



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LECTIVO 2016/2017**

AUTORA:

Raquel Solange Monteiro Neves nº2560

MINHO, SETEMBRO DE 2017

Trabalho apresentado na Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem em setembro de 2016

Implicações psicológicas da interrupção voluntária de gravidez nas Jovens: Assistência de enfermagem

Discente:

Raquel Neves

Nº2560

Orientadora:

Enfª. Rosiane Gomes

Mindelo, 22 de setembro de 2017

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha Mãe, Isabel Pires, pelo seu apoio, por sempre acreditar em mim e pelo seu esforço para que fosse possível chegar até aqui.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a minha mãe, e aos restantes familiares pois sem o vosso apoio nada disso seria possível.

Ao meu namorado pelo companheirismo, pela paciência, pelo apoio incondicional por estar sempre ao meu lado durante estes longos anos.

Os meus amigos por estarem sempre presente comigo, principalmente aqueles de longa data, aos meus colegas de curso pela partilha de conhecimento e experiencia.

A minha orientadora Enf^ª Rosiane Gomes, pela disponibilidade, pelo apoio, pelo senso crítico e científico, e por sempre acreditar na pertinência deste trabalho. Um muito obrigada a todos.

Epígrafe

“Vai dar certo. Essa é a frase que eu ando escutando e levando comigo para que não falta fé. Para que não falte motivos para seguir em frente. Mesmo que a maré esteja alta, mesmo que o barco esteja furado. Se há motivos para continuar eu continuarei. Nem que seja para atravessar um oceano sozinho. Enquanto eu tiver fôlego, eu aguento.”

(Maria Cintra)

Resumo

O presente trabalho cuja temática é as implicações psicológicas da IVG nas jovens: Assistência de enfermagem visa salienta não só as implicações psicológicas que a IVG acarreta para a vida da mulher mas também vem demonstrar a necessidade e a importância das estratégias de Enfermagem para auxiliar e proporcionar as utentes assistência face a destas implicações psicológicas.

A interrupção voluntária da gravidez é atualmente considerada um problema de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que aconteçam cerca de 40 a 50 milhões de abortos em todo o mundo, e metade dos quais acontecem em condições inseguras. A IVG é sem dúvida um procedimento invasivo que provoca fragilidade na saúde da mulher principalmente a nível psicológico.

De acordo com o tema em estudo e os objectivos traçados, foi feita uma abordagem qualitativo, descritiva-exploratória e fenomenológica. O método utilizado para recolha de informações foi uma entrevista semi-estrutura, seleccionou-se uma amostra de 6 mulheres que procuram os serviços de Saúde disponibilizados no Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista.

Os resultados obtidos durante a colheita de dados indicam claramente que existe graves implicações psicológicas resultante da IVG. Dentro das principais perturbações mencionadas temos: angustia, desespero, depressão, culpa, arrependimento. Os resultados ainda realçam que a assistência de enfermagem face a destas implicações contribui de modo significativo para assegurar o bem-estar psicológico das mesmas.

Palavras Chaves: Interrupção voluntária da gravidez, implicações psicológicas da IVG nas jovens, assistência de enfermagem

Abstrat

The present work whose theme is the psychological Implications of VIP in the young: Nursing care aims not only emphasizes the psychological implications that the VIP entails for the life of the woman but also demonstrates the necessity and the importance of the Nursing strategies to assist and provide assistance to these psychological implications.

Voluntary termination of pregnancy is currently considered a public health problem throughout the world. Approximately 40 to 50 million abortions worldwide are estimated to occur, and half of them occur in unsafe conditions. VIP is undoubtedly an invasive procedure that causes fragility in women's health, especially at the psychological level.

According to the theme under study and the objectives outlined, a qualitative, descriptive-exploratory and phenomenological approach was taken. The method used to collect information was a semi-structured interview, a sample of 6 women who sought the health services made available at the Bela Vista Reproductive Health Center were selected.

The results obtained during data collection clearly indicate that there are serious psychological implications resulting from VIP. Within the main disturbances mentioned we have: anguish, despair, depression, guilt, repentance. The results also highlight that nursing care in the face of these implications contributes significantly to ensure the psychological well-being of the same.

Key Words: Voluntary interruption of pregnancy, VIP psychological implications in young people, nursing assistance

Lista de abreviaturas

HBS- Hospital Baptista de Sousa

CS- Centro de Saúde

IVG- Interrupção Voluntária da Gravidez

OMS- Organização Mundial de Saúde

SV- São Vicente

MSB- Ministério de Saúde do Brasil

PNSR- Plano Nacional de Saúde Reprodutiva

N.C- Não Concluído

CSRBV- Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista

SPA- Síndrome Pós Aborto

TCLE- Termo Consentimento Livre e Esclarecido

B.O.- Bloco operatório

Nº- número

Índice

I- Introdução	12
1-Problemática e Justificativa.....	12
Objectivos.....	22
CAPÍTULO I – ESTADO DA ARTE	23
1. Definição de aborto	24
1.1-Tipos de aborto.....	24
2- Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG)	26
2.2- Métodos de realização de uma IVG	28
3. Legalização da IVG em Cabo Verde.....	30
4. IVG Clandestina	32
5. Consequências da IVG na Mulher: Assistência de Enfermagem	34
5.1 Físicos.....	34
5.2. Psicológicos.....	35
6. Perda e luto	39
7. Assistência de Enfermagem na IVG.....	40
CAPÍTULO II- FASE METODOLOGICA	47
2.1. Tipo de pesquisa	48
2.3. Campo Empírico.....	52
2.4. Instrumento de recolha de informação	51
2.5 Procedimentos éticos	54
CAPÍTULO III- FASE EMPIRICA	56
3.1. Apresentação e análises dos dados	57
3.2. Análise e Interpretação das Categorias.....	58
3.3. Conclusão da análise dos dados.....	73
Considerações finais	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
ANEXOS	83
Anexo 1-Pedido de Autorização para desenvolver a pesquisa no HBS	84
Anexo 2 – Pedido de autorização para realizar recolha de dados no Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista.....	85
Anexo 3- Termo de Consentimento Informado.....	86
Anexo 4- Guião de Entrevista	88

Índice de tabela

Tabela 1: Número de IVG na faixa etária 10-14 anos

Tabela 2: Número de IVG na faixa etária de 15-19 anos

Tabela 3: Número de IVG na faixa etária de 20-25 anos

Tabela 4: Números de IVG na faixa etária de 25-49 anos

Tabela 5: Dados de IVG por ano no HBS

Tabela 6: Apresentação e Caracterização da amostra em estudo

Tabela 7: Categoria e Subcategoria da entrevista

Tabela 8: Necessidade de Evitar perigo

Tabela9: Necessidade de Aprender

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Números de IVG realizados por ano

Gráfico 2: Percentagem do total de IVG por ano

Introdução

O presente trabalho surge no âmbito do 4º ano curso de licenciatura em Enfermagem, leccionada na Universidade do Mindelo, cujo, o objectivo é a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem, intitulado: Implicações Psicológicas da Interrupção Voluntária da Gravidez nas Jovens: Assistência de Enfermagem.

A Interrupção Voluntária da Gravidez é uma prática bem comum no mundo, sendo actualmente considerado um problema de saúde pública, por ser causa de muitas complicações á mulher tanto físicas como psicológicas.

As mulheres submetidas a esse procedimento, estão carregadas de muitas emoções e sentimentos o que resulta muitas vezes em graves traumas a nível psicológico para a mulher depois da IVG.

A motivação para a realização deste trabalho resultou não só das experiência obtidas durante os ensinios clínicos que despertou o interesse pela área da Saúde Materna, mas também porque o tema reveste-se de grande importância para o campo de enfermagem visto que o enfermeiro é o profissional de saúde que mais tem contacto com a mulheres submetidas a IVG, ele o responsável por proporcionar maior assistência, além de que colaborar juntamente como uma equipa multidisciplinar para desenvolver estratégias, garantindo assim o encaminhamento e o seguimento dessas mulheres protegendo o seu bem-estar físico, e principalmente mental.

A elaboração deste trabalho deu-se em 3 capítulos: no primeiro capítulo encontra-se a fase conceptual, no segundo capítulo encontra-se a fase metodológica seguidamente no último capítulo é a fase empírica. Na primeira fase encontramos a justificativa e problemática e o enquadramento teórico ou revisão da literatura.

Na segunda fase foi seleccionada a metodologia de acordo com os objectivos traçados. Seguidamente foi definida a população alvo, o campo empírico para a recolha de informações, os procedimentos éticos necessários para garantir veracidade do trabalho.

Por último, na fase empírica foi feito o tratamento, análise e interpretação dos resultados encontrados

Problemática e justificativa

Durante o ensino clínico V, enfermagem na saúde materna, realizada na maternidade do hospital, deparou-se com algumas situações pertinentes entre elas, casos de mulheres que decidiram realizar Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) em contextos clandestinos, sem nenhum tipo de cuidado e tiveram que ser submetidas a uma curetagem na urgência da maternidade.

“A curetagem é um procedimento realizado pelo ginecologista que serve como tratamento para limpar o útero de restos de um aborto incompleto, da placenta após o parto normal (...)” (Sedicaís; 2017).

Perante esta situação constatou-se que os profissionais de saúde que trabalham na Saúde materna, dão pouca atenção as consequências psicológicas, que estas interrupções poderiam ter na vida da mulher, a nível psicológico por isso achou-se pertinente desenvolverem este trabalho.

Tendo em conta o papel importante do enfermeiro neste contexto, surgiu a necessidade de elaborar este trabalho como o objectivo de analisar as implicações psicológicas da IVG nas Jovens.

Como futura enfermeira, este tema será de extrema importância pois nos casos de IVG, tanto os realizados no contexto hospitalar, como os realizados de forma clandestina, o enfermeiro é o primeiro profissional de saúde que tem contacto com estas mulheres. Sendo assim, este trabalho fornecerá ferramentas para prestar os melhores cuidados a estas mulheres e entendê-las de uma forma holística.

Também é de realçar que depois da IVG o enfermeiro é o profissional de saúde que tem mais contacto com o utente, possibilitando assim uma melhor recuperação e evitando futuras complicações psicológicas. É o enfermeiro também que informará a mulher sobre os métodos contraceptivos existentes em Cabo Verde (CV), vantagem e inconveniente de cada um, como devem ser usados, a importância do planeamento familiar, que possibilita o controlo sobre quantos e quando quer ter filhos.

Das pesquisas realizadas a nível nacional foram encontrados trabalhos científicos sobre a IVG, mas nenhuma que abordasse especificamente as consequências psicológica. Este trabalho trará informações actualizadas sobre o tema proporcionado aos enfermeiros, estudantes de enfermagem e a quem possa interessar, conhecimentos actualizados acerca deste tema que é uma realidade bem presente na nossa sociedade.

Ao falar-se da IVG é importante realçar que não existem dados concretos sobre o número de aborto realizado no mundo por ano. Devido a questões relacionadas tanto como a legalização do aborto a nível mundial, como também pelo facto de que algumas mulheres optam por realizar um aborto clandestino.

A taxa de abortos mundial é difícil de calcular-se devido ao facto do aborto ser ilegal em inúmeros países. Mas estima-se que por ano aconteça entre 32 e 46 abortos por 1000 mulheres na faixa etária entre 15 a 44 anos, havendo uma enorme variação entre os países. (Diniz *et al*;1998)

Apesar de ser difícil calcular o números de aborto que ocorrem em todo o mundo, anualmente a OMS (2005) estima-se que aconteçam cerca de 40 a 50 milhões de abortos no mundo e metade dos quais acontecem em condições inseguras.

