, naturalmente, riscos diferentes. A realização do exame ecográfico prévio para datar correctamente a gestação e obter informação sobre a zona de inserção predominante do trofoblasto é muito importante para permitir a escolha adequada do método de interrupção.

A interrupção da gravidez pode ser realizada em três momentos da gestação: precoce (até às oito semanas de gestação), durante o primeiro trimestre e durante o segundo trimestre (Filshie, 1986). No entanto, é recomendado que a interrupção da gravidez seja

levada a cabo antes das 20 semanas de gestação a não ser em circunstâncias especiais como os de problemas genéticos, anomalias fetais graves ou problemas graves de saúde materna (Filshie, 1986).

A interrupção da gravidez precoce é desempenhada até às sete semanas de atraso do período menstrual e é também conhecida como regulação menstrual ou indução menstrual. Como técnicas médicas elenca-se a utilização de prostaglandina (PG) e seus equivalentes, embora estes últimos apresentem uma eficácia de 90 a 95%. As técnicas cirúrgicas pressupõem a evacuação do útero através de uma cureta de Karman por sucção realizada com uma seringa. A técnica pode ser realizada com anestesia local, tratando-se de um procedimento rápido e efectivo, embora tenha efeitos secundários semelhantes à interrupção da gravidez por sucção.

A interrupção da gravidez durante o primeiro trimestre é realizada até às 13 semanas de gestação em moldes muito similares à extracção menstrual, embora seja necessária uma maior dilatação do colo e requerida uma fonte de vácuo para realizar a extracção do produto. Nesta intervenção, a utente é submetida a anestesia geral ou local. Posteriormente é requerida a dilatação do colo, que pode ser alcançada através de dilatadores de metal ou laminárias, e facilitada pela administração de PG. Seguidamente, a curetagem por sucção é o método mais eficaz, simples e rápido (Filshie, 1986; Graça, 2000b). Após a sucção do material ovular o sangramento do útero será mínimo. A perda de sangue continuada pode indicar a retenção do produto da concepção.

Ainda, a combinação de *mifepristone* (RU486) com o *misoprostol*, administrados por via oral é eficaz na indução do abortamento do primeiro trimestre (Graça, 2000b) tendo esta medida sido aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA). Outra abordagem do método médico, proposta pelo mesmo autor, pressupõe a administração de *metotrexato* por via intramuscular seguido cinco a sete dias por *misoprostol*. Este método numa pequena percentagem de casos não interrompe a gravidez, pelo que se torna necessário o procedimento cirúrgico subsequente.

A interrupção da gravidez no segundo trimestre é mais difícil, tem uma maior taxa de complicações associadas e pode requerer curetagem subsequente sob anestesia geral para conseguir a evacuação uterina completa. As técnicas mais usadas para Filshie (1986) e Graça (2000b) são: 1) injeção intra-amniótica de solução salina hipertónica, de solução de 40% de

ureia, de PG E₂ ou F_{2α}, ou de soluções que constituem terapia combinada. A aplicação de PG em gel ou solução pelo canal cervical até ao espaço extra-amniótico é eficaz na indução do abortamento, assim como a aplicação de pessários vaginais de PG.

As actuais directrizes da Direcção Geral de Saúde (DGS, 2007) referem que a interrupção medicamentosa da gravidez tem-se verificado segura e eficaz, sendo os seus resultados equivalentes aos dos métodos cirúrgicos. O procedimento mais praticado, e também o recomendado pela OMS, pressupõe a utilização conjunta de *mifepristone* e *misoprostol*, sendo esta utilização altamente eficaz, segura e bem tolerada na interrupção da gravidez até às nove semanas. A primeira substância, associada aos receptores da PG, inibe a sua acção, impedindo a continuação da gravidez. Por seu turno, o *misoprostol* administrado 36/48 horas mais tarde potencia as contracções uterinas e contribui para expulsar o produto de concepção. Uma pequena percentagem de casos (entre 2 a 5%) não obtém o resultado desejado, sendo então posteriormente realizado o procedimento cirúrgico para a remoção do produto da concepção.

Do ponto de vista médico, a interrupção da gravidez realizada precocemente é um procedimento simples e seguro, associado a uma rápida recuperação, enquanto se for realizada mais tarde acarreta maiores riscos (Filshie, 1986; Graça, 2000b). Após a interrupção da gravidez (Filshie, 1986) a mulher deve ser informada sobre o período de tempo durante o qual é esperado que ocorra sangramento, sobre como reconhecer possíveis complicações e quem deve ser contactado nessa eventualidade. Deve ser marcada uma consulta de seguimento e de planeamento familiar. Apesar de se considerar o abortamento um procedimento com escassas contra-indicações do ponto de vista físico, não deve ser encarado como uma alternativa à contracepção e esforços devem ser envidados para desencorajar a sua prática (Filshie, 1986).

2.6. Consequências na saúde da mulher

Como patente na Constituição da OMS (WHO, 1946), a saúde não diz respeito apenas à ausência de doença ou enfermidade, mas também ao estado de completo bem-estar físico, mental e social. Deste modo, todas as implicações existentes no decurso de uma interrupção da gravidez devem ser consideradas como atinentes ao estado de saúde da mulher.

Embora a interrupção da gravidez até ao início do segundo trimestre seja relativamente segura em mulheres saudáveis, complicações podem surgir (Graça, 2000b). A interrupção da gravidez levada a cabo em unidades de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidas é um procedimento de relativo baixo risco, principalmente quando efectuada antes das dez semanas de gestação, sendo nestes casos a taxa de mortalidade associada de 1/1000000 casos (Graça, 2000b; Filshie, 1986). O risco de morte materna duplica por cada duas semanas de gestação acima da oitava.

A morbilidade significativa é também muito rara nas interrupções de gravidez realizadas durante o trimestre trimestre, tornando-se tanto mais frequente e mais grave quanto maior for o tempo de gestação (Graça, 2000b).

A OMS (WHO, 1970) considera como complicações mais frequentes após a interrupção da gravidez hemorragias, infecções locais e sistémicas, danos no tracto genital e órgãos internos e reacções químicas ou tóxicas causadas por agentes usados para realizar o abortamento. Filshie (1986) aponta como complicações possíveis as mesmas, fazendo ainda menção às possíveis associadas à anestesia. Como complicações tardias, o mesmo autor elenca culpabilização ou arrependimento ou mesmo o surgimento de sequelas psiquiátricas, considerando que estas serão mais frequentes perante história de doença mental prévia.

As consultas de *follow-up* são importantes para confirmar que não existem complicações como infecção pélvica ou sangramento continuado. O exame é importante para assegurar que o útero se encontra saudável e fora de perigo. O aconselhamento deve ser continuado nos casos das mulheres que se encontrem arrependidas ou culpabilizadas. A mulher ou preferencialmente o casal deve ser encaminhada para a consulta de planeamento familiar.

Quanto aos efeitos nas gestações subsequentes, nas mulheres múltiparas os riscos são negligenciáveis, ao passo que nas mulheres nulíparas, desde que a intervenção electiva no primeiro trimestre não seja complicada por infecção, a fertilidade não sofre compromisso e a taxa de gravidez ectópica em gestações subsequentes não aumenta relativamente à encontrada na população geral (Filshie, 1986; Graça, 2000b).

2.7. Decisão reprodutiva e planeamento familiar

A decisão reprodutiva relaciona-se com a capacidade de reflexão e tomada de decisão da pessoa relativamente ao facto de se reproduzir, ter ou não filhos, levar a cabo ou interromper a gravidez. Implicitamente, está também relacionada com o desejo manifestado perante a gravidez que se pode reflectir em três formas distintas. A gravidez pode ser desejada ou indesejada, sendo que neste último contexto se devem referir as situações em que a gravidez inicialmente indesejada passa a ser desejada no decurso da gestação.

Importam múltiplos factores na tomada de decisão sobre a saúde sexual e reprodutiva. De entre estes, destacam-se os pessoais, relacionais, sociais, de acesso ao sistema de saúde, relacionados com o sistema de apoio, profissionais e legais, como um conjunto de factores que pesa na decisão reprodutiva (Boyle, 1998).

Esta tomada de decisão deve incorporar o casal, compreendendo a intenção reprodutiva masculina e o apoio dado à futura gestante. Deve encarar-se a decisão reprodutiva no âmbito da díade do casal e encorajar o envolvimento masculino no planeamento familiar, na saúde pré-natal e na preparação para a parentalidade (Waller & Bitler, 2008).

A sociedade, a cultura, a religião, bem como o status da mulher influenciam a tomada de decisão no âmbito reprodutivo (Boyle, 1998). De facto, a motivação para a maternidade, do ponto de vista da mulher, pode ser influenciada por diferentes factores, nomeadamente os havidos ao contexto sociocultural onde se situa, bem como o seu próprio desenvolvimento, durante o qual podem ter sido construídas determinadas crenças acerca da maternidade (Canavarro, 2006).

Também o nível sócio-económico, as habilitações académicas, o grau de conhecimento, assim como as crenças e mitos acerca da decisão reprodutiva estão inerentes à mesma (Boyle, 1998). Tem-se verificado uma tendência nas sociedades ocidentais para que o cumprimento do desiderato da parentalidade ocorra subsequentemente a uma série de objectivos, como sejam a obtenção de determinadas habilitações literárias, a constituição de uma relação emocional estável, a aquisição de bens materiais de conforto, e a construção de uma carreira profissional. Desta forma verifica-se um adiamento da decisão reprodutiva que levanta determinados problemas, como por exemplo a saúde da mulher para levar a cabo uma gestação tardiamente na sua vida, com os subsequentes resultados que podem

condicionar a saúde do nascituro. Adicionalmente, a esta decisão acaba por estar adjacente o recurso a técnicas de procriação medicamente assistida (PMA).

A par dos factores individuais como a identidade, a auto-estima e os factores inconscientes, os factores colectivos como a família, o relacionamento do casal e a influência do grupo de pares são também preponderantes na decisão reprodutiva individual (Boyle, 1998). Verifica-se uma determinada pressão instituída socialmente para que os comportamentos sejam dirigidos em termos de um padrão de convencionalidade (Canavarro, 2006), pelo que é esperado que uma mulher de idade adulta se case e tenha filhos, como parte do papel que lhe é atribuído. No entanto, em função de diversos factores, à maternidade cabe um processo de tomada de decisão que implica não só o desenvolvimento pessoal da mulher como também auto-conhecimento. De facto, as representações da mulher sobre si mesma enquanto mulher, mãe, esposa, filha e profissional são reorganizadas enquanto diferencia o seu papel de mãe (Stern, 2000).

Os filhos, o valor que lhes é atribuído, assim como a disponibilidade da pessoa no papel de prestador de cuidados influenciam a decisão reprodutiva individual. A par dos outros factores elencados, permitem que a pessoa se determine em função da desejabilidade expressa perante a gravidez e neste sentido tome decisões e recorra aos serviços de planeamento familiar ou de interrupção da gravidez no sentido de programar ou evitar uma gravidez. Como será discutido mais à frente neste capítulo assumem, neste sentido, especial importância as atitudes exercidas pelos indivíduos relativamente à sua sexualidade (Boyle, 1998).

Em 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (*International Planned Parenthood Federation* [IPPF], 1994), levada a cabo no Cairo, apresentou o conceito de saúde sexual e reprodutiva como o conjunto de informações transmitidas aos indivíduos sobre a sexualidade, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e planeamento familiar, que lhes permitam o usufruto de uma vida sexual segura e prazerosa. Os direitos reprodutivos consagrados nesta conferência fundamentam-se no reconhecimento do direito básico de todos indivíduos e/ou casais decidirem livremente e com responsabilidade qual o número de filhos que desejam ter, em que momento e com que periodicidade, assim como o direito básico à informação e ao acesso

aos meios de contracepção, bem como o direito de obter um padrão elevado de saúde sexual e reprodutiva.

De igual modo, em 1995, a IPPF criou a Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos que tem como objectivo a promoção dos direitos e liberdades sexuais e reprodutivas de todos os sistemas políticos, económicos e culturais. Entre outros direitos, este documento consagra os de escolher casar ou não e de constituir e planear família, assim como de decidir ter ou não filhos e quando os ter.

O planeamento familiar é entendido como o conjunto de medidas envidadas por um casal que permitem ao mesmo usufruir de uma sexualidade gratificante e segura, decidir se querem ter filhos, o número de filhos que desejam ter e o espaçamento de tempo em que os filhos vão nascer. Pretende ainda preparar uma parentalidade saudável, e de igual modo possibilita ao casal escolher o método contraceptivo mais adequado para si de forma a evitar uma gravidez indesejada, bem como prevenir a contracção de infecções sexualmente transmissíveis. A transição da conceptualização de doenças sexualmente transmissíveis para infecções sexualmente transmissíveis deveu-se ao facto de se muitas infecções contraídas por transmissão sexual não se constituírem necessariamente como doenças, como é, por exemplo, o caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) cujo vírus muitas vezes permanece no organismo humano sem se manifestar.

A consulta de planeamento familiar está disponível no Sistema Nacional de Saúde Português e pressupõe, como anteriormente explicado, mais do que a mera contracepção. A este respeito é do conhecimento comum que existem diferentes métodos contraceptivos ao dispor da população, como sejam os métodos barreira, hormonais, impeditivos de nidificação ou de laqueação (Llewellyn-Jones, 2001). Mas ainda assim, apesar da informação disponível nos dias de hoje e dos meios que impedem a concepção, a gravidez indesejada continua a ser uma realidade.

Boyle (1998) concluiu, pela análise de diferentes trabalhos sobre a utilização de métodos contraceptivos e a ocorrência de gravidezes indesejadas que não existe uma relação directa entre a utilização de contraceptivos e o desejo de alcançar uma gravidez desejada ou evitar uma gravidez indesejada. As razões que podem justificar este fenómeno prendem-se particularmente com dois aspectos: a adesão terapêutica à contracepção e as atitudes perante a sexualidade.

Ora, estes dois pressupostos são complexos na sua definição. A adesão terapêutica diz respeito à forma como o indivíduo se responsabiliza, de forma activa, pela assumpção de um determinado comportamento que lhe possibilitará o alcance de um resultado desejado, seja ele preventivo ou terapêutico (Turk & Meichenbaum, 1991). No que concerne à adesão à contraceção, Costa e Leal (2005, p.249) identificam a utilização de contraceção “...como uma solicitação de adesão a um regime por um longo período, implicando um determinado comportamento periódico e sistemático”. As mesmas autoras consideram que uma vez que a contraceção disponível no mercado permite o planeamento de uma gravidez com um nível aceitável de segurança, a ocorrência de uma gravidez indesejada compreende-se como consequência de uma atitude pouco assertiva quanto à contraceção.

Existem diferentes factores que afectam a adesão de cada indivíduo em função de vários momentos ou circunstâncias que podem ser agrupados perante as características: do regime terapêutico, do prestador de cuidados e das características individuais da pessoa a quem se destina a terapêutica. Neste último conjunto de características incluem-se factores sócio-demográficos, económicos, de género, estado civil e idade, e, mais especificamente, factores sócio-cognitivos que se relacionam com a adesão (Costa & Leal, 2005). Neste âmbito, as autoras enfatizam os conceitos de auto-eficácia, *locus* de controlo, suporte social e atitude perante a sexualidade.

A auto-eficácia diz respeito às crenças sobre como o indivíduo se organiza e executa as suas acções, no sentido de alcançar determinados objectivos (Bandura, 1978). Vários autores têm apontado a importância da auto-eficácia na prevenção do contágio de doenças e infecções transmitidas por via sexual, bem como na escolha do método contraceptivo adequado. O *locus* de controlo é definido como sendo o resultado da mediação das expectativas generalizadas de controlo interno e controlo externo do reforço. Para Costa e Leal (2005, pp.251-252), o *locus* de controlo define-se como “...uma crença, uma percepção ou expectativa de controlo do reforço”. As autoras ressaltam a sua importância no contexto de saúde indicando que no âmbito do planeamento familiar é extremamente importante a avaliação do conhecimento do casal em função das suas expectativas de controlo, de modo que a informação fornecida, os métodos contraceptivos disponibilizados, a periodicidade do acompanhamento, as expectativas de adesão e sucesso, sejam adequados aos objectivos definidos. O suporte social constitui-se num importante promotor de saúde que favorece as

intervenções terapêuticas levadas a cabo nas pessoas que delas necessitam, mas por outro lado, possibilita também a promoção, adopção e manutenção dos comportamentos saudáveis (Boyle, 1998; Costa & Leal, 2005).

As atitudes que as pessoas detêm quanto à contracepção e à sexualidade humana influenciam também a adesão terapêutica nesse sentido. No entanto, a sua avaliação é extremamente difícil, dado que as atitudes se constituem em predisposições a agir (Vala & Monteiro, 2000) e portanto não são directamente mensuráveis ou identificáveis.

Existem duas atitudes perante a sexualidade humana que naturalmente condicionam a adesão terapêutica à contracepção, são elas a erotofobia e a erotofilia. Estas são definidas por Fisher, Byrne, White e Kelly (1988) como uma forma de avaliação e resposta aos estímulos sexuais, com um grau previsível de afecto positivo ou negativo. De acordo com os mesmos autores, a erotofobia concerne a uma reacção de carácter negativo ou menos positivo face aos estímulos sexuais, que se repercute num determinado evitamento e desvalorização da contracepção. Por outro lado, a erotofilia consiste na avaliação da sexualidade de forma mais positiva, sendo, neste sentido, envidados esforços que se repercutem num maior conhecimento e informação e maior adopção de métodos contraceptivos.

A interrupção voluntária da gravidez, não sendo uma forma de planeamento familiar, levanta questões relacionadas com o mesmo. Não só porque é imperativo o encaminhamento para o planeamento familiar de todas as mulheres que sejam submetidas a um abortamento, mas também, porque muitas vezes a interrupção voluntária da gravidez surge na sequência de gravidezes indesejadas que resultam de um planeamento familiar inexistente ou ineficaz.

De facto, o trabalho de Bianchi-Demicheli, Perrin, Bianchi, Dupont, Lüdicke e Campana (2003) sobre as práticas contraceptivas e o comportamento das mulheres que solicitaram IVG identificou que, de um conjunto de 103 mulheres que solicitaram IVG, a maioria (n=101) já tinha usado alguma forma de contracepção na sua vida. Todavia, no momento em que engravidaram, 58 usavam contracepção e um terço das inquiridas não usava qualquer tipo de contracepção. Seis meses mais tarde, a maioria das mulheres envolvida no estudo (n=86) usava a contracepção recomendada e apenas 17 optavam por não o fazer, o que permite concluir uma alteração na forma de utilização dos contraceptivos.

Os autores concluem que no período que segue à IVG é fundamental tomar em consideração a dinâmica psicológica a propósito da escolha dos métodos contraceptivos. O aconselhamento deve enfatizar não só a protecção contra uma gravidez não desejada, mas também contra as infecções sexualmente transmissíveis, que frequentemente são percebidas como de menor importância perante a IVG.

3. Aspectos psicológicos do abortamento na mulher, no homem e na díade do casal

3.1. Sintomas psicopatológicos vs. Ajustamento emocional perante o abortamento

Encontram-se na literatura diferentes estudos sobre o impacto psicológico do abortamento espontâneo e do abortamento induzido, aquele que pode ser realizado do ponto de vista electivo ou por razões relacionadas com a saúde materno-fetal. Os dados espelham ainda as diferenças que existem ao nível da repercussão emocional entre géneros.

Considerando que cerca de um quinto das gravidezes acaba em abortamento espontâneo torna-se importante identificar as consequências emocionais, principalmente dada a evidência que deste evento podem resultar sequelas psicológicas significativas (Warsop, Ismail & Iliffe, 2004).

Num estudo que pretendia a identificação da intensidade dos sintomas depressivos nas mulheres quatro meses a um ano após o abortamento espontâneo, e onde participaram 174 mulheres que haviam sofrido abortamento espontâneo antes das 20 semanas de gestação, Swanson (2000) verificou que 63% (n=110) das mulheres evidenciava sintomatologia depressiva quatro meses após e 54% (n=93) um ano após o acontecimento. Baseado nos resultados deste estudo, Swanson (2000) indica que as mulheres que apresentam risco de sofrer maior sintomatologia depressiva após o abortamento espontâneo são aquelas às quais se associam características como: atribuição de elevada significância ao acontecimento, falta de suporte social, escassa força emocional, utilização de estratégias de *coping* passivas, emprego de poucos reforços positivos e insucesso no alcance da gestação um ano após a perda.

Existe uma elevada propensão à presença de sintomatologia depressiva e ansiosa nas mulheres que sofrem abortamentos espontâneos de repetição, nomeadamente naquelas que evidenciam baixo ajustamento marital (Klock, Chang, Hiley & Hill, 1997). De igual modo, referem que o facto de existirem filhos anteriormente ao abortamento não se constitui um factor de protecção perante a morbilidade psicológica.

A tristeza também é identificada como uma consequência do abortamento espontâneo, mas o trauma associado ao evento é frequentemente negligenciado (Lee & Slade, 1996). Outro dos aspectos identificados prende-se com insatisfação com o cuidado emocional providenciado pelos cuidadores, verificando-se a não existência de rotina de acompanhamento posterior (Warsop, Ismail & Iliffe, 2004).

Alguns autores (Lee & Slade, 1996; Morrissey, 2007) indicam que os estudos devem centrar-se na experiência do abortamento espontâneo como um todo, nomeadamente com particular relevo no trauma causado, que se tratado atempadamente pode facilitar o ajustamento emocional e prevenir respostas emocionais negativas a longo prazo.

Partindo da constatação que a maioria dos estudos quantitativos considera o abortamento espontâneo preditor de tristeza, ansiedade e depressão, Maker e Ogden (2003), através de entrevistas realizadas a uma amostra de 13 mulheres que haviam sofrido abortamentos espontâneos nas cinco semanas anteriores, identificaram três fases emocionais que se seguem ao evento: tumulto ou distúrbio, ajustamento e resolução. Para a maioria, a fase de tumulto caracteriza-se por sentimentos de impreparação e emoções negativas. Algumas mulheres que tiveram gravidezes não desejadas revelaram ter sofrido choque e trauma físico depois do acontecimento, mas paralelamente, descreveram a experiência como de alívio. Posteriormente, as mulheres descrevem uma fase de ajustamento, que envolve comparação social, partilha e procura de significado perante o acontecimento. Neste segundo momento, focam também o infortúnio demonstrado por uma minoria, constituída sobretudo pelas mulheres que já haviam tido abortamentos espontâneos anteriores ou que se sentiam frustradas pela ausência de uma explicação médica satisfatória para o acontecimento. O estágio final de resolução caracteriza-se por um declínio das emoções negativas, a crença de algumas mulheres de que o abortamento espontâneo foi uma lição de experiência de aprendizagem e a integração dessa mesma

experiência na sua vida. Esta resolução pareceu ser mais significativa nas mulheres que já tinham filhos e mais negativa nas mulheres que já haviam sofrido abortamentos anteriores.

A análise qualitativa realizada por Gerber-Epstein, Leichtentritt e Benyamini (2009) identificou cinco grandes temas na experiência do abortamento espontâneo. Os autores constataram que quanto maior a alegria pela gravidez, maior o sofrimento pela perda. De igual modo, a perda é sofrida com intensidade uma vez que representa o fim dos sonhos e fantasias perante o filho desejado. As fontes de suporte parecem ter um papel preponderante no lidar com a dor atribuída à perda, embora retomar o quotidiano depois do abortamento espontâneo pareça ser uma dificuldade maior para as mulheres. Aos profissionais de saúde que lidam com estes eventos recomendam a demonstração de compreensão, suporte, sensibilidade e empatia.

Este tipo de acontecimento deve ser considerado um aspecto central na vida de muitas mulheres dado o impacto que tem na reavaliação das suas experiências passadas e futuras (Maker & Odgen, 2003), e uma vez que a sua vivência se sedimenta no significado de ser mulher, reflectindo-se na crença sobre a sua fertilidade que ameaça o seu papel enquanto mulher (Gerber-Epstein, Leichtentritt & Benyamini, 2009).

O abortamento espontâneo pode envolver um *distress* emocional intenso e acarretar implicações na qualidade do relacionamento dos elementos do casal (McGreal, Evans & Burrows, 1997). O relacionamento pode ser colocado em causa durante o processo de luto, com as diferentes formas de sofrimento a criar barreiras à comunicação e a aumentar sentimentos de vulnerabilidade. Homens e mulheres utilizam diferentes estratégias para lidar com a perda, e como tal cada elemento do casal deve ser encarado como um elemento único na resposta à perda, do mesmo modo que cada abortamento deve ser encarado como um evento único (Murphy, 1998).

O estudo de McGreal, Evans e Burrows (1997) conclui que enquanto os homens tendem a demonstrar preocupação, usar o suporte social e ignorar a situação, as mulheres são mais propensas a procurar suporte espiritual, usar mecanismos de redução de tensão, pensamentos positivos e procurar suporte noutros indivíduos que experienciaram a mesma perda.

De igual modo, Serrano e Lima (2006) postulam que o abortamento espontâneo, como condição recorrente, é um evento traumático para os casais. Consideram que sintomas de depressão, ansiedade, e baixa auto-estima estão relacionados com os abortamentos espontâneos recorrentes, e que embora a relação entre os casais não pareça ser adversamente afectada, existem alterações no que concerne ao contacto sexual após os eventos. A tristeza existe então como uma variável que se relaciona com a qualidade da comunicação no casal, do ponto de vista da mulher, e com a qualidade da relação sexual, do ponto de vista do homem.

Na percepção do género masculino, de acordo com Murphy (1998), a experiência do abortamento espontâneo remete para sentimentos de tristeza e perda, conjuntamente com incerteza sobre como lidar com a situação. Além de lidar com os seus sentimentos, os homens evidenciam sentir a necessidade de prestar suporte emocional e social à companheira, uma vez que identificam nesta uma reacção emocional mais intensa do que em si próprios.

Comparativamente ao impacto emocional do abortamento espontâneo e do abortamento induzido, Broen, Moum, Bødtker e Ekeberg (2004) concluem que a curto prazo, as emoções decorrentes de um abortamento espontâneo aparentam ser maiores e mais intensas do que as sentidas após um abortamento induzido. A longo prazo, contudo, as mulheres que sofreram abortamentos induzidos apresentam significativamente um maior evitamento de pensamentos e sentimentos relacionados com o evento em comparação com as mulheres que tiveram um abortamento espontâneo. De igual modo, Klock, Chang, Hiley e Hill (1997) referem que as mulheres que sofrem um abortamento espontâneo posterior a uma interrupção voluntária da gravidez fazem diferentes atribuições à perda da gravidez.

A literatura apresenta dados inconsistentes acerca do impacto psicológico havido ao abortamento induzido, particularmente no que concerne às situações de abortamento electivo. Embora a maioria dos estudos a este respeito indique que não existem repercussões significativas (e.g., Noya & Leal, 1998; Major, Cozzarelli, Cooper & Zubeck, 2000), outros dados apontam a existência de problemas emocionais (Bradshaw & Slade, 2003). Dada a complexidade das consequências emocionais neste contexto, Miller, Pasta e

Dean (1998) sugerem o seu estudo aprofundado, o que, na perspectiva de Bradshaw e Slade (2003) é uma contribuição importante no domínio da saúde pública.

Em função da controvérsia existente a propósito dos riscos psicológicos associados ao abortamento, Major, Cozzarelli, Cooper e Zubeck (2000) avaliaram num estudo longitudinal de dois anos, em 882 mulheres que realizaram IVG, as dimensões de depressão e a auto-estima antes e após o abortamento, as emoções, a decisão com a satisfação, avaliação dos riscos e benefícios percebidos e a perturbação pós-*stress* traumático (PPST) após o abortamento. As variáveis demográficas e saúde mental prévia foram também examinadas como preditores de respostas psicológicas posteriores ao abortamento. Dois anos após a IVG, as autoras concluem que 72% das participantes (n=301) estavam satisfeitas com a IVG e afirmavam que a IVG lhes trouxe mais benefícios do que malefícios. Um total de 80% das participantes (n=335) não apresentava sinais de depressão e apenas 4 participantes apresentavam PPST. Verificaram que a depressão diminuiu e a auto-estima aumentou do período pré para o período pós IVG o que leva as autoras a considerar que a maioria das mulheres não apresenta problemas psicológicos ou arrependimento do abortamento dois anos após a IVG.

Estes dados corroboram os apontados por Noya e Leal (1998), que indicam que a maioria dos estudos feitos nas últimas duas décadas do séc. XX revela que o abortamento electivo, de forma isolada, não implica na pessoa distúrbios psicológicos graves. Pelo contrário, parecem existir associadas ao evento emoções mais positivas como alívio e bem-estar.