“A deficiência de dados sobre aborto é compreensível em países onde o aborto é ilegal, pois o registo pode levar a consequências graves, tanto para as mulheres que o praticam, como para a pessoa que quem realizou o procedimento.” (Borsari *et all*;2012).

Os mesmos autores realçam que:

“Para o mundo, de forma geral, a taxa de aborto induzido é de aproximadamente 35 por 1.000 mulheres com idade entre 15 e 44 anos. Em outras palavras significa que, a cada ano, 1 em cada 28 mulheres dentro desse intervalo etário tem experiência de aborto inseguro no mundo. Os países desenvolvidos têm mais de 20% da população mundial, mas somente 5% dos abortos provocados. Isso ocorre porque os abortos nos países desenvolvidos são, na sua maioria, legais e seguros, enquanto que nos países em desenvolvimento, a maioria dos abortos é ilegal e inseguro.”

Segundo o Ministério de Saúde do Brasil (MSB) (2001) a” discriminação e os agravos á saúde impostos pela mulher, por razões culturais, legais e religiosos, que envolvem o aborto tem contribuído para a precariedade da assistência e o aumento da mortalidade e morbidade por esta causa.”

O aborto tem-se registado como um problema de morbi-mortalidade no Brasil, tendo uma elevada taxa de mortalidade, resultado não só do aborto mas também das suas complicações.

O MSB (2001) adianta que:

“No Brasil, apesar da carência de indicadores que permitam aferição do número total de ocorrências de abortamentos na população em geral, os dados oficiais justificam a adoção de medidas preventivas e de promoção da saúde reprodutiva. No contexto da mortalidade materna, a incidência observada de óbitos por complicações de aborto oscila em torno de 12,5% do total dos óbitos, ocupando, em geral, o terceiro lugar entre suas causas, observadas as amplas variações entre os estados.”

Como salientam Borsari *et all* (2012) o aborto é considerado um problema de saúde pública no Brasil, representando a quarta causa de morte materna. Ainda o MSB (2001) afirma que pós abortamento nem todas as mulheres buscam assistência nos serviços de saúde. Portanto é consenso de que existe uma sub-notificação dos casos, assim como das complicações.

Relativamente as complicações psicológicas da IVG, Theresa Burke (2002) *cit in* Vilaça (2006) afirma que “ nos Estados Unidos, os dados indicam que 5 anos depois do aborto, 25% das mulheres consultam regularmente o psiquiatra e apontam para que 19% das mulheres sofrem de Síndrome Pós Aborto (SPA)”

Em colaboração Zeferino & Furegato (2013) afirmaram que, nos Estados Unidos as estatísticas revelam que 58% das mulheres que fizeram a IVG tem pensamentos suicidas, 55% tem pesadelos com está experiência, 68% se sente mal consigo mesma, 79% sente-se culpada, 67% sente-se emocionalmente afectada, 49% se dificuldade em pensar nas gravidezes futuras.

Segundo a Associação Cabo-Verdiana para a Protecção da Família (Verde Fam; 2013) morrem cerca de 67.000 mulheres anualmente em todo o mundo devido as consequências do aborto clandestino e metade dessas mortes acontecem no continente africano.

O Plano Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) de Cabo Verde (2008- 2011) afirma que apesar da legalização do aborto em CV desde 1987, existem alguns factores culturais, físicos e económicos que dificultam a sua efectividade. Não se sabe exactamente

o número de aborto clandestinos praticados em CV, mas a garante que a IVG realizada de forma clandestina constitui uma ameaça para a saúde da mulher.

De acordo com alguns dados recolhidos no centro de estatística do Hospital Baptista de Sousa (HBS), a IVG em São Vicente, atinge não só adultos mas também adolescentes e crianças podendo ter repercussões graves na sua saúde tanto a nível físico como psicológico. Foi feito um levantamento de dados dos anos 2013 á 2016, numa faixa etária dos 10 aos 49 anos de idade.

Tabela1: N° de IVG na faixa etária de 10-14 anos

Faixa etária	Anos			
	2013	2014	2015	2016
10-14 Anos	3	6	0	5

Fonte: Elaboração Própria

Na faixa etária entre 10-14 anos registou-se 14 casos de IVG no HBS. Desses 3 foram no ano de 2013 com o terceiro maior registo. Em 2014 houve um acréscimo em relação ao ano anterior, registando-se 6 casos destacando como o ano com maior registo, logo no ano seguinte não se registou nenhum caso de IVG. Já no ano de 2016 registou-se 5 casos sendo o segundo maior registo.

Tabela 2: n° de IVG na faixa etária de 15-19 anos

Faixa etária	Anos			
	2013	2014	2015	2016
15-19 A	98	85	69	46

Fonte: Elaboração Própria

Na faixa etária entre 15-19 anos registou-se 298 casos de IVG no HBS. Desses 98 foram registados no ano de 2013 com o maior registo. No ano seguinte houve um decréscimo em relação ao ano anterior registando-se 85 casos de IVG sendo o ano com o segundo maior registo. Em 2015 registou-se 69 casos havendo um decréscimo em relação

ao ano anterior, sendo o ano com o terceiro maior registo, finalmente no ano de 2016 com a tendência decrescente registou-se 46 IVG.

Tabela 3: nº de IVG na faixa etária de 20-24 anos

Faixa etária	Anos			
	2013	2014	2015	2016
20-24 A	164	165	93	66

Fonte: Elaboração Própria

Na faixa etária dos 20-24 anos, registou-se um total de 488 casos de IVG, desses 164 foram registados no ano 2013 com o segundo maior registo. Com o maior registo encontra-se o ano de 2014 com 165 casos. No ano de 2015 houve um decréscimo para 93 casos de IVG, ficando assim no terceiro maior registo e finalmente no ano de 2016, que continuou com a tendência decrescente, com 66 casos de IVG.

Tabela 4: nº de IVG realizados na faixa etária de 25-49 anos

Faixa etária	Anos			
	2013	2014	2015	2016
25-49 A	274	373	196	283

Fonte: Elaboração Própria

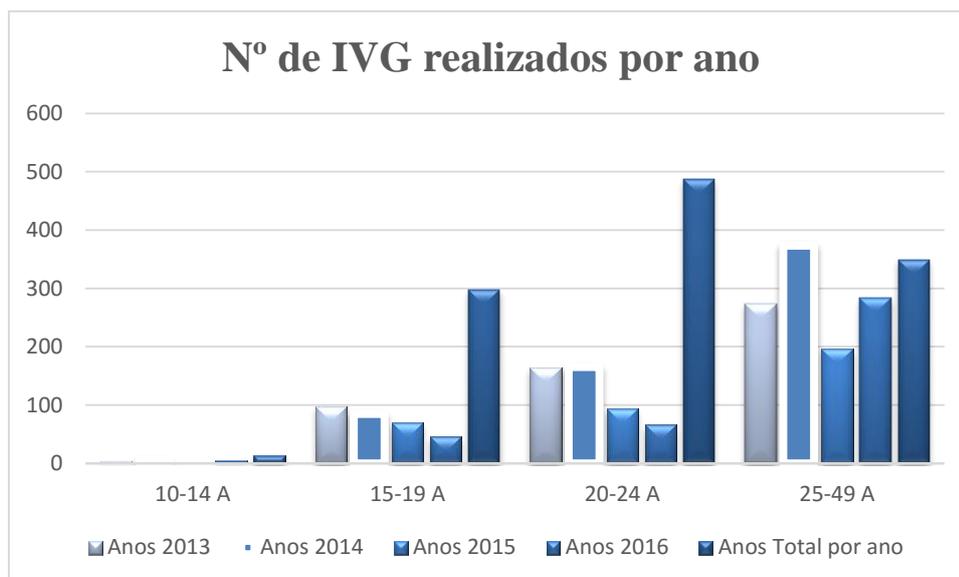
Na faixa etária entre 25-49 anos registou-se 1126 casos de IVG no HBS. Desses 274 foram realizadas no ano de 2013 com o segundo maior registo. Em 2014 registou-se 373 IVG com um acréscimo em relação ao ano anterior, com o maior registo. No ano seguinte, 2015, registou-se 196 casos havendo um decréscimo em relação ao ano anterior. Seguidamente, 2016 registou-se 283 casos de IVG, tendo um acréscimo em relação ao ano anterior, com o terceiro maior registo. Elaborou-se uma tabela (tabela5), contendo os dados do nº de IVG desde 2013 á 2016 das diferentes faixas etárias. Neste quadro ainda estão dispostos o total de IVG por cada ano e o total por cada faixa etária.

Tabela 5:Dados de IVG realizados por ano no HBS

Números de IVG realizados no HBS no ano de 2013 á 2016					
Faixa etária	Anos				Total por ano
	2013	2014	2015	2016	
10-14	3	06	00	5	14
15-19	98	85	69	46	298
20-24	164	165	93	66	488
25-49	274	373	196	283	1126
Total	539	629	358	400	1926

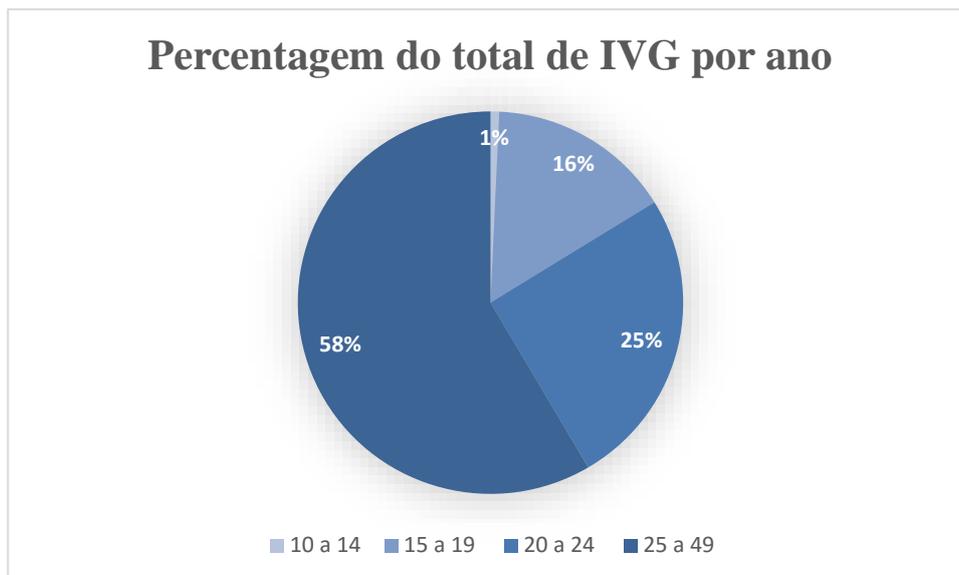
Fonte: Elaboração Própria

Analisando o gráfico abaixo, podemos constatar em 2014 foi realizado o maior número de IVG no HBS com 629, com um aumento de 90 casos de IVG do que no ano anterior, com 539 casos. Já no ano seguinte de 2015, foi o ano em que registaram-se menos casos de IVG no HBS, com 358 casos, houve uma diminuição de 271 em relação ao ano anterior, no ano de 2016 foram realizados um total de 400 casos ficando com o terceiro maior registo. Pela análise feita do gráfico, pode-se constatar que houve uma diminuição acentuada de casos de IVG em relação nos anos de 2015 e 2016.



Fonte:Elaboração Própria

Quanto a faixa etária ela está dividida em 4 intervalos. De 10-14 anos; 15-19anos; 20-24 anos e 25-49 anos. Das 1926 IVG realizadas no HBS, 1126 foram registados na faixa etária entre 25-49 anos, representando 58% dos casos, destacando-se assim como a faixa etária com maior número de IVG. Seguida pela faixa etária entre 20-24 anos com 488 casos e uma representatividade de 25%, destaca-se o decréscimo de 638 casos do que a faixa etária anterior. Na faixa etária entre 15-19 anos registou-se 298 casos, representando 16% , menos 190 casos do que a faixa etária anterior. Dos 10-14 anos evidenciou-se como a faixa etária com menos casos de IVG registados, 14 casos de IVG e uma representação de 1%, havendo um decréscimo de 284 casos em relação a faixa etária anterior.



Fonte: Elaboração Própria

É importante realçar que, os dados colhidos sobre o número de IVG realizados por ano em SV, evidência aquelas realizadas no HBS que estão em conformidade com o boletim oficial da república de Cabo Verde número 7, lei n.º9/III/86, artigo 1.º. Desses dados não constam as curetagens de emergência realizadas, por aborto incompleto, induzidos na clandestinidade, quer por método medicamentoso através do uso de mesiprostol, ou por métodos invasivos, não permitindo assim ter uma noção da real situação da IVG em SV.

Pode-se observar que nos dados colhidos existe uma carência de informações. O modo como fazem as estatísticas poderia ser melhoradas de forma a proporcionar mais informações sobre: a história obstétrica da mulher; o tempo de gestação e as complicações físicas e psicológicas sofridas pelas mulheres depois da IVG.

Para problematizarmos melhor as consequências psicológicas ocorridas nas mulheres submetidas ao IVG, seria importante que tivéssemos dados reais sobre quantas mulheres são atendidas nos serviços de saúde, que profissionais de saúde recorrem, se são ou não encaminhados para os serviços de psicologia, os métodos de tratamentos utilizados e as queixas mais relatadas.

Não sendo possível obter todas estas informações adicionais através do centro de estatística devido a falta de registos será feita uma entrevista a algumas mulheres que

residem em São Vicente, que já fizeram pelo menos uma IVG, de forma a obter mais informações acerca desse tema.

Dos dados recolhidos pode-se concluir que a IVG é um problema de saúde pública em SV, e que necessita de uma melhor atenção por parte dos profissionais e instituições de saúde, tanto a nível primário, na prevenção da IVG como também a nível secundário na intervenção no antes e depois da IVG.

OBJECTIVOS

Objectivo geral

- Analisar as implicações psicológicas da IVG nas jovens e a assistência de enfermagem

Objectivos específicos

- Entender a percepção das jovens mulheres têm acerca da gravidez indesejada;
- Identificar os factores que influenciam a tomada de decisão de realizar uma IVG;
- Identificar importância de enfermagem na diminuição das implicações psicológicas nas jovens;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem relativos a IVG;
- Identificar as intervenções de enfermagem relativos aos diagnósticos

CAPÍTULO I – ESTADO DA ARTE

1. Definição de aborto

A definição do aborto vem sofrendo algumas alterações ao longo dos anos, dos autores consultados todos afirmam que o aborto trata-se da expulsão do feto antes que este seja viável fora do útero materno, mas têm se notado algumas discrepâncias quanto a idade gestacional, peso do feto, maturação dos órgãos, etc.

Pollak (1975) afirma que “quando uma gravidez é interrompida antes do fim da 28ª semana (sete meses de gravidez), estamos em presença de um aborto.”

Silva Araújo (1998) entretanto declara que o aborto “é por fora do ventre da mãe um bebe que ainda não pode sobreviver fora daquele ambiente.”

A OMS (2005) define o aborto como sendo “(...) a finalização de gestação antes de 20ª semanas a partir da data da última menstruação ou a expulsão do produto da concepção com menos de 500 gramas de peso.”

1.1-Tipos de aborto

Ao falarmos do aborto é importante referir os tipos de aborto existentes. Estas podem ser divididas em duas vertentes: o aborto espontâneo e o aborto provocado.

Segundo Silva Araújo (1998), podemos falar em aborto espontâneo ou desmancho quando a saída do feto do útero materno por razões naturais, ou seja, sem que tenha feito qualquer acto com a intenção de o expulsar. Nestes casos o útero começa a trabalhar demasiado cedo durante a gravidez, enquanto que, o aborto provocado pode ser vista como a saída do feto do útero da mãe resultante de uma acção que se fez com esse objectivo.

A perspectiva de Pinto (2003) não difere muito dos conceitos apresentados por Silva Araújo (1998). Colaborando Pinto (2003) classifica o aborto em dois grupos: o aborto provocado e o espontâneo. O aborto provocado acontece quando o organismo expulsa o feto, independentemente da vontade da mulher, impossibilitando assim a continuação da gestação. Por outro lado podemos falar em aborto provocado quando, a morte do feto por vontade própria e tem como causador um agente externo que pode ser um profissional ou um leigo.

Assim sendo o aborto provocado pode ser intencional ou ocasional visto que vários são os factores que devem ser levados em conta quando se provoca um aborto. Nesta linha de pensamento torna-se importante realçar que o aborto provocado pode ser categorizado em diferentes tipos.

Silva Araújo (1998) qualifica o aborto provocado em:

- **Aborto directo:** quando há expulsão do embrião ou feto antes de esse ser viável, isto é, antes de poder viver fora do ventre da mãe.
- **Indirecto:** quando se faz um tratamento destinado a salvar a vida ou a saúde, gravemente comprometidas da mãe, o qual tem também como efeito, não intentado directamente o aborto. Procura-se a saúde da mãe permitindo a morte do filho.
- **Legal:** o que é praticado a coberto da lei, nas maternidades ou hospitais.
- **Clandestino:** que é praticado as escondidas, utilizando muitas vezes processos caseiros.
- **Eugénico:** o que tem como objectivo evitar o nascimento de crianças com malformações ou anomalias.
- **Psico-Social:** o que se pratica porque o estado mental ou social da mãe desaconselha uma gravidez.
- **Ètico:** quando, com a prática do aborto, se pretende remediar um acto selvagem, como a violação da mãe.
- **Terapêutico:** o aborto provocando quando a vida da mãe e a do filho entram em colisão. Quando, com o aborto, se pretende curar alguma enfermidade da mãe ou se entende que a gravidez põe em serio perigo a vida da mãe.

Por outro lado Diniz *et al* (1998) argumental que existem quatro formas de abortar:

- **Interrupção eugênica da gestação:** situações em que se interrompe a gravidez por valores sexistas, racistas, étnicos etc. Quando o aborto é feito contra a vontade da gestante;
- **Interrupção terapêutico de gestação:** casos de abortos feitos para salvar a vida da gestante;
- **Interrupção selectiva da gestação:** quando se recorre ao aborto devido lesões fetais. Quando as lesões fetais são patológicas e são compatíveis com a vida extra-uterina.
- **Interrupção voluntária da gravidez:** aborto feito quando a mulher ou o casal não deseja mais a gravidez.

2- Interrupção voluntária de Gravidez (IVG)

A IVG é sem dúvida um tema que divide opiniões nas mais variadas áreas, tanto no campo religioso, bioético, social, económico, psicológicos etc. Muito têm-se escrito sobre o tema que têm-se tornado uma realidade cada vez mais frequente na nossa sociedade tornando-se motivo de preocupação pelos diferentes problemas que acarreta para a saúde da mulher.

O conceito de IVG não sofreu muitas alterações ao longo dos anos. Abecasis et al (1960) defende a IVG como sendo um aborto provocado, voluntário e artificial pois resulta da consequência da intervenção da vontade humana.

Pollak (1975) defende que a IVG é um aborto artificial, ou seja um aborto provocado intencionalmente.

Diniz *et al* (1998) diz que interrupção voluntária da gravidez quando a mulher ou o casal não deseja mais a gravidez, seja ela de uma relação conjugal ou fruto de um estupro. São os casos de aborto ocorridos em nome da autonomia reprodutiva da mulher ou do casal.

A OMS (2005) afirma que a IVG ocorre quando a expulsão total ou parcial dos conteúdos do útero, resultando de interferência médica como cirurgias ou práticas tradicionais com o uso de ervas. A IVG pode ser legal ou ilegal.

Como o mesmo nome indica a IVG é uma interrupção da gravidez por vontade da mulher ou do casal. A decisão em realizar a IVG pode estar associada a vários factores.

2.1- Factores que contribuem para a procura de IVG

A ocorrência de IVG está relacionada com diferentes factores. É importante conhecer estes factores, pois é através dos mesmos que se cria estratégias/políticas para diminuir os casos de IVG.

Entre os factores mencionados por Noya & Leal (1998) que influenciaram a mulher a realizar a IVG destaca-se:

- 1) Se a gravidez foi desejada;
- 2) Em que medida a mulher utiliza ou não a IVG como um método para resolver uma gravidez não planeada;

Em colaboração a OMS (2005) qualificou os factores que contribuí para a procura da IVG:

- **Nível individual:** actividade sexual em idade jovem, falta de conhecimento sobre PF, resistência ao uso dos métodos de PF, falha do método, baixo nível educacional, baixo nível económico, baixo conhecimento sobre os efeitos do aborto inseguro;
- **Nível comunitário:** falta conhecimento sobre os efeitos nocivos do aborto inseguro, falta de serviços de PF, baixo estatuto económico, baixo estatuto da mulher, falta de envolvimento dos homens em assuntos de saúde reprodutiva, etc;

Sandi & Braz (2010) destaca a gravidez indesejada como um dos principais factores para a procura a IVG. Mas ainda acrescenta outros factores como a violência doméstica, patriarcalismo, acesso a métodos contraceptivos, biopolítica e biopoder.

2.2- Métodos de realização de uma IVG

Actualmente para a realização de IVG temos disponíveis diferentes métodos. Para a Silva Araújo (1998) podemos encontrar 7 formas diferentes para realizar a IVG entre as quais:

- **Pílula abortiva**

É um comprimido que se ingere no início da gravidez antes da sexta semana de vida da criança e tem como objectivo anular a função da placenta em formação, provocando a morte da criança.

- **Aborto por aspiração**

Aborto por sucção-aspiração, primeiro dilata-se o colo uterino com um instrumento adequado para esta função, para que através dele possa entrar um tubo ligado a um potente aspirador.

A força da sucção deste aspirador arrasta o embrião e o resto do conteúdo uterino, todo desfeito em pequenos pedaços. Terminada a operação costuma-se fazer uma raspagem para se ter a certeza de que o útero ficou vazio. Este método usa-se, por via de regra, quando a gravidez tem menos de dez ou doze semanas. Antes de se aspirar o corpo do bebé em desenvolvimento este é cortado aos bocados por meio de uma lâmina ou faca ligada ao tubo do aspirador.

- **Método por karman**

O aborto pelo método karman pratica-se entre as 8 as 10 semanas do bebé. Numa tentativa de evitar o traumatismo provocado pelo forçar da entrada no útero tentou-se o método de cateterização em que se introduz o cateter de Karman, muito fino, através da entrada do útero. Por meio de uma sucção muito forte, extrai-se o bebé.