Por outro lado, Bradshaw e Slade (2003) numa revisão da literatura sobre o impacto emocional do abortamento induzido indicam que cerca de 40% a 45% das mulheres vive níveis elevados de ansiedade entre a descoberta da gravidez e a interrupção da gravidez e cerca de 20% das mulheres experiencia níveis elevados de depressão. A perturbação emocional tende a decrescer a seguir à interrupção da gravidez, mas cerca de 30% das mulheres continuam a sentir problemas emocionais no mês seguinte.

A ambivalência relatada nos estudos acerca do impacto psicológico do abortamento pode estar relacionada com a complexidade dessas mesmas consequências. Miller, Pasta e Dean (1998) indicam que as repercussões psicológicas do abortamento electivo são

complexas porque se repercutem em múltiplos domínios do comportamento como a prestação de cuidados aos filhos, a sexualidade, a contracepção, a saúde, a identidade de género, as relações amorosas e o desenvolvimento moral, entre outros.

Assim, os autores propõem seis abordagens teóricas na procura da compreensão das consequências psicológicas de uma gravidez indesejada: 1) a abordagem de *stress* considera que quer a gravidez quer o abortamento criam *stress* que continua após o abortamento como reacção ao procedimento; 2) a abordagem de tomada de decisão pressupõe uma decisão anterior ao abortamento que pode acarretar risco de sentimentos negativos acerca da decisão depois do procedimento; 3) a abordagem da violação da norma indica que há um conflito pré-abortamento perante a avaliação da realização de um abortamento como correcto que se segue à intervenção por sentimentos de culpa e de vergonha; 4) na abordagem de perda há um conflito pré-abortamento sobre o desejo de continuar a gravidez, que depois se traduz em depressão e sofrimento após o abortamento; 5) a abordagem de crise pressupõe a existência no período pré-abortamento de uma crise caracterizada por ansiedade pelo facto de a pessoa poder levar a cabo uma gravidez indesejada que depois se traduz numa resolução da crise no pós-abortamento caracterizada por alívio da ansiedade; e 6) na abordagem de aprendizagem, os sentimentos negativos vividos, a par da consciencialização obtida como um resultado da gravidez indesejada e abortamento produzem na mulher novos comportamentos a respeito da prestação de cuidados aos filhos, a sexualidade, a contracepção, a saúde, a identidade de género, as relações amorosas e o desenvolvimento moral, entre outros domínios. Para estes autores, o abortamento é visto como algo com consequências sobretudo benignas, sendo raras as consequências negativas severas.

O impacto psicológico do abortamento electivo depende portanto da valoração que cada indivíduo lhe atribui. Tratando-se a IVG de “... *uma atitude individual e social que produz poucas respostas fáceis e muitas questões difíceis*” (Noya e Leal, 1998, p.432), cada candidata a esta intervenção deve, antes da realização, ponderar o significado que a gravidez tem para si, partindo das suas crenças e valores.

As variáveis que podem influenciar as respostas psicológicas pós-abortamento são várias, podendo ser de carácter demográfico e sócio-cultural (Noya & Leal, 1998; Wierzbicka

& Sokoloeska, 2004) e psicológicas (Noya & Leal, 1998; Major, Cozzarelli, Cooper & Zubeck, 2000).

As variáveis demográficas são a idade (Noya & Leal, 1998, Wierzbicka & Sokoloeska, 2004), a paridade (Klock, Chang, Hiley & Hill, 1997; Noya & Leal, 1998; Mendes, 2002) e o tempo de gestação (Cosme & Leal, 1998, Worden, 2006). No que concerne à idade as mulheres mais novas têm mais dificuldade em lidar com o evento comparativamente às mais velhas. Quanto à paridade, as múltíparas não apresentam menor impacto psicológico quando comparadas com as nulíparas. Relativamente ao tempo de gestação, a IVG parece acarretar um impacto psicológico mais negativo quanto mais tarde na gravidez é efectuada.

São factores sociais fundamentais na decisão para realizar a IVG ou manter a gravidez a perspectiva de continuidade dos estudos, a situação financeira e as condições de habitabilidade, além do suporte social, na perspectiva de Wierzbicka e Sokoloeska (2004). O suporte social é uma variável que tem sido apontada como de extrema importância ao nível das repercussões psicológicas no período pós-abortamento.

Quando existe um estigma associado à realização de um abortamento electivo pode haver uma maior necessidade da parte das mulheres de manter o evento como um segredo da sua família e amigos (Major & Gramzow, 1999). A existência do segredo relaciona-se positivamente com a supressão dos pensamentos havidos ao evento que, por sua vez se relaciona positivamente com o mal-estar psicológico. A revelação das emoções modera, assim, a associação entre pensamentos intrusivos e mal-estar psicológico, pelo que a revelação do evento contribui para o decréscimo do mal-estar psicológico.

No decurso da gravidez a relação marital assume um papel importante, pois, como afirma Mendes (2002) o elemento masculino é o centro do suporte social e afectivo da mulher. Nos casos de interrupção da gravidez, a relação constitui também um papel preponderante. Segundo Noya e Leal (1998), além da existência de uma relação afectiva, na resposta emocional da mulher importam também factores como a duração e o tipo de relação. Nomeadamente, as pessoas que realizam IVG e que têm um suporte social mais significativo têm uma recuperação emocional mais positiva.

Embora estudos longitudinais não evidenciem alterações nos padrões de relacionamento do casal em função do abortamento (Bradshaw & Slade, 2003), levando os

autores a concluir que o abortamento parece não ter uma repercussão directa no relacionamento do casal, Mekosh-Rosenbaum e Lasker (1995) referem que o abortamento não só não tem impacto negativo na relação mas que, pelo contrário, em algumas situações como o abortamento por motivos de saúde materno-fetais, pode ter um efeito positivo no relacionamento.

As variáveis psicológicas concernem: aos antecedentes psicopatológicos, que podem ser preditores de morbidade psicológica após o abortamento (Noya & Leal, 1998; Maker & Ogden, 2003); à satisfação obtida com o abortamento (Major, Cozzarelli, Cooper & Zubeck, 2000), sendo que nas mulheres mais satisfeitas se verifica um menor impacto psicológico negativo; ao facto da gravidez ser (in)desejada, uma vez que à gravidez indesejada se associa menor impacto psicológico negativo da IVG; e às características individuais das mulheres que passam pela situação (Noya & Leal, 1998).

Outro aspecto que parece ter especial importância no do abortamento electivo é o procedimento segundo o qual a interrupção da gravidez é levada a cabo (Slade, Heke, Fletcher & Stewart, 1998; Lowenstein, Deutchsh, Gruber, Solt, Yagil, Nevo & Bloch, 1998; Slade, Heke, Fletcher & Stewart, 2001), que pode ser medicamentoso ou cirúrgico. Os estudos indicam que ainda que o método cirúrgico possa ter repercussões físicas mais graves do que o medicamentoso, este método é preferencialmente escolhido pelas candidatas à IVG, especialmente pelas que já realizaram abortamentos anteriormente, por não possibilitar o contacto com o aborto e com isso implicar um menor impacto emocional negativo.

No geral, os homens envolvidos na IVG constituem um grupo sobre o qual existe pouca informação quanto às experiências e opiniões. No entanto, estudos indicam que a quase totalidade dos homens envolvidos se demonstrava satisfeito com a decisão da mulher de realizar IVG e com o seguimento que lhes havia sido proporcionado (Kero & Lalos, 2004). Embora a globalidade dos indivíduos experimente a IVG como um alívio e um acto responsável, caracterizando-se por um sentimento de maturidade, simultaneamente, em alguns casos, o abortamento pode ser também sentido como um acto doloroso e com implicações do ponto de vista ético.

De acordo com Coyle (2007), a literatura identifica reacções diversificadas quanto ao impacto do abortamento electivo no género masculino, como alívio, tristeza e dor, desejo de prestar apoio à companheira e a necessidade de integrar programas de apoio aos parceiros das mulheres que realizam IVG.

As situações de abortamento que se relacionam quer com a saúde da mãe quer com a saúde do feto são difíceis de gerir, por acontecerem frequentemente em gravidezes planeadas e desejadas (McCoy, 2007). Para Mendes (2002) planejar e aceitar uma gravidez são conceitos diferentes. De facto, uma gravidez pode ser planeada a longo prazo e por isso não ser aceite se acontecer num curto período de tempo, e, pelo contrário, pode não ser planeada e ainda assim ser aceite quando acontece.

Não existem, na literatura, muitos dados acerca do impacto psicológico da interrupção da gravidez por motivos de saúde da mãe. No entanto, sabe-se que nas situações em que existe uma gravidez que terá que ser interrompida por motivos de saúde materno-fetais, os sintomas de ansiedade parecem ser a resposta de adversidade mais presente, podendo a interrupção de gravidez constituir trauma potencialmente (Bradshaw & Slade, 2003).

Os problemas de saúde do feto incompatíveis com a vida levantam a possibilidade de interromper a gravidez e são, por isso uma questão delicada. A presença de uma deformidade fetal pode, segundo Noya e Leal (1998), dificultar em muito o processo de tomada de decisão acerca da interrupção da gravidez. Várias razões explicam tais dificuldades, como o facto de não se conhecer inteiramente a extensão que a deficiência assumirá na vida após o nascimento, bem como a possibilidade da tomada de conhecimento surgir numa gravidez desejada que ocorre perto do limite da idade reprodutiva da mulher, em circunstâncias em que existem problemas de infertilidade. Neste sentido, quando a interrupção da gravidez surge no decurso de uma gravidez que resultou de um processo de PMA, pode ter um impacto psicológico negativo na vida da mulher (Figueiredo, 2005).

Quando o diagnóstico da doença ou malformação ou doença é efectuado e a interrupção da gravidez proposta, as mulheres tendem a chorar, experienciam medo, desespero, angústia, sentido de inutilidade e recusa em aceitar a situação, de acordo com Costa, Hardy, Osis e Faúndes (2005). As autoras indicam que aquando da tomada de decisão

as mulheres sentem tristeza, desespero e culpa, sentimentos que causam intenso sofrimento. No entanto, embora a tomada de decisão seja particularmente difícil, no mês seguinte à intervenção verifica-se que as mulheres se demonstram satisfeitas com a decisão tomada e acreditam ter sido a correcta, apesar da angústia causada. No mesmo sentido, McCoy (2007) indica que as mulheres que decidem interromper a gravidez após o diagnóstico de anomalia fetal experienciam um sentimento de dor e tristeza que se assemelha às mulheres que vivem perdas espontâneas da gravidez.

Embora o abortamento seja uma situação que se associa à mulher, por tomar lugar no seu corpo, o impacto emocional que lhe está associado repercute-se, ainda que de formas diferentes, nos dois elementos do casal, pelo que deve ser estudado nesses elementos, como postula Murphy (1998).

Parecem existir diferenças de género ao nível do impacto psicológico do abortamento. Assim, enquanto os homens vivem a experienciam de uma forma individual (Reich & Brindis, 2006) e mais reservada (Naziri, 2007), as mulheres vivem o evento de forma mais emotiva e evidenciam necessidade de suporte emocional da parte dos seus parceiros (Corbet-Owen, 2003). O suporte esperado e recebido nas situações de abortamento tem impacto na forma como é experienciada a perda da gravidez pela mulher, de modo que quando sentem que tal suporte não é acessível, o consideram negativo ou inexistente e pelo contrário, quando este se evidencia a relação é influenciada, sendo percebida como positiva (Corbet-Owen, 2003).

Num estudo comparativo do relacionamento conjugal entre casais que interromperam a gravidez e casais que levaram a gravidez a cabo, Mekosh-Rosenbaum e Lasker (1995) identificam o declínio da relação ao longo do tempo como uma característica comum nos dois grupos, não sugerindo um risco particular de ruptura para os casais que experienciam abortamento. A tal, os autores atribuem o facto de que outras variáveis contribuirão de forma mais significativa para o relacionamento conjugal do que as estudadas. Como já foi anteriormente mencionado, neste estudo identificou-se que nos casos de abortamento por questões de saúde materno-fetal, particularmente, a perda não tem um impacto negativo na relação mas, pelo contrário, positivo.

3.2. Síndrome pós-aborto: Uma forma de perturbação pós-stress traumático?

No seu trabalho realizado com mulheres que realizam abortamentos voluntários, Lavín e García (2005) identificaram que algumas características psicopatológicas são frequentes, constituindo o que denominam por síndrome pós-aborto (SPA). Assim, considerando a resistência encontrada face ao reconhecimento destas características como uma categoria nosológica diferenciada, procuraram num estudo qualitativo, enquadrar a SPA nos critérios de diagnóstico das classificações internacionais.

As autoras identificaram critérios respeitantes a PPST nos dez casos de SPA estudados, assim como outros sintomas inespecíficos como sonhos e pesadelos repetidos e persistentes relacionados com o aborto e intensos sentimentos de culpa. Defendem portanto que a SPA deve ser considerada uma forma adicional de PPST, também por possuir características que podem ajudar a perceber a experiência de vida do paciente e a estabelecer a intervenção psicoterapêutica.

Determinados eventos de vida podem ser encarados como situações traumáticas, susceptíveis de contribuir para o surgimento de sinais e sintomas que possam definir um quadro de PPST ou de perturbação aguda de *stress* (PAS), nestes podem incluir-se as situações de doença grave ou que colidam que colidam com a saúde dos indivíduos (Pais Ribeiro, 2005), como são as situações de abortamento.

De acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) a PPST tem subjacente um conjunto de sintomas característicos que sucedem a exposição a um *stressor* traumático extremo, e perante o qual a pessoa responde apresentando medo intenso, horror ou incapacidade de obter ajuda. Os sintomas característicos da perturbação incluem a repetição da experiência persistente do acontecimento traumático, o evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma, embotamento geral da reactividade e sintomas de aumento da activação. Para que se estabeleça o diagnóstico, é necessário que os sintomas se mantenham pelo menos durante um mês e que causem mal-estar significativo na vida do indivíduo. Existem especificadores perante a perturbação quanto ao início e duração dos sintomas. Assim, se os sintomas duram menos de um a três meses, considera-se a existência de especificador agudo, se duram três ou mais meses trata-se de

um especificador crónico e se passam pelo menos seis meses entre o acontecimento traumático e o início dos sintomas, consiste num especificador de PPST com início dilatado.

Por outro lado, e de acordo com o mesmo manual, a PAS consiste no desenvolvimento de sintomas característicos de ansiedade, dissociativos ou de outra natureza que ocorrem no período de um mês após a exposição a um *stressor* traumático extremo. Para que se estabeleça o diagnóstico o sujeito deve ter pelo menos um sintoma dissociativo como amnésia dissociativa, despersonalização ou desrealização, entre outros, durante ou depois da exposição. O acontecimento traumático é re-experenciado e surge evitamento das lembranças que evoquem o acontecimento. Concomitantemente existem sinais de ansiedade ou de activação. Este sofrimento acarreta mal-estar para a pessoa e o quadro desenvolve-se no período de dois dias a quatro semanas, não persistindo para além disso.

O trauma é um acontecimento que perturba o indivíduo, de carácter negativo, que altera negativamente a vida da pessoa e produz, pelo menos temporariamente, reacções psicológicas caracterizadas por estados emocionais negativos como por exemplo ansiedade e depressão (Pais Ribeiro, 2005). Como explica o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) a situação traumática pode ser vivida directamente, observada ou vivenciada por outros.

Além de serem distintos os acontecimentos que levam ao trauma, também certas variáveis exacerbam o evento em si mesmo (Valentine, 2003). O facto de passar por situações traumáticas pode acarretar um impacto psicológico que pode perdurar (Maia & Fernandes, 2003). Nesse sentido, torna-se fundamental o cuidado e apoio proporcionado pelos profissionais de saúde que possibilite aos indivíduos ultrapassar emoções negativas, adquirir poder e auto-eficácia (Maia & Fernandes, 2003).

A respeito das repercussões traumáticas do abortamento, encontram-se também dados incongruentes na literatura. À semelhança de Lavin e Garcia (2005), Dupont (2004) identifica que as mulheres que experienciam um abortamento evidenciam tendência de se tornarem psicologicamente defensivas e de reprimir as suas emoções, assim como o instinto maternal que caracteriza a experiência da gravidez, o que pode levar a uma percepção patológica da gravidez, adulterada no geral, ou dificuldade em lidar com gravidezes futuras.

Por acreditar tratar-se de uma vivência traumatizante para um grande número de mulheres, o autor acredita que os factores psicológicos e emocionais devem ser privilegiados e tomados em consideração nos cuidados que são prestados às mulheres que recorrem a IVG. Também Wierzbicka e Sokoloeska (2004) consideram que em função do número de abortamentos anteriores, a decisão de continuar ou interromper uma gravidez indesejada pode ser influenciada pela SPA, limitando a capacidade da mulher para lidar com muitos sentimentos e reacções, afectando a sua capacidade para manter relacionamentos salutareis com os outros, e alterando também as suas atitudes perante os próximos filhos.

No entanto, Turton, Hughes, Evans e Fainmain (2001) num estudo cohorte em que pretenderam avaliar a incidência, correlação e preditores da PPST perante o abortamento, identificaram que apesar de muitas mulheres sofrerem sintomas psicológicos após o evento e estes sintomas continuarem mesmo na gravidez seguinte, o abortamento não se demonstra um preditor da ocorrência de PPST. No mesmo sentido, Noya e Leal (1998) indicam que quer a IVG quer a gravidez se constituem em *life-events* que podem ser encarados como fonte de maturação e de crescimento pessoal pelo que é pouco consistente a defesa da SPA como uma resposta emocional habitual nas mulheres

3.3. Sofrimento e luto pela perda

À experiência do abortamento está subjacente sofrimento e luto pela perda que o evento representa. A perda perinatal compreende o tipo de perda que pode existir a partir um abortamento espontâneo, morte fetal, morte relacionada com complicações na gravidez e morte neonatal, assim como as mortes ocorridas no primeiro mês de vida (Robinson, Baker & Nackerud, 1999).

Perante a gravidez e a maternidade, lidar com a morte é difícil na actualidade dado o desenvolvimento da medicina obstétrica, dos meios complementares de diagnóstico e de tratamentos que contribuíram para uma significativa diminuição da mortalidade perinatal, segundo afirma Cabral (2005).

Interromper a gravidez acarreta diferentes dimensões de perda na vida da mulher, como a perda de sentido do futuro, a perda da identidade e a perda da parentalidade

antecipada (McCreight, 2008). As mulheres percebem o acontecimento da perda com uma resposta emotiva negativa e após o evento carecem de um espaço para as suas emoções e procuram a aceitação e reconhecimento da validade da sua dor, como forma de realizarem o seu luto, numa reacção normal e adaptativa.

O sofrimento pela perda será tanto maior quanto a ligação afectiva que a gestante estabelece com o seu embrião ou feto, consoante o grau de investimento afectivo e planeamento da gravidez (Cabral, 2005).

Muito embora inicialmente prevalecesse a ideia que a ligação afectiva mãe-bebé se iniciava por volta do nascimento, sabe-se hoje que esta ligação afectiva se estabelece durante a gravidez (Mendes, 2002). As relações de vinculação formadas durante o período neonatal são muito importantes no desenvolvimento gestacional, pois além da grávida sentir o nascituro como parte de si, há também a atribuição de características em função dos comportamentos manifestados que condicionam a caracterização da mãe sobre o filho (Rolim & Canavarro, 2006).

A vinculação materna ao bebé é, assim, uma relação emocional única que consiste num processo de adaptação mútuo, que é feito de forma gradual (Figueiredo, 2003). Um dos factores no qual assenta a constituição de um vínculo pré-natal tem a ver com as representações mentais da grávida sobre o nascituro. De acordo com Pajulo, Helenius e Mayes (2007), as representações mentais são experiências de interacção generalizada a partir das quais se constroem os modelos de interacção futuros, pelo que se pode afirmar que o vínculo se começa a formar mesmo antes da gravidez.

A interrupção da gravidez implica o término desta relação e por isso acarreta repercussões do ponto de vista emocional para a mulher e seu companheiro. Quanto maior a intimidade na relação maior será a semelhança nas vivências entre os dois elementos do casal. Também para o pai, quanto maior for o investimento na gravidez mais vivida e dolorosa se torna a perda (Cabral, 2005), pela não concretização do desejo de ter um filho (Worden, 2006). Outros dos factores que podem influenciar o sofrimento pela perda consiste no tempo da gestação sendo o sofrimento maior nas situações em que a perda é mais tardia no processo gestacional (Cabral, 2005; Worden, 2006), por existir nesta altura

uma maior ligação ao feto, uma maior vivência da gravidez e do papel parental construído ao longo do tempo (Cabral, 2005).

A decisão de realizar um abortamento electivo, como uma perda socialmente negada pelos motivos que lhe estão subjacentes, não é indissociável do processo de luto. Para que danos não surjam na saúde psíquica da mulher que decide interromper a gravidez, Worden (2006) considera que o luto deve ser abordado no acompanhamento pré e pós-abortamento, sendo proporcionada à gestante candidata à interrupção da gravidez a possibilidade de explorar sentimentos ambivalentes, discutir opções e receber suporte emocional, uma vez que normalmente omitem a situação aos familiares e amigos, temendo a reprovação e ficam sem qualquer tipo de suporte.

Também ao nível do sofrimento e luto pela perda da gravidez se identificam diferenças de género, enquanto as mulheres apresentam reacções mais emotivas, os homens evidenciam reacções caracterizadas por menor comoção (Cabral, 2005).

4. Enquadramento jurídico: Legislação atinente ao abortamento em Portugal

A interrupção da gravidez em Portugal, ao longo do tempo, foi sendo regulamentada por diferentes documentos jurídicos, nomeadamente os seguintes: Lei n.º6/84 de 11 de Maio sobre exclusão de ilicitude em alguns casos de IVG; Decreto-Lei n.º48/95 de 15 de Março que aprova o Código Penal; Lei n.º90/97 de 30 de Julho que altera os prazos de exclusão de ilicitude nos casos de IVG; Portaria n.º189/98 de 21 de Março e Lei n.º16/07 de 17 de Abril sobre exclusão de ilicitude nos casos de IVG. Alguns documentos encontram-se revogados, nomeadamente as Leis n.ºs 6/84 de 11 de Maio e 90/97 de 30 de Julho, no entanto serão citados neste trabalho dada a sua pertinência até à actualidade.

Foi na década de 80 que surgiu a primeira legislação em Portugal sobre interrupção voluntária da gravidez. Segundo Schenker e Einsenberg (1997), em boa parte dos países europeus, durante os anos 60 e 70 decorreu um período de liberalização do abortamento que abrandou ao longo da década seguinte.

A Lei n.º6/84 de 11 de Maio sobre exclusão de ilicitude em alguns casos de IVG veio apresentar no âmbito do artigo 140º do Código Penal as situações que contemplavam a

exclusão de ilicitude no aborto. Assim, não se constituía passível de punição o abortamento levado a cabo por médico ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida quando, de acordo com os conhecimentos e a experiência da medicina, fosse: 1) o único meio para a remoção do perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, em qualquer momento da gravidez; 2) indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, sendo realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez; 3) realizado de acordo com seguros motivos que permitissem prever que o nascituro viria a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação, nas primeiras 16 semanas de gravidez; 4) desempenhado nas situações em que a gravidez resultou de violação da mulher, nas primeiras 12 semanas de gravidez.

Posteriormente, em 1995, o Decreto-Lei n.º48/95 de 15 de Março que aprova o Código Penal, veio proceder à alteração do disposto no Código Penal, apresentando a divisão do crime de aborto em aborto agravado, passando este a ser considerado também na legislação. Como consta no capítulo II do Código Penal “Dos crimes contra a vida uterina” (2008), o artigo 140º passa a ser sobre o aborto e o 141º sobre o aborto agravado. Assim, o artigo 140º refere que, por intermédio de qualquer meio, quem fizer a mulher grávida abortar sem o seu consentimento é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos; quem fizer a mulher grávida abortar com o seu consentimento é punido com pena de prisão até 3 anos; e a mulher grávida que der consentimento para a prática do abortamento realizado por si ou por terceiros é punida com pena de prisão até 3 anos. O artigo 141º estabelece referência ao aborto agravado, considerando que quando do abortamento ou dos procedimentos levados a cabo com esse desiderato, resultar a morte ou grave dano à saúde física da mulher grávida, os limites da pena aplicável àquele que a fizer abortar são aumentados de um terço, assim como quando o agente realizar a prática habitualmente ou o fizer com intenção lucrativa. No artigo 142º passaram a ser apresentadas as situações que constituem a exclusão de ilicitude da prática do abortamento.

Um novo documento legal, publicado em 1997, apresentou alterações face aos diplomas anteriores quanto ao prazo legal para a realização da interrupção da gravidez nos casos que constituíam a exclusão da ilicitude. Nesse sentido, de acordo com a Lei n.º90/97

de 30 de Julho que altera os prazos de exclusão de ilicitude nos casos de IVG, a interrupção da gravidez tornou-se possível, além das situações anteriormente estipuladas, nos casos em que existam seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de doença grave ou malformação congénita, onde a realização da interrupção nas primeiras 24 semanas de gravidez se torna possível, desde que comprovadas ecograficamente ou por outro meio mais adequado de acordo com a *legis artis*; e nas situações em que a gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, a interrupção torna-se possível nas primeiras 16 semanas.

A Portaria n.º189/98 de 21 de Março veio estabelecer as medidas a adoptar nos estabelecimentos oficiais de saúde que possuam serviços de obstetrícia com vista à efectivação da interrupção da gravidez. Entre outras medidas, este documento regulamenta a constituição de comissões técnicas de certificação no âmbito da interrupção da gravidez, nomeadas anualmente pela direcção do serviço e constituídas por três a cinco médicos como membros efectivos e dois suplentes. Desta comissão devem fazer parte obrigatoriamente um obstetra/ecografista, um neonatologista e, sempre que possível, um geneticista. Os restantes elementos devem possuir os conhecimentos categorizados para a avaliação das circunstâncias que permitam a interrupção da gravidez.

Em 2004, no âmbito de uma Resolução da Assembleia da República (n.º28/4004) foi estabelecido um conjunto de medidas de prevenção no âmbito da interrupção da gravidez. Este conjunto visava a adopção de estratégias que actuassem ao nível da prevenção em diferentes áreas nomeadamente: na educação, pela aposta na educação para a saúde; no apoio à maternidade; no planeamento familiar, pela disponibilização e reforço das condições de acesso aos meios e métodos contraceptivos; e na interrupção da gravidez, pelo cumprimento da legislação e garantia de acesso aos serviços de saúde.

Por último, em 2007, na sequência do referendo nacional sobre a prática do abortamento a pedido da mulher, foi publicada a Lei n.º. 16/2007 de 17 de Abril sobre exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez que passa então a englobar a exclusão de ilicitude aplicada aos casos de fetos inviáveis, cuja interrupção poderá ser praticada em qualquer momento da gravidez, assim como a interrupção da gravidez, por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gestação.

O artigo 142º do Código Penal (2008), alterado com a redacção que lhe foi incluída pelo Decreto-Lei n.º48/95 de 15 de Março, pela Lei n.º90/97 de 30 de Julho e pela Lei n.º16/2007 de 17 de Abril, nos moldes do anteriormente expresso contempla ainda a verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez, bem como a prestação do consentimento. À luz do artigo citado devem ser verificadas as circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez, que devem ser certificadas num atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção por um médico diferente daquele que realizará ou dirigirá o procedimento. No mesmo sentido, o tempo de gestação no momento da interrupção deve ser confirmado através de ecografia ou outro meio adequado à luz da *leges artis*.

Igualmente, no artigo 142º encontra-se descrita a forma que o consentimento deve assumir nesta intervenção específica. Deste modo, o consentimento deve ser prestado em documento assinado pela mulher ou a seu rogo, idealmente num período de três dias anteriores à data da interrupção. Exceptuam-se as situações de interrupção voluntária da gravidez a pedido da mulher, nas primeiras 10 semanas de gestação, em que o consentimento deve ser prestado sempre após um período de reflexão mínimo de três dias, após a consulta médica que visa fornecer a informação suficiente para uma tomada de decisão livre, informada e esclarecida.

No caso de a mulher ser menor de 16 anos, ou psiquicamente incapaz, a tomada de decisão fica a cargo do seu representante legal, ascendentes, descendentes ou, na sua inexistência, parentes na linha colateral. A propósito do consentimento, o mesmo artigo refere ainda a possibilidade de, em situações em que a interrupção da gravidez se revestir de carácter de urgência, o médico agir em consciência face à situação obtendo sempre que possível, a opinião clínica de um ou mais colegas.