- **Raspagem ou Curetagem**

A raspagem ou legração, também chamada «curetagem», é o método que se usa mais frequentemente. Começa-se por dilatar convenientemente o colo do útero, o que só se pode fazer por anestesia.

Depois introduz-se no útero uma espécie de lâmina curva cortante, chamada legra ou cureta, que se desfaz muito bem a placenta a destroçar a criança atingindo-a de alto a baixo através de toda a cavidade do útero. Os bocados assim obtidos extraem-se com a mesma legra. Neste método costuma praticar-se sobretudo nos três ou quatros primeiros meses de vida da criança.

- **Prostaglandinas**

Para causar o aborto também se usa um produto denominado prostaglandinas, que provoca o trabalho de parto, independentemente do tempo de gravidez da mulher. Este processo também se chama aborto por indução de contracções. As vezes antes de usar as prostaglandinas usam-se umas hastes ou dilatadores hidròfilos que, colocados no cala do útero engrossam progressivamente e dilatam-no.

- **Cesariana Precoce**

A cesariana precoce (também chamada de mini-cesariana ou histerotomia) consiste em praticar uma incisão no útero através do abdómen materno para extrair através dela a criança e a placenta.

Este método costuma fazer-se a partir da décima quinta ou décima sexta semanas de gravidez. Habitualmente extraem-se crianças vivas, que logo a seguir acabam por morrer por não terem viabilidade. Porém, por vezes, com este método obtiveram-se crianças vivas que eram viáveis (tinham condições para viverem já fora do ventre materno), mas deixaram-nas morrer por lhes não prestarem os cuidados que possivelmente as poderiam salvar, ou então provocou-se-lhes a morte, habitualmente por asfixia.

- **Envenenamento Salino**

O método de envenenamento salino é utilizado depois de 16 semanas. Uma agulha comprida é introduzida na cavidade abdominal da mãe e penetra no saco amniótico. Uma solução salina altamente concentrada é injectada no líquido amniótico. A criança respira-a e engole-a, e morre envenenada. Cerca de 24 horas depois, a mãe entra em trabalho de parto, e nasce uma criança morta.

Segundo a OMS (2003) esses métodos podem ser classificados em 2 grupos:

- **Métodos cirúrgicos:** é quando para terminar uma gestação utilizam procedimentos transcervicais como a aspiração a vácuo, dilatação e curetagem, dilatação e vácuo;
- **Métodos Médicos:** quando utilizam drogas para por fim a gestação. Muitas vezes os métodos médicos podem ser chamadas de abortamentos não cirúrgicos.

Em colaboração Patrão *et al* (2012), apontam também para existência de dois métodos para praticar uma IVG. No método medicamentoso os efeitos físicos da IVG são semelhantes para um aborto espontâneo e incluem hemorragias, e dores abdominais, a gravidez é interrompida através de métodos orais que consiste na toma de mifepistone e depois de 48 horas a toma de prostaglandinas, pode ser praticada até nona semana de gravidez, deste método não necessita de hospitalização mas os medicamentos têm de ser tomados de acordo com a prescrição, se este método falhar será utilizado o método cirúrgico para realizar a IVG.

Já no método cirúrgico pode-se fazer a intervenção até a décima semana de gestação e consiste na remoção do conteúdo uterino por aspiração ou corte. Esta intervenção pode ser feita por anestesia local ou geral e na consulta prévia pode ser prescrita um medicamento para preparar o colo, tornando mais mole e dilatado.

De acordo com a legalização do aborto em cada país e independentemente dos motivos para a sua realização, estes devem ser feitos em ambientes seguros (Hospitalar) com profissionais qualificados de modo a garantir melhor assistência para a saúde da mulher.

3. Legalização da IVG em Cabo Verde

De acordo com o Boletim Oficial de Cabo Verde a legalização do aborto em Cabo Verde ocorreu no dia 19 de Dezembro de 1986 e segundo o artigo 1.º “a interrupção voluntária da gravidez prevista no artigo 3.º da Lei n.º 9/III/86, de 31 de Dezembro, só poderá ser realizada nos Hospitais Centrais «Dr. Agostinho Neto» e «Dr. Batista de Sousa», e ainda nos estabelecimentos de saúde que, tendo a necessária capacidade técnica para o efeito, sejam designados por despacho do Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais.”

No artigo n.º2 consta que “a interrupção de gravidez só poderá ser realizada por médicos especialistas em Obstetrícia ou Ginecologia ou por médicos que, embora não titulares de qualquer especialidade, sejam considerados aptos para praticá-la, por despacho do director-geral de Saúde.”

Ainda no Boletim Oficial de Cabo Verde, no artigo 3.º diz que a interrupção da gravidez não é punível quando realizada com consentimento da mulher grávida, nas primeiras doze semanas de gestação, em estabelecimento hospitalar, sob a assistência médica e nos termos regulamentares.

Não sendo também punível quando a mulher realiza o aborto em qualquer período gestacional mais tendo em conta os seguintes condições:

1. Quando a gravidez acarreta graves danos à saúde da mulher tanto a nível físico como psíquico ou mesmo quando a continuação da gestação pode resultar na morte da mulher;
2. Quando se pretende evitar a transmissão de qualquer doença hereditária ou contagiosa que tenha um carácter grave ao feto;
3. Quando se pretende evitar que a criança nasça com graves defeitos tanto a nível físico como mental;

Para que a mulher possa realizar o aborto de uma forma legal todos estes itens acima referidos devem ser justificados antes da intervenção de acordo com um diagnóstico médico.

Desde 1987, a lei sobre o aborto não sofreu qualquer alteração. Depois de trinta anos, será que esta lei deveria ser a corresponder às necessidades actuais das mulheres, da comunidade e dos sistemas de saúde?

A implementação de leis, não quer dizer o cumprimento das mesmas. É necessário certificar, pelas entidades competentes que elas são cumpridas, pois se o mesmo não acontecer, essas leis se tornam frágeis e não garantem a continuidade do bem-estar físico e principalmente psicológico da mulher.

Em relação à IVG, as questões não deveriam centrar-se apenas na idade gestacional da mulher, no local onde foi feita a IVG, nos casos puníveis ou não, mas também criar directrizes de modo a preservar o encaminhamento ou seguimento a nível psicológico das

mulheres depois da IVG. Num país onde as leis do aborto não salvaguardam a saúde mental da mulher, demonstra o fraco ou o inexistente conhecimento sobre o quão dramático, sofrido pode ser uma experiência de IVG para uma mulher.

4. IVG Clandestina

A IVG clandestina é uma prática que atinge proporções incríveis no mundo inteiro. Mesmo o facto de muitas mulheres decidirem por abortar de forma clandestina, dificulta em ter dados fiáveis sobre o número de aborto realizados no mundo anualmente.

A OMS (2005) afirmou que o número elevado de mulheres que arriscam a sofrer traumatismo, a sofrer consequências sociais e criminais relacionados a prática do aborto inseguro ou mesmo que arriscam a morrer demonstra como as mulheres estão desesperadas para adiar ou não terem filhos.

“Recentemente, o aborto induzido e realizado de forma não segura foi mundialmente reconhecido como problema de saúde, devido ao importante número de complicações, sequelas (como, por exemplo, a infertilidade) e mortes (evitáveis) que dele podem decorrer.” (Sandi & Braz;2010). Não sendo possível determinar com exactidão o número de IVG inseguros que são realizados mundialmente, a OMS (2005) estimou-se que anualmente ocorram aproximadamente 20 milhões abortos inseguros no mundo.

Dos factores relacionados como a busca pelo aborto clandestino podemos destacar:

- Ilegalidade do aborto em alguns países;
- Condições socioeconómicas;

Não conseguindo fazer o aborto em hospitais devido a ilegalidade do mesmo em alguns países e devido aos custos de realizar desse procedimento nos ambientes hospitalares as mulheres optam por utilizar outros métodos pouco seguro para interromper a gravidez. Como argumentam Pinto & Tocci (2003) as mulheres que não conseguem interromper a gravidez de uma forma legal recorrem a clínicas especializados com abortivos e uso de drogas.

Na mesma perspectiva Sandi & Braz (2010) asseguram que nos países onde o aborto seja ilegal existe um maior número de mortes por complicações pós-aborto

resultante da prática em lugares sem mínimas de condições de segurança para a mulher. As mesmas autoras ainda realçam que nos países com leis limitadas, a taxa da IVG não são mais baixas do que nos países onde é legalizado.

Do ponto de vista económico, Okawara & Sawaya (1979) apontaram que em mulheres de nível socioeconómico baixo a mortalidade e a incidência de complicações resultantes do aborto ilegal são muito mais elevados. Em colaboração a OMS (2005) calcula que 95% das IVG inseguras realizadas ocorrem em países em desenvolvimento.

Na mesma perspectiva Sandi & Braz (2010) afirmam que as mulheres das classes menores poder sócio económico submetem-se a métodos mais inseguros e precários por não conseguirem arcar com os custos das clínicas. Elas também possuem mais dificuldades para receber os cuidados adequados aos tratamentos de complicações, aumentando as taxas de morbimortalidade por complicações pós-aborto.

Entre os vários métodos utilizados para provocar uma IVG no contexto inseguro a OMS (2005) assegura que as mulheres recorrem a técnicas muito perigosas como o uso de objectos sólidos como por exemplo, uma raiz pequeno ramo ou cateter no útero, nos procedimentos para dilatação usam a força externam ingestão de substâncias nocivas e as curetagens feitas de forma incorrecta.

Pinto & Tocci (2003), realça que vários são os métodos utilizados para provocar um aborto entre eles encontramos o famoso Cytotec. O uso deste medicamento facilitou o aborto pois é encontrado facilmente nas farmácias de forma ilegal. O Cytotec é um medicamento utilizado para úlceras e é contra-indicado a mulher grávida pois tem o na sua constituição o misoprostol, substância com poder de provocar o aborto.

Para o MSB (2009) nas grandes cidades o início dos anos 1990 marcou uma mudança significativa no perfil dos métodos abortivos adoptados pelas mulheres. Alguns métodos como venenosos, líquidos cáusticos ou injeções, passaram a ser inexpressivos nos relatos das mulheres. para realizar o aborto em casa ou para inicia-lo em casa e termina-lo no hospital, o misoprostol se tornou o método preferencial

Entre os factores mencionados pelo MSB (2009) para o uso do misoprostol estão o baixo preço e a privacidade na realização da IVG. Devido ao seu baixo preço e mesmo a

facilidade em ser encontrada e também pelo facto que quando a mulher utiliza o Cytotec consegue abortar em sua casa sentindo-se com mais privacidade.

5. Consequências da IVG na Mulher: Assistência de enfermagem

5.1 Físicos

Ao falarmos da IVG, é preciso ter em conta que é um procedimento médico, invasivo contendo os seus riscos. Pinto & Tocci (2003) argumenta que “o aborto é antes de tudo, um procedimento físico (...).”

Como aponta Lowdermilk *et al* (2005), embora estudos indiquem que sequelas biológicas ocorram após o aborto (por exemplo a gravidez ectópica), poucas serão as sequelas documentadas além da morte por infecção ou por hemorragias ou por ambas.