Relativamente à interrupção voluntária da gravidez a pedido da mulher, nas primeiras 10 semanas de gestação, encontra-se ainda estatuído na legislação anteriormente referida o procedimento atinente à realização da mesma. Assim, é obrigatória a realização de uma consulta médica, durante a qual deve ser fornecida informação sobre as condições de realização da interrupção da gravidez e sobre as eventuais consequências para a saúde da mulher, sobre as condições de apoio fornecidas pelo Estado na gravidez e na maternidade, sobre a possibilidade de ser prestado apoio psicológico durante o período de reflexão, bem

como sobre a disponibilidade de acompanhamento por técnico de serviço social no mesmo período. Estas últimas possibilidades de acompanhamento revestem-se de carácter facultativo. No entanto, as mulheres que decidirem realizar a interrupção devem ser encaminhadas para a consulta de planeamento familiar.

O direito à objecção de consciência está também patente no artigo 142º do Código Penal, sendo assegurado aos médicos e aos restantes profissionais de saúde no que concerne a qualquer acto relacionado com a interrupção da gravidez. A objecção de consciência deve ser manifestada em documento escrito e assinado pelo objector e entregue nos estabelecimentos de saúde em que o objector preste serviço e onde se pratique interrupção da gravidez.

Cabe ao Estado a adopção de providências organizativas e regulamentares inerentes à boa execução da legislação subjacente à interrupção da gravidez, nomeadamente assegurando que do exercício da objecção de consciência dos profissionais de saúde não decorra o não cumprimento dos prazos legais.

Os diferentes diplomas legais desde a década de 80 até à actualidade reflectem o desenvolvimento da legislatura acerca da interrupção da gravidez. As alterações ao longo do tempo permitiram uma maior abrangência de casos onde se apresenta a exclusão de ilicitude, bem como o aumento do tempo gestacional em que a interrupção é permitida, a par com as providências regulamentares e organizativas levadas a cabo pelo Estado de forma a garantir o cumprimento dos respectivos prazos legais. Esta evolução, expressa a tendência ditada por Booland e Katzive (2008) que consideram que ao longo dos últimos 22 anos, e especialmente na última década, se verificou um aumento da legislação sobre a liberalização do abortamento. Os autores postulam que a falta de legislação a este respeito terá contribuído em larga escala para as elevadas taxas de mortalidade e morbidade no âmbito da saúde materna, pelo que as mudanças nas legislações, baseadas no impacto inerente à protecção da saúde das mulheres, fornecendo-lhes informação, apoio e acesso aos serviços, terão sido benéficas enaltecendo os seus direitos e contribuindo para o respeito pela dignidade que lhes é inerente.

O artigo 24º da Constituição da República Portuguesa (2002) consagra o direito à vida, postulando que a vida humana é inviolável. Neste sentido, pode ser levantada a questão relativamente à prática da interrupção voluntária da gravidez, se esta não contraria o

disposto na constituição. Como resposta a esta questão Melo (2001) indica que perante a legislação portuguesa a vida humana intra-uterina é *“um bem constitucionalmente relevante, mas não goza de personalidade jurídica”* (p.175), uma vez que de acordo com o Código Civil (2009) a personalidade jurídica singular é concedida a quem tenha nascido completamente e com vida. Deste modo, é recusada ao nascituro a qualidade de sujeito de direito (Melo, 2001) que lhe confere *“a susceptibilidade abstracta de ser titular de direitos e obrigações”* (p.174). Assim se justifica a realização da interrupção da gravidez perante o disposto no artigo 24º da Constituição da República Portuguesa em que a vida humana é inviolável.

5. O profissional de saúde e o abortamento: Determinantes deontológicos

Lidar com o abortamento levanta dificuldades, fruto de convicções e sentimentos intensos e contraditórios de alguns profissionais de saúde (Graça, 2000b). Não questionando o direito à objecção de consciência, assiste-lhes sempre o dever ético de proporcionar à gestante candidata à realização de uma interrupção da gravidez a necessária informação correcta, objectiva e suficiente, não podendo esta ser confrontada com atitudes ou emoções desses agentes respeitantes ao abortamento ou com exagerada ênfase colocada sobre os eventuais riscos da intervenção por parte de quem tem o dever de a informar.

Por outro lado, se o médico não tiver intenção de aceder ao pedido da paciente de interromper a gravidez por motivos éticos, morais ou religiosos, deve informá-la sobre o seu direito a obter uma segunda opinião por parte de outro profissional e que tal deve ser providenciado com o menor atraso possível (Filshie, 1986). O direito à objecção de consciência é contemplado pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos (2008). Assim, de acordo com o artigo n.º37, ao médico cabe o direito de recusar a prática de acto médico quando a mesma entre em conflito com qualquer aspecto ético, moral, religioso, humanitário ou filosófico da sua consciência.

O mesmo código no artigo 55º revela que o médico *“deve guardar respeito pela vida humana desde o seu início”*. No entanto, o artigo 56º sobre interrupção da gravidez prevê que *“O disposto no artigo anterior não impede a adopção de terapêutica que constitua o único meio capaz de preservar a vida da grávida ou resultar de terapêutica imprescindível instituída a fim de salvaguardar a sua vida”* (p.27).

Quanto às restantes situações previstas na legislação portuguesa que constituem a exclusão de ilicitude na prática do abortamento, o Código Deontológico da Ordem dos Médicos, revisto durante o ano de 2008, deixou de considerar constituir falta deontológica grave a prática do aborto. Este texto normativo visa esclarecer as regras deontológicas basilares ao exercício da profissão, alicerçado nos princípios éticos fundamentais, e encontra-se num estágio constante de evolução e adaptação à realidade. Assim como os restantes códigos deontológicos da actual sociedade portuguesa inscreve-se “...no acervo jurídico (...) retirando a sua força vinculativa da auto-regulação outorgada à organização que o adoptou” e integrando-se “...no quadro legislativo geral” (p.2).

6. A interrupção da gravidez à luz da bioética

6.1. Bioética: da origem aos actuais fundamentos e princípios

O termo bioética foi proposto inicialmente pelo médico oncologista Van Rensselaer Potter (1971). Contudo, no desenvolvimento deste conjunto de preocupações, discursos e práticas que viriam posteriormente a considerar a bioética como um saber, de acordo com Garcia (2001), teve também particular importância o trabalho do médico André Hellegers.

Para Potter (1971), a bioética constituía-se numa ética da biosfera que englobava conceitos médicos a par de conceitos ecológicos, incluindo todos os aspectos naturais e sociais que permitissem a sobrevivência do Homem, principalmente no que concerne à preservação da Terra como um ecossistema habitável. Sobretudo, o autor considerava que os dois tipos de bioética (médica e ecológica) se deveriam relacionar no âmbito da saúde, do controlo da procriação e relativamente a uma demografia em constante crescimento. Potter (1971) percebia a bioética como a análise do equilíbrio na Terra, o presente e o futuro da qualidade de vida.

A visão de Hellegers, menos compreensiva e global, perspectivava a bioética como uma forma de encarar e resolver problemas morais inerentes às novas práticas da medicina (Garcia, 2001). Por outro lado, em virtude dos estudos realizados na área das ciências sociais e humanas, o autor demonstrava também interesse pelos recursos naturais, pelo futuro da humanidade, pelo diálogo com o terceiro mundo, pelos problemas mais vastos do ambiente,

pelas relações entre países ricos e pobres e também pela legislação internacional sobre problemas biomédicos (Archer, 1996).

Sendo que as raízes da bioética remontam ao Juramento de Hipócrates, até meados do séc. XX, grande parte dos problemas morais que se opunham à biomedicina eram resolvidos por intermédio de uma ética hipocrática, com base em algumas virtudes como a compaixão, assim como no princípio de que o médico deve agir sempre e unicamente em benefício do doente (Archer, 1996).

Foram vários os factores que contribuíram para o desenvolvimento da bioética como uma disciplina. Archer (1996) propõe os aspectos relacionados com a experimentação em seres humanos, nomeadamente práticas abusivas nesse sentido, o desenvolvimento biotecnológico que possibilitou o surgimento de novas técnicas no domínio da medicina e também a percepção de insuficiência dos referenciais éticos tradicionais. Por sua vez, Garcia (2001) considera ainda como factores a emancipação dos doentes, a diminuição da assimetria na relação médico-doente em virtude do desenvolvimento biomédico e também o desenvolvimento da medicina como uma organização social que pretende delegar igual acesso aos serviços de saúde e uma distribuição equitativa de limitados recursos económicos.

A bioética desenvolveu-se, então, como uma nova mentalidade, uma nova sensibilidade de respeito pelos seres vivos na sua globalidade. Falamos de uma nova forma de pensar e de trabalhar, uma nova forma de vida, uma análise da realidade com o objectivo da promoção de uma ética do respeito não apenas pelos seres humanos, mas também pela natureza e da vida em geral (Ten Have, 2001).

Como já foi anteriormente referido, a bioética engloba não só áreas médicas, mas também se preocupa com o ambiente, com a biodiversidade e a sua protecção, como aliás é referido na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005). Caracterizada também por uma dimensão social, a bioética situa-se numa zona de intersecção dos vários saberes assentando num diálogo transdisciplinar que lhe permite manter a autonomia e a independência tanto das áreas científicas como das humanistas. Esta natureza plural e transdisciplinar aliada à abertura, à participação do público e ao assessoramento de políticas nacionais num esforço de harmonização internacional são, segundo Hottois e Parizeu (1998) os elementos que constituem a sua dimensão social.

Na sua real acepção, a bioética consiste num fenómeno cultural, isto é, na exigência da sociedade contemporânea dever melhorar a posição moral das suas estruturas ou reformular determinados aspectos, sempre com base em reais fundamentos éticos, uma vez que esta disciplina concerne a problemas de enorme relevância para cada pessoa humana e para a Humanidade inteira (Privitera, 2001).

O carácter interdisciplinar da bioética é fundamental e decisivo na formulação de qualquer problema normativo. E isto torna-se ainda mais evidente sabendo que os problemas normativos por ela tratados têm sempre um único denominador comum, na relação que a pessoa humana e a sociedade estabelecem com a vida física, com a esfera biológica da realidade pessoal.

A bioética apresenta-se hoje como um grande desafio que o Homem faz a si próprio, à sua capacidade de programar tecnologicamente e também eticamente, o seu futuro e o das suas gerações que virão a suceder-lhe. Este desafio consiste, de acordo com Privitera (2001) em não se deixar intimidar pelas muitas dificuldades que o progresso científico e tecnológico cria à Humanidade, em não esmorecer perante tantos riscos presumíveis e visíveis, que o próprio progresso claramente coloca em relação à vida enquanto tal e à sua qualidade, à Humanidade de hoje e de amanhã.

6.2. Ética e moral

Etimologicamente a sinonímia dos termos ética e moral é equivalente, o que explica que nos dias de hoje se apresentem como sinónimos (Brito, 2004). Ética vem do grego e significa morada, lugar onde vivemos, lugar próprio do Homem, interioridade de que brotam os actos, hábito, carácter. O termo moral, por sua vez, tem a sua origem no latim *mos-moris* e significa costume, carácter, forma de ser.

Contudo, Renaud e Renaud (1996) consideram ser possível operacionalizar uma distinção entre os termos partindo também do significado etimológico de ambos. A ética provém do grego *ethos*, o qual possuía duas grafias diferentes que o constituíam em dois termos de significado diferente, *êthos* e *éthos*. O primeiro designa o lugar de onde derivam os sentimentos, a interioridade humana; por sua vez, ao segundo termo estava inerente a noção de hábito, agir individual. Quando os Latinos traduziram *ethos* condensaram o sentido dos dois termos em hábitos, ou seja no significado de *éthos*, e criaram o termo *mos*, de onde

provém o termo de moral. Então, constatou-se uma alteração de sentido entre o primeiro termo *êthos* e o termo latim de *mores*: o termo grego reportava-se ao foco interior de onde provinham os actos humanos, enquanto o termo latino ia de encontro à componente externa do comportamento humano, a repetição dos actos que constituem os hábitos.

De acordo com os autores supra citados, a ética procura a fundamentação do agir, enquanto a moral indica o modo como as leis morais se formam, se hierarquizam, se aplicam aos casos concretos mediante a decisão e o recurso aos valores. Neste sentido, a ética surge como uma metamoral e a moral como uma ampliação institucional da ética. A ética procura a fundamentação do agir, enquanto a moral analisa o percurso que vai da heteronomia do agir e da sua institucionalização para a compreensão da sua normatividade. A moral estuda a relação entre a lei moral e a autonomia do agir.

Também Ricoeur (1995) considera ser possível atribuir aos dois termos aplicações distintas. O autor utiliza o termo ética para se referir à procura da vida boa, com e pelos outros em instituições justas, e moral relativamente ao conjunto de normas que regem em concreto o agir que pretende atingir essa vida boa. A vida moral é vivida em obediência a um conjunto de valores, princípios e normas que a regem numa comunidade. Brito (2004) afirma que do ponto de vista do autor acima citado, num primeiro nível se procuram os valores, princípios e regras que regem o agir e num segundo nível as características dessas normas e a sua justificação ou fundamentação, o que evidencia a reflexão mais profunda que se designa ética.

De acordo com a Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia (1989) *“a ética analisa a dimensão pessoal da acção, mostrando o modo como agir surge da própria interioridade da pessoa que age. Já não é a conformidade com a lei que é a primeira na consideração da ética mas a fidelidade ao centro social da qual a acção emana (...) a ética trata do fundamento da moral”* (p.960).

Na perspectiva de Cortina (1996), a moral é um conjunto de valores, princípios e regras a que o ser humano deve obedecer para viver humanamente, pois será pela vivência moral que o Homem poderá realizar-se e atingir a plenitude. A moral não bloqueia a pessoa, fornece-lhe o caminho para a sua realização. A ética, por sua vez, é a reflexão sobre a dimensão moral que caracteriza o humano e que é irreduzível a qualquer outra dimensão do

Homem, é uma reflexão crítica, filosófica sobre a moral na procura daquilo que a caracteriza e a justifica.

Cortina e Martínez (2005) consideram que a ética possui três funções distintas: 1) clarificar o que é moral e quais as suas características específicas; 2) fundamentar a moralidade; e 3) aplicar aos diversos âmbitos da vida humana o postulado nos pontos anteriores. Contudo, Pieper (1990) considera que às funções da ética supracitadas se poderia acrescentar uma última, a de incitar à vivência da vida moral como expressão de humanidade do ser humano.

Outros autores há que não consideram a diferença entre ética e moral (Beauchamp & Childress, 2002/1994). Para estes autores, teoria ética e filosofia moral são os termos mais adequados para se referir a reflexão filosófica sobre a natureza e a função da moral. Sendo indissociáveis, será pela teoria que se alcança da forma clara, sistemática e precisa a reflexão sobre a moral, que enquanto sinónimo da ética quanto ao significado, se constitui na avaliação da conduta humana como adequada ou inadequada.

6.3. Princípios de ética médica

Os princípios de ética médica encontram-se centrados na moral comum, sendo que esta adquire as suas premissas básicas através da moral partilhada pelos elementos da sociedade.

As teorias baseadas em princípios são pluralistas (Beauchamp & Childress, 2002/1994). Ao nível do argumento normativo são formadas por dois ou mais princípios *prima facie*, isto é, princípios que não discordam com as restantes teorias éticas e paralelamente não podem ser considerados absolutos, sendo flexíveis na sua aplicação prática e com capacidade de resposta ao nível de dilemas a que outras teorias não conseguem responder (Ricou, 2004). Estas teorias distinguem-se das teorias éticas normativas, desenvolvidas com o objectivo de direccionar a acção humana à luz da ética, que tinham nalgumas perspectivas um carácter unicista. As teorias utilitarista e do dever apresentam um único princípio na regulação da acção, pelo que são monísticas (Beauchamp & Childress, 2002/1994).

A ética da moral comum baseia o seu conteúdo nas crenças compartilhadas e não na razão absoluta, no direito natural ou num determinado sentido moral. Diferencia-se da moral habitual, que reflecte as atitudes simples e os costumes locais. E, neste sentido, os princípios da moral comum, à semelhança dos direitos humanos são critérios universais (Beauchamp & Childress, 2002/1994).

Ainda que os princípios de ética médica tenham a sua essência na moral comum, a sua finalidade não é necessariamente alcança-la. Cada princípio, na sua formulação, deve ser interpretado, especificado e ponderado de acordo com uma ética para a biomedicina. Como princípios *prima facie*, os da ética médica constituem-se guias de acção normativa que estabelecem as condições de permissividade, obrigatoriedade, correcção e incorrecção das acções que respeitam à esfera da biomedicina. No âmbito dos conflitos, postulam o compromisso, a negociação e a mediação. Desta forma, não são intransigentes, visando uma melhor resolução dos dilemas éticos ao nível dos cuidados de saúde, à luz do postulado pelos autores anteriormente referidos.

Os princípios de ética médica propostos por Beauchamp e Childress (2002/1994) são quatro: 1) respeito pela autonomia, 2) não-maleficência, 3) beneficência e 4) justiça. A autonomia por si só difere da conceptualização do respeito pela autonomia. A autonomia é encarada em função dos agentes que a desempenham e é inerente a critérios de intencionalidade, existência de conhecimento e ausência de influências externas ao indivíduo que pretendam controlar as suas acções. Já o respeito pela autonomia individual implica assumir o direito da pessoa a ter opiniões próprias, a escolher e levar a cabo acções baseadas nos seus valores e nas suas crenças pessoais. Deve ser exercido de forma activa e não passiva, meramente a título atitudinal. Ao respeito pela autonomia está subjacente a obrigação de não intervir nos assuntos de terceiros, mas também assegurar as condições necessárias para que a escolha seja autónoma e ultrapassadas todas as circunstâncias que possam dificultar o exercício da autonomia.

No âmbito da prestação de cuidados de saúde assistiu-se nas últimas décadas à evolução do paradigma respeitante à relação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente. Inicialmente esta relação pautava-se por uma postura paternalista, de assimetria em que o profissional decidia no interesse do utente. No entanto, ao longo do tempo esta relação tem evoluído no sentido do respeito pela autonomia do utente, sendo mediada pela

ponderação entre os intervenientes com base na informação providenciada pelo profissional de saúde, mas em que a tomada de decisão cabe ao utente (Tovey, Atkin & Milewa, 2001).

O princípio da não-maleficência, no âmbito da ética médica, encontra-se intimamente associado à máxima *primum non nocere*, que pressupõe, no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, primeiramente não causar dano ao utente. Este princípio impele a não fazer mal intencionalmente, relacionando-se assim com a máxima do Juramento de Hipócrates que considera que, pelo menos, não se deve causar mal.

Assim como transparece do Juramento de Hipócrates, algumas teorias éticas consideram existir similaridade entre os princípios de não-maleficência e beneficência. No entanto à luz desta teoria considera-se a sua diferenciação possível do ponto de vista conceptual. Desta forma, subjacente ao princípio da não-maleficência considera-se que não se deve causar dano ou mal. Doutro modo, o princípio da beneficência indica que se deve prevenir o dano e o mal, se deve evitar causar dano ou mal e que se deve fazer ou promover o bem. Enquanto o princípio da beneficência implica ajudar activamente o indivíduo, o da não-maleficência pressupõe apenas a abstenção da realização de acções que intencionalmente possam causar dano.

Subjacente ao princípio da não-maleficência encontra-se a doutrina do duplo efeito. Esta doutrina pretende especificar as condições do princípio da não-maleficência nas situações em que o agente é incapaz de evitar todos os danos possíveis na intenção de obter importantes benefícios (Beauchamp & Childress, 2002/1994). Trata-se portanto do menor mal que é acarretado na maximização do bem alcançado. À luz da doutrina, para que uma acção com duplo efeito seja justificável, quatro condições devem ser cumpridas (Beauchamp & Childress, 2002/1994): 1) natureza da acção, esta deve ser correcta ou pelo menos moralmente neutra; 2) intenção do agente, que deve apenas ir de encontro ao efeito benéfico, embora o efeito prejudicial ou danoso deva ser previsível, tolerado e permitido, não deve ser premeditado; 3) diferenciação entre os meios utilizados e a finalidade alcançada, o efeito prejudicial não deve ser um meio para obter o efeito benéfico; e 4) proporcionalidade entre os efeitos de benefício e prejuízo, em que o primeiro deve superar o segundo. Para Beauchamp e Childress (2002/1994) cada uma das condições é necessária e o seu conjunto suficiente para que o acto seja moralmente permissível.

O princípio da beneficência tem subjacente o conceito de beneficência como a virtude de fazer o bem (Silva, 1990). Refere-se, mais do que ao exercício das acções em benefício dos outros, à obrigação moral de pautar a conduta por tal asserção. Distingue-se da benevolência por esta concernir ao traço de carácter individual ou virtude de estar disposto a agir em benefício de outrem.

Muito embora a obrigação de conceder benefícios, prevenir e suprimir danos, assim como superar os ganhos face aos prejuízos imputados a uma acção sejam centrais na ética biomédica, o princípio da beneficência não é suficientemente amplo para abarcar os restantes. De facto estas normas de obrigações de beneficência, que na resolução dos dilemas de ética médica devem ser combinadas com os demais princípios, podem predominar sobre obrigações de não-maleficência, ainda que estas não devam ser descuradas.

Existe um interface entre os princípios de beneficência e respeito pela autonomia individual, na medida em que se deve praticar o bem, mas paralelamente, promover a tomada de decisão livre, esclarecida e informada do utente a quem são prestados os cuidados de saúde. Neste sentido, um conceito que surge aliado ao princípio da beneficência é o da vulnerabilidade que se firma na liberdade do indivíduo, na responsabilidade do outro e no reforço da solidariedade (Patrão Neves, 2006).

A justiça como um princípio pressupõe um tratamento igual entre os indivíduos, equitativo e apropriado em função do que lhes é havido ou constitui a sua propriedade. Mediante o conceito de justiça aos indivíduos devem ser atribuídos benefícios ou punições mediante a natureza das suas acções. A justiça distributiva, por seu turno, concerne à distribuição igual, equitativa e apropriada na sociedade, determinada por normas que estruturam a cooperação social. Num sentido amplo é utilizada na distribuição dos direitos e das responsabilidades.

De acordo com o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948, p.1) *“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”*, o que implica que, para além das diferenças passíveis de serem estabelecidas em função do mérito de cada um, haverá um mínimo que deverá ser garantido a todos.

À luz do princípio da justiça social, no referente aos cuidados de saúde, considera-se que os indivíduos devem ter acesso aos cuidados de saúde de igual modo, de forma a

promoverem activamente o seu direito à protecção da saúde por meio da sua auto-determinação.

6.4. Estatuto moral do embrião humano

A ética médica da actualidade, baseada numa abordagem multidisciplinar e pluralista entre perspectivas filosóficas, sociológicas e legais, teve o seu embrião concebido, muito particularmente, após os acontecimentos da II Guerra Mundial.

Uma das questões que tem vindo a ser amplamente estudada (Fasouliotis & Schenker, 2000), nomeadamente desde que os avanços da medicina tornaram possíveis as técnicas de procriação medicamente assistida, é o valor da vida humana intra-uterina, nomeadamente no concernente à utilização de embriões no âmbito da investigação científica.

Os autores postulam que o dilema ético que se estabelece diz respeito ao estatuto moral a atribuir ao embrião humano. Neste sentido, Keating (1998, p.199) considera que *“se refere à questão controversa da protecção moral e jurídica a conceder ao embrião humano em diversos contextos (...), consoante a determinação da sua natureza, que oscila, segundo os casos e as filosofias, entre a de material biológico e a de pessoa”*.

Fasouliotis e Schenker (2000) consideram três opções na definição do estatuto moral do embrião humano: a primeira revela que o embrião é uma parte integrante do organismo materno; a segunda indica que o embrião é um ser humano em potencial e a terceira que ao embrião deve ser atribuído o estatuto de ser humano.

Perante a perspectiva de que o embrião se constitui parte integrante do organismo materno, os autores indicam que a mãe terá o direito a decidir sobre o seu corpo e nesse sentido a decidir-se pela interrupção da gravidez se for seu desejo.

No entanto, se se atribuir ao embrião um estatuto diferente, outras circunstâncias se acarretam. De facto, tal perspectiva poderá implicar a atribuição de direitos ao embrião, considerar o interesse da mãe irrelevante perante o futuro do embrião, não existir justificação para a interrupção da gravidez em consequência de problemas de saúde ou perigo de morte da mulher grávida e, no limite, a gestante passar a ser encarada apenas como a guardiã ou procuradora do embrião.

Ainda, a definição proposta por Fasouliotis e Schenker (2000) de que o embrião é um ser humano em potencial, é segundo os autores, a que detém maior consenso na actualidade. De acordo com a mesma, ainda que seja um ser humano em potencial deve ser tratado com o devido respeito como membro da espécie humana e os seus melhores interesses devem ser preservados desde que não colidam com outros interesses que possam ser considerados de maior valor.

Outra das questões formuladas a este respeito é a partir de que momento o embrião adquire o estatuto de ser humano em potencial. Fasouliotis e Schenker (2000) questionam se o mesmo deve ser atribuído a partir do momento da concepção, a partir da sua definitiva implantação no útero materno ou apenas quando se define o sulco primitivo. Na sua opinião há um consenso relativamente generalizado que o estatuto em si mesmo se atribui a partir do momento em que se estabelece o sulco primitivo.

Esta última perspectiva é também apresentada por Nunes (2000), referindo-se à mesma como a perspectiva ontológica relativa ao estatuto moral do embrião humano. A par desta, o autor apresenta também outras duas perspectivas a respeito do estatuto moral do embrião humano que, não sendo as únicas na matéria, serão as mais conhecidas.

Nunes (2000) considera que a atribuição de um estatuto moral ao embrião humano tem como argumento principal uma perspectiva biológica do desenvolvimento humano nas suas primeiras fases de divisão. Assim, há determinados marcos no desenvolvimento gestacional que devem ser contemplados, nomeadamente: a singamia, o processo de implantação do embrião no útero, o surgimento do sulco primitivo, as primeiras manifestações de actividade cortical, a viabilidade do feto e o momento do nascimento.

A fusão do óvulo e do espermatozóide, nomeadamente a singamia, resulta na formação e edificação de uma nova entidade humana que possui um património genético individual. Consiste na fusão dos pronúcleos materno e paterno, é mais do que a penetração do espermatozóide no óvulo. Alguns autores consideram que é a partir deste momento que o estatuto moral do embrião humano deve ser estabelecido, devendo o mesmo ser protegido a partir de então (Nunes, 2000), consistindo esta na perspectiva clássica. A perspectiva ontológica, referida por Nunes (2000) e também por Fasouliotis e Schenker (2000), atribui o estatuto moral ao embrião humano a partir do momento em que surge o sulco primitivo, marca da individuação do ser humano. Nunes (2000) remete ainda para uma

terceira perspectiva, a obstétrica, que indica que se deve atribuir ao organismo materno grande importância, como suporte físico indispensável, e também como uma entidade que possui uma capacidade geneticamente determinada para influenciar positivamente o desenvolvimento do embrião. Trata-se de uma perspectiva que privilegia o organismo materno uma vez que a viabilidade do embrião, a sua maturação e desenvolvimento, bem como a evolução para estádios superiores de desenvolvimento intra-uterino estão subjacentes ao aporte nutricional e de oxigénio, bem como protecção do meio exterior, fornecidos por esse mesmo organismo. Assim sendo, esta perspectiva apenas valoriza o embrião quando este se encontra associado ao organismo materno, pois será desta forma que evidencia o seu potencial.

Outras fases no desenvolvimento da gravidez são fases importantes no debate desta questão, como por exemplo o momento de implantação do embrião no útero, consolidado através da nidação. Repare-se que antes do referendo nacional que veio a conferir a exclusão de ilicitude à interrupção da gravidez a pedido da mulher e até às 10 semanas, esta seria a perspectiva vigente na sociedade portuguesa ao ser permitida a contracepção de emergência.

No debate sobre o estatuto moral do embrião humano não está em causa identificar se o mesmo se constitui como uma pessoa humana no sentido filosófico do termo (Nunes, 2000). Trata-se de constatar se estamos em presença de uma entidade possuidora de características tais que, se não surgir nenhum elemento perturbador, culmine, com grande probabilidade, na constituição de uma nova pessoa humana. Neste sentido, perante o estatuto a atribuir ao embrião humano, o autor considera que *“até existir uma iniludível confirmação de que o embrião humano durante as suas primeiras divisões, não tem as características suficientes e necessárias para ser considerado uma pessoa humana deve (...) ser considerado como se as tivesse”* (Nunes, 2000, p.119).

A discussão atinente aos enquadramentos sobre o estatuto moral do embrião humano é uma tarefa infundável (Teles, 2004), dadas as diferentes opiniões a este respeito. No entanto, espera-se pelo trabalho realizado através de equipas multidisciplinares conseguir alcançar no futuro um relativo consenso nesta matéria, de acordo com a mesma autora.