Quando falarmos das implicações físicas que a IVG tem na vida da mulher é importante levar em conta alguns pontos:

- Se o aborto foi feito num ambiente Hospitalar ou de forma clandestina
- Idade gestacional da mulher

Muitas complicações relatadas na literatura serão relacionadas com os procedimentos realizados de forma clandestina, por pessoas que não estão preparadas e em condições sem um mínimo de cuidado.

Do ponto de vista de Domingos *et al* (2010) nos países em desenvolvimento as complicações do aborto são as principais causas de morbidade e mortalidade nas mulheres. Os dados relacionados com a mortalidade são mais difíceis de se obter, mas sabe-se que a incidência da morbidade relacionada com o aborto provocado em condições precárias é alta.

Do ponto de vista da OMS (2005) as complicações mais frequentes são: abortos incompletos, sepsis, hemorragias e trauma intra-abdominal (punção ou laceração do útero). Outras consequências como a dor crónica, doenças inflamatórias pélvicas, e infertilidade secundárias são apontadas como problemas de saúde mais crónicos.

Em colaboração Fusco *et al* (2008) fez o estudo em que, 82 mulheres que provocaram o aborto, 72 declaram que sofreram hemorragia, sendo a mais citada, seguidamente temos casos de infecções e de abortamento incompleto. Complicações como anemia e dificuldade em engravidar novamente, foram destacadas como complicações posteriores ao aborto.

Segundo o mesmo autor em casos de hemorragia isolada ou completamente outro quadro, cursaram com sintomas e sinais diversos, entre eles contracções, calafrios, tremedeira e febre além de sangramento intenso por vários dias, causando alta demanda por internações hospitalares.

No que tange a idade gestacional em que a gestante fez a IVG, a perspectiva de Pinto & Tocci (2003) é que a gravidade do abortamento para a saúde da mulher tende a aumentar com a duração da gravidez ou seja um aborto realizado no segundo trimestre de gravidez acarreta maiores riscos para a saúde da mulher do que no primeiro trimestre. No mesmo ponto de vista Fescina *et al* (2008) garante que os riscos de hemorragia podem ser mais comuns quanto maior é a idade gestacional.

Destas consequências físicas já mencionadas Fescina *et al* (2008) qualifica-as em:

- **Complicações imediatas:** hemorragias, Infecção, Perfuração uterina;
- **Complicações tardias:** infertilidade;

Em alguns casos as complicações físicas contribuem para o aparecimento de implicações a nível psicológico. Como afirma Noya & Leal (1998) as “complicações obstétricas graves levam a quem perante o ter que abortar, a mulher se confronte com as suas limitações físicas, situações essas que é muito doloroso e aumenta o risco de distúrbios emocionais.”

5.2. Psicológicos

Ao falarmos das implicações psicológicas que a IVG acarreta devemos ter em conta o significado e a emoção que cada mulher atribui ao aborto. Cada mulher experiencia a gravidez de uma forma diferente, e como cada uma vive essa experiência influencia o significado que atribui a IVG.

Como refere Noya & Leal (1998) as consequências psicológicas da IVG, não podem ser vistas exclusivamente com o acto de abortar. Existem factores a se ter em conta nomeadamente aspectos sociais, culturais, demográficos, e psicológicos.

As mesmas autoras enfatizam que não é possível entender as respostas emocionais da mulher em relação a IVG se não tiver presente o significado da gestação, naquele momento da vida da mulher e se corresponde aos efectivos projectos de maternidade.

Em colaboração Vilaça (2006) afirma que “durante a gestação muitas transformações acontecem na mulher. É normal que durante a gravidez haja sentimentos de dúvida sobre a gravidez, sobre a chegada do filho, sobre a sua capacidade de ter filho, nesta altura muitas preocupações começam a surgir.

Dos factores destacados por Noya & Leal (1998) que podem influenciar as respostas a nível psicológicos destaca-se as seguintes:

- Idade- mulheres mais jovens tem maior probabilidade de desenvolver traumas psicológicos;
- Ambivalência - os traumas psicológicos afectam maioritariamente mulheres com menos filhos;
- Instabilidade Social – mulheres com um fraco suporte social aumenta os riscos complicações psicológicas depois da IVG;
- Complicações obstétricas;
- A existência de deformidades fetais;

Em colaboração Matos (2005) cita que os factores de risco para o desenvolvimento de complicações psicológicas pode-se destacar: abortos tardios, juventude, problemas emocionais, baixa auto-estima, motivos culturais e religiosos e má relação com o parceiro ou familiares.

Nas implicações psicológicas da IVG destaca-se ainda dois factores considerados importantes: os casos de gravidezes desejadas e os casos de gravidezes indesejadas. Como garante Noya & Leal (1998) as respostas positivas acerca da IVG aparecem nas mulheres que não querem a gravidez e as mesmas não têm uma visão negativa acerca da IVG. Nos casos de gravidezes desejadas as respostas são mais negativas e as mulheres têm conflitos acerca da IVG.

Do ponto de vista de Sereno *et al* (2012) afirmam que muitas vezes é difícil prosseguir com uma gravidez não desejada, aceitar um filho que não se quis ou mesmo interromper a gravidez.

Ainda os mesmos autores garantem que a mulher que se depara com uma gravidez não desejada, vive momentos de crise tanto psicológico como social. Estas crises são intensas e são acompanhadas de sofrimento psicológico, e consoantes a história de cada mulher estas podem ser mais ou menos intensas.

Matos (2005) aponta que a resposta ao aborto deve dividir-se em 4 fases:

1. É uma fase muito curta onde frequentemente 80% das mulheres começam a sentir angústia. Primeiramente existe uma sensação de alívio porque a gravidez foi ultrapassada. Ela sente que a sua vida possa continuar como era antes;
2. Esta fase pode aparecer o sentimento de culpa. Esta é uma fase que pode durar meses sem qualquer tipo de intervenção;
3. A angústia se transforma em doença. Esta fase é clinicamente classificada como doença depressiva ou aqui alguns autores defendem a existência de uma síndrome pós- abortiva;
4. É a fase do luto recreativo e aparece algum tempo depois do aborto;

Pinto & Tocci (2003) citam que “(...) há estudiosos que afirmam que a reacção psicológicas adversas acarretadas pelo aborto provocado é menos grave frente á reacção ao nascimento de uma criança indesejada.”

Analisando as implicações psicológicas que o aborto acarreta alguns autores defendem que depois de algum tempo algumas mulheres que realizaram a IVG desenvolvem a síndrome pós aborto.

Síndrome pós aborto (SPA)

Relativamente a SPA, Pinto & Tocci (2003) realçam que ultimamente alguns terapeutas têm notados experiências relacionados ao aborto como depressão e pavores irracionais e chamaram de Síndrome Pós Aborto.

“É o nome clínico dada a uma perturbação emocional e psicológica sentida por algumas mulheres na sequencia de abortos voluntários.”(Vilaça,2006)

Já Zeferino & Furegato (2013) enfatizaram que muitas mulheres sofrem Síndrome Pós Aborto e vivem o luto incluso, uma dor negada quando uma morte real ocorreu. Devido a esta negação o luto não é vivido, mas a dor da perda está presente e a mulher vive momento de flashback do aborto e pesadelos sobre o bebé.

Dos efeitos negativos da IVG a nível psicológico Noya & a Leal (1998) destacam a mágoa, angústia e tristeza. Em colaboração Vilaça (2006) e Zaferino & Furegato (2013) realça:

- Culpa
- Baixa auto-estima,
- Desespero,
- Desamparo,
- Raiva,
- Pesadelos e depressão;
- Negação

Como refere Vilaça (2006) na SPA, os sintomas podem aparecer logo depois da IVG, mas também em alguns casos aparecer 40 ou mais anos depois. Muitas vezes atribui-se aos sintomas outra origem, sendo assim o reconhecimento e a associação destes sintomas ao aborto é atrasado ou até mesmo negado.

Na mesma ótica Zeferino & Furegato (2003) frisa que na Grã-Bretanha os efeitos psicológicos dos abortos naturais aparecem nos seis primeiros meses, por outro lado nos casos de IVG esses efeitos são mais duradouros tendo uma duração de até cinco anos.

O desenvolvimento de uma SPA, é defendida por alguns autores como casos isolados que acontecem em mulheres antecedentes de problemas mentais. Adler *et al* (1992) *cit in* Patrão *et all* (2012) argumentam que a pouca probabilidade do aborto desencadear respostas psicológicas severas, e que os aspectos psicológicos podem ser entendidas uma perspectiva de *coping* e stress normal, do que uma perspectiva psicopatológico.

Por outro lado Pinto & Tocci (2003) realçam que os defensores do aborto afirmam que apenas mulheres com antecedentes de problemas psicológicos tem dificuldade em aguentar os efeitos psicológicos da IVG. Embora algumas mulheres discordam, pode ser

verdade que estas reacções aconteçam em mulheres com problemas prévias. No entanto pode-se dizer que essas mulheres deveriam ser protegidas de traumas por experiências abortivas.

Em colaboração Vilaça (2006) refere que mulheres com perturbações mentais são mais vulneráveis a desenvolver a SPA, no entanto não se pode culpabilizar as mulheres por serem fracas ou disfuncionais. Embora a SPA seja de facto determinada pela personalidade prévia da pessoa, mas é verdade que a causa directa seja o aborto.

6. Perda e luto

Um dos aspectos psicológicos que deve ser levado em conta nos casos de aborto induzido, é a questão do luto e da perda da mulher. Mesmo que seja por livre e espontânea vontade interromper a gravidez, existe todo um sentimento relacionado com a gravidez, o filho e a decisão de abortar. Ribeiro *et al* (2013) afirma que a IVG é uma experiência que provoca mal-estar e sofrimento, chegando a manifestar um sentimento de perda.

Como realça Pinto & Tocci (2003) “ (...) cada mulher que submeteu-se a um aborto deve encarar morte de seu filho que não nasceu como uma realidade social, emocional e intelectual e espiritual.”

Em colaboração Vilaça (2006) justifica que o aborto é uma experiência de morte. Morte não só da criança mas também da relação da esperança, do instinto maternal, da responsabilidade. Na mesma perspectiva Pinto & Tocci (2003) argumenta que a mulher é naturalmente a origem da vida e é normal que a mulher grávida esteja consciente que cresce uma criança dentro dela. A mulher que aborta voluntariamente sabe que matou o seu filho isto viola algo de muito profundo na mulher da natureza da mulher.

Do ponto de vista de Gesteira *et al* (2006) devemos ter a mesma postura com uma mulher que provoca um aborto, da postura que temos com uma pessoa enlutada, tendo em conta que a mulher esta a sofrer, devemos escuta-la em fazer juízos de valores. Podemos não ter o mesmo ponto de vista mas é importante escuta-la ou manter-se próxima de uma forma a ajuda-la não verbal.

Vilaça (2006) afirma que é um luto difícil de se fazer quando a perda de um filho tanto mais quando a dor psicológica e espiritual da mulher deve ser silenciada. Por ser uma dor provocada ela é ignorada por muitos, tanto pelos meios de comunicação, pela sociedade, pelos profissionais de saúde e desprezada pelos que dizem defender os direitos da mulher.