6.5. Discussão ética sobre as diferentes formas de abortamento

Discutir a temática do abortamento pressupõe a realização de um exercício reflexivo através da “...categoria do espírito e do pensamento humanos (...) que norteia o desejo e o comportamento...” de acordo com determinados valores positivos (Nunes, 1995, pp. 11-12). Neste sentido, são trazidos à discussão os princípios de ética médica cuja função, como anteriormente referido, se prende com a resolução de dilemas éticos.

São abordadas nesta discussão diferentes perspectivas de autores sobre o assunto, promovendo uma discussão reflexiva e imparcial. De igual modo, serão apresentados alguns documentos de carácter consultivo redigidos por organismos nacionais e internacionais que expressam a reflexão ética sobre a interrupção da gravidez nas suas diferentes formas.

A discussão ética sobre o abortamento deve ser antecedida pelo alcance de um consenso sobre o estatuto havido à vida intra-uterina, nas suas diferentes fases de desenvolvimento. Na perspectiva de Nunes (2000) só assim se legitima a discussão acerca da interrupção da gravidez.

Surge como pertinente, no âmbito da reflexão sobre o abortamento, a definição duma estrutura de raciocínio dignificante da vida humana e limitadora do recurso ao abortamento, permitindo-o em casos excepcionais (Nunes, 2000). O raciocínio acerca dos princípios de autonomia e de beneficência torna-se difícil, por se envolverem na reflexão duas entidades distintas, a gestante e o nascituro. Neste sentido, Nunes (2000) considera que nunca se saberia quem seria beneficiado com determinada acção. Há ainda a questão da autonomia, difícil de definir no seu exercício por parte do nascituro. Todavia a vida intra-uterina seja um bem constitucionalmente relevante e deva ser protegida (Melo, 1998), numa circunstância de liberalismo individual, representado pelos resultados do exercício da liberdade (Savater, 2004), pode acontecer que o direito à auto-determinação seja atribuído à gestante (Nunes, 2000). Schwarz (2005) defende que a auto-determinação da mulher exercida pelo seu direito a controlar o seu corpo não justifica a prática do abortamento.

Para alguns autores a questão coloca-se sobre se o abortamento se pode equiparar ao infanticídio (Gross, 2002; Tooley, 2005). A resposta a esta questão depende, como afirma Tooley (2005), do estatuto atribuído à vida intra-uterina enquanto pessoa humana. Se se considerar o embrião e/ou feto como tal, realizar a interrupção da gravidez acarreta prescindir da sua vida e como tal reveste-se de um acto de infanticídio. Pelo contrário, se tal

característica apenas se identificar após o momento da aquisição da viabilidade fetal, no período anterior a interrupção da gravidez pode ocorrer meramente como um abortamento resultado da vontade manifestada pela gestante em função de determinadas causas.

Outra questão frequente neste domínio é a colocada a propósito de determinadas formas de contraceção, nomeadamente métodos impeditivos de nidação como o dispositivo intra-uterino (DIU) ou a contraceção de emergência, se se constituem em formas de abortamento. A resposta a esta questão remete novamente para a diferenciação do embrião no seu estatuto moral. Os autores que consideram estes métodos abortivos (Sgreccia, 2006; Garcia & AVA, 2007) apresentam uma concepção relativa ao estatuto moral do embrião humano no sentido em que este deve ser valorizado a partir do momento da concepção. Por outro lado, se se considerar o valor da vida humana a partir do momento em que a nidação se completa, por volta do 14^o dia de gestação, estes métodos não poderão ser considerados abortivos, mas sim anti-concepcionais.

De facto, a discussão ética em torno do abortamento difere de acordo com o estatuto moral atribuído ao embrião humano. A título exemplificativo veja-se a discussão em torno dos três possíveis estatutos propostos por Fasouliotis e Schenker (2000). Se o embrião for considerado como uma parte do corpo da mãe, então a mãe tem o direito a abortar, se assim o entender como expressão da sua autonomia; se, por outro lado, se entender o embrião como um ser humano potencial, então deve ser com respeito pela dignidade humana desde que tal não colida com o respeito pela dignidade da mãe; por último, se for atribuído ao embrião o estatuto de ser humano, então o embrião é considerado um ser humano e os interesses da mãe não se podem sobrepor aos seus; desta forma interromper a gravidez pode ter como sinónimo matar uma pessoa.

O abortamento difere substancialmente da redução selectiva. Esta é uma técnica que pretende em gestações múltiplas (quádruplas, quintuplas ou superiores) minimizar o risco de nascimento prematuro, assim como a morbilidade e a mortalidade pré-natal, uma vez que nestas gestações a possibilidade de nascimento de todos os fetos é muito reduzida (Nunes, 2000). É realizada nas circunstâncias em que existe risco para a saúde da mulher e/ou a gravidez múltipla inviabilizar o desenvolvimento dos fetos.

A doutrina do proporcionalismo justifica a realização da redução selectiva ao considerar que existe razão proporcionalmente válida para terminar a vida de um ser

humano, ainda que totalmente indefeso, quando esteja em causa salvar a vida da mãe ou de outros fetos e não a selecção de sexo ou motivações económico-sociais (Nunes, 2000). Desta forma considera-se a diferença entre a redução selectiva e o abortamento, uma vez que enquanto no último o objectivo é a interrupção da gravidez, na primeira o objectivo é permitir a continuidade da vida, seja para a mãe ou para os fetos e não terminar a gravidez.

Segue-se uma reflexão a propósito das diferentes formas sob as quais o abortamento se pode revestir, nomeadamente abortamento electivo, espontâneo, terapêutico, eugénico, de fetos inviáveis e criminológico.

6.5.1. Electivo

O abortamento electivo diz respeito à situação em que a mulher grávida solicita a interrupção da gravidez por outros motivos que não os relacionados com a saúde materno-fetal ou pelo facto de a gravidez ter resultado de um crime contra a sua liberdade e autodeterminação sexual. O abortamento electivo é sinónimo de abortamento psicossocial para Salas (2006), por ser realizado nas circunstâncias em que a gravidez resulta não desejada por motivos de cariz sócio-económico ou psicológico.

Na perspectiva de Serrão (2006, p.73) trata-se da “...*anulação de uma gravidez normal por decisão de uma mulher normal e em relação a um feto normal...*”. No entanto, dada a subjectividade do critério estatístico de normalidade, poderia ser preferível a utilização da terminologia menos subjectiva alusiva ao conceito de saúde. Esta, mais do que um estado integral caracterizado por dimensões bem-estar físico, psíquico e social, além da ausência de doença (WHO, 1946), numa perspectiva positivista cinge-se ao modo como a pessoa ou o grupo é capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, assim como lidar com o meio envolvente (WHO, 1986). Desta forma poder-se-á encarar o abortamento electivo como a anulação da gravidez por decisão da mulher em resposta a uma expressão da sua saúde?

Esta questão representa o dilema da ética a este respeito, em que se debate o direito da mulher à autodeterminação, como expressão do respeito pela sua autonomia por um lado e o valor da vida intra-uterina por outro. Se por um lado a mulher tem o direito de tomar decisões em prol do seu bem-estar e decidir livremente, como é um dos fundamentos das sociedades ocidentais, como aquela em que se vive actualmente, também é verdade que

a vida humana é dotada de grande valor e ter a possibilidade de poder prescindir dela significa colocar em causa esse valor. Há uma extrema importância na definição do valor da vida humana intra-uterina nas suas diferentes fases de desenvolvimento.

De um ponto de vista que considere o valor da vida humana desde o seu início, a partir da constituição do zigoto, o abortamento electivo é eticamente injustificável (Pinto, 2005; Lamus, Posada, Restrepo, Arango, Gambea, Jacome, Borda, & Osorio, 2008). Também neste sentido, o parecer 19/CNECV/97 redigido pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) sobre interrupção voluntária da gravidez considera que deve ser rejeitada a exclusão de ilicitude para o abortamento solicitado pela grávida relativamente a feto normal, uma vez que a vida humana é um bem e a grávida não pode dispor desse bem, que não é seu, mas da grande família que constitui a Humanidade. O novo ser vivo necessita de protecção e deve-lhe ser permitida a sua evolução e desenvolvimento sendo-lhe conferida a dignidade própria dos membros da família humana. Pelo contrário, invocar razões de ordem social e económica reflecte-se na ausência de respeito pela dignidade humana, por se tratar de argumentos de interesse particular.

Ao rejeitar esta opção o CNECV não desvaloriza a repercussão do abortamento realizado de forma clandestina e insegura. Aliás, tendo em consideração o seu impacto, assim como as repercussões do abortamento na saúde física e psíquica da mulher apresenta uma proposta de profilaxia do abortamento clandestino, tal como defende Pinto (2005). Esta proposta visa a educação para a sexualidade, acesso a consultas de planeamento familiar e da especialidade de medicina geral e familiar, educação e implementação dos direitos da mulher.

De acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO, 2006), a prática do abortamento por razões sociais ou de outro tipo é uma questão controversa pelos dilemas éticos que lhe estão implicados. Para os profissionais de saúde debatem-se os valores morais de preservar a vida, cuidar das mulheres que realizam a intervenção e evitar a prática de abortamentos isenta de condições de segurança.

A FIGO (2006) considera, por várias razões, legítimo do ponto de vista da ética a realização do abortamento electivo. Uma das razões prende-se com o facto de que os abortamentos electivos desempenhados em condições apropriadas, principalmente no primeiro trimestre de gravidez são bastante seguros para a saúde da mulher. Perante um

aconselhamento adequado, com a devida transmissão de informação e obtido o consentimento informado, as mulheres devem ter o direito de acesso ao abortamento induzido por métodos terapêuticos e cirúrgicos e que os serviços de saúde têm a obrigação de proporcionar esta intervenção com a máxima qualidade e segurança.

A proposta da FIGO (2006) decorre do direito da mulher à sua autonomia, combinado com a necessidade de prevenir o abortamento realizado de modo inseguro e clandestino. No entanto, considera que os governos devem esforçar-se em promover os direitos, os graus de protagonismo social e saúde da mulher, devem tentar prevenir a gravidez indesejada através da educação, do aconselhamento e da disponibilização da informação adequada que permita uma decisão reprodutiva adequada, recorrendo ao planeamento familiar e não ao abortamento que não se constitui num método contraceptivo. Schenker e Eisenberg (1997) consideram que de forma a reduzir a incidência do abortamento se deve encorajar o atraso do início da vida sexual activa mediante uma melhor educação sexual em casa e na escola, melhor informação e maior disponibilidade no acesso aos serviços que disponibilizam métodos contraceptivos. No mesmo sentido, a Associação para o Planeamento Familiar (APF) no seu *Statement* sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez (2007) considera que o recurso ao abortamento deve ser prevenido e reduzido através da promoção da educação sexual e contraceptiva da população e pela promoção do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Uma das razões pelas quais se elenca tão frequentemente a necessidade e educação para a saúde, a par da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos no sentido do abortamento electivo prende-se com o facto da sua prática dever ser prevenida. A realização desta forma de abortamento deve ser devidamente limitada, de modo a que não seja encarada, no limite, como um método contraceptivo.

Ao informar e educar a acção está a ser dirigida na prevenção das consequências para as quais alerta o argumento da rampa deslizante (Schenker & Eisenber, 1997; CNECV, 1997). Este argumento refere que se um determinado comportamento não for devidamente balizado a sua realização pode intensificar-se de forma prejudicial.

Neste sentido, infere-se à luz do argumento da rampa deslizante que a prática do abortamento electivo, se não for devidamente controlada, assumirá proporções desmedidas

sendo realizado muito frequentemente. Pois, tendo em consideração que tal pode ocorrer, devem ser envidadas medidas de forma a prevenir tal impacto.

6.5.2. Espontâneo

O abortamento espontâneo, como já foi anteriormente referido, é uma circunstância relativamente comum. Por si só, não acarreta uma grande discussão no domínio da ética. No entanto, estabelecendo-se a entidade nosológica de abortamento espontâneo recorrente, há dilemas que emergem, nomeadamente o acesso aos cuidados de saúde que permitam o diagnóstico e tratamento.

No âmbito do princípio da beneficência é considerado pertinente o acesso a estes cuidados de saúde como expressão do direito de autodeterminação em matéria de saúde dos casais afectados por esta problemática. À luz deste princípio, Sgreccia (2006) considera que se devem envidar todos os mecanismos capazes de reduzir a incidência do abortamento espontâneo. De igual forma, e numa perspectiva de justiça distributiva, os casais devem ter igual acesso às oportunidades de diagnóstico e tratamento.

O diagnóstico e tratamento desta problemática podem ser realizados por intermédio de DPN e técnicas de procriação medicamente assistida, onde consta o diagnóstico genético pré-implantação (DGPI). No entanto, de forma a cumprir o princípio da não-maleficência, todos estes procedimentos devem ser devidamente demarcados evitando-se o exagero terapêutico (Sgreccia, 2006), isto é, as medidas usadas no sentido do tratamento que não trarão benefício para o indivíduo, mas que pelo contrário poderão acarretar dano à sua integridade física ou moral.

6.5.3. Terapêutico

A forma terapêutica do abortamento consiste nas situações em que a vida e/ou a saúde da mãe se encontra ameaçada pelo desenrolar da gravidez, pelo que, de forma a preservar e salvaguardar a vida da mulher se prescinde da vida intra-uterina. Ainda que “abortamento terapêutico” seja uma terminologia comumente aceite, Sgreccia (2006) considera imprópria a designação, na medida em que a interrupção da gravidez levada a cabo não é uma terapia. Para o autor, um processo terapêutico pressupõe uma intervenção

médico-cirúrgica que vise curar ou retirar a doença da parte física do indivíduo, e nesta circunstância a intervenção é exercida sobre o elemento sã para a prevenção da doença ou do risco de morte da gestante. Por esta razão propõe que neste contexto se deva designar de interrupção da gravidez em presença de perigo para a vida ou saúde da mãe.

O dilema ético inerente às situações nas quais se pondera o abortamento terapêutico prende-se com o conflito que se estabelece entre a vida da gestante e a vida intra-uterina. De acordo com tal, o CNECV no seu parecer 19/CNEVC/97 considera que quando a situação médica que permita o tratamento da grávida directa ou indirectamente leve ao sacrifício do feto, não são válidos os argumentos a favor da protecção da vida deste. Impera portanto, à luz deste parecer o direito à vida e à saúde da progenitora. Assim, numa situação em que a vida do nascituro colide com a vida da gestante, optar pelo abortamento como única opção de sobrevivência da mulher vai de encontro ao postulado na doutrina do duplo-efeito em que há uma parte lesada, neste caso a vida intra-uterina.

Como em qualquer outra intervenção no âmbito dos cuidados de saúde existe o direito a uma escolha informada por parte da pessoa que a eles se submete. A mulher tem o direito a uma escolha informada perante a opção de abortamento. A recusa de tratamento da sua parte deve ser respeitada, mas tal não implica que a mulher deva ser abandonada. Tomando como exemplo o caso da mulher com um problema cardíaco que recusa a interrupção da gravidez, conhecendo que o avançar da gestação pode prejudicar o seu problema e inclusivamente conduzir à sua morte, o seu acompanhamento deve continuar, quiçá mais frequente ainda. A tomada de decisão pode não ser vinculativa e com o passar do tempo e o agravar dos sintomas, perante a iminência da morte, há a possibilidade de mudança de opinião da parte da mulher. Não deve existir persuasão da parte dos profissionais de saúde que a assistem, mas acompanhamento.

6.5.4. Eugénico

O abortamento eugénico concerne às situações em que se realiza a interrupção da gravidez por motivos relacionados com a saúde do embrião ou feto. A discussão no plano da ética levanta variadíssimos aspectos, nomeadamente: a sua aproximação à eugenia, como uma forma de selecção dos indivíduos com melhores características; o facto de se tratar de um conflito entre a vida intra-uterina e a sociedade, na sobrecarga de recursos que estão

adjacentes aos indivíduos doentes e/ou portadores de deficiência; e ainda, em Portugal, pelo facto de ser permitido por lei até às 24 semanas de gestação, a sua colisão com a viabilidade fetal, sendo que as intervenções feitas perto dessa idade gestacional podem dar lugar a fetos abortados vivos.

A propósito do abortamento eugénico a doutrina da proporcionalidade “...*pressupõe que a malformação fetal seja de tal forma grave que o dano causado pela morte seja menor que o da sobrevivência com a referida deficiência.*” (Nunes, 2000, p.120). De igual forma, numa perspectiva decorrente do respeito pela dignidade humana, bem como do valor atribuído à vida, McCormick (1981) considera legítima a prática do abortamento nas situações em que o problema de saúde do nascituro assumia tal gravidade que, após o nascimento, não se considere a possibilidade de serem envidados mecanismos de ressuscitação.

A presença de uma malformação ou doença não justifica, do ponto de vista de Sgreccia (2006) a interrupção da gravidez, uma vez que tais circunstâncias nada retiram à realidade ontológica do nascituro. Pelo contrário, dadas as características de vulnerabilidade que a malformação ou a doença acarretam, o autor considera que merece uma maior protecção e ajuda da sociedade.

Considera Sgreccia (2006) que nas motivações actuais à prática do abortamento eugénico existem sobretudo questões sócio-económicas pela carga de sacrifício que indivíduos doentes, portadores de deficiências ou malformações constituem para as suas famílias e para a sociedade em termos de recursos sociais, de saúde e educacionais, entre outros.

Na mesma perspectiva, o CNECV no parecer 19/CNEVC/97 considera que no âmbito do abortamento eugénico não se invoca o conflito entre a gestante e a vida intra-uterina, mas entre a sociedade e a última, tendo por base que o embrião ou feto que apresentam malformação grave ou doença genética incapacitante constituem sobrecarga emocional, sanitária e económica para a família e para a sociedade.

O CNEVC considera ainda que a constatação de malformação ou previsão de doença grave como justificação para a supressão de uma vida é um raciocínio que permite a avaliação de determinados argumentos do ponto de vista ético. Assim poderá questionar-se se a aceitação das consequências não esperadas, dolorosas ou pesadas dos actos pode

efectivamente ser vista como facultativa. E ainda se do ponto de vista de uma pessoa portadora de deficiência, uma vida diminuída não vale a pena ser vivida, o que levanta a questão se estas pessoas serão prescindíveis.

Intimamente relacionado com o abortamento eugénico encontra-se o DPN. Enquanto procedimento médico passível de, por intermédio de diferentes técnicas, identificar variadas problemáticas de saúde do nascituro no decurso da gestação, o DPN que identifica no nascituro a possibilidade de vir a sofrer de uma doença ou malformação grave pode ser seguido de um abortamento. Assim, importa reflectir, do ponto de vista da ética, se esta forma de interrupção da gravidez é legítima, em que circunstâncias e que consequências advêm da prática da do DPN. Quanto à aplicação do DPN relativamente ao abortamento eugénico encontra-se que o número de abortamentos pode ter reduzido pela realização do DPN, na medida em que muitos casais em risco genético recorriam sistematicamente a esta prática (Nunes, 2000). No mesmo sentido, Savulesco (2001) propõe o conceito de procriação beneficente, em que considera que, perante situação de doença, os casais devem seleccionar o filho que é esperado ter uma vida melhor, ou pelo menos uma vida tão boa como as demais pessoas, baseado em informação relevante e disponível.

No decurso de uma gravidez desejada é natural que os pais ambicionem um filho perfeito. No entanto, pela utilização das técnicas de DPN podem ser conhecidas as patologias durante o período pré-natal, as que podem surgir durante a infância ou mesmo durante a vida adulta (FIGO, 2006). Este conhecimento concede a possibilidade de terminar a gravidez e esta possibilidade, por sua vez, levanta sérios problemas éticos que se prendem primeiramente com a presença de um problema de saúde e a redução da qualidade de vida como forma de justificar este curso de acção. Por esta razão o término da gravidez deve ser desaconselhado quando a perturbação é passível de ser tratada e não afectará necessariamente a futura qualidade de vida.

De forma a possibilitar um processo de tomada de decisão apropriado, tornam-se pressupostos éticos, no contacto com os pais a quem é proposta uma situação de abortamento eugénico: informá-los sobre a longevidade e qualidade de vida do nascituro depois da nascença, assim como a possibilidade de nascer prematuro, dar-lhes a conhecer o efeito que o nascimento de um bebé nessas circunstâncias terá para a mãe e para a família,

assim como o efeito físico e psicológico que pode advir da interrupção da gravidez, e esclarecer sobre os recursos e apoios para o tratamento do filho ao longo da vida.

Outra das questões éticas levantadas a propósito do abortamento eugénico concerne ao facto de poder dar origem a fetos abortados vivos se ocorrer no período da viabilidade fetal. Este período, como anteriormente referido, consiste no momento a partir do qual o feto pode sobreviver fora do corpo materno e estima-se que se encontre entre a 22^a e a 24^a semana de gestação. Existe então um contra-senso na realização do abortamento eugénico neste momento, altura em que o feto pode nascer com vida.

Perante uma situação em que se previa um abortamento eugénico e que culminou num feto abortado vivo, no Hospital de Faro, dada a dificuldade que a equipa técnica teve em gerir o acontecimento, foi solicitado ao CNECV um parecer sobre o procedimento adoptar em caso de fetos vivos resultantes de abortamento.

Este pedido originou o parecer 28/CNEVC/99 que considera que o abortamento realizado próximo ou durante o marco de desenvolvimento a viabilidade fetal pode resultar num feto abortado vivo e nessa circunstância, pode ser necessário deixá-lo morrer, por omissão de cuidados adequados. No entanto, sendo esta situação difícil de gerir, do ponto de vista emocional quer para a equipa de profissionais de saúde que está presente na intervenção ou para a mulher a quem o cuidado é prestado, o CNECV propõe que este tipo de acontecimento seja prevenido. Neste sentido, propõe uma série de medidas que têm por objectivo minimizar a incidência deste acontecimento, nomeadamente as seguintes: 1) diagnóstico mais precoce da doença ou malformação do feto até às 16 ou 20 semanas; 2) certificação médica exacta da natureza e gravidade da malformação e a sua comprovação; 3) informação completa e isenta da grávida de todos os aspectos, nomeadamente da possibilidade de se o abortamento ocorrer por volta da 24^a semana o feto poder nascer com vida; e 4) inscrição, no processo clínico de todos estes dados.

Nos casos em que os fetos são abortados vivos e se torna necessário deixá-los morrer por omissão dos cuidados necessários pode colocar-se a questão de infanticídio ou mais propriamente neonaticídio? De acordo com Gross (2002) o neonaticídio pressupõe envidar medidas activas que levem à morte do neonato. Esta forma de eutanásia activa não é eticamente aceitável (Gross, 2002; FIGO, 2006), nem nos países como a Holanda onde existe legislação a esse respeito. A opção de não proporcionar tratamento legitima-se nas

circunstâncias em que o objectivo da intervenção era a interrupção da gravidez, mas onde devido à idade gestacional, o abortamento tem como consequência um feto abortado vivo. Tomando em consideração os efeitos negativos dos graves problemas de saúde, da deficiência ou malformação apresentada, quer no indivíduo quer nas pessoas que o rodeiam, justifica-se a decisão de não proporcionar tratamento nos casos em que os prejuízos de saúde são tão relevantes que a continuação da existência não seria benéfica para a criança.

Subjacente à prática do abortamento eugénico encontra-se a obtenção do consentimento livre, informado e esclarecido, de forma explícita, pela pessoa a quem será realizada a intervenção. No entanto, a vontade da mesma deve ser cumprida e se a pessoa desejar não interromper a gravidez e dar à luz o seu filho doente, com malformação ou portador de deficiência, poderá fazê-lo como expressão da sua autonomia e exercício da sua autodeterminação.

Ainda a propósito do processo de obtenção de consentimento, será sempre desejável a existência de um consenso entre o casal a respeito da interrupção da gravidez. No entanto, não sendo este possível, deve prevalecer a opinião e decisão da mulher, pois é o seu corpo que está envolvido e como tal deve, à semelhança do anteriormente postulado, privilegiar-se a sua autodeterminação.

6.5.5. Perante inviabilidade fetal

O parecer da comissão para o estudo dos aspectos éticos da reprodução humana da FIGO sobre os aspectos éticos concernentes a fetos portadores de grave malformação (FIGO, 2006) considera que toda a mulher tem o direito a escolher interromper a gravidez quando está a gerar um feto com graves malformações. Esta decisão é eticamente aceitável em virtude da continuidade da gravidez dar lugar a um bebé com graves malformações que não será capaz de subsistir autonomamente fora do organismo materno.

No mesmo sentido, o CNECV (1997) considera que perante os fetos cujo desenvolvimento se encontra gravemente comprometido pela falta ou insuficiência grave de um órgão vital e que serão incapazes de subsistir fora do organismo materno, se justifica do ponto de vista ético a interrupção da gravidez, uma vez que não seria eticamente correcto defender uma vida sem projecto. Neste sentido, consideram que o abortamento é uma forma de eutanásia involuntária pré-natal, já que sua realização resultará o apressar da

morte do feto. Contudo, consideram-no eticamente defensável na medida em que seria muito difícil para a mulher manter até ao fim uma gravidez sem esperança, passar pelo trabalho de parto, e adiar o luto.

Mais uma vez, é fundamental que seja obtido o consentimento informado, livre e esclarecido e que os pais sejam acompanhados pelos profissionais de saúde. Se entre os pais existirem diferentes opiniões, a opinião da mulher deve prevalecer na tomada de decisão.

6.5.6. Criminológico

O abortamento criminológico diz respeito à interrupção da gravidez até ao momento da viabilidade fetal nas situações em que a gravidez resulta de uma relação sexual não desejada nem consentida da parte da mulher. Para Salas (2006) nestas circunstâncias pode usar-se também a expressão abortamento humanitário com o mesmo significado.

A respeito do abortamento criminológico o CNECV, no parecer 19/CNECV/97 considera que a mulher violada tem o direito de se libertar das consequências indesejadas que potenciam a continuidade do crime de que foi vítima. Consideram a sua realização eticamente aceitável por se tratar de um crime contra a liberdade e a auto-determinação sexual da mulher. Invocando o argumento da ética personalista com respeito pela dignidade humana, indicam que não se pode ignorar que a presença de uma gravidez forçada, resultado de um crime, pode constituir-se numa permanente agressão para o equilíbrio psicológico, havendo risco de suicídio. Neste sentido, o parecer postula para esta causa a exclusão de ilicitude, considerando que se pode legitimamente enquadrar na perspectiva do conflito entre a vida da gestante e a vida intra-uterina.

No entanto, considerando que o parecer fundamenta que o embrião humano deve ser protegido desde o seu início, propõe uma solução de adopção que passa por proporcionar à gestante uma rede de apoio psicológico e social que lhe permita levar a cabo a gestação e no final encaminhar o nascituro para adopção.

Perante o facto de a gravidez resultar de uma violação que se constitui num acto violento e injusto, segundo Schwarz (2005), cuja perspectiva ética assenta no valor da vida humana existente desde o momento da concepção, a realidade da gestação não pode ser ignorada. O autor considera que independentemente da dimensão psicológica que pode

estar inerente ao acontecimento, há uma dimensão prevalecente, a relação biológica entre a gestante e o nascituro continua a existir “...inalterada pela ocorrência da violação.” (Schwarz, 2005, p.61).

A inalterada relação biológica entre mãe e filho proposta por Schwarz (2005) pode ser contestada na medida em que no organismo humano, dada a sua característica de homeostasia, todos os sistemas interactuam, sendo que a dimensão psicológica pode influenciar a biológica e portanto o desenvolvimento da gestação pode ser comprometido pelo estado emocional da gestante.

A perspectiva de aceitação do abortamento criminológico acarreta o pressuposto de uma maior valoração da vida da gestante, comparativamente à vida do embrião ou feto. Alicerçado na razão da ética personalista, este argumento importa ao campo da subjectividade, remetendo para a necessária aceitação de todas as restantes perspectivas, pois no limite todas as decisões são sempre pessoais.

III. ESTUDO EMPÍRICO

1. Definição do problema de estudo

O presente trabalho pretende conhecer as implicações psicológicas ao longo do tempo do abortamento espontâneo, electivo e relacionado com problemas de saúde materno-fetal nos dois elementos de um casal.

2. Objectivos

São objectivos da investigação identificar o impacto do tipo de abortamento a nível da morbidade psicológica e da qualidade percebida do relacionamento conjugal em ambos os elementos da díade do casal. Mais especificamente procura saber se existem diferenças de género no impacto do tipo de abortamento na perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade percebida do relacionamento conjugal no primeiro e sexto mês após o acontecimento, e ainda de que forma o relacionamento conjugal, perante o tipo de abortamento, modera a morbidade psicológica, nos dois elementos do casal.

3. Hipóteses

As hipóteses apresentadas neste trabalho são do tipo dedutivo, isto é, decorrentes de um determinado campo teórico (Almeida e Freire, 2003). Relativamente ao nível de concretização remetem para um nível de concretização conceptual. Neste sentido, as hipóteses subjacentes a este estudo são as seguintes:

- Hipótese 1: O tipo de abortamento (espontâneo, electivo ou relacionado com problemas de saúde materno-fetal) acarreta diferenças em termos da perturbação emocional, da sintomatologia traumática e da qualidade da relação conjugal evidenciadas no momento (no primeiro e sexto mês pós-abortamento) e ao longo do tempo.
- Hipótese 2: Existem diferenças de género no efeito do tipo de abortamento (espontâneo, electivo ou relacionado com problemas de saúde materno-fetais) ao nível

da perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade da relação conjugal, no momento (no primeiro e sexto mês pós-abortamento) e ao longo do tempo.

- Hipótese 3: A qualidade percebida na relação conjugal até um mês após o abortamento modera o efeito do tipo de abortamento (espontâneo, electivo ou relacionado com problemas de saúde materno-fetais) ao nível da perturbação emocional e sintomatologia traumática evidenciada no primeiro e sexto mês pós-abortamento.

4. Variáveis

De acordo com o seu estatuto na investigação, como apresentado na figura 1, identificam-se neste estudo como variáveis independentes (VI) o tipo de abortamento e o período de tempo da avaliação, e como variáveis dependentes (VD) a perturbação emocional, a sintomatologia traumática e o relacionamento conjugal. Como variável moderadora (VM) ou variável que afecta a direcção e/ou a força da relação entre a VI e a VD (Baron & Kenny, 1986; Aguinis, 2003), foi usado o relacionamento do casal no primeiro mês pós-abortamento, de forma a identificar se o efeito do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional e da sintomatologia traumática varia em função do relacionamento do casal como postulam diferentes autores (e.g. Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995; Noya & Leal, 1998)

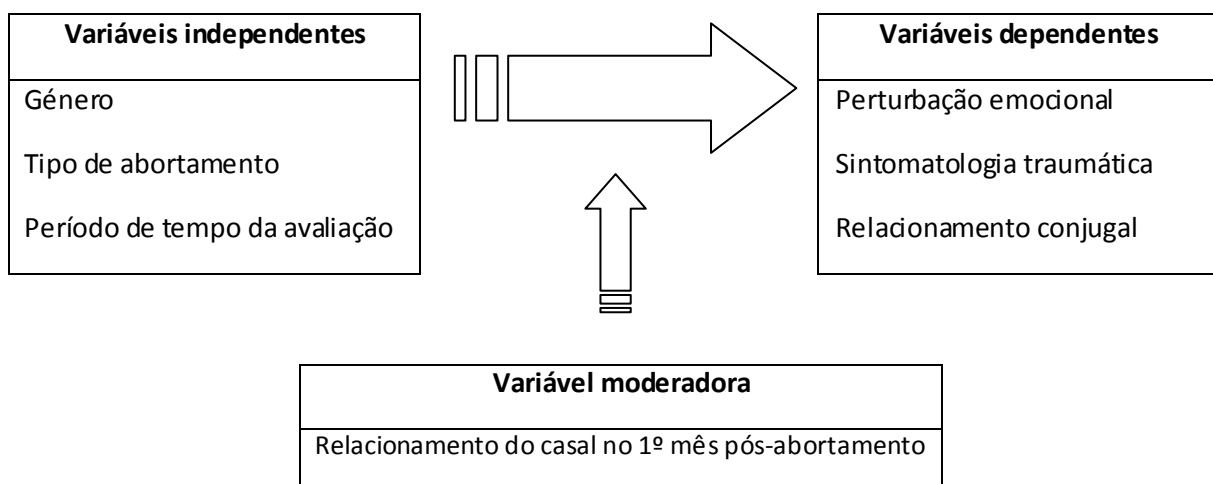


Figura 1. Descrição das variáveis do estudo de acordo com o seu estatuto na investigação.

5. Metodologia

5.1. Participantes

De um total de 78 participantes elegíveis, utentes do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de São João, no Porto, que sofreram um abortamento espontâneo, ou realizaram uma interrupção médica ou voluntária da gravidez, acederam a participar neste estudo 50 mulheres (64%). Sendo este trabalho de investigação dirigido aos casais, foi solicitada a participação do companheiro/cônjuge de cada uma das utentes. Neste sentido, concordaram em participar no estudo 15 indivíduos que mantinham no momento da primeira entrevista relacionamento com as participantes. No total, entre as mulheres e os seus companheiros, contabilizam-se neste estudo a presença de 65 participantes que foram avaliados no período de um mês após a interrupção e novamente contactados para uma segunda avaliação seis meses após a interrupção, tendo nesta fase participado 31 indivíduos (48%).

Do total de participantes do sexo feminino que acederam participar no estudo ($n=50$), 10 (20%) não mantinham relação no primeiro momento de avaliação e em 25 dos casos (50%) o companheiro/cônjuge recusou a participação no estudo.

O tipo de abortamento diz respeito em 30 dos casos (60%) a abortamento electivo, em 10 dos casos (20%) a abortamento por problemas de saúde materno-fetais e noutros 10 (20%) a abortamento espontâneo. O tempo de gestação na altura da interrupção da gravidez variou entre as 4 e as 22 semanas de gestação ($M=8.96$, $DP=4.61$).

A amplitude de idades das participantes situa-se entre os 14 e os 47 anos ($M=30.90$, $DP=6.45$). De etnia predominantemente branca ($n=47$, 94%), as participantes revelaram como denominação religiosa: católica ($n=39$, 78%), testemunha de Jeová ($n=2$, 4%) e nenhuma ($n=9$, 18%).

Quanto ao estatuto matrimonial, 31 mulheres (62%) eram casadas ou viviam em união de facto, 15 (30%) eram solteiras e 4 (8%) encontravam-se separadas ou divorciadas. Do total de mulheres com estatuto matrimonial solteiro, separado ou divorciado ($n=19$), 9 (47%) assumiram estar envolvidas num relacionamento no momento da primeira avaliação. A duração destes relacionamentos compreendia em média 6.9 anos ($DP=5.23$), variando entre 3 meses e 22 anos.

As habilitações literárias das participantes concernem sobretudo ao ensino secundário (n=23, 46%), tendo 10 das utentes (20%) grau académico de licenciatura e 3 utentes (6%) grau académico superior. No momento da primeira avaliação 35 participantes (70%) encontrava-se empregada e a trabalhar, estando as restantes desempregadas.

Quanto a problemas de saúde física actuais e passados, 44 (88%) e 48 (96%) participantes, respectivamente, referem não existir. De igual modo, 43 (86%) participantes indica não possuir história de psicopatologia ou doença mental, sendo que uma percentagem de 4% (n=2) e 10% (n=5) menciona sintomatologia associada a perturbações de ansiedade e humor, respectivamente.

O número de filhos das participantes varia entre 0 (n=21, 42%) e 2 ($M=.82$, $DP=.80$). Quanto a situações de abortamento anteriores, o número varia entre 0 (n=39, 78%) e 4 ($M=.38$, $DP=.86$). Os abortamentos anteriores (n=11) ocorreram de forma espontânea (n=7, 64%), relacionados com problemas de saúde materno-fetais (n=2, 18%) ou por recurso a interrupção voluntária da gravidez (n=3, 27%). A actual gravidez para 12 participantes (24%) era desejada, sendo que em 2 casos (4%) foi resultado de PMA, nomeadamente pela utilização da técnica de fecundação *in vitro* (FIV).

Quanto aos participantes do sexo masculino, companheiros das utentes acima referidas (n=15), a forma de participação no estudo foi, no primeiro momento da avaliação, predominantemente presencial (n=14, 93%), tendo apenas um indivíduo preenchido os instrumentos de avaliação individualmente por correspondência.

O intervalo de idades dos participantes compreende-se entre os 27 e os 47 anos ($M=34.6$, $DP=6.3$), pertencendo estes a etnia branca (n=14, 93%) e negra (n=1, 7%). Como denominação religiosa, 12 participantes (80%) identificam-se católicos, 1 participante (7%) identifica-se como testemunha de Jeová e 2 participantes (13%) identificam nenhuma denominação.

Relativamente às habilitações literárias, 9 participantes (60%) apresentam habilitações correspondentes ao ensino secundário, sendo que 2 (13%) são licenciados e 1 (7%) apresenta grau académico superior. Ainda, no primeiro momento de avaliação, 12 indivíduos (80%) encontravam-se empregados e a trabalhar, enquanto 3 (20%) estavam em situação de desemprego.

Do total de participantes do sexo masculino, 14 (93%) referem não ter problemas de saúde física ou mental. Quanto à gravidez interrompida, 5 (33%) dos participantes classificam-a como desejada.

Sensivelmente quatro meses após o primeiro momento de avaliação, os participantes foram contactados via telefone de forma a averiguar a sua intenção de participar no segundo momento de avaliação. Neste sentido, não foi possível o contacto com 11 das participantes iniciais (22%), enquanto 5 (10%) recusaram a participação na segunda fase de avaliação e 34 (68%) demonstraram intenção de participar.

Do total de 34 participantes que demonstrou interesse em participar na segunda fase de avaliação, 10 (29%) não responderam aos instrumentos enviados por correspondência, tendo assim participado 24 mulheres (71%). Destas participantes, 13 (54%) preferiram a realização do segundo momento de avaliação sob a forma de entrevista, sendo que as restantes 11 (46%) solicitaram o envio do material por correspondência.

No segundo momento de avaliação, 16 indivíduos (67%) indicaram manter a mesma relação, enquanto 8 (33%) mencionaram ter terminado a relação. Das 24 participantes, 5 (21%) referiram ter tentado engravidar no período entre as avaliações, do qual resultaram 4 (80%) gravidezes. Por outro lado, 17 mulheres (71%) afirmam estar a frequentar a consulta de planeamento familiar de forma a fazer uma contracepção eficaz que previna a gravidez indesejada.

Ainda no segundo momento de avaliação participaram 7 (47%) dos 15 indivíduos que realizaram o primeiro momento de avaliação, sendo que todos mantinham as mesmas relações comparativamente à fase anterior de avaliação.

5.2. Procedimento

A realização deste trabalho de investigação foi aceite pelo Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de São João e obteve um parecer favorável da parte da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da mesma instituição (anexo I).

As participantes foram recrutadas para o estudo de natureza quantitativa-correlacional nas instalações do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de São João, sendo os critérios de inclusão no estudo os seguintes: 1) ter realizado uma interrupção

voluntária ou médica da gravidez ou ter sofrido um abortamento espontâneo, 2) no período de até um mês atrás.

O contacto com as participantes foi realizado através do internamento, da consulta de diagnóstico pré-natal e ainda da consulta do primeiro trimestre. Desta forma pôde-se aceder aos casos de abortamento espontâneos com retenção do produto da concepção, às situações de interrupção da gravidez por motivos relacionados com a saúde materno-fetal e aos casos de interrupção voluntária da gravidez.

No primeiro contacto estabelecido com as utentes, os objectivos da investigação foram explicados verbalmente e foi-lhes fornecida a ficha informativa (anexo II). Perante a sua anuência em participar, mediante o período de tempo a que o abortamento tivesse ocorrido, procedia-se à avaliação, sendo numa primeira instância, obtida a declaração de consentimento informado (anexo III). Nos casos de internamento que compreendiam a ocorrência recente de um abortamento espontâneo ou a preparação para uma interrupção da gravidez devida a problemas de saúde materno-fetal, em que era dada a anuência para participar, a avaliação era marcada para o momento da consulta médica que se realiza até um mês após o abortamento.

O contacto com os companheiros das utentes foi sempre realizado com a autorização das mesmas, ora por via presencial ou através das utentes, sendo que a avaliação destes foi proposta na mesma altura da utente, sendo utilizados os mesmos instrumentos. Não havendo a disponibilidade do companheiro se deslocar ao hospital no momento da consulta, foi também dada a possibilidade do investigador se deslocar ao seu encontro ou de preencher os instrumentos e enviá-los pelo correio em envelope RSF.

Como anteriormente referido, à realização da avaliação prevista neste estudo, esteve sempre subjacente a obtenção do consentimento livre informado e esclarecido. A avaliação de cada elemento do casal foi realizada individualmente e durou cerca de 20 a 30 minutos. Na avaliação estiveram compreendidos quatro instrumentos (descritos no capítulo seguinte): entrevista semi-estruturada para efeitos de caracterização sócio-demográfica de cada elemento do casal e determinação da etiologia do abortamento; BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999); IES-R – *Impact of Event Scale Review* (Weiss & Marmar, 1997, o instrumento encontra-se adaptado para a população portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso e Rocha (2007); e RQ – *Relationship Questionnaire*

(Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds & Ascencio, 2008). A utilização destes instrumentos foi autorizada pelos autores da versão portuguesa dos mesmos.

O segundo momento da avaliação do casal foi realizado cinco meses após o primeiro momento, sendo utilizados os mesmos instrumentos. Procurou-se agilizar encontros com os participantes que coincidissem com a consulta da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia. Não sendo possível, o investigador disponibilizou-se para se deslocar ao encontro dos dois elementos do casal ou de estes poderem preencher os instrumentos e enviá-los pelo correio em envelope RSF.

Como eventuais riscos e desconfortos que pudessem estar inerentes aos participantes desta investigação identificou-se a possibilidade de poderem surgir reacções emocionais negativas, como tristeza ou angústia ao serem questionados sobre o abortamento que sofreram. Por outro lado, como benefícios imediatos em resultado da realização deste estudo para os participantes, considerou-se que seriam a ventilação emocional proporcionada, podendo levá-los a sentir-se melhor ao constatarem que são compreendidos, escutados e que o investigador empatiza consigo nos momentos de avaliação. Foi também dada a possibilidade de os participantes poderem beneficiar de acompanhamento psicológico, que seria levado a cabo nas instalações do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia de forma gratuita.

Adicionalmente, a informação resultante deste estudo poderá ajudar a estabelecer novas formas de intervenção no atendimento e acompanhamento das mulheres que sofrem ou a quem é realizado um abortamento.

A participação dos utentes do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de São João neste estudo foi completamente voluntária. Tendo sido garantido a cada utente contactado que a recusa a participar ou a desistência do estudo não implicaria qualquer desvantagem ou perda de benefícios a que de outra forma a pessoa tenha direito.

De igual modo todos os dados recolhidos permaneceram no anonimato, garantindo-se os pressupostos de confidencialidade da informação recolhida. Os instrumentos de avaliação usados foram codificados com uma letra e um número que identificavam os participantes [por exemplo, os questionários preenchidos pelo primeiro casal foram codificados como M1 (mãe n.º1) e P1 (pai n.º1) e assim sucessivamente].

A listagem dos utentes contactados para participação do estudo, com a indicação de anuência ou recusa em participar, bem como os dados recolhidos no decurso da investigação foram apenas utilizados pelo investigador principal para efeitos da elaboração da investigação e, conseqüentemente, da dissertação de mestrado em Bioética.

Todos os dados recolhidos foram salvaguardados e protegidos, não tendo sido reveladas a terceiros informações que permitissem a identificação dos utentes inquiridos.

Não foram previstos custos de participação para os utentes, uma vez que as avaliações realizadas coincidiram com consultas das utentes no Hospital de São João. Nos casos em que tal não foi possível, o investigador disponibilizou-se a deslocar-se ao encontro dos participantes ou distribuir o material com envelopes RSF para que as pessoas envolvidas possam enviar os instrumentos preenchidos pelo correio. Todas estas possibilidades foram discutidas com os participantes e as opções tomadas com base no seu melhor interesse.

O procedimento estatístico para a obtenção dos resultados utilizou o programa SPSS v.17. Pela análise das características metrológicas dos resultados constata-se a sensibilidade dos mesmos perante os três instrumentos usados, reflectindo a distribuição diferenciada dos sujeitos entre si nos seus níveis de realização. De igual modo, identifica-se também a fidelidade dos resultados, sendo os valores de Alfa de Cronbach obtidos superiores a .70, como apresentado na tabela 1, evidenciando consistência interna perante os itens que compõem cada um dos instrumentos usados.

<i>Instrumento</i>	<i>Alfa de Cronbach (α)</i>	
	Momento I da avaliação (α)	Momento II da avaliação (α)
BSI	.97	.98
IES-R	.97	.96
RQ	.84	.76

Tabela 1 – Valores de consistência interna (Alfa de Cronbach) para os resultados obtidos através de cada instrumento nos dois momentos de avaliação.

As análises estatísticas utilizadas neste trabalho compreenderam a utilização de testes paramétricos por se encontrarem cumpridos os pressupostos inerentes. Foram realizadas análises de variância multivariadas (MANOVA) de forma a analisar os objectivos propostos de forma independente no 1º e 6º mês após o abortamento. Os resultados univariados foram apresentados quando não se verificou efeito multivariado em alguma das análises. Estes resultados foram confirmados pelo teste estatístico não paramétrico de Mann-Whitney, que legitima a sua apresentação.

A realização de análises de regressão linear múltipla, com recurso ao método *enter*, foi levada a cabo para determinar o efeito da qualidade da relação conjugal percebida no impacto do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional e sintomatologia traumática.

Também foi utilizada a análise de medidas repetidas no estudo do efeito do tipo de abortamento na perturbação emocional, na sintomatologia traumática na qualidade da relação conjugal ao longo do tempo, bem como na análise das diferenças de género neste impacto. Os resultados obtidos perante a perturbação emocional, o trauma e a qualidade da relação conjugal percebida, respectivamente, foram definidos como medidas de um mesmo factor intra-sujeitos com dois níveis (resultados obtidos no primeiro e sexto mês após o abortamento). O tipo de abortamento e o género foram considerados factores inter-sujeitos das análises.

Uma vez que a análise de medidas repetidas foi levada a cabo perante dois momentos temporais o teste de esfericidade de Mauchly não pode ser realizado, uma vez que pressupõe três ou mais momentos temporais na análise de medidas repetidas (Field, 2005). De modo a suprir esta limitação foi usada a correcção de Greenhouse-Geisser.

5.3. Instrumentos de medida utilizados

De forma a responder aos objectivos do estudo foram seleccionados, pelas suas características, os instrumentos BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999); IES-R – *Impacto of Event Scale Review* (Weiss & Marmar, 1997; o instrumento encontra-se adaptado para a população portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso e Rocha, 2007) e RQ – *Relationship Questionnaire* (Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif,

Deeds & Ascencio, 2008). Paralelamente, foram desenvolvidos questionários sócio-demográficos destinados aos diferentes participantes nos dois momentos de avaliação.

5.3.1. Questionários de caracterização sócio-demográfica

No primeiro momento de avaliação, além da caracterização da etiologia e do tempo de gestação no momento do abortamento (anexo IV) a ficha de caracterização sócio-demográfica das utentes do sexo feminino usada (anexo V). Esta tinha por objectivo a caracterização da utente quanto à idade, etnia, denominação religiosa, estatuto matrimonial, duração da relação, habilitações literárias, profissão, problemas de saúde actuais e passados, história de psicopatologia ou doença mental e história reprodutiva. De acordo com este último item, pretendia-se a caracterização das participantes quanto ao número de filhos, a existência de abortamento anteriores, com caracterização dos mesmos, desejo manifestado perante a gravidez interrompida e recurso a PMA.

Para a caracterização sócio-demográfica das participantes do sexo feminino no segundo momento de avaliação (anexo VI) importava a identificação de variáveis como a frequência de consulta de planeamento familiar, a existência de nova tentativa de gravidez com o conseqüente resultado, a manutenção da relação anteriormente caracterizada ou a indicação do novo estatuto matrimonial, profissão actual, bem como a caracterização de problemas de saúde física e/ou mental que tenham ocorrido no período entre avaliações.

Nos moldes do anteriormente exposto, a caracterização sócio-demográfica dos participantes do sexo masculino no primeiro momento de avaliação (anexo VII) teve por objectivo a sua identificação quanto a idade, etnia, denominação religiosa, estatuto matrimonial, duração da relação, habilitações literárias, profissão, problemas de saúde física e mental e história reprodutiva. A caracterização do segundo momento de avaliação (anexo VIII), assim como no caso das participantes do sexo feminino, pretendeu indicar a manutenção da relação anteriormente caracterizada ou a indicação do novo estatuto matrimonial, profissão actual, bem como a caracterização de problemas de saúde física e/ou mental que tenham ocorrido no período entre avaliações.

5.3.2. BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) encontra-se adaptado para a população portuguesa (Canavarro, 1999). De um ponto de vista geral, o instrumento (anexo IX) avalia sintomas psicopatológicos perante nove dimensões de sintomatologia e três índices globais que constituem, segundo a autora (Canavarro, 2007, p. 305), “...avaliações sumárias de perturbação emocional”.

As dimensões de psicopatologia presentes no BSI são: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Os índices globais são três, nomeadamente: o índice geral de sintomas (IGS) que representa a intensidade do mal-estar experienciado, o índice de sintomas positivos (ISP) que indica a média da intensidade de todos os sintomas assinalados no inventário, e o total de sintomas positivos (TSP) que representa o total de queixas sintomáticas apresentadas.

No presente trabalho, em que o BSI serviu para identificar a sintomatologia psicopatológica nos casais que sofreram abortamentos, usou-se o ISP para determinação da sintomatologia psicopatológica ou perturbação emocional, como variável contínua. O ponto de corte sugerido por Canavarro (2007) de 1.7 foi utilizado para estimar a prevalência da perturbação emocional. Assim, como a autora refere, também neste trabalho se considerou a possibilidade de encontrar pessoas emocionalmente perturbadas acima do valor referido e pessoas da população geral abaixo do mesmo valor. Deve ser mencionado que à utilização deste instrumento esteve subjacente a autorização da autora responsável pela adaptação do instrumento à população portuguesa (anexo X).

Os resultados de fiabilidade do instrumento remetem as dimensões para valores de Alfa de Cronbach superiores a .7, salvo nas dimensões ansiedade fóbica e psicoticismo. Pela análise da estabilidade temporal num subgrupo de 108 indivíduos, a autora conclui que o instrumento apresenta boas características de estabilidade temporal.

5.3.3. IES-R – *Impact of Event Scale Revised*

A escala de impacto de um evento IES-R (Weiss & Marmar, 1997) encontra-se adaptada para a população portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso e Rocha

(2007). Trata-se de uma escala de 22 itens tipo Likert numa escala de cinco pontos, entre 0 (nada) e 4 (extremamente). Desenvolvida de acordo com os critérios do DSM-IV para a PSPT, trata-se de uma medida de auto-relato que permite a identificação de *distress* subjectivo perante qualquer evento específico (Weiss & Marmar, 1997).

Este instrumento (anexo XI) possui três subescalas: evitamento, intrusão e hipervigilância. Terá sido pela introdução desta última subescala que este instrumento se tornou adequado a identificação do trauma perante um determinado evento (Sudin & Horowitz, 2002). Apresenta bons valores de consistência interna, nomeadamente, as características metrológicas dos resultados obtidos nos trabalhos de adaptação à população portuguesa (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso & Rocha, 2007) apontam um valor de Alfa de Cronbach de .94 para a escala total.

Neste trabalho, a subescala trauma foi calculada, como sugerem os autores portugueses, pelo somatório das subescalas evitamento e hipervigilância, sendo usado como porto de corte o valor 35. Partindo desta subescala foi caracterizada a variável sintomatologia traumática, como variável contínua.

A utilização do instrumento foi autorizada pelos autores que fizeram a adaptação à população portuguesa (anexo XII).

5.3.4. RQ – *Relationship Questionnaire*

O questionário sobre o relacionamento do casal “RQ” (anexo XIII) foi usado neste estudo com a autorização do autor responsável pela sua adaptação ao contexto português (anexo XIV). Composto por 12 itens numa escala Likert de quatro pontos entre 1 (nunca) e 4 (sempre), este questionário permite identificar os aspectos positivos e negativos da relação com o(a) companheiro(a) por cada um dos elementos do casal.

De acordo com os autores (Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds & Ascencio, 2008), à dimensão positiva corresponde a subescala positiva do instrumento que avalia o sentido de suporte e cuidado pela parte do(a) parceiro(a), afeição demonstrada, proximidade, assim como a existência de interesses e realização de actividade em conjunto. À dimensão negativa, por seu turno, corresponde a subescala negativa que identifica a presença de discussão, ansiedade, irritabilidade e crítica na relação com o(a) parceiro(a).

A interpretação dos resultados é feita de acordo com a cotação total e os resultados das subescalas que ditam a dimensão negativa e positiva da relação. Assim, os autores acima mencionados, indicam quanto mais alto o *score* total do instrumento melhor a relação com o companheiro(a). No mesmo sentido, o resultado mais elevado na dimensão positiva indica que os aspectos positivos da relação estão mais presentes e o maior resultado na dimensão negativa, denota que os aspectos negativos da relação são mais evidentes. Neste trabalho foram usados apenas os resultados relativos à escala total.

No seu estudo de validação, o RQ demonstrou uma boa consistência interna, com um valor de Alfa de Cronbach de .79 para a escala total, .90 para a subescala positiva e .72 para a subescala negativa.

6. Resultados

Participaram neste estudo, no primeiro momento de avaliação, 65 indivíduos, 50 (77%) do sexo feminino e 15 (23%) do sexo masculino, e no segundo momento de avaliação 48% (n=31) dos participantes iniciais, sendo 24 (77%) do sexo feminino e 7 (23%) do sexo masculino.

No total de participantes, no primeiro momento de avaliação, a prevalência de perturbação emocional ditada pelo ponto de corte do ISP, medida do BSI, foi de 63% (n=41), enquanto a prevalência da sintomatologia traumática, ditada pelo ponto de corte da medida de trauma da IES-R foi de 17% (n=11). No que concerne à relação em que os indivíduos estavam envolvidos no primeiro momento da avaliação, todos os indivíduos a situam numa dimensão positiva, de acordo com os resultados do RQ.

No segundo momento de avaliação, a prevalência da perturbação emocional identificada foi de 31% (n=10). A realização do teste t para amostras emparelhadas permitiu verificar a diminuição da perturbação emocional nos indivíduos ao longo do tempo ($t(31)=2.57$, $p<.05$). A prevalência da sintomatologia traumática identificada nesta fase da avaliação foi de 16% (n=5). O teste t para amostras emparelhadas não verificou qualquer diferença significativa na sintomatologia traumática ao longo do tempo ($t(31)=.34$, n.s.). Quanto ao relacionamento conjugal, no segundo momento da avaliação os participantes situam o seu relacionamento numa dimensão positiva à semelhança do anterior momento

de avaliação. Face a esta variável dependente, o teste t para amostras emparelhadas não identificou diferenças significativas ao longo do tempo ($t(23)=-.25$, n.s.).

As pessoas que participaram no segundo momento não apresentam diferenças face às pessoas que não participaram quanto à perturbação emocional ($F(1,63)=.13$, n.s.), à sintomatologia traumática ($F(1,63)=1.09$, n.s.) e relacionamento conjugal ($F(1,53)=1.13$, n.s.).

6.1. Tipo de abortamento: perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade da relação conjugal no primeiro e sexto mês pós-abortamento

De forma a analisar o efeito do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade da relação conjugal foi realizada uma MANOVA para cada momento de avaliação. Foi também realizada a análise de medidas repetidas, de modo a identificar o mesmo efeito ao longo do tempo. Os dados obtidos apresentam-se sintetizados na tabela 2.

No período de até um mês após o abortamento, não se identificam diferenças multivariadas do efeito do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade da relação conjugal (Wilk's Lambda=.84, $F(6,100)=1.46$, n.s.). No entanto identificam-se diferenças univariadas marginalmente significativas ao nível do efeito do tipo de abortamento relativamente à sintomatologia traumática ($F(2,52)=3.03$, $p=.06$). A realização do teste Post Hoc de Scheffe sugere que a presença de sintomatologia traumática é mais comum nos casos de abortamento espontâneo.

No segundo momento de avaliação não se verificam diferenças multivariadas do efeito do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade da relação conjugal (Wilk's Lambda=.70, $F(6,38)=1.46$, n.s.). Todavia, constata-se a presença de diferença univariada marginalmente significativa ao nível do efeito do tipo de abortamento relativamente à relação conjugal ($F(2,21)=3.30$, $p=.06$). O teste Post Hoc de Scheffe sugere que a existência de índices de maior satisfação conjugal no período de seis meses após um abortamento realizado por motivos de saúde materno-fetais.