Para Gesteira *et al* (2006) o processo de luto pode dividir-se em diferentes fases:

1. **Primeira fase:** chamada de fase do entorpecimento. Pode dura algumas horas ou até semanas, e por ser suspensa por uma explosão intensa de raiva / aflição;
2. **Segunda fase:** esta caracterizada por sentimentos de anseio e busca pela figura perdida, da raiva, da desorganização e desespero e finalmente pela reorganização, e pode durar meses;

No raciocínio de Vilaça (2006) é indispensável para a mulher que abortou fazer o seu luto como parte do caminho de cura. Ela tem dificuldade em entender a sua própria dor, tristeza a sua perda, visto que foi um acto voluntário que a provocou. E isto é agravado pelo facto de ninguém lhe reconhecer a sua dor.

7. Assistência de Enfermagem nos casos de IVG

Santos (2011) afirma que “A assistência de enfermagem compreende num, conjunto de acções ou estratégias que tem como finalidade melhorar o quadro clínico do utente evitando posteriores sequelas.”

Em relação a assistência de enfermagem, nos cuidados pós-aborto a OMS (2005) assegura que todas as mulheres independentemente de ser um aborto espontâneo, um aborto inseguro ou de forma legal o atendimento deve incluir as seguintes componentes:

- Tratamento urgente das complicações do aborto;
- Aconselhamento e serviços de PF;
- Acesso a cuidados de saúde reprodutiva compreensivos;
- Educação comunitária para reduzir as necessidades de IVG e melhorar a saúde reprodutiva;

O enfermeiro tem um papel muito importante nos casos de IVG, visto que este será o primeiro profissional de saúde a ter contacto com as mulheres tanto sem casos de aborto ilegal com os casos de aborto realizado no ambiente hospitalar (antes, durante e depois da IVG). No ponto de vista de Santos (2011) o enfermeiro tem um papel importante na melhoria da saúde do utente, pois o enfermeiro é o profissional de saúde que está mais de encontro com o utente.

No que tange aos cuidados de enfermagem prestados em casos de IVG, Pinto (2003) diz que os cuidados de enfermagem proporcionados as mulheres que abortam tem vindo a mudar ao longo o tempo. Antigamente a mulher que abortava era julgada pelo enfermeiro de acordo com os valores morais e era esquecido o atendimento humanizado e qualificado. Não se levava em conta que a realização do aborto poderia deixar sequelas para a vida toda.

A OMS (2005) apresenta numa perspectiva diferente garantindo que, as atitudes dos profissionais de saúde nos cuidados abortivos, impedem que muitas mulheres procurem cuidados nos hospitais por medo de serem julgados e sentirem-se desconfortáveis. Em colaboração, Brito *et al* (2016) afirmam que nem casos de aborto induzido/ provocado, a assistência de enfermagem é realizado de forma tecnicista sem criação de vínculos afectivo com a utente, contrariando os códigos de ética da profissão.

O enfermeiro deve cuidar da mulher com o ser holístico, dando atenção não só as questões físicas mas também a nível psicológico, estabelecendo uma relação de confiança. È necessário mostrar compreensão com a utente de forma que a mulher sinta-se segura para dividir a sua dor. Segundo a OMS (2005) é importante realçar que as mulheres que procuram os cuidados de saúde pós-aborto necessitam de compreensão, empatia, compaixão e aconselhamento durante os cuidados.

Partilhando o mesmo ponto de vista Ribeiro *et al* (2013) afirmam que o profissional de enfermagem tem que respeitar as ideias e decisões da mulher. Deve mostrar empatia tornando o paciente mais seguro para demonstrar a sua dor. Ainda o enfermeiro deve estar preparado para proporcionar melhor cuidados tanto a nível físico como psicológico.

O enfermeiro também tem de estar apto para orientar a mulher e o seu parceiro sobre as implicações que o aborto tem na saúde da mulher, orienta-la para uma sexualidade

responsável, uso de métodos contraceptivos e a importância de o planejamento familiar, disponibilizando assim o maior número de informações possíveis para evitar um futuro aborto.

Ribeiro *et al* (2013) afirmam que o enfermeiro através de educação sexual deve actuar para um futuro aborto, informando sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar.

Em colaboração Pinto & Tocci (2003) defendem que é necessário instrumentar a mulher para cuidar da sua saúde reprodutiva proporcionando a mulher uma assistência de qualidade, humanizada e que priorize mais os aspectos culturais / educativos.

Ainda Pinto & Tocci (2003) argumentam que:

“Reconhecer que a actuação de enfermagem pautada na educação, no dialogo, no ambiente humanizado, com redescoberta da mulher como centro de decisão poderia ajudar a redesenhar esse momento tão difícil, sabendo-se que atendendo de forma humanizada ás mulheres que provocam o aborto não significa ser partidária de sua decisão, mas sim que participa da construção de condições para que possa ser evitada uma gravidez indesejada.”

O atendimento feito pelo enfermeiro nos casos pós aborto deve abranger um conjunto de cuidados não só nos hospitais mais depois nos centros de saúde nos serviços de saúde maternal. É importante que o enfermeiro esteja livre de preconceitos, atento as necessidades de cada uma e proporciona-as cuidados mediante as necessidades, havendo uma melhor recuperação tanto a nível físico com psicológico.

Para melhor assistência de enfermagem, seria importante o envolvimento da família como forma de garantir apoio a utente mesmo forma dos serviços hospitalares. Em relação ao planejamento familiar, o envolvimento do parceiro seria de extrema importância de forma a garantir uma responsabilidade partilha nas questões de sexualidade responsável.

A OMS (2005) afirma que uma forma de reduzir os factores para a IVG seria o envolvimento todos os casais e indivíduos ao serviços e informação de PF de elevada qualidade, incluindo contracepção de emergência quando necessário.

A autonomia do enfermeiro nem criar grupos de apoio para as mulheres, havendo uma troca de experiencias entre as utentes e também autonomia em encaminhar as

mulheres para outros profissionais de saúde, visto que o aborto é um tema que necessita de uma atenção multidisciplinar.

Patrão *et al* (2012) afirma que nas mais diversas alterações que acontecem na mulher tanto a nível físico como psicológico, é da responsabilidade de todos os técnicos envolvidos na interrupção acolher, aconselhar, informar, prevenir e encaminhar a mulher.

“Portanto, o enfermeiro tem como papel principal identificar os problemas que as mulheres passam quando sofrem o aborto, podendo assim desenvolver estratégias de intervenções individualizadas e humanizadas, acolhendo e buscando proporcionar o maior conforto possível a estas mulheres.”(Ribeiro *et al*;2013)

Gesteira *et al* (2006) citam que :

Ao abortar, a mulher com sequelas da prática abortiva procura os serviços de saúde, e torna-se necessário que os profissionais de saúde, em especial as (os) enfermeiras (os) estejam sensibilizadas (os) com esta parcela da população feminina e com a sua problemática não esquecendo que, além da assistência técnica nesse momento, elas estão necessitando também de assistência com relação ao processo de perda em consequentemente, a vivência do seu luto. Ao trazermos tais vivências acreditamos estar contribuindo para o processo de sensibilização das (os) profissionais de saúde com relação a essa temática.”

Relativamente aos aspectos negativos a nível psicológico da IVG, já referidos Matos (2005) aconselha-se que em casos de angústia haja um acompanhamento e apoia as mulheres. É fundamental criar uma relação de confiança com o doente, disponibilizar informações claras. O acompanhamento deve centrar-se no trauma e permitir que a mulher reconheça a morte do seu filho. Mas em casos de doença depressiva é necessário o uso de medicamentos no tratamento.

8. Diagnóstico de Enfermagem nas mulheres submetidas a IVG

Depois de realçar os principais conceitos relacionados com a IVG e suas implicações a nível psicológica, relevou-se necessário identificar os diagnosticar e as intervenções de enfermagem. Para identificar os diagnósticos e intervir de acordo com as necessidades de cada utente, é necessário seguir todo o processo de enfermagem com vista a obter melhores resultados.

Segundo Alvim (2013) o processo de Enfermagem compreende 5 etapas. A primeira etapa é a Anamnese ou Exame físico. Nesta etapa será feito a colheita de dados, validação dos dados, agrupamento dos dados, identificação dos padrões e comunicação e registro dos dados.

A Segunda etapa é a fase dos diagnósticos de enfermagem. Na terceira etapa é o Planeamento dos resultados esperados. É através os resultados esperados que o enfermeiro realiza prescrições para que a meta traçada seja alcançada.

Na penúltima etapa é a fase da Implementação da Assistência de Enfermagem a fim de alcançar as metas traçadas. Por fim a última ou quinta etapa é a fase da avaliação da Assistência de Enfermagem, onde o enfermeiro avalia se obteve bons resultados através das respostas do utente aos cuidados. Exposto todo o processo de enfermagem passa-se a apresentar os diagnósticos de Enfermagem de acordo com a planificação de cuidados de Gordin e colaboradores.

Tabela 8: Evitar o perigo

Definição:	
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos de inquietação e tensão, por parte do utente, face aos acontecimentos da vida 	
Diagnostico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Luto relacionado com a reacção a uma perda de um estado ou alguma coisa que o utente usufruía</p> <p>Manifestação: medo, sentimento de culpa, tristeza</p>	<p>Identificar com o utente a intensidade do tamanho da perda</p> <p>Levar o utente a se expressar quanto as circunstancia da perda, se necessário</p> <p>Respeitar as lágrimas e os silêncios para permitir que o utente assuma os seus sentimentos de dor, solidão e de revolta</p> <p>Ajudar o utente a utilizar os recursos disponíveis para o apoia-lo: familiar, amigos recursos comunitários</p>
<p>Ansiedade relacionado com ameaça a integridade física e/ou psicológicas</p>	<p>Apresentar estratégias de resolução de conflitos</p>

<p>Manifestação: medo, agitação, insónia</p>	<p>Ajudar o utente a clarificar de forma realista o significado do acontecimento ameaçador</p>
<p>Medo relacionado com a ameaça a integridade física e /ou psicológicas</p> <p>Manifestação: pavor, insónia, pesadelos</p>	<p>Ajudar o utente a esclarecer de maneira realista o significado do acontecimento ameaçador relativamente aos valores pessoais, culturais e religiosos;</p> <p>Explorar o objecto do medo para identificar como utente o que se encontra de ameaçador nessa experiência;</p> <p>Identificar o grau de ansiedade que acompanha o medo;</p>

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 10: Necessidade de aprender

Definição: <ul style="list-style-type: none">• Insuficiência e informação e/ou de noções cognitivas para se manter e/ou recuperar a saúde	
Diagnósticos de Enfermagem Falta de conhecimentos relacionados com informações inacessíveis Manifestações: Expressão de falta de conhecimento sobre: a doença, medidas preventivas, sobre o tratamento médico	Intervenção de Enfermagem Identificar o que o utente pode aprender relativamente a doença, a medicação e aos tratamentos; Avaliar o que ele sabe sobre o assunto;

Fonte: Elaboração Própria

CAPÍTULO II- FASE METODOLOGICA

1. Tipo de pesquisa

O objectivo deste capítulo é abordar a metodologia usada no trabalho, pretendendo demonstrar o processo utilizado para a sua elaboração. Este é um processo de extrema importância pois realça o trajecto a percorrer para que se possa alcançar os objectivos traçados para o estudo.

Primeiramente foi feita uma revisão da bibliográfica existente acerca da temática, analisando alguns artigos científicos em suporte digital disponíveis online e também serão utilizados livros sobre a temática disponíveis nas bibliotecas de São Vicente.

De acordo com o tema já escolhido, a problemática formulada, os objectivos traçados e as características do estudo, é fundamental seleccionar o método que mais adapta ao trabalho de forma a contribuir para encontrar respostas e dados verídicos para sustentar a pesquisa.