A análise das medidas repetidas identificou o efeito multivariado do tempo (Wilk's Lambda=.60, $F(3,19)=4.22$, $p<.05$), assim como o efeito multivariado da interacção entre o tempo e o tipo de abortamento (Wilk's Lambda=.48, $F(6,38)=2.80$, $p<.05$). De igual modo,

permitiu a constatação do efeito univariado do tempo ao nível da perturbação emocional ($F(1,21)=7.15, p<.05$), indicando a diminuição da perturbação emocional ao longo do tempo. Outros efeitos univariados foram constatados, relativamente à interacção entre o tempo e o tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional ($F(2,21)=3.18, p<.05$) e do relacionamento conjugal ($F(2,21)=5.37, p<.05$). Assim, identificam-se a diminuição da perturbação emocional ao longo do tempo nos diferentes tipos de abortamento. Quanto à qualidade percebida no relacionamento conjugal, ao longo do tempo, verifica-se o aumento nos casos de abortamento relacionado com problemas de saúde materno-fetais ($p<.05$).

	Abortamento espontâneo		Abortamento electivo		Abortamento por saúde materno-fetal		F (2,21)
	MI	MII	MI	MII	MI	MII	
	n=12	n=6	n=29	n=9	n=14	n=9	
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	
	(<i>DP</i>)	(<i>DP</i>)	(<i>DP</i>)	(<i>DP</i>)	(<i>DP</i>)	(<i>DP</i>)	
Perturbação emocional	1.90 (.68)	1.45 (.74)	1.54 (.57)	1.27 (.95)	1.84 (.54)	1.48 (.48)	3.18*
Sintomatologia traumática	24.25 (15.87)	21.17 (15.06)	15.00 (12.07)	13.44 (14.30)	22.93 (11.85)	21.89 (11.52)	.85
Relacionamento conjugal	39.33 (3.68)	38.00 (3.35)	36.28 (6.90)	38.67 (2.83)	37.50 (4.86)	41.22 (1.86)	5.37*

* $p<.05$

Tabela 2 – Tipo de abortamento: perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade da relação conjugal no primeiro e sexto mês pós-abortamento.

6.2. Tipo de abortamento: diferenças de género na perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade do relacionamento conjugal no primeiro e sexto mês pós-abortamento

Para que se verificassem as diferenças de género no efeito do tipo de abortamento nas variáveis dependentes em apreço foi realizada uma MANOVA para cada momento da avaliação. Igualmente, foi realizada a análise de medidas repetidas para se identificarem as diferenças no efeito ao longo do tempo. Os resultados obtidos encontram-se na tabela 3.

Não existem diferenças multivariadas na interacção entre o género e o tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional, sintomatologia traumática e relacionamento conjugal no primeiro mês após o abortamento (Wilk's Lambda=.88, $F(6,96)=.99$, n.s.). Testes univariados, no entanto, apresentam diferenças marginalmente significativas do género na perturbação emocional ($F(1,49)=3.03$, $p<.10$), que indicam maior perturbação emocional nos participantes do género feminino comparativamente com o género masculino no 1º mês após o abortamento.

No período de seis meses após o abortamento também não se verifica o efeito multivariado da interacção entre o género e o tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional, sintomatologia traumática e relacionamento conjugal (Wilk's Lambda= .54, $F(6,32)=1.95$, n.s.). Contudo, os testes univariados indicam o efeito do género ao nível da perturbação emocional ($F(1,18)=8.57$, $p<.01$) e da sintomatologia traumática ($F(1,18)=4.94$, $p<.05$), indicando que no período de seis meses após o abortamento as mulheres apresentam maior perturbação emocional e sintomatologia traumática do que os homens.

A avaliação do efeito do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional, da sintomatologia traumática e do relacionamento conjugal nas participantes do género feminino no primeiro mês após o acontecimento não identifica efeito multivariado (Wilk's Lambda=.82, $F(6,70)=1.20$, n.s.), sugerindo que nas mulheres o impacto psicológico no primeiro mês após o abortamento não varia em função do tipo de abortamento.

Foi, contudo, identificado um efeito multivariado marginalmente significativo do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional, da sintomatologia traumática e do relacionamento conjugal nas participantes do género feminino seis meses após o acontecimento (Wilk's Lambda=.39, $F(6,24)=2.39$, $p=.06$). O efeito univariado verificou-se entre o tipo de abortamento e o relacionamento do casal ($F(2,14)=5.64$, $p<.05$), indicando o teste Post Hoc de Scheffe que aos seis meses pós-abortamento as mulheres que realizaram abortamentos induzidos por questões relacionadas com a saúde materno-fetal apresentam melhor qualidade percebida na relação conjugal do que as que sofreram abortamentos espontâneos ($p<.05$) ou realizaram abortamentos electivos ($p<.05$).

Não foi identificado efeito multivariado do tipo de abortamento, no primeiro mês após o evento, nos participantes do género masculino, na perturbação emocional, sintomatologia traumática e relacionamento conjugal (Wilk's Lambda= .58, $F(6,20)=1.60$,

n.s.). Nota-se, a este nível, uma diferença univariada marginalmente significativa do tipo de abortamento perante a perturbação emocional ($F(2,12)=3.33$, $p=.07$) indicando que no primeiro mês após o abortamento, os homens que passam por situações de abortamento por motivos de saúde materno-fetal apresentam maiores índices de perturbação emocional do que os que passam por situações de abortamento electivo.

Neste grupo, aos seis meses pós-abortamento, não há efeito multivariado do tipo de abortamento (Wilk's Lambda=.21, $F(6,4)=.77$, n.s.). Há todavia uma diferença univariada do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional ($F(2,4)=6.57$, $p=.05$), indicando o teste Post Hoc de Scheffe que os homens que passam por situações de abortamento electivo, no período de seis meses após o acontecimento, apresentam menor perturbação emocional comparativamente com os que sofrem abortamentos espontâneos ($p=.05$).

A análise do teste de medidas repetidas não identifica efeito multivariado do tempo na interacção entre o tipo de abortamento e o género na perturbação emocional, sintomatologia traumática e relacionamento conjugal (Wilk's Lambda=.88, $F(6,32)=.34$, n.s.).

No grupo dos elementos do género feminino, a mesma análise encontra o efeito multivariado marginalmente significativo do tipo de abortamento ao longo do tempo (Wilk's Lambda=.40, $F(6,24)=2.35$, $p=.06$). Há ainda o efeito univariado do tipo de abortamento na relação conjugal ao longo do tempo ($F(2,14)=5.87$, $p<.05$). O teste Post Hoc de Scheffe revela a melhoria da relação conjugal ao longo dos seis meses pós-abortamento nos casos de abortamento por motivos de saúde materno-fetais.

A análise de medidas repetidas do tipo de abortamento no grupo de participantes do género masculino ao longo do tempo, não identificou efeito multivariado na perturbação emocional sintomatologia traumática e relacionamento conjugal (Wilk's Lambda=.12, $F(6,4)=1.25$, n.s.).

		Abortamento espontâneo		Abortamento electivo		Abortamento por saúde materno-fetal		
		MI	MII	MI	MII	MI	MII	
		<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>
		(<i>DP</i>)	(<i>DP</i>)	(<i>DP</i>)	(<i>DP</i>)	(<i>DP</i>)	(<i>DP</i>)	
Perturbação emocional	♀	n=9 2.01 (.74)	n=4 1.68 (.84)	n=22 1.70 (.41)	n=7 1.63 (.72)	n=9 1.80 (.67)	n=6 1.55 (.47)	(2,14) 1.55
	♂	n=3 1.57 (.38)	n=2 1.00 (0)	n=7 1.07 (.77)	n=2 0 (0)	n=5 1.90 (.13)	n=3 1.33 (.58)	(2,4) 1.38
	Total	n=12 1.90 (.68)	n=6 1.45 (.74)	n=29 1.55 (.57)	n=9 1.27 (.96)	n=14 1.84 (.54)	n=9 1.48 (.48)	(2,18) .25
Sintomatologia traumática	♀	n=9 26.56 (16.95)	n=4 25.00 (17.07)	n=22 16.32 (12.79)	n=7 17.00 (14.36)	n=9 24.00 (13.16)	n=6 25.83 (11.21)	(2,14) .54
	♂	n=3 17.33 (11.84)	n=2 13.50 (9.19)	n=7 10.86 (8.99)	n=2 1.00 (0)	n=5 21.00 10.12	n=3 14.00 (8.72)	(2,4) .61
	Total	n=12 24.25 (15.87)	n=6 21.27 (15.07)	n=29 15.00 (12.07)	n=9 13.44 (14.30)	n=14 22.93 (11.85)	n=9 21.89 (11.52)	(2,18) .12
Relacionamento conjugal	♀	n=9 38.89 (3.95)	n=4 37.50 (3.42)	n=22 35.09 (7.28)	n=7 38.00 (2.65)	n=9 36.78 (5.74)	n=6 42.00 (1.26)	(2,14) 5.87*
	♂	n=3 40.67 (2.88)	n=2 39.00 (4.24)	n=7 40.00 (3.87)	n=2 41.00 2.83	n=5 38.80 2.77	n=3 39.67 (2.08)	(2,4) .53
	Total	n=12 39.33 (3.68)	n=6 38.00 (3.35)	n=29 36.28 (6.89)	n=9 38.67 2.38	n=14 37.50 (4.86)	n=9 41.22 (1.86)	(2,18) .51

*p<.05

Tabela 3 – Tipo de abortamento: diferenças de género na perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade do relacionamento conjugal no primeiro e sexto mês pós-abortamento.

6.3. Tipo de abortamento: efeito de moderação da relação conjugal no primeiro mês pós-abortamento na perturbação emocional e sintomatologia traumática no primeiro e sexto mês pós-abortamento

O efeito de moderação da variável qualidade do relacionamento conjugal percebido no primeiro mês pós-abortamento no efeito do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional e sintomatologia traumática no primeiro e sexto mês pós-abortamento foi analisado através da análise de regressão linear múltipla, com recurso ao método *enter*. No entanto, tratando-se a variável tipo de abortamento de uma variável nominal constituída por três classes, de forma a poder ser incluída no modelo de regressão foi constituída em duas variáveis auxiliares indicadoras ou variáveis *dummy* (Field, 2005; Maroco, 2007): tipo de abortamento *dummy* 1 (abortamento espontâneo e outros) e tipo de abortamento *dummy* 2 (abortamento electivo e outros).

Perante a avaliação do efeito de moderação do relacionamento conjugal no primeiro mês pós-abortamento face ao efeito do tipo de abortamento na perturbação emocional patente no mesmo período, os resultados indicam que o modelo de regressão explica 7% da variância, sendo marginalmente significativo ($R^2_{AJ}=.07$, $F(5,49)=1.84$, $p=.06$). Em termos da análise dos preditores, o efeito de interacção entre o tipo de abortamento *dummy* 1 e a qualidade percebida no relacionamento conjugal no primeiro mês pós-abortamento não se verifica ao nível da perturbação emocional ($\beta=-.18$, $t=-.10$, n.s.). Já o efeito de interacção entre o tipo de abortamento *dummy* 2 e a qualidade percebida no relacionamento conjugal no primeiro mês pós-abortamento verifica-se ao nível da perturbação emocional de forma marginalmente significativa ($\beta=-2.36$, $t=-1.91$, $p=.06$), revelando o efeito de moderação. Desta forma, identifica-se que as pessoas que realizam abortamentos electivos e apresentam índices mais elevados de qualidade percebida no relacionamento conjugal apresentam menores índices de perturbação emocional.

A análise do efeito de moderação da variável qualidade do relacionamento conjugal percebido no primeiro mês pós-abortamento no efeito do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional evidenciada no período de seis meses após o abortamento não identificou a presença do mesmo. Os resultados indicam que o modelo de regressão explica 20% da variância, não sendo significativo ($R^2_{AJ}=.20$, $F(5,21)=.14$, n.s.), como se constata na tabela 4.

Preditores e moderadores	Perturbação emocional			
	MI		MII	
	B	t	β	t
Tipo de abortamento d1 (espontâneo e outros)	.14	.09	.46	.14
Tipo de abortamento d2 (electivo e outros)	1.94	1.68	1.06	.65
Relação conjugal (MI)	1.23	1.14	.70	.48
	$R^2=.16$		$R^2=.03$	
Efeito de moderação	B	t	β	t
Tipo de abortamento d1 * Relação conjugal (MI)	-.18	-.10	-.58	-.15
Tipo de abortamento d2 * Relação conjugal (MI)	-2.36	-1.92 ⁺	-1.19	-.71
	$R^2AJ=.07, F(5,49)=1.84^+$		$R^2AJ=.20, F(5,21)=.14$	

⁺ p<.10

Tabela 4 – Tipo de abortamento: efeito de moderação da relação conjugal no primeiro mês pós-abortamento na perturbação emocional no primeiro e sexto mês pós-abortamento.

O efeito de moderação da variável qualidade do relacionamento conjugal percebido no primeiro mês pós-abortamento ao nível do impacto do tipo de abortamento na sintomatologia traumática evidenciada verifica-se no período de um mês após o abortamento, sendo o modelo de regressão significativo e explicativo de 11% da variância ($R^2AJ=.11, F(5,49)=2.35, p<.05$). O efeito de interacção entre o tipo de abortamento *dummy* 1 e a qualidade percebida no relacionamento conjugal no primeiro mês pós-abortamento não existe perante a sintomatologia traumática ($\beta=-.73, t(5,49)=-.42, n.s.$). No entanto, o efeito de interacção entre o tipo de abortamento *dummy* 2 e a qualidade percebida no relacionamento conjugal no primeiro mês pós-abortamento verifica-se ao nível da sintomatologia traumática de forma significativa ($\beta=-2.50, t=-2.09, p<.05$), revelando o efeito de moderação. Assim, constata-se que as pessoas que passam por situações de abortamento electivo e apresentam índices mais elevados de qualidade percebida no relacionamento conjugal apresentam menores índices de sintomatologia traumática.

Não se verificou o efeito de moderação da variável qualidade do relacionamento conjugal percebido no primeiro mês pós-abortamento no efeito do tipo de abortamento ao nível da sintomatologia traumática presente aos seis meses pós-abortamento. O modelo de

regressão explica 3% da variância, não sendo significativo ($R^2_{AJ}=.03$, $F(5,21)=.85$, n.s.), como apresentado na tabela 5.

Preditores e moderadores	Sintomatologia traumática			
	MI		MII	
	B	t	β	t
Tipo de abortamento d1 (espontâneo e outros)	.62	.41	1.66	.53
Tipo de abortamento d2 (electivo e outros)	2.03	1.79	1.56	1.04
Relação conjugal (MI)	1.44	1.35	1.49	1.12
	$R^2=.19$		$R^2=.03$	
Efeito de moderação	B	t	β	t
Tipo de abortamento d1 * Relação conjugal (MI)	-.73	-.42	-1.95	-.54
Tipo de abortamento d2 * Relação conjugal (MI)	-2.50	-2.09*	-1.88	-1.21
	$R^2_{AJ}=.11$, $F(5,49)=2.35^*$		$R^2_{AJ}=.20$, $F(5,21)=.14$	

* $p<.05$

Tabela 5 – Tipo de abortamento: efeito de moderação da relação conjugal no primeiro mês pós-abortamento sintomatologia traumática no primeiro e sexto mês pós-abortamento

Através de MANOVA procurou identificar-se o efeito da existência de uma relação no momento do abortamento na perturbação emocional e sintomatologia traumática evidenciados no primeiro e sexto mês após o abortamento.

A análise dos dados obtidos no primeiro mês após o abortamento evidencia um efeito multivariado marginalmente significativo da presença do companheiro ao nível da perturbação emocional e da sintomatologia traumática (Wilk's Lambda=.90, $F(2,49)=2.89$, $p=.06$). De igual modo, encontram-se diferenças univariadas que indicam a existência de maior perturbação emocional ($F(1,50)=4.78$, $p<.05$) e maior sintomatologia traumática ($F(1,50)=4.10$, $p<.05$) nas mulheres sem companheiro no momento do abortamento.

Ao nível da avaliação do impacto psicológico pós-abortamento realizado seis meses após o evento existe um efeito multivariado marginalmente significativo da ausência de companheiro perante a perturbação emocional e a sintomatologia traumática (Wilk's Lambda=.82, $F(2,22)=2.48$, $p<.10$). A diferença univariada neste sentido indica o efeito da

ausência de companheiro ao nível da sintomatologia traumática ($F(1,23)=5.12, p<.05$), revelando que nos seis meses pós-abortamento, as mulheres que no momento do abortamento não estão envolvidas numa relação, apresentam maiores índices de sintomatologia traumática comparativamente com as que mantêm uma relação aquando do evento.

A análise das medidas repetidas não identificou o efeito da presença de companheiro na perturbação emocional e da sintomatologia traumática ao longo do tempo (Wilk's Lambda=.97, $F(2,22)=.34, n.s.$).

7. Discussão dos resultados

Os resultados obtidos não identificam diferenças multivariadas do efeito do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional, da sintomatologia traumática e da qualidade da relação conjugal no primeiro e sexto mês pós-abortamento para um nível de significância inferior a .05. Identificou-se o efeito multivariado do tempo, bem como da interacção entre o tempo e o tipo de abortamento ($p<.05$). No decurso destes resultados, verificou-se ainda o efeito univariado do tempo ao nível da perturbação emocional ($p<.05$), indicando que esta diminui ao longo do tempo, e o efeito univariado da interacção entre o tempo e o tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional ($p<.05$) e do relacionamento conjugal ($p<.05$). Deste modo, verifica-se uma diminuição da perturbação emocional transversal aos três tipos de abortamento em apreço neste estudo, no período de seis meses após o evento, e que no mesmo período, a qualidade percebida no relacionamento conjugal aumenta nos indivíduos que experienciam uma situação de abortamento relacionado com problemas de saúde materno-fetal.

Estes dados indicam, a propósito da primeira hipótese apresentada para este estudo, que o tipo de abortamento (espontâneo, electivo ou relacionado com problemas de saúde materno-fetal) não acarreta diferenças em termos da perturbação emocional, da sintomatologia traumática e da qualidade da relação conjugal evidenciadas no primeiro e sexto mês pós-abortamento, mas ao longo do tempo.

Diferentes trabalhos têm apontado maior morbidade emocional na consequência do abortamento espontâneo quando comparado situações de abortamento induzido (e.g., Klock, Chang, Hiley & Hill, 1997; Noya & Leal, 1998; Major, Cozzarelli, Cooper & Zubeck,

2000; Broen, Moum, Bodtker & Ekeberg, 2004). Estes dados não foram corroborados no presente estudo, uma vez que não se identificaram diferenças estatisticamente significativas na perturbação emocional em função do tipo de abortamento no primeiro e no sexto mês após o evento. O facto de os resultados confirmarem a existência da diminuição da perturbação emocional de forma transversal às diferentes formas de abortamento ao longo do tempo evidencia que no mês seguinte à interrupção da gravidez existe perturbação emocional em consequência do evento experienciado, independentemente da sua etiologia, que diminui ao longo do tempo. Estes dados vão de encontro ao apresentado por Miller, Pasta e Dean (1998) que consideram que na sequência de um abortamento são raras as consequências negativas severas.

No que concerne à sintomatologia traumática, alguns autores sugerem que as pessoas que passam por abortamentos electivos apresentam maiores índices comparativamente com outros tipos de abortamento (Broen, Moum, Bodtker & Ekeberg, 2004; Lavín & Garcia, 2005), enquanto outros admitem que as situações de abortamento por questões de saúde materno-fetais são passíveis de causar trauma (Bradshaw & Slade, 2003), bem como as situações de abortamento espontâneo (Lee & Slade, 1996; Morrissey, 2007). Os resultados obtidos neste trabalho demonstram uma incidência de 17% (n=11) no que respeita à sintomatologia traumática, não se verificando o efeito do tipo de abortamento ao nível desta no período de um e seis meses após o abortamento ou qualquer diferença estatisticamente significativa ao longo do tempo. Tal não confirma o anteriormente postulado, como descrito na literatura, mas pode ser interpretado à luz do que apresentam Turton, Hughes, Evans e Fairmain (2001), que consideram que ainda que existam repercussões psicológicas do abortamento, este evento não se constitui um preditor da ocorrência de PPST. Igualmente, Noya e Leal (1998) referem que a interrupção da gravidez deve ser encarada como um *life-event* que permite maturação e crescimento às pessoas que o experienciam, considerando pouco consistente a defesa da SPA.

Relativamente ao efeito do tipo de abortamento ao nível da qualidade de relacionamento conjugal percebido, neste trabalho não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas no primeiro e sexto mês após o evento. Estes dados vão de encontro ao apresentado por Bradshaw e Slade (2003) que indicam que o abortamento parece não influenciar o relacionamento do casal. No entanto, ao longo do tempo verificou-se o aumento da qualidade percebida na relação dos indivíduos que sofreram um

abortamento por motivos de saúde materno-fetais. Tal como evidenciado neste trabalho, Mekosh-Rosebaum e Lasker (1995) indicam que o abortamento não só não tem um impacto negativo no relacionamento conjugal, como em algumas situações, designadamente nas situações de abortamento por motivos de saúde materno-fetais, pode verificar-se um aumento da qualidade da relação em consequência do aumento do suporte emocional prestado por cada um dos elementos do casal ao seu companheiro(a).

No que concerne às diferenças de género no efeito do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade da relação conjugal, no período de um e seis meses após o abortamento, não se verificaram diferenças multivariadas significativas num grau inferior a .05. Analogamente, não se identificou o efeito multivariado do tempo na interacção entre o tipo de abortamento e o género na perturbação emocional, sintomatologia traumática e qualidade do relacionamento conjugal. A obtenção destes resultados não confirma o postulado na segunda hipótese deste trabalho de investigação que pretendia averiguar o apresentado na literatura de que diferentes tipos de abortamento acarretam diferentes respostas nos dois elementos do casal (McGreal, Evans & Burrows, 1997).

Todavia, embora os dados não apresentem as diferenças de género perante os tipos de abortamento, há de facto diferenças estatisticamente significativas do efeito do género na perturbação emocional ($p < .05$) e sintomatologia traumática ($p < .01$), no período de seis meses após o abortamento, que revelam que as mulheres apresentam maior perturbação emocional e sintomatologia traumática do que os homens. Estes dados vão de encontro ao postulado por distintos autores que consideram que parece ser evidente que os homens apresentam menor morbidade psicológica comparativamente às mulheres como consequência de um abortamento (e.g., Kero & Lalos, 2004; Serrano & Lima, 2006).

As análises realizadas no âmbito dos participantes do género feminino indicaram a melhoria da qualidade percebida no relacionamento conjugal ao longo do tempo no conjunto de mulheres que sofreram abortamentos por motivos de saúde materno-fetais, sendo que seis meses após o evento estas mulheres apresentavam melhor percepção da qualidade do relacionamento do casal do que as mulheres que sofreram abortamentos espontâneos ($p < .05$) e electivos ($p < .05$). Estes resultados correspondem ao apresentado por Mekosh-Rosebaum e Lasker (1995) que revela que das situações de abortamento por motivos de saúde materno-fetais pode resultar um aumento da qualidade da relação em

consequência do aumento do suporte emocional prestado pelo companheiro. Como sugere Corbet-Owen (2003), as mulheres nesta circunstância carecem de suporte emocional da parte dos companheiros, de forma que quando este existe, percebem um impacto positivo do mesmo no relacionamento conjugal.

Nos elementos do género masculino, os resultados obtidos apresentam diferenças estatisticamente significativas do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional ($p < .05$) aos seis meses pós-abortamento, que indicam que os homens que passam por situações de abortamento electivo apresentam menor perturbação emocional do que os que passam por abortamentos espontâneos. Estes dados podem remeter para o comprometimento do homem para com a gravidez, que na perspectiva de Cabral (2005) é representativo na experiência de perda subsequente a um abortamento. Desta forma, pode inferir-se que os homens que passam por situações de abortamento electivo não estão tão comprometidos com a gestação, pelo que têm menores repercussões emocionais, quando comparados com os homens que passam por situações de abortamento espontâneo que apresentam um impacto psicológico mais significativo pela não concretização do desejo de ter um filho, como afirma Worden (2006).

Relativamente à terceira hipótese formulada para este trabalho, que considerava que a qualidade percebida na relação conjugal até um mês após o abortamento moderava o efeito do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional e sintomatologia traumática evidenciada no primeiro e sexto mês pós-abortamento, os resultados identificaram o efeito de moderação do tipo de abortamento ao nível da sintomatologia traumática no primeiro mês pós-abortamento ($p < .05$). Assim, verificou-se que as pessoas que experienciaram uma situação de abortamento electivo e manifestavam índices mais elevados de qualidade percebida no relacionamento conjugal demonstravam menores índices de sintomatologia traumática. Estes dados remetem para o suporte social, nomeadamente o suporte evidenciado pelo companheiro, que é considerado, por muitos autores (e.g., Murphy, 1998; Major & Gramzow, 1999; Wierzbicka & Sokolowska, 2004), um factor essencial para a recuperação emocional após o abortamento. Efectivamente, a literatura refere que a percepção da relação como negativa está positivamente associada à morbidade emocional em consequência de um abortamento (Klock, Chang, Hiley & Hill, 1997) e que as pessoas que dispõem um suporte social mais significativo têm uma recuperação emocional mais positiva (Noya & Leal, 1998).

Além da qualidade da relação conjugal, a própria existência da relação pode condicionar o impacto psicológico após o abortamento. Neste trabalho verificaram-se diferenças estatisticamente significativas da presença de companheiro ao nível da perturbação emocional e sintomatologia traumática experienciada pelas mulheres no primeiro e sexto mês pós-abortamento. Assim, foi identificado que comparativamente às mulheres que tinham uma relação no momento da interrupção da gravidez, as que se encontravam sozinhas, no primeiro mês pós-abortamento, apresentavam maiores níveis de perturbação emocional ($p < .05$) e maiores índices de sintomatologia traumática ($p < .05$). De igual modo, aos seis meses pós-abortamento, estas mulheres apresentam maiores índices de sintomatologia traumática ($p < .05$) independentemente da etiologia do abortamento. Estes dados vão de encontro ao apresentado por Noya e Leal (1998), de que no impacto havido ao abortamento, além da duração e tipo da relação estão implicados outros factores como a própria existência de relacionamento.

Da realização deste trabalho de investigação depende-se que o impacto psicológico do abortamento, relativamente à perturbação emocional, sintomatologia traumática e relacionamento conjugal, poderá não estar exclusivamente relacionado com a etiologia do abortamento. Deste modo, existem outras variáveis que poderão determinar a razão segundo a qual certas consequências poderão resultar na saúde mental das mulheres que experienciam estes eventos e seus companheiros, como sejam o género, o relacionamento conjugal e a qualidade percebida no mesmo, como constatado neste trabalho.

Ainda, importam nas repercussões emocionais do abortamento outras variáveis que não tendo sido exploradas neste estudo, poderão assumir especial relevo em função do tipo de abortamento como sejam o desejo da gravidez (e.g., Marker & Odgen, 2003), o planeamento da mesma (e.g., Mendes, 2002), o suporte social experienciado da parte de amigos e familiares (e.g., Major & Gramzow, 1999), a idade e a paridade (e.g., Noya & Leal, 1998), entre outras.

8. Limitações e sugestões para futuras investigações

O número de participantes no estudo, particularmente o número de elementos do género masculino, que, sendo reduzido, pode não representar efectivamente o impacto psicológico dos diferentes tipos de abortamento. Também, verificou-se um significativo

decréscimo no número de participantes ao longo do estudo, embora não existam diferenças estatisticamente significativas ao nível do grupo de pessoas que participou face ao que não participou na avaliação realizada no período de seis meses pós-abortamento.

Relativamente ainda aos participantes, poderá colocar-se a questão se as pessoas que acederam participar no estudo seriam aquelas que lidaram melhor com o evento, representando as recusas em participar os casos mais significativos de morbilidade psicológica. De igual modo, a dúvida levanta-se se os companheiros das utentes que acederam participar seriam aqueles que teriam um relacionamento conjugal situado numa dimensão mais positiva e qual o impacto disso mesmo nos resultados obtidos.

No que concerne aos instrumentos de medida utilizados, especificamente o BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999), apresenta itens na avaliação da dimensão somatização, como “perda de apetite” e “vontade de vomitar ou mal-estar do estômago” que correspondem a sintomas secundários da interrupção medicamentosa da gravidez. Tal poderá ser uma limitação na medida em que poderá ter influenciado os resultados obtidos em termos da perturbação emocional dos elementos do género feminino.

Quanto a sugestões para investigações futuras, propõe-se o recurso a um número maior de participantes, assim como a análise, além do tipo de abortamento, de outras variáveis que possam ser significativas em termos das repercussões psicológicas, como o desejo da gravidez, o planeamento da mesma e o suporte social, entre outras.

Relativamente ao tratamento estatístico dos dados, propõe-se a análise do efeito de moderação do relacionamento conjugal no efeito do tipo de abortamento ao nível da perturbação emocional e sintomatologia traumática através da utilização de equações estruturais pois em alguns casos, como no presente em que foi necessário o recurso a variáveis *dummy*, a análise de regressão pode ser um recurso não tão eficaz quanto desejado (Holmbeck, 1997).

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interrupção da gravidez, particularmente sob a forma de abortamento até ao período da viabilidade fetal, é um tema entendido por muitos como controverso, gerando opiniões e posições distintas sobre a matéria.

No domínio da ética, o principal dilema concerne ao conflito que se estabelece entre o respeito pela autonomia individual e o valor da vida humana intra-uterina. A atribuição de um estatuto moral à vida humana intra-uterina apresenta como principal argumento uma perspectiva biológica do desenvolvimento humano, evidenciando os marcos do desenvolvimento intra-uterino que lhe conferem uma maior individuação e valoração ao nível das sucessivas semanas de gestação. No entanto, a discussão acerca do estatuto moral do embrião humano, visando o reconhecimento do seu valor não como uma pessoa humana no sentido filosófico do termo, pretende identificar a partir de quando o respeito pela vida humana lhe deve ser outorgado. Assim, as asserções mais comuns a este respeito apresentam duas correntes. Uma indica que a vida humana existe desde o momento da concepção e outra afirma que o estatuto moral do embrião humano deve ser atribuído a partir da constituição do sulco primitivo no desenvolvimento embrionário.

Efectivamente, a discussão acerca do estatuto moral a atribuir à vida humana intra-uterina encontra-se perspectivada em torno de diferentes correntes e opiniões. Neste trabalho, conclui-se que as diversas mundividências construídas sobre este assunto são naturalmente aceitáveis uma vez que parece ser impossível uma demonstração cabal sobre o momento do início da vida humana. Neste sentido, as diversas opiniões deverão ser encaradas a partir das diferentes sensibilidades de quem as produz pelo que por isso mesmo devem ser analisadas e respeitadas em função da valorização da diversidade interpessoal, valor tão importante na sociedade actual.

A discussão ética acerca do abortamento nas suas diferentes formas engloba naturalmente esta preocupação com o valor da vida humana intra-uterina, mas também a preocupação com o respeito pela autonomia individual. O abortamento electivo, como a solicitação da interrupção da gravidez por vontade da mulher sem justificação de ordem médica ou legal é um assunto controverso, que exprime o conflito entre as duas

preocupações anteriormente enunciadas. Embora alguns autores, de acordo com uma perspectiva de defesa da vida humana desde o seu início, considerem reprovável a realização do abortamento electivo (Pinto, 2005; Serrão, 2006; Lamus *et al.*, 2008), outros consideram que a sua realização, dentro de determinados limites temporais ao nível da gestação, decorre do direito da mulher ao exercício da sua autonomia (FIGO, 2006), contribuindo também para a minimização e prevenção da realização do abortamento de modo inseguro e clandestino (FIGO, 2006; WHO, 2004).

Todavia, tão importante como a (im)possibilidade da realização desta prática é a necessidade de implementação de programas de educação para a saúde, adequados a cada fase da vida dos indivíduos. Idealmente, estes programas devem transmitir informação, trabalhar atitudes e proporcionar a aquisição de comportamentos salutareos acerca da sexualidade, afectividade, decisão reprodutiva, planeamento familiar e parentalidade, entre outros aspectos. Deste modo, através de uma educação para a saúde realizada de modo longitudinal, estar-se-ia a contribuir para uma tomada de decisão livre e informada de cada indivíduo sobre si e sobre o seu corpo. Pelo reconhecimento de que o abortamento electivo não é, nem deve ser encarado como um método anti-concepcional, a educação para a saúde deve ser exercida de modo que os indivíduos previnam e minimizem o seu recurso a esta prática.

O abortamento espontâneo por si só não acarreta uma grande discussão em termos éticos. Embora à luz do princípio da não-maleficência deva ser tido em consideração que o tratamento médico realizado com o objectivo de tratar as situações de abortamento espontâneo, particularmente nos casos recorrentes, deve evitar o exagero terapêutico. Muitas vezes, os longos tratamentos no âmbito da PMA acarretam para estes casais um vasto sofrimento físico e psicológico (Sgreccia, 2006), pelo que impera uma tomada de decisão consciente quanto aos tratamentos a realizar, discutida com a equipa médica, sobre a altura a partir da qual os tratamentos médicos deverão ser interrompidos e outras soluções ponderadas.

O abortamento terapêutico é levado a cabo nas situações em que a vida da gestante não é compatível com a vida intra-uterina. Deste modo, de forma a preservar e salvaguardar a saúde e vida da mulher, prescinde-se da vida do embrião ou feto. Este tipo de

abortamento é justificado, do ponto de vista da ética, à luz da doutrina do duplo efeito¹, pois ao preservar a vida da mãe, causando o efeito benéfico na sua saúde, decorre o efeito prejudicial, que implica terminar a vida intra-uterina. No geral, considera-se que esta forma de abortamento não acarreta uma discussão muito forte, na medida em que há um consenso generalizado de que esta interrupção se legitima de modo a preservar a vida da mulher.

O abortamento eugénico, ou a interrupção da gravidez por motivos relacionados com a saúde do embrião ou feto, levanta distintas questões no domínio da ética. Particularmente estas questões concernem à sua aproximação da eugenia, ao facto de se tratar de um conflito entre a vida humana intra-uterina e a sociedade, e ainda à possibilidade de ao ser realizado perto das 24 semanas dar origem a um feto portador de grave doença ou mal formação abortado vivo.

De acordo com a doutrina da proporcionalidade, como refere Nunes (2000), o abortamento eugénico justifica-se sempre que a malformação fetal seja de tal forma grave, que o dano causado pela morte seja um mal menor comparativamente a viver com a referida malformação. No entanto, outros autores questionam se não se estará a incorrer num pretense eugenismo, ao seleccionar-se os indivíduos não doentes ou sem deficiência ou malformação, ou se por outro lado se pode concluir da prática do abortamento eugénico que uma vida diminuída não vale a pena de ser vivida.

De facto, as pessoas portadoras de deficiência requerem maiores quantidades de recursos sanitários, educacionais, entre outros. No entanto, não é uma questão de afectação de recursos que justifica a prática desta interrupção, mas sim de grave doença ou malformação, que incapacitaria grave ou fatalmente o indivíduo durante a sua vida, por um lado, assim como a possibilidade de decisão dos pais mediante o desejo de (não) ter um filho portador de deficiência por outro.

Uma questão pertinente acerca do abortamento eugénico é a possibilidade deste ser realizado até às 24 semanas de gestação. Ainda que assim esteja previsto no Código Penal Português (2008), de uma interrupção tardia pode resultar um feto abortado vivo. Nesta situação, pode ser necessário deixar o feto morrer por omissão dos cuidados adequados

¹ Para uma informação mais detalhada acerca da doutrina do duplo efeito consultar a página 50.

CNECV (1999). No entanto, considerando que esta é uma situação emocionalmente difícil quer para a mulher que faz o abortamento como para a equipa médica que acompanha o caso, deve ser prevenida.

O abortamento de fetos inviáveis é considerado eticamente defensável por organismos nacionais (CNECV, 1997) e internacionais (FIGO, 2006). O consenso parece ser generalizado quanto à interrupção de uma gravidez que dará lugar a um bebé com graves malformações, insuficiência ou falta de órgãos vitais que será incapaz de subsistir autonomamente fora do organismo materno.

O abortamento criminológico concerne à interrupção da gravidez nas situações em que a gestação resulta como consequência de uma relação sexual não consentida ou desejada por parte da mulher. Trata-se portanto de uma gravidez resultante de um crime contra a liberdade e auto-determinação sexual da mulher. A realização do abortamento criminológico nesta situação baseia-se, do ponto de vista da ética, no argumento da ética personalista. Este argumento, decorrente da dignidade humana, pressupõe a justificação do abortamento, uma vez que obrigar a mulher a continuar uma gravidez não desejada resultado de um crime pode surtir consequências negativas muito severas (CNECV, 1997).

O consenso quanto à aceitação do abortamento criminológico acarreta o pressuposto de uma maior valoração do respeito pela autonomia da gestante, face à vida do embrião ou do feto. De facto, ao considerar-se eticamente defensável com base neste pressuposto poderá colocar-se a questão se todas as outras situações de abortamento não deverão ser aceites pois no limite cabem sempre a decisões pessoais, reflexo da auto-determinação das mulheres.

Independentemente do tipo de abortamento, tal como para qualquer outra decisão no âmbito da saúde, para a realização de um abortamento deve ser prestado pela mulher o consentimento livre, informado e esclarecido. Não obstante esta seja uma decisão tomada pela mulher, pois a ela lhe cabe direito de decidir livremente sobre o seu corpo, sempre que possível o companheiro deve ser envolvido no processo de decisão.

Ao processo de tomada de decisão sobre a realização de um abortamento está subjacente o aconselhamento. Este aconselhamento, que se pretende empático, compreensivo, imparcial e essencialmente não directivo, deve procurar compreender as motivações da mulher ou do casal na realização do abortamento, assim como fornecer toda

a informação sobre o procedimento médico e também sobre os recursos sociais e económicos que proporcionam apoio na continuidade da gravidez. A mulher e o seu companheiro devem ser alertados para as consequências físicas e psicológicas do abortamento de modo a poderem realizar uma escolha consciente, livre e informada.

Embora alguns autores defendam a possibilidade se verificar uma maior morbidade emocional consoante a etiologia do abortamento (e.g., Broen, Moum, Bodtker & Ekeberg, 2004), a partir deste estudo não foi encontrada essa diferenciação. De facto, na população estudada verificou-se que no mês seguinte ao abortamento existia uma perturbação emocional transversal aos tipos de abortamento envolvidos no estudo, que diminuía, também de modo transversal, ao longo do período de seis meses após o abortamento.

No mesmo sentido, embora alguns autores apontem que o tipo de abortamento implica diferentes níveis de sintomatologia traumática (e.g., Bradshaw & Slade, 2003; Morrisey, 2007), designadamente ao nível da SPA (Lavín & Garcia, 2005), não foram encontradas diferenças entre os tipos de abortamento, ao nível da sintomatologia traumática, tanto no primeiro como no sexto mês pós abortamento.

A análise da qualidade do relacionamento conjugal, um e seis meses após o abortamento, não demonstrou diferenças estatisticamente significativas em função do tipo de abortamento. Verificou-se um aumento da qualidade da relação ao longo do tempo nos casos de abortamento por motivos de saúde materno-fetais, nomeadamente no grupo de participantes femininos. A melhoria na percepção da qualidade do relacionamento conjugal poderá ficar a dever-se ao suporte emocional recebido da parte dos companheiros, que Corbet-Owen (2003) afirma contribuir para um impacto positivo a este nível.

Ainda, o relacionamento conjugal demonstrou ser moderador do efeito do tipo de abortamento ao nível da sintomatologia traumática no primeiro mês pós-abortamento. Os resultados evidenciaram que as pessoas que realizaram abortamentos electivos e manifestavam índices mais elevados de qualidade percebida no relacionamento conjugal demonstravam menores índices de sintomatologia traumática.

Além da qualidade do relacionamento conjugal, a simples existência do relacionamento demonstrou ter um impacto ao nível da perturbação emocional e sintomatologia traumática. Assim, as mulheres sem relacionamento no momento do abortamento apresentavam maior perturbação emocional e sintomatologia traumática no

primeiro mês pós-abortamento e maior sintomatologia traumática no sexto mês pós-abortamento.

A evidência em apreço neste trabalho face ao impacto psicológico do abortamento vai de encontro ao apresentado por Miller, Pasta e Dean (1998) que consideram que são raras as consequências psicológicas negativas severas no decurso de um abortamento. Igualmente, verifica-se que o impacto psicológico ao nível da perturbação emocional, sintomatologia traumática e relacionamento conjugal, não se encontra exclusivamente relacionado com a etiologia do abortamento.

De acordo com os resultados do estudo, conclui-se que o suporte social, nomeadamente o proporcionado no âmbito do relacionamento conjugal, é uma variável (e.g., Wierzbicka & Sokoloeska, 2004) importante no impacto psicológico do abortamento. Inclusivamente, diferentes autores apontam-na como um factor fundamental na recuperação emocional após o abortamento.

Além de se considerar que a variável do suporte social deva ser alvo de estudo em futuras investigações, de modo a compreender-se o seu impacto a um nível mais profundo do abortamento, considera-se que deve ser tomada em conta não só no aconselhamento pré-abortamento, como também nas consultas de acompanhamento pós-abortamento. Deste modo, acredita-se ser importante promover uma vivência do abortamento mais ao nível do casal, o que poderá favorecer a qualidade percebida no relacionamento conjugal, potenciando uma recuperação emocional mais favorável no decurso do abortamento.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguinis, H. (2003). *Regression analysis for categorical moderators*. New York: Guilford Press.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Archer, L. (1996). Fundamentos e princípios. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald (Eds.), *Bioética* (17-44). Lisboa: Editorial Verbo.
- Assembleia da República (1984). Lei n.º 6/84 de 11 de Maio sobre exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República, 1.ª série, 109*, 1518-1519.
- Assembleia da República (1997). Lei n.º 90/97 de 30 de Julho altera os prazos de exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República, 1.ª série, 174*, 3930-3931.
- Assembleia da República (2004). Resolução da Assembleia da República n.º 28/2004 sobre medidas de prevenção no âmbito da interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República, 1.ª série, 67*, 1482-1483.
- Assembleia da República (2007). Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril sobre exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República, 1.ª série, 75*, 2417-2418.

- Associação para o Planeamento Familiar (2007). *Statement da APF sobre Interrupção Voluntária da Gravidez*. Lisboa: APF.
Disponível em www.apf.pt
- Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Annual Review of Behavior Therapy* 6, 99-137.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychology research: Conceptual, strategic and statistical consideration. *Journal of Personality and Social Psychology* 51 (6), 1173-1182.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2002). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
Do original: *Principles of Biomedical Ethics*, 1994 (4th Edition)
- Bernstein, H., & Weinstein, M. (2007). Normal pregnancy and prenatal care. In A. H. Decherney and T. M. Goodwin (Eds.), *Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology: Obstetrics & Gynecology* (187-202). New York: McGraw-Hill.
- Bianchi-Demicheli, F., Perrin, E., Bianchi, P. G., Dupont, P., Lüdicke, F., & Campana, A. (2003). Contraceptive practice before and after termination of pregnancy: A prospective study. *Contraception* 67 (2), 107-113.
- Booland, R. & Katzive, L. (2008). Development in laws of induced abortion: 1998-2007. *International Family Planning Perspectives* 34 (3), 110-120.
- Boyle, M. (1998). Decision making for contraception and abortion. In M. Pitts and K. Phillips (Eds.), *The psychology of health: An introduction* (2nd Edition, 170-186). London: Routledge.
- Bradshaw, Z., & Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review* 23, 929-958.

- Brito, J. (2004). A ética e a autonomia da pessoa. In R. Nunes, M. Ricou e C. Nunes Eds. *Dependências individuais e valores sociais* (43-51). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Broen, A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., & Ekeberg, Ö. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine* 66, 265-271.
- Cabral, I. P. (2005). Morte e luto na gravidez e no puerpério. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (61-91). Lisboa: Fim de Século Edições.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos. In M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, and C. Machado (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa I* (95-109). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e maternidade: Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (17-50). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves and L. S. Almeida (Coords.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa III* (305-331). Coimbra: Quarteto Editores.
- Carlson, B. (1999). *Human embryology and developmental biology* (3rd ed.). Philadelphia: Mosby.
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha, J. C. (2007). Impact of Event Scale - Revised (IES-R): Portuguese Validation. *European Congress of Traumatic Stress*. Opatija, Croacia, 5-9 June 2007.
- Código Civil (2009). Coimbra: Livraria Almedina.

Código Deontológico da Ordem dos Médicos (2008).

Disponível em www.ordemosmedicos.pt

Código Penal (2008). Coimbra: Livraria Almedina.

Conselho da Europa (1997). *Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina*. Oviedo.

Disponível em <http://www.gdc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhregionais/convbiologiaNOVO.html>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1997). Parecer 19/CNECV/97 sobre interrupção voluntária da gravidez. Lisboa: CNECV.

Disponível em www.cnecv.gov.pt

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1999). Parecer 28/CNECV/99 sobre procedimento a adoptar em caso de fetos vivos resultantes de abortamento. Lisboa: CNECV.

Disponível em www.cnecv.gov.pt

Constituição da República Portuguesa (2002). Coimbra: Livraria Almedina.

Corbet-Owen, C. (2003). Women's perception of partner support in the context of pregnancy loss(es). *South African Journal of Psychology* 33 (1), 19-27.

Cortina, A. (1996). *Ética*. Madrid: AKAL.

Cortina, A., & Martinez, E. (2005). *Ética*. Madrid: Editora Loyola.

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

Costa, E., & Leal, I. P. (2005). Dimensões sócio-cognitivas na adesão à contracepção. *Análise Psicológica* 3 (XVI), 247-260.

- Costa, L. L. F., Hardy, E., Osis, M. J. D., & Faúndes, A. (2005). Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: Women's experiences in Brazil. *Reproductive Health Matters* 13 (26), 139-146.
- Coyle, C. T. (2007). Men and abortion: A review of empirical reports concerning the impact of abortion on men. *Internet Journal of Mental Health* 3 (2), 3-25.
- Declaration on Universal Norms on Bioethics (2004). Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Direcção Geral de Saúde (2007). Circular normativa Nº. 9/SR sobre "Interrupção medicamentosa da gravidez" de 21/06/2007.
- Dupont, S. (2004). The psychological dimension in the care of women undertaking voluntary pregnancy termination. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 33 (2), 125-130.
- Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia (1989). *Logos*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Fasouliotis, S. J.; & Schenker, J. G. (2000). Ethics and assisted reproduction. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproduction Biology* 90, 171-180.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Figueiredo, A. R. (2006). *Consentimento para o acto médico*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 3 (3), 521-539.

- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., Ascencio, A. (2008). Partner relationships during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26 (2), 99-107.
- Figueiredo, M. H. (2005). *A procriação medicamente assistida e as gerações futuras*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Filshie, G. M. (1986). Termination of pregnancy. In N. Loudon (Ed.), *Handbook of family planning*. London: Churchill Livingstone.
- Fisher, W., Byrne, D., White, L., & Kelly, K. (1988). Erotophobia-erotophilia as a dimension of personality. *Journal of Sex Research* 25, 123-151.
- Freire, P. (1979). *Conscientização*. São Paulo: Cortez & Moraes.
- Garcia, D. (2001). History of medical ethics. In H. Ten Have, B. Gordjin (Eds.), *Bioethics in a european perspective* (16-50). Netherlands: Kluwer Academic Press.
- Garcia, M., & AVA (2007). *Eu abortei: Testemunhos reais de abortos provocados*. Estoril: Príncipe Editores.
- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R. D., & Benyamin, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: The women's voices. *Death Studies* 33, 1-29.
- Graça, L. M. (2000a). Desenvolvimento e processo maturativo do feto. In Luís Mendes da Graça e colaboradores (Eds.), *Medicina Materno Fetal* (Vol. I, pp.51-60). Lisboa: Lidel.
- Graça, L. M. (2000b). Interrupção electiva da gravidez. In Luís Mendes da Graça e colaboradores (Eds.), *Medicina Materno Fetal* (Vol. II, pp.763-767). Lisboa: Lidel.
- Gross, M. (2002). Abortion and neonaticide: Ethics, practice and policy in four nations. *Bioethics* 16 (3), 201-230.

- Harris, A. (2004). Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49 (2), 105-112.
- Holmbeck, G. N. (1997). Towards terminological, conceptual and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65 (4), 599-610.
- Hottois, G., & Parizeu, M. H. (1998). *Dicionário da Bioética*. Lisboa: Instituto Piaget.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (2006). *Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction*. London: FIGO.
Disponível em www.figo.org/about/ethics
- International Planned Parenthood Federation (1994). *International conference on population and development*. Cairo: IPPF.
Disponível em www.ippf.org
- International Planned Parenthood Federation (1995). *Sexual and reproductive health rights*. London: IPPF.
Disponível em www.ippf.org
- Keating, B. (1998). Estatuto do embrião. In G. Hottois e M. H. Parizeu (Eds.), *Dicionário de Bioética* (pp. 197-201). Lisboa: Instituto Piaget.
- Kero, A., & Lalos, A. (2004). Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 25, 135-143.
- Klock, S. C., Chang, G., Hiley, A., & Hill, J. (1997). Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychosomatics* 38 (5), 503-507.

- Lamus, F., Posada, N., Restrepo, M., Arango, P., Gambea, G., Jacome, F., Borda, E., & Osorio, C. (2008). Ética y científicamente despenalizar o el aborto es un desacierto. *Persona y bioética* 10 (1), 104-122.
- Lavín, G., & García, Z. (2005). Caracterización diagnóstica del síndrome postaborto. *Actas Españolas de Psiquiatría* 33 (4), 267-272.
- Lee, C., & Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research* 40 (3), 235-244.
- Llewellyn-Jones, D. (2001). *Fundamentals of obstetrics and gynaecology*. London: Mosby.
- Lowenstein, L., Deutch, M., Gruber, R., Solt, I., Yagil, Y., Nevo, O., & Bloch, M. (2006). Psychological distress symptoms in women undergoing medical vs. surgical termination of pregnancy. *General Hospital Psychiatry* 28, 43-47.
- Maia, A. C., & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e avaliação na resposta ao trauma. In M. G. Pereira & J. Monteiro-Faria (Coords.), *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-54).
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, L., & Zubeck, J. (2000) Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry* 57, 777-784.
- Major, B., & Gramzow, R. (1999). Abortion as a stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology* 77 (4), 735-745.
- Maker, C., & Ogden, J. (2003). The miscarriage experience: More than just a trigger to psychological morbidity? *Psychology and Health* 18 (3), 403-415.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com recurso ao SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Mattar, R., & Matheus, E. (2007). Aborto habitual. In F. Bortoletti, A. Moron, J. Filho, M. Nakamura, R. Santana e R. Mattar (Eds.), *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar* (pp.262-265). Barueri: Editora Manole.
- McCormick, R. (1981). *How brave the new world? Dilemmas in bioethics*. New York: Doubleday & Company.
- McCoy, J. (2007). Pregnancy interrupted: Loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 28 (1), 37-48.
- McCreight, B. S. (2008). Perinatal loss: A qualitative study in Northern Ireland. *Journal of Death & Dying* 57 (1), 1-19.
- McGreal, D., Evans, B., & Burrows, G. (1997). Gender differences in coping following loss of a child through miscarriage or stillbirth: A pilot study. *Stress medicine* 13, 159-165.
- Mekosh-Rosenbaum, V., & Lasker, J. N. (1995). Effects of pregnancy outcomes on marital satisfaction: A longitudinal study of birth and loss. *Infant Mental Health Journal* 16 (2), 127-143.
- Melo, H. P. (1998). O biodireito. In D. Serrão e R. Nunes (Coord.), *Ética em cuidados de saúde* (170-183). Porto: Porto Editora.
- Melo, H. P. (2001). O embrião e o direito. In R. Nunes e H. P. Melo (Eds.), *A ética e o direito no início da vida humana* (157-189). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto.
- Miller, W. B., Pasta, D. J., & Dean, C. L. (1998). Testing a model of the psychological consequences of abortion. In L. Beckman and S. M. Harvey (Eds.), *The new civil war: The psychology, culture and politics of abortion*. Washington D.C.: American Psychological Association.

- Ministério da Justiça (1995). Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de Março altera o Código Penal. *Diário da República, 1.ª série, 69*, 1350-1416.
- Ministério da Saúde (1998). Portaria n.º 198/98 de 21 de Março. *Diário da República, 1.ª série, 69*, 1247-1248.
- Morrissey, M. V. (2007). Our first child was incompatible with life: understanding miscarriage as a lived experience. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research* 12 (2), 1415-1428.
- Murphy, F. (1998). The experience of early miscarriage from a male perspective. *Journal of Clinical Nursing* 7, 325-332.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979). *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research — The Belmont Report*. Washington. Disponível em <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.htm>
- Naziri, D. (2007). Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: A clinical study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 12 (2), 168-174.
- Noller, K., & Avant, R. (1990). Obstetrics. In R. Rakel (Ed.), *Textbook of family practice* (pp.602-610). Philadelphia: Saunders.
- Noya, A., & Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise psicológica* 3 (XVI), 431-439.
- Nunes, R. (1995). *Questões éticas do diagnóstico pré-natal na doença genética*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Doutor. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

- Nunes, R. (2000). O diagnóstico pré-natal da doença genética. In R. Nunes and H. Melo (Coord.), *Genética e reprodução humana* (81-132). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Nunes, R. (2002). *Bioética e deontologia profissional*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Organização das Nações Unidas (1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem. *Diário da República – I Série A (9 de Março de 1978)*, n.º 57/78.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pajulo, M., Helenius, H., & Mayes, L. (2006). Prenatal views of the baby and parenthood: Association with sociodemographic and pregnancy factors. *Infant Mental Health Journal* 27 (3), 229-250.
- Patrão Neves, M. (2006). Sentidos de vulnerabilidade: Característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética* 2 (2), 157-172.
- Persaud, T., Chudley, A., & Shalko, R. (1985). *Basic concepts in tetarology*. New York: Liss.
- Pieper, A. (1990). *Ética y moral*. Barcelona: Editorial crítica.
- Pinto, V. F. (2005). Ética nos comportamentos reprodutivos. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (195-222). Lisboa: Fim de Século Edições.
- Potter, V. (1971). Bioethics, the science of survival. *Perspectives in biology and medicine*, 127-153.
- Privitera, S. (2001). Bioética. In S. Leone, S. Privitera, J. Cunha (Eds.), *Dicionário de bioética* (87-96). Vila Nova de Gaia: Editorial do Perpétuo Socorro.

- Reich, J. A., & Brindis, C. D. (2006). Conceiving risk and responsibility: A qualitative examination of men's experiences of unintended pregnancy and abortion. *International Journal of Men's Health* 5 (2), 133-152.
- Renaud, M., & Renaud, I. (1996). Ética e moral. In L. Archer, J. Biscaia, W. Osswald (Eds.), *Bioética (34-41)*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Ricou, M. (2004). *Ética e Psicologia: Uma prática integrada*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Ricouer, P. (1995). *Da metafísica à moral*. Lisboa: Piaget.
- Robinson, M.; Baker, L.; & Nackerud, L. (1999). The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Studies* 23 (3), 257-270.
- Rolim, L., & Canavarro, M. C. (2006). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade (2ª edição)*. Coimbra: Quarteto.
- Salas, J. C. (2006). Diferentes enfoques éticos al problema del aborto. *Revista reflexiones* 85 (1-2), 75-91.
- Savater, F. (2003). *A coragem de escolher*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Savulesco, J. (2001). Procreative beneficence: Why should we select the best children. *Bioethics* 15 (5-6), 413-426.
- Schwarz, S. D. (2005). O direito da mulher controlar o seu corpo. In P. Galvão (Org.), *A ética do aborto*. Lisboa: Dinalivro.
- Sedgh, G., Henshaw, S., Singh, S., Ahman, E., & Shah, I. (2007). Induced abortion: Rates and trends worldwide. *Lancet* 370, 1338–1345.

- Serrano, F., & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 79, 585-594.
- Serrão, D. (2006). Abortamento: Fronteiras de uma realidade. Perspectiva ética. In R. Nunes and G. Rego (Coord.), *Desafios à sexualidade humana* (73-82). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Sgreccia, E. (2006). *Aborto – O ponto de vista da bioética*. Estoril: Princípia Editora.
- Schenker, J. & Eisenberg, V. (1997). Ethical issues relating to reproduction control and women's health. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 58 (1), 167-176.
- Silva, A. M. (1990). *Novo Dicionário Compacto de Língua Portuguesa*. Mem Martins: Editorial Confluência.
- Slade, P., Heke, S., Fletcher, J., & Stewart, P. (1998). A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: Choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105 (12), 1288-1295.
- Slade, P., Heke, S., Fletcher, J., & Stewart, P. (2001). Termination of pregnancy: Patient's perceptions of care. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 27 (2), 72-77.
- Smith, M. (1994). Obstetric complications during pregnancy. In R. Taylor, A. David, T. Johnson, M. Phillips and J. Scherger (Eds.), *Family medicine: Principles and practices* (pp.92-98). New York: Springer-Verlag.
- Stern, D. (2000). *O nascimento de uma mãe*. Porto: Ambar

- Stirrat, G. M. (1990). Recurrent miscarriage: Definition and epidemiology. *Lancet* 336 (8716), 673-675.
- Sudin, E. & Horowitz, M. (2002). Impact of event scale: Psychometric properties. *British Journal of Psychiatry* 180, 205-209.
- Swanson, K. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine* 9 (2), 191-206.
- Teles, N. O. (2004). O estatuto do embrião humano: algumas considerações bioéticas. *Nascer e crescer* XIII (1), 53-56.
- Ten Have, H. (2001). Foundations and history of bioethics. In H. Ten Have, B. Gordjin (Eds.), *Bioethics in a european perspective* (15). Netherlands: Kluwer Academic Press.
- The Alan Guttmacher Institute (1999). *Sharing responsibility: Women, society and abortion worldwide*. New York: Alan Guttmacher Institute.
Disponível em <http://www.guttmacher.org/pubs/>
- Tooley, M. (2005). Aborto e infanticídio. In P. Galvão (Org.), *A ética do aborto*. Lisboa: Dinalivro.
- Tovey, P., Atkin, K., & Milewa, T. (2001). The individual and primary care: service user, reflexive choice maker and collective actor. *Critical Public Health* 11 (2), 153-166.
- Tribunal Internacional de Nuremberga (1947). *Código de Nuremberga*. Nuremberga.
Disponível em <http://www.eticus.com/documentacao.php?tema=2&doc=29>
- Turton, P., Hughes, P., Evans, C., & Fainmain, D. (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress in pregnancy after stillbirth. *British Journal of Psychiatry* 178, 556-560.