Tendo em conta todos os itens acima referidos, seria pertinente fazer um estudo qualitativo, exploratório-destrutivo e uma abordagem fenomenológica.

Optou-se por um estudo qualitativo, pois o investigador quer conhecer o fenómeno de uma forma profunda e vasta.

Devido a subjectividade do tema, e tendo em conta que, com este estudo pretende-se fazer uma análise das consequências psicológicas da IVG nas jovens assim como as intervenções de enfermagem, o estudo qualitativo é o melhor que se adequa ao estudo proposto, pois o principal objectivo é evidenciar os significados atribuídos pelos participantes sobre o tema em estudo, analisando o fenómeno e atribuindo significados. Ainda decidiu-se fazer um estudo qualitativo porque ao longo deste trabalho não se quer traduzir em números ou fazer estatísticas dos conhecimentos adquiridos durante a investigação.

A decisão de fazer um estudo destrutivo-exploratório, esta inteiramente ligado a necessidade de compreender as implicações psicológicas e físicas vividas pela mulher depois da IVG, adquirindo uma maior quantidade possível de informações, proporcionado mais intimidade com o problema em estudo.

Decidiu-se fazer este tipo de estudo, pois constatou-se que existe poucas informações acerca do tema, sendo assim considerou-se que o estudo deste fenómeno seria de extrema importância para alargar alguns conhecimentos. Ainda constatou-se que este

tema é muito pouco explorado no seio académico devido as escassas informações disponíveis.

È necessário recolher o máximo de informações possíveis o que será bastante útil para estudar o fenómeno em diferentes perceptivas, e permitirá ao investigador e a quem este trabalho possa interessar alargar os seus conhecimentos sobre o fenómeno.

O recurso a abordagem fenomenológica, justifica-se pelo facto de se pretender compreender um fenómeno, através de pessoas que já o experienciaram reflectindo a realidade tal como ela é vista pelo entrevistado ou seja como ela se apresenta na realidade, analisando os conhecimentos e as opiniões subjectivas do entrevistado acerca do fenómeno.

2. População alvo

A população alvo foi seleccionada, mediante o estudo a ser feito e a justificação dos passos a percorrer na elaboração do trabalho.

População alvo é um conjunto de indivíduos que reúnem aspectos comuns que vão de encontro aos critérios de selecção traçados previamente pelo investigador.

Para tal traçou-se os seguintes critérios de inclusão e de exclusão:

Critério de Inclusão:

- Mulheres que praticaram a IVG
- Idade compreendida actualmente entre 20 -30 anos
- Residentes em São Vicente
- Jovens atendidas no Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista PMI/PF

Critério de exclusão:

- Jovens que nunca fizeram uma IVG
- Jovens com idade inferior á 20 e superior á30
- Jovens que não residem em São Vicente
- Jovens que não são atendidas no Centro de Saúde Reprodutiva De Bela Vista PMI/PF

As participantes foram 6 mulheres residentes em São Vicente, na faixa etária de 20-30 anos, que já fizeram no mínimo uma IVG e que frequentam o CSRBV. Usou-se as seguintes variáveis para caracteriza-las: idade, profissão, habilitações literárias, Idade

gestacional, idade quando fez a IVG, Histórico Obstétrico. Não se achou pertinente definir o género como uma característica, porque ao longo deste trabalho, realçou-se que este seria em estudo feito em mulheres que já quiseram IVG. Quanto idade as entrevistadas encontram-se numa faixa etária de 20-30 anos, solteiras, sendo que duas são estudantes, quatro domésticas. Nas habilitações literárias temos duas com ensino superior, não concluído (n.c.), quatro com o ensino secundário (n.c.).

A idade gestacional em que foi feita a IVG encontra-se no intervalo entre 6 á 20 semanas. No histórico obstétrico temos:

Número de gravidezes: 2 mulheres que com duas gravidezes (G2), 1 que com três gravidezes (G3), 2 com uma gravidez (G1) e 1 com 4 gravidezes (G4),

Partos: 2 com dois partos (P2), 1 com um parto (P1) e 3 que nunca tiveram nenhum partos;

Abortos: Todas já fizeram abortos

Para salvaguardar a confidencialidade e o anonimato, atribui-se as entrevistadas nomes de flores, cumprindo assim os procedimentos éticos.

Tabela 6: Apresentação e caracterização da amostra em estudo

Característica das Entrevistadas	Idade	Profissão	Habilitações literárias	Estado Civil	Idade gestacional	Idade quando fez a IVG	Histórico Obstétrico
Margarida	22 Anos	Doméstica	Ensino Secundário (n.c)	Solteira	16 Semanas	15 Anos	G4 P2 A1
Jasmim	20 Anos	Estudante	Ensino Superior (n.c)	Solteira	14 Semanas	20 Anos	G1 P0 A1
Girassol	30 Anos	Doméstica	Ensino Secundário (n.c)	Solteira	20 Semanas	18 Anos	G2 P1 A1
Orquídea	22	Estudante	Ensino Secund	Solteira	6	19	G1 P0

Amor-perfeito	Anos		ário (n.c)		Seman as	Anos	A1
	20 Anos	Domestica	Ensino Secundário (n.c)	Solteira	14 Seman as	17 Anos	G2 P0 A1
Túlipa	24 Anos	Desempreg ada	Ensino Secundário (n.c)	Solteira	16 Seman as	15 Anos	G3P2 A1

Fonte: Elaboração Própria

3. Instrumento de recolha de informação

Tendo em conta do tipo de pesquisa a ser feito, tendo um estudo qualitativo, destrutivo-exploratório, e também levando muito em conta o tema onde pretende-se conhecer os sentimentos das jovens depois de realizarem uma IVG, optou-se por um escolher a entrevista semi-estruturada como instrumento de recolha de informação.

A escolha de uma entrevista semi-estruturada está inteiramente ligado com o facto que o entrevistador quer conhecer exactamente o significado, as percepções e opiniões do fenómeno dados pelo entrevistado, desta forma podemos assim compreender melhor o fenómeno em estudo, desenvolvendo melhor a investigação e chegar a uma conclusão mais fiável.

As entrevistas foram feitas no final do mês de maio e inicio do mês de Junho do ano de 2017, á 6 mulheres residentes em São Vicente, que frequentam o CSRBV. Como instrumento de apoio usou-se um guião de entrevista (anexo 2) e um gravador como intuito de recolher o máximo de informações visto os mesmos são de extrema importância para o trabalho.

Com o objectivo de proteger a identidade dessas participantes das entrevistas foram realizadas numa sala fechada estando no momento só o entrevistador e o entrevistado.

Estas entrevistas tiveram uma duração de 10 a 20 minutos e forma feitas em português e transcritas também em português. As informações forma colhidas por escrito e também usou-se um gravador.

4. Campo Empírico

Para a colheita de dados, será necessário seleccionar um campo empírico. Segundo o tema escolhido, o campo empírico será o centro de saúde reprodutiva de bela vista PMI/PF.

O centro de saúde reprodutiva de bela vista foi fundado em 15 de Julho de 1977, tendo actualmente 40 anos de prestação de serviços para o povo Cabo-Verdiano.

Logo no inicio da sua abertura o PMI, funcionava nas imediações do Hospital Dr. Baptista de Sousa, só no ano de 1979 é que este centro passou e ser localizado na zona de Bela Vista tendo como responsável o Dr. Rosário e o Dr. Pina. Deste 1986 este espaço está sob a responsabilidade da Médica Pediatra. Dr. Emili Santos.

Este centro abrange as seguintes zonas de São Vicente: Bela Vista, Ribeira Bote, Pedreira, Pedra Rolada, Ilha de Madeira, Baía, Calhau, Salamansa, São Pedro.

O centro atende mulheres de diferentes faixas etárias, em questões relacionadas com a saúde reprodutiva. O atendimento está direccionado deste consultas de planeamento familiar, proporcionado as mulheres informações sobre os métodos utilizados, vantagens e desvantagens de cada método, desta forma mulher pode decidir por si mesma qual o método e quando e quantos filhos desejar ter.

Nas consultas de pré-natal as grávidas são seguidas tanto por enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeuta, e psicólogos caso precisar. Estas consultas são realizadas de segunda á sexta a partir das 08:00 horas, proporcionados as grávidas acompanhamento desde o inicio até ao fim da gestação e também um vasto leque de informações desde alimentação na gravidez, importância do pré-natal, sexualidade responsável, álcool e drogas, preparação para o parto etc.

É de realçar que todas as mulheres grávidas depois das 37 semanas são reencaminhadas ao centro para seguimento das consultas até o fim da gestação.

As consultas pós partos são feitos até 42 dias após o parto, onde se realiza um exame ginecológico e nas consultas pós parto são iniciadas as consultas de planeamento familiar e também ensino para a saúde sobre diferentes temas tais como: Aleitamento materno; vacinação infantil, sexualidade responsável, nutrição, etc.

Este centro tem como objectivo melhorar a saúde infantil proporcionando as crianças cuidados que abrange tanta vigilância no crescimento, nas vacinações como nas doenças infantis.

OS objectivos principais traçados neste centro estão directamente ligados a melhorar a saúde da mulher nos diferentes níveis como também melhorar a saúde das crianças.

Objectivos do Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista:

- Maternidade sem risco – aconselhamento e consultas pré-concepção, vigilância pré-natal, promoção do aleitamento materno exclusivo;
- Planeamento familiar que abrange mulheres e homens na fase reprodutiva da vida: 15 a 49anos da idade e 15 a 59 anos respectivamente;
 1. Contracepção e prevenção das gravidezes precoces e indesejadas;
 2. Prevenção e tratamento da infertilidade;
- Prevenção, atendimento e seguimento dos abortos e suas complicações;
- Prevenção e luta contra infecções sexualmente Transmissíveis;
- EMC- Educação para Mudança de comportamento visando a adopção de estilo de vidas saudáveis;
- Promoção e vigilância do crescimento infantil, prevenção por vacinação e atenção integrada às doenças de Infância;

Este centro tem vindo a desempenhar um papel importante na sociedade Cabo Verdiana sendo um centro de referência na ilha de São Vicente. Este Centro de Saúde Reprodutiva está dividido em três secções:

1. **Secção Infantil** - este espaço está destinada ao atendimento a crianças. Neste espaço são prestados diversos cuidados de saúde as crianças desde vacinações, controlo do peso e do crescimento, serviços referentes a nutrição, serviços de fonaudiologia, serviços de fisioterapia. Neste espaço trabalham 3 Enfermeiras, 1 Nutricionista, 1 Fisioterapeuta, 1 Fonaudiológa, 1 auxiliar de enfermagem, 1 Médica Pediatra, 1 Psicóloga.

Este espaço esta disponível das 08:00 às 15:00 de segunda a sexta, prestando diferentes cuidados a saúde da criança e também orientando através de informações sobre melhor cuidado a ter com as crianças no domicílio.

2. **Secção Jovem** - Espaço destinado ao atendimento de adolescentes até aos 20anos em questões relacionadas a sexualidade. São prestados diferentes cuidados deste planeamento familiar, controlo do pré-natal nas adolescentes, e orientação aos adolescentes

sobre qualquer assunto relacionado com a sexualidade. Neste espaço trabalham uma 1 Enfermeira e 1 Auxiliar de Enfermagem.