- Turk, D., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self-care regimens. The patient's perspective. In J.J. Sweet, R.H. Rozensky, & S.M. Tovian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings* (pp. 249-266). New York: Plenum.
- UNESCO (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris.
Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>
- Vala, J., & Monteiro, M. B. (2000). *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valentine, P. (2003). Trauma: Definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In M. G. Pereira & J. Monteiro-Faria (Coords.), *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 19-34).
- Wald, N. J., Rodeck, C., Hackshaw, A. K., Walters, J., Chitty, L., & Mackinson, A. M. (2003). First and second trimester antenatal screening for Down's syndrome: the results of the Serum, Urine and Ultrasound Screening Study (SURUSS). *Journal of Medical Screening* 10 (2), 56-104.
- Waller, M., & Bitler, M. (2008). The link between couple's pregnancy intention and behavior: Does it matter who is asked? *Perspectives on sexual and reproductive health* 40 (4), 194-201.
- Warsop, A., Ismail, K., & Iliffe, S. (2004). Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: A generalist study in a specialist setting. *Psychology, Health & Medicine* 9 (3), 306-314.
- Weiss, D. & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson and T. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Wiebe, E. R., Trouton, K. J., Fielding, S. L., Grant, H., & Henderson, A. (2004). Anxiety and attitudes towards abortion in women presenting for medical and surgical abortions. *Journal of Obstetrics and Gynecology from Canada* 26 (10), 881-885.

- Wierzbicka, E., & Sokoloeska, J. Effectiveness of post-abortion syndrome counselling in New York area. *Journal of Psychosomatic Research* 56 (2004), 561-580.
- Worden, J. W. (2006). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd Edition). East Sussex: Routledge.
- World Health Organization (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York. Disponível em <http://www.who.int/publications/en/>
- World Health Organization (1970). *Spontaneous and induced abortion. Report of a WHO Scientific Group*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Disponível em <http://www.who.int/publications/en/>
- World Health Organization (1977). Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 56: 247-253.
- World Health Organization (1986). *Health promotion: Concepts and principles in action, a policy framework*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Disponível em <http://www.who.int/publications/en/>
- World Health Organization (1997). *Medical methods for termination of pregnancy. Report of a Scientific Group*. Geneva: Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Disponível em <http://www.who.int/publications/en/>
- World Health Organization (2004). *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion in 2000*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Disponível em <http://www.who.int/publications/en/>
- World Medical Association (2000). *Helsinki Declaration*. Edimburg. Disponível em www.wma.net

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
REUNIÃO DE 9 DE AGOSTO DE 2007

Prof. Doutor António Ferreira

(Presidente do Conselho de Administração)

Dr. Duarte Araújo

(... ausente ...)

(Administrador Executivo)

Dr. António Oliveira e Silva

(Director Clínico)

Enfermeira Euridice Portela

(Enfermeira Directora)

Exmo. Senhor

Ilmo. Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de S. João

Assunto: Pedido de autorização para realização de projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Catarina Canário

Título do projecto de investigação: "Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal"

Pretendendo realizar no Departamento/Serviço de Obstetrícia do Hospital de S. João o projecto de investigação em epígrafe, solicita a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Hospital de S. João respeitante a projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 7 de Maio de 2007

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Catarina M. Canário

Está contemplado o pagamento aos doentes:

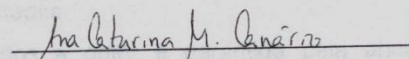
	SIM	NÃO
Pela participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelas deslocações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelas faltas ao serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelos danos resultantes da sua participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em caso afirmativo, indique a Entidade que assume a responsabilidade das indemnizações:
(juntar, por favor, cópia autenticada da respectiva apólice)

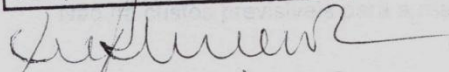
8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Ana Catarina Miranda Canário, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 7 de Maio 2002


O INVESTIGADOR PRINCIPAL

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.


07-07-02

- 6 -

PARER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DE S. JOÃO

Anexo II – Ficha informativa do estudo

FICHA INFORMATIVA DO ESTUDO

Título do estudo: “Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal”

Investigador principal: Catarina Canário (Psicóloga);

Contactos: 966608119; catarinacanario@gmail.com

Introdução:

Foi convidado(a) a participar num estudo de investigação desenvolvido no âmbito de uma dissertação de mestrado em Bioética. Segue-se a apresentação do estudo, é fundamental que o compreenda para poder participar.

A participação neste estudo é absolutamente livre e voluntária, se não estiver interessado(a) em participar não existirá qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada.

Objectivos do estudo:

- Conhecer a prevalência de psicopatologia nos dois elementos de um casal num período de seis meses após a ocorrência de abortamento.
- Obter informação sobre o impacto do evento na vida do casal nesse mesmo período de tempo.

Descrição do estudo:

As utentes serão contactadas aquando do momento do internamento ou da realização de qualquer consulta médica da especialidade. Nessa altura serão averiguadas sobre a possibilidade de participar no estudo, bem como os seus companheiros. Ser-lhe-ão explicadas todas as características do estudo, dando-lhe a possibilidade de colocar as questões que considerem fundamentais.

Posteriormente, sendo dada a anuência em participar, até um mês após o abortamento, serão aplicados os instrumentos de avaliação. Estes constituem-se nos seguintes: entrevista semi-estruturada para efeitos de caracterização sócio-demográfica do casal e determinação da etiologia do abortamento; *Brief Symptom Inventory* (aferida para a população portuguesa por Canavaro em 1999); IES-R – *Impact of Event Scale Revised* (adaptada para a população portuguesa por Rocha em 2006) e RQ – *Relationship Questionnaire* (Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds & Ascencio, 2008).

O contacto do companheiro para a participação na investigação será feito pelo investigador, com a autorização da utente. A sua avaliação poderá ser feita na mesma altura da utente, sendo utilizados os mesmos instrumentos. Este procedimento é realizado individualmente e dura cerca de 20 a 30 minutos. Não havendo a disponibilidade do companheiro se deslocar ao hospital no momento da consulta, ser-lhe-á dada a possibilidade do investigador se deslocar ao seu encontro ou de preencher os instrumentos e enviá-los pelo correio em envelope RSF.

O segundo momento da avaliação do casal será realizado cinco meses após o primeiro contacto, sendo utilizados os mesmos instrumentos. Procurar-se-á que coincida novamente com a consulta da especialidade de Ginecologia/Obstetrícia. Não sendo possível, será dada a possibilidade de o investigador se deslocar ao encontro dos dois elementos do casal ou destes poderem preencher os instrumentos e enviá-los pelo correio em envelope RSF.

Riscos e desconfortos:

Os riscos indirectos que podem advir desta investigação serão reacções emocionais negativas, como tristeza ou angústia, que podem surgir nos utentes, ao serem questionados sobre o abortamento que sofreram.

Benefícios imediatos:

Os benefícios imediatos que poderão advir para os utentes serão a ventilação emocional que o procedimento proporciona, podendo leva-los a sentir-se melhor ao constatarem que são compreendidos, escutados e que o investigador empatiza consigo, proporcionando-lhe acompanhamento emocional e psicológico no momento da avaliação.

Os utentes poderão ainda beneficiar de acompanhamento psicológico, se assim o desejarem e o investigador considerar pertinente, que será levado a cabo nas instalações do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia e de forma gratuita.

A informação resultante deste estudo poderá ajudar a estabelecer novas formas de intervenção no atendimento e acompanhamento das mulheres que sofrem ou a quem é realizado um abortamento.

Confidencialidade:

Os questionários serão codificados com uma letra e um número que dirão respeito aos utentes que participem na amostra (por exemplo, os questionários preenchidos pelo primeiro casal serão codificados como M1 (mãe n.º1) e P1 (pai n.º1) e assim sucessivamente).

A listagem dos utentes contactados para participação do estudo, com a indicação de anuência ou recusa em participar, bem como os dados recolhidos no decurso da investigação serão

apenas utilizados pelo investigador principal para efeitos da elaboração da investigação e, conseqüentemente, da dissertação de mestrado em Bioética.

Todos dados recolhidos serão salvaguardados e protegidos, não sendo reveladas a terceiros informações que respeitem aos dados fornecidos pelos utentes inquiridos.

Custos de participação:

Não se prevêem custos de participação para os utentes, uma vez que as avaliações realizadas coincidirão com consultas das utentes. Se tal não for possível, o investigador deslocar-se-á ao encontro dos participantes ou distribuirá o material com envelopes RSF para que as pessoas envolvidas possam enviar os inquéritos pelo correio. Estas possibilidades serão discutidas com os participantes no estudo e as opções serão tomadas com base no seu melhor interesse.

Base de participação:

A participação dos utentes do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de São João neste estudo é completamente voluntária. A pessoa pode recusar-se a participar ou desistir do estudo em qualquer altura, sem qualquer desvantagem ou perda de benefícios a que de outra forma tenha direito.

Anexo III – Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

“Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal”

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) _____
_____, compreendi a explicação que me foi
fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído.
Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta
satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a
informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios
previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o
direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como
efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 200 ____

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome: Catarina Canário

Assinatura:

Anexo IV – Ficha de caracterização do abortamento

Código: M_____

M o m e n t o I

INFORMAÇÃO MÉDICA

Assinalar: 99 Não respondeu

98 Não aplicável

___**IM1.** Tipo de abortamento

- 1 Abortamento espontâneo
- 2 Abortamento electivo
- 3 Abortamento eugénico
- 4 Abortamento terapêutico
- 5 Abortamento criminológico

___**IM2.** Motivo do abortamento _____

___**IM3.** Tempo de gestação no momento do abortamento _____ semanas

___**IM4.** A utente foi referenciada para acompanhamento psicológico?

- 1 Sim
- 2 Não

___**IM4.1.** O acompanhamento encontra-se a ser realizado por:

- 1 Psicólogo do serviço de obstetrícia
- 2 Psicólogo externo ao serviço/hospital

___**IM4.2.** Em frequência:

- 1 Semanal
- 2 Quinzenal
- 3 Mensal
- 4 Superior a mensal

Anexo V – Ficha de caracterização sócio-demográfica MI

Código: M _____

M o m e n t o I

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Assinalar: 99 Não respondeu

98 Não aplicável

___CSD1. Idade _____ anos

___CSD2. Data de nascimento ____/____/_____

___CSD3. Etnia

- 1 Cigana
- 2 Branca
- 3 Negra (nascido em Portugal)
- 4 Negra (África)
- 5 Asiática (nascido em Portugal)
- 6 Asiática (Ásia)
- 7 Outra Especifique _____

___CSD4. Denominação religiosa actual

- 1 Nenhuma
- 2 Católica
- 3 Protestante
- 4 Outra Especifique _____

___CSD5. Estatuto matrimonial actual

- 1 Solteira Especificar se mantém relação no momento: Sim Não
- 2 Casada/União de facto
- 3 Separada/Divorciada
- 4 Viúva

___CSD6. Duração da relação _____ meses/anos (riscar o que não interessa)

___CSD7. Percepção individual da relação no momento actual

- 1 Nada satisfatória
- 2 Pouco satisfatória
- 3 Satisfatória
- 4 Muito satisfatória

___CSD8. Habilitações literárias

- 1 Analfabeta
- 2 EB1
- 3 EB2
- 4 EB3

- 5 Ensino Secundário
- 6 Bacharelato
- 7 Licenciatura
- 8 Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento

___ **CSD9. Profissão actual** _____

___ CSD9.1 Encontra-se a trabalhar neste momento? _____

___ **CSD10. Problemas de saúde**

CSD10.1 Actuais _____

CSD10.2 Passados _____

___ **CSD11. História de psicopatologia/doença mental**

CSD11.1 Individual _____

CSD11.2 Familiar _____

___ **CSD12. Frequenta consulta de psicologia/psiquiatria no momento actual? (riscar)**

1 Sim

2 Não

___ CSD12.1 Se sim, com que frequência?

1 Semanal

2 Quinzenal

3 Mensal

4 Superior a mensal

___ **CSD13. História reprodutiva**

CSD13.1 Número de filhos desta relação _____ filhos

CSD13.2 Número de filhos de relações anteriores _____ filhos

CSD13.3 Número de abortamentos anteriores _____ abortamentos

___ CSD13.3.1. Tipos e causas dos abortamentos anteriores _____

___ CSD13.3.2. Há quanto tempo aconteceu o último abortamento? _____ meses/anos (r)

CSD13.4 Há problemas de saúde reprodutiva familiar?

1 Sim

2 Não

CSD13.4.1. Se sim, quais? _____

CSD13.5. Foi uma gravidez desejada?

1 Sim

2 Não

___ CSD13.5.1. Há quanto tempo tentava engravidar? _____ meses/anos (riscar)

___ CSD13.6. Houve recurso a PMA?

1 Sim

2 Não

CSD13.6.1. Se sim, especifique as técnicas usadas _____

Anexo VI – Ficha de caracterização sócio-demográfica MII

Código: M _____

Momento II

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Assinalar: 99 Não respondeu

98 Não aplicável

___ **CSDI10.** O casal foi encaminhado para a consulta de planeamento familiar?

- 1 Sim
- 2 Não
- 3 Já frequentava anteriormente

___ **CSDI10.1.** Especifique o local em que frequenta a consulta:

- 1 Centro de Saúde
- 2 Hospital
- 3 Outro local: _____

___ **CSDI10.2.** Indique:

- 1 Método contraceptivo actual _____
- 2 Método contraceptivo anterior _____
- 3 Motivo da alteração (se aplicável) _____

___ **CSDI11.** Houve nova tentativa de gravidez, desde o momento I da avaliação?

- 1 Sim
- 2 Não

___ **CSDI12.** Se sim, qual o resultado?

- 1 Está grávida
- 2 Não está grávida
- 3 Abortou

___ **CSDI13.** Tipo de abortamento

- 1 Abortamento espontâneo
- 2 Abortamento electivo
- 3 Abortamento eugénico
- 4 Abortamento terapêutico
- 5 Abortamento criminológico

___ **CSDI14.** Motivo do abortamento _____

___ **CSDI15.** Tempo de gestação no momento do abortamento _____ semanas

___ **CSDI16.** Foi uma gravidez desejada? 1 Sim 2 Não

___ **CSDI17.** Há quanto tempo tentava engravidar? _____ meses/anos (riscar)

___ **CSDI18.** Houve recurso a PMA? 1 Sim 2 Não

___ **CSDI19.** Se sim, especifique as técnicas usadas _____

___ **CSDII10.** Mantém a mesma relação que no momento da primeira avaliação?

1 Sim

2 Não

___ **CSDII11.** Se respondeu não, indique qual o seu estatuto matrimonial actual

1 Solteira

2 Casada/União de facto

3 Separada/Divorciada

4 Viúva

___ **CSDII12.** Duração da relação _____ meses/anos (riscar o que não interessa)

___ **CSDII13.** Percepção individual da relação no momento actual

1 Nada satisfatória

2 Pouco satisfatória

3 Satisfatória

4 Muito satisfatória

___ **CSDII14.** Profissão _____

___ CSDII14.1 Encontra-se a trabalhar neste momento? _____

___ **CSDII15.** Problemas de saúde

___ CSDII15.1 Actuais _____

___ CSDII15.2 Passados _____

___ **CSDII16.** História de psicopatologia/doença mental

___ CSDII16.1 Individual _____

___ CSDII16.2 Familiar _____

___ CSDII16.3 Teve acompanhamento psicológico durante este período?

1 Sim

2 Não

___ CSDII16.4 Se sim, qual o motivo? _____

___ CSDII16.5 Se sim, com que frequência?

1 Semanal

2 Quinzenal

3 Mensal

4 Superior a mensal

___ CSDII16.6 Tomou medicação para problemas emocionais durante este período?

1 Sim

2 Não

___ CSDII16.7 Se sim, qual o motivo? _____

___ CSDII16.8 Se sim, qual a medicação? _____

___ CSDII16.9 Se sim, prescrita por quem? _____

Anexo VII – Ficha de caracterização sócio-demográfica PI

Código: P _____

Momento I

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Assinalar: 99 Não respondeu

98 Não aplicável

___CSD1. Idade _____ anos

___CSD2. Data de nascimento ____/____/____

___CSD3. Etnia

- 1 Cigana
- 2 Branca
- 3 Negra (nascido em Portugal)
- 4 Negra (África)
- 5 Asiática (nascido em Portugal)
- 6 Asiática (Ásia)
- 7 Outra Especifique _____

___CSD4. Denominação religiosa actual

- 1 Nenhuma
- 2 Católica
- 3 Protestante
- 4 Outra Especifique _____

___CSD5. Estatuto matrimonial actual

- 1 Solteiro
- 2 Casado/União de facto
- 3 Separado/Divorciado
- 4 Viúvo

___CSD6. Duração da relação _____ meses/anos (riscar o que não interessa)

___CSD7. Percepção individual da relação no momento actual

- 1 Nada satisfatória
- 2 Pouco satisfatória
- 3 Satisfatória
- 4 Muito satisfatória

___CSD8. Habilitações literárias

- 1 Analfabeto
- 2 EB1
- 3 EB2

- 4 EB3
- 5 Ensino Secundário
- 6 Bacharelato
- 7 Licenciatura
- 8 Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento

___ **CSD9.** Profissão actual _____

___ CSD9.1 Encontra-se a trabalhar neste momento? _____

___ **CSD10.** Problemas de saúde

CSD10.1 Actuais _____

CSD10.2 Passados _____

___ **CSD11.** História de psicopatologia/doença mental

CSD11.1 Individual _____

CSD11.2 Familiar _____

___ **CSD12.** Frequente consulta de psicologia/psiquiatria no momento actual? (riscar)

1 Sim

2 Não

___ CSD12.1 Se sim, com que frequência?

1 Semanal

2 Quinzenal

3 Mensal

4 Superior a mensal

___ **CSD13.** História reprodutiva

CSD13.1 Número de filhos desta relação _____ filhos

CSD13.2 Número de filhos de relações anteriores _____ filhos

CSD13.3 Número de abortamentos anteriores _____ abortamentos

___ CSD13.4 Tipos e causas dos abortamentos anteriores _____

___ CSD13.5 Há quanto tempo aconteceu o último abortamento? _____ meses/anos (r)

CSD13.6 Há problemas de saúde reprodutiva familiar?

1 Sim

2 Não

CSD13.6.1. Se sim, quais? _____

CSD13.7. Foi uma gravidez desejada?

1 Sim

2 Não

Anexo VIII – Ficha de caracterização sócio-demográfica PII

Código: P _____

Momento II

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Assinalar: 99 Não respondeu

98 Não aplicável

___ **CSDII1.** Mantém a mesma relação que no momento da primeira avaliação?

1 Sim

2 Não

___ **CSDII2.** Se respondeu não, indique qual o seu estatuto matrimonial actual

1 Solteiro

2 Casado/União de facto

3 Separado/Divorciado

4 Viúvo

___ **CSDII3.** Duração da relação _____ meses/anos (riscar o que não interessa)

___ **CSDII4.** Percepção individual da relação no momento actual

1 Nada satisfatória

2 Pouco satisfatória

3 Satisfatória

4 Muito satisfatória

___ **CSDII5.** Profissão _____

___ CSDII5.1 Encontra-se a trabalhar neste momento? _____

___ **CSDII6.** Problemas de saúde

___ CSDII6.1 Actuais _____

___ CSDII6.2 Passados _____

___ **CSDII7.** História de psicopatologia/doença mental

___ CSDII7.1 Individual _____

___ CSDII7.2 Familiar _____

___ CSDII7.3 Teve acompanhamento psicológico durante este período?

1 Sim

2 Não

___ CSDII7.4 Se sim, qual o motivo? _____

___ CSDII7.5 Se sim, com que frequência?

1 Semanal

2 Quinzenal

3 Mensal

4 Superior a mensal

___CSDII17.6 Tomou medicação para problemas emocionais durante este período?

1 Sim

2 Não

___CSDII17.7 Se sim, qual o motivo? _____

___CSDII17.8 Se sim, qual a medicação? _____

___CSDII17.9 Se sim, prescrita por quem? _____

Anexo IX – BSI

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortijamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo X – Autorização do autor para a utilização do BSI

Página 1 de 3

Catarina Canário

De: "Maria Cristina Canavarro" <mccanavarro@netcabo.pt>
Para: <ccanario@med.up.pt>
Enviado: domingo, 20 de Maio de 2007 11:40
Anexar: correcçãobsi.doc; BSI.pdf
Assunto: Re: Pedido de autorização para utilização do BSI

Cara Dra. Catarina Canário,

Está autorizada a utilizar, no âmbito do estudo que pretende realizar "Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal", a versão Portuguesa do BSI, da qual sou autora.

Dados relativos aos procedimentos de passagem e cotação, bem como informação sobre as características psicométricas do instrumento, encontram-se descritas em:

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos- BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds). Testes e Provas Psicológicas em Portugal (II vol.)pp. 87-109. Braga: SHO-APPORIT.

Em anexo envio o instrumento assim como o Quadro 6 corrigido da publicação referida.

Está actualmente no prelo um capítulo de revisão sobre os estudos efectuados em Portugal com o BSI, que corresponde à referência: Canavarro, M.C. (no prelo). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Macahado e M. Gonçalves (Eds.) Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, vol. III. Coimbra: Quarteto Editora.

Agradecia que se vier a publicar ou apresentar comunicações com os dados do BSI me envie os resultados.

Cumprimentos da

Maria Cristina Canavarro

.....
Maria Cristina Canavarro
mccanavarro@fpce.uc.pt

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra

22-05-2007

Anexo XI – IES-R

Escala de Impacto de um Evento – Revista

(Weiss e Marmar, 1997, adaptada por Rocha et al, 2006)

Abaixo está uma lista de dificuldades que são por vezes sentidas por pessoas depois de acontecimentos de vida difíceis. Por favor, leia cada um dos itens e indique o quão perturbadora foi cada dificuldade nos últimos 7 dias.

	Nunca	Um pouco	Moderadamente	Muitas vezes	Extremamente
Qualquer recordação traz sentimentos sobre o que aconteceu.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em manter-me a dormir	0	1	2	3	4
Outras coisas continuam a fazer-me pensar sobre o que aconteceu	0	1	2	3	4
Senti-me irritada/o ou zangada/o	0	1	2	3	4
Evitei ficar perturbada/o quando pensava sobre isso ou era lembrada/o	0	1	2	3	4
Penso sobre o que aconteceu quando não queria	0	1	2	3	4
Senti como se não tivesse acontecido ou que não era real	0	1	2	3	4
Afastei-me de coisas que me lembrassem o sucedido	0	1	2	3	4
Surgem-me imagens do que aconteceu	0	1	2	3	4
Estive agitada/o e facilmente assustada/o	0	1	2	3	4
Tentei não pensar sobre isso	0	1	2	3	4
Eu ainda tinha muitos sentimentos sobre o que aconteceu mas não lidava com eles	0	1	2	3	4
Os meus sentimentos sobre isso estavam tipo paralisados	0	1	2	3	4
Dava comigo a agir ou a sentir como se estivesse nos momentos em que aconteceu	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em adormecer	0	1	2	3	4
Tive ondas de sentimentos intensos sobre isso	0	1	2	3	4
Tentei retirar isso da minha memória	0	1	2	3	4
Tive dificuldade em me concentrar	0	1	2	3	4
Recordações do que aconteceu causaram-me sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náusea ou aperto no coração	0	1	2	3	4
Tive sonhos sobre o que aconteceu	0	1	2	3	4
Senti-me observador ou alerta	0	1	2	3	4
Tentei não falar sobre o que aconteceu	0	1	2	3	4

Catarina Canário

De: "José Carlos Rocha" <joserocha@tvte.pt>
Para: <ccanario@med.up.pt>
Enviado: sexta-feira, 18 de Maio de 2007 14:39
Assunto: Re: Pedido de autorização para utilização d a IES-R

Cara Catarina

É com todo o gosto que disponibilizo a adaptação do instrumento IES-R para ser usado na sua tese de mestrado. Se necessitar de algum esclarecimento adicional poderá pedir-me a mim ou mesmo à Carina Castanheira. Sem mais de momento, ficam os votos de uma investigação plena de sucesso!

José Carlos Rocha

itando ccanario@med.up.pt:

- > Exmo. Sr. Prof. Doutor José Carlos Rocha,
- >
- > No âmbito da tese de mestrado em bioética que me proponho fazer,
- > subordinada ao tema "Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no
- > casal", foi-me proposto pelo Professor, numa reunião que teve comigo e com
- > o Mestre Miguel Ricou, que utilizasse a IES-R como um dos instrumentos de
- > avaliação no estudo.
- > Posteriormente, encontrei-me com a Carina Castanheira que amavelmente me
- > disponibilizou o instrumento.
- > Neste momento e para submeter o projecto à Comissão de Ética para a Saúde
- > do Hospital de S. João, necessito de uma autorização do Professor José
- > Carlos Rocha para a utilização do instrumento, dada a adaptação e/ou
- > aferição que fez do mesmo. A autorização pode ser dada por email.
- >
- > Agradeço desde já a sua disponibilidade, aguardando uma resposta sua.
- >
- > Atentamente,
- >
- > Catarina Canário
- >

<http://www.tvte.pt> - Tvtel Comunicaes S.A.

22-05-2007

Anexo XIII – RQ

RQ – Questionário sobre a relação do casal

(Figueiredo, Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds & Ascencio, 2008)

Este questionário diz respeito ao modo como se sente na relação com o(a) seu(sua) companheiro(a). Não existem respostas correctas ou erradas, seleccione apenas a forma que melhor descreve a sua relação.

	Nunca			Sempre
1. Partilha, com o(a) seu(sua) companheiro(a), actividades que são do interesse mútuo?	1	2	3	4
2. Quando precisa, o(a) seu(sua) companheiro(a) ajuda -a(o) do modo como pretendia que ele o fizesse?	1	2	3	4
3. O(a) seu(sua) companheiro(a) está sempre do seu lado?	1	2	3	4
4. Você e o(a) seu(sua) companheiro(a) mostram afeição um pelo outro?	1	2	3	4
5. Discute com o(a) seu(sua) companheiro(a)?	1	2	3	4
6. O(a) seu(sua) companheiro(a) preocupa-se consigo e cuida de si?	1	2	3	4
7. Você e o(a) seu(sua) companheiro(a) divertem-se muito quando estão juntos?	1	2	3	4
8. Quando alguma coisa corre mal, o(a) seu(sua) companheiro(a) vem ter consigo e presta-lhe assistência?	1	2	3	4
9. Conta tudo ao(à) seu(sua) companheiro(a)?	1	2	3	4
10. Sente-se incomodada quando o(a) seu(sua) companheiro(a) não está consigo?	1	2	3	4
11. Você e o(a) seu(sua) companheiro(a) irritam-se um ao outro?	1	2	3	4
12. O(a) seu(sua) companheiro(a) critica -a frequentemente?	1	2	3	4

Anexo XIV – Autorização do autor para a utilização do RQ

AUTORIZAÇÃO

Bárbara Fernandes de Carvalho Figueiredo, Professora Associada no Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, autoriza a Licenciada Ana Catarina Miranda Canário a administrar o "Relationship Questionnaire" (RQ) do qual é autora na investigação conducente à sua dissertação de Mestrado em Bioética na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto com o título "Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal".

Braga, 15 de Maio de 2007

Bárbara Figueiredo
(Professora Associada)

Department of Psychology, University of Minho, Campus de Gualtar. 4710-057
Braga. Portugal. Phone: + 351 253 604241. Fax: + 351 253 678987. E-mail:
bbfi@iep.uminho.pt