3. **Secção Maternal-** os serviços prestados nesta secção vão desde planeamento familiar, assistência de Enfermagem no controlo do pré-natal em gestante com idade superior aos 20 anos, Consultas de obstetrícia, Exames Citológicos. Nesta Secção trabalham 2 Enfermeiras, 1 Auxiliar de Enfermagem, 2 Médica Obstetra, 1 Psicóloga. Neste espaço existem 3 salas para as Enfermeiras, 2 salas médicas, uma sala de ecografias

No Centro ainda trabalham 6 Auxiliar dos Serviços Gerais, 1 secretaria, 1 tesoureira. O espaço ainda esta podemos encontrar um refeitório, 3 casa de banhos disponíveis para os utentes, 1 secretaria, 1 sala destinada ao armazenamentos dos matérias utilizados no centro, 4 casas de banhos para os funcionários.

5. Procedimentos éticos

Este trabalho tendo um carácter investigativo, é de extrema importância ter em conta todos os aspectos éticos, para torna-lo um trabalho fiável, com respostas verídicas ao problema em estudo.

Foi entregue uma carta de pedido de autorização ao Hospital Batista de Sousa (anexo1) para recolher informações ao serviço estatístico do hospital, sobre o número de IVG realizados no HBS nos últimos 4 anos. Antes dessa carta fosse entregue no HBS, ela foi assinada pela coordenadora do Curso de Enfermagem e carimbada pela Universidade do Mindelo, de modo a confirmar a fidelidade da carta em questão. Também foi entregue uma carta ao Responsável do Centro de Saúde de Bela Vista (anexo2) com pedido de autorização para recolha de dados juntos aos utentes.

Antes da entrevista ser feita foi apresentado um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (anexo 3), tendo como objectivo convidar as mulheres a participar no estudo. Neste documento foram informados de quem é o autor do estudo, os objectivos do estudo, como será recolhidos dos dados, a natureza do estudo, que os dados obtidos com a entrevista seriam tratados com o mais sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a

identidade da cada participante e também informadas foram que são livres de quererem ou não participar do estudo.

TCLE é um documento que tem como objectivo explicar e informar o indivíduo, sobre os aspectos mais importantes da pesquisa de modo que ele possa decidir de uma forma justa participar de livre e espontânea vontade no estudo.

Cumpridos todos os aspectos éticos, este consentimento foi assinado pelas entrevistadas e pelo entrevistador de forma a garantir que quiseram de livre e espontânea vontade participar do estudo

CAPÍTULO III- FASE EMPIRICA

1. Apresentação e análises dos dados

Depois de cumpridos os aspectos éticos, e recolhidos os dados, segue-se para a fase empírica onde o investigador tem que ordenar e analisar os dados já recolhidos, interpretá-los e realçar as respostas fornecidas pelas entrevistadas.

Nesta etapa da investigação procura-se comparar os resultados obtidos através das entrevistas, com as revisões da literatura e com os objectivos traçados para este estudo.

Como forma de garantir a confidencialidade das repostas atribui-se nomes de flores das entrevistadas: Margarida, Jasmim, Girassol, Orquídea, Amor-Perfeito, Túlipa.

Para melhor compreensão e análise dos dados, utilizou-se o modelo de Bardin para organizar o guião de entrevista em categorias e subcategorias.

Na primeira categoria encontramos as percepções das mulheres sobre a IVG, na categoria seguinte o objectivo é entender os sentimentos que envolvem a mulher durante a gravidez. Na terceira categoria propor-se compreender os sentimentos envolvidos depois da IVG e finalmente a última categoria realça a importância da assistência de enfermagem na IVG.

Elaborou-se um quadro com as categorias e as respectivas subcategorias:

Tabela 7: Categorias e Subcategorias da Entrevista

Categorias	Subcategorias
Definição de IVG	Lugar e método utilizado para realizar a IVG
Sentimentos relacionados a gravidez	A contracepção Utilizada
	Apoio do Profissional de Saúde / Parceiro
Sentimentos depois da IVG	Consequências Psicológicas da IVG
	Informações recebidas sobre as consequências Psicológicas
	Percepção da mulher sobre uma nova possível IVG
Importância da assistência de Enfermagem na IVG	

Fonte: Elaboração Própria

1.1. Análise e Interpretação das Categorias

1.1.1. Categoria I- Entendimento da Mulher sobre a IVG

Esta categoria têm como objectivo conhecer qual o entendimento das entrevistadas sobre um dos conceitos chaves deste trabalho. A definição desde conceito, é de grande relevância na medida que demonstra o nível de conhecimentos das entrevistadas sobre a IVG. Relativamente os conceitos apresentados pelas mulheres sobre a IVG, pode-se constatar que o nível de conhecimento sobre este conceito é insuficiente ou mesmo inexistente.

Desde modo é importante apresentar algumas respostas obtidas sobre a percepção das mulheres sobre IVG:

Girassol: *“Uma IVG é um aborto feito depois dos 3 meses de gestação.”*

Margarida: *“IVG, nunca ouvi falar. Não sei o que significa.”*

Jasmim: *“IVG é uma interrupção da gravidez, não considero um aborto porque aborto é algo muito forte.”*

Segundo as literaturas consultadas a IVG é definida como uma interrupção da gravidez por livre vontade da mulher ou do casal, ou seja decidir de livre e espontânea vontade por fim a gestação. Comparadas as resposta destas mulheres com o conceito de IVG podemos constatar que as mulheres estão dotadas de conhecimento insuficiente sobre o tema, com um conhecimento que podemos classificar de insatisfatório.

Sendo a IVG uma intervenção que afecta directamente o bem-estar da mulher tanto no carácter físico com psicológico é indispensável que elas tenham uma noção clara e exacta sobre este termo. A apresentação deste conceito deveria ser a primeira informação disponibilizada pelos profissionais de saúde que realizam a IVG.

Os profissionais de saúde tem o dever de esclarecer a todas as dúvidas sobre o procedimento a ser submetida independentemente da idade, classe social, nível académico

etc, e a mulher por sua vez tem o direito e o dever de exigir todas as informações consideradas relevantes tornando-se um agente activo da sua saúde.

1.1.2. Subcategoria I- Lugar onde foi realizado a IVG

Esta subcategoria foi desenvolvida com o intuito de conhecer onde e o método utilizado para realização da IVG. A importância de subcategoria reside em perceber se realmente existe uma aplicação de todos os critérios propostos pela legislação Cabo Verdiana quanto a lei do aborto, de modo a assegurar a qualidade e continuidade dos cuidados de saúde.

Relativamente ao local onde foram realizadas a IVG a maioria das entrevistadas, relatou que essa intervenção foi realizada em clínicas privadas, sendo que apenas uma dessas mulheres optou por realizar de forma insegura (clandestina) comprometendo a sua saúde.

Ainda, achou-se pertinente, nesta subcategoria, conhecer o método utilizado para a IVG. Nesta óptica, as repostas não foram muito distintas umas das outras, ambas referem que não têm qualquer tipo de informação sobre o método utilizado.

Passa-se a expor as respostas obtidas:

Amor-perfeito: *“Foi feito numa clínica privada. Não sei qual foi o método utilizado. Cheguei na clínica e falei com a médica, ela deu-me um comprimido e depois disse-me para usar metade do comprimido num dia a outra metade tomava num outro dia de manhã. Depois de tomar a última metade do comprimido comecei a sentir dor, fui para a clínica, levei uma anestesia e não me lembro de mais nada”.*

Girassol: *“A IVG foi feita numa clínica particular. Não sei. Só lembro de levar uma injeção no útero, depois fui para casa, para começar a sentir dor. Depois de dores fortes regresssei a clínica e ali foi feito a IVG.”*

Jasmim: *“Foi feito numa clínica privada, em casa de uma médica. Não sei qual foi o método utilizado só sei que fui anestesiada.”*

Orquídea: *“Foi feito numa clínica privada. Não sei, só sei que sentia muita dor enquanto a médica fazia o procedimento.”*

Túlipa: *“Foi feito em casa. Utilizei o Cytotec comprado na rua.”*

Feita a retratação das entrevistas, pode-se observar que a maioria das entrevistadas escolheram os serviços prestados nas clínicas privadas. Levando em conta a idade gestacional apresentado na tabela 6, constatamos em todas tinham já ultrapassado as 12 semanas de gestação permitida por lei.

Nesta óptica é indispensável frizar o não cumprimento dessa lei nos serviços privados de saúde. Isto demonstra o fraco controlo sobre as mesmas por parte das identidades competentes não só dentro dos serviços de saúde mais também fora os hospitais, com a venda ilegal do cytotec nas ruas.

No que tange as informações disponibilizadas pelas utentes sobre o procedimento a serem submetidas, pode-se constatar que estas foram inexistentes. Sendo a IVG um procedimento muito invasivo, acarretando risco para mulher, o profissional de saúde tem o dever disponibilizar o máxima informações possíveis sobre os riscos para a saúde da mulher, facultando a mulher poder de escolha.

È importante ainda salientar que os casos de aborto realizado nas clínicas privadas não são relatados nas estatísticas de IVG por ano em São Vicente, isto pode conduzir a erros de estatísticas.

2. Categoria II. Sentimentos relacionados com a gravidez

Nesta categoria podemos encontrar os sentimentos vividos pela mulher depois de descobrir a gravidez, e de que modo isso pode influenciar a decisão de abortar. Dentro está categoria encontramos duas perguntas e ainda foi necessário dividi-la em duas subcategorias para uma melhor interpretação dos dados.

Primeiramente é essencial entender quais foram os primeiros sentimentos vividos pela mulher depois de descobrir a gravidez. A elaboração desta pergunta justifica-se pelo facto, do investigador quer saber se a forma como uma mulher encara uma gravidez influencia ou não sua decisão a quando de abortar.

Passa-se agora a apresentar as repostas obtidas:

Orquídea: *“Logo no momento que fiz o teste de gravidez e o resultado foi positivo, não queria acreditar. Senti um misto de sentimento. Uma alegria porque estar grávida pois sentia feliz por estar a carregar o meu filho. Mas depois quando parava para pensar no rumo da minha vida sentia medo e desespero. Era a pior altura para ter uma criança. Queria contar para todo mundo que estava grávida mas não poderia. Nunca tive num dilema tão grande na minha vida. Chorava muito.”*

Girassol: *“Senti uma dor triste, porque fui pega de surpresa, era muito nova e não queria engravidar.”*

Jasmim: *“Fiquei feliz mas ao mesmo tempo triste porque ficar com a criança não era uma opção.”*

Túlipa: *“Fiquei apavorada era muito nova, estava a estudar. Não queria a gravidez.”*

O que se pode afirmar desta análise é que todos as IVG, resultaram de gravidezes indesejadas ou não planeadas. No que tange a esta questão as respostas não diferem muito uma das outras e estão em conformidade as bibliografias consultadas. Sentimentos referidos também nas bibliográficas consultadas como medo, angústia e desespero que envolvem a mulher mesmo no momento da gravidez.

Neste ponto de vista, deparamos como todo um desgaste a nível psicológico vivido pela mulher no recorrer da gestação e todos esses sentimentos exigem soluções imediatas, nesse contexto o aborto surge como uma solução mais fácil.

Seguidamente o investigador pretende compreender os motivos pelo qual as mulheres decidiram realizar a IVG. Compreender os motivos de cada uma que levaram a mulheres a abortar, é identificar as causas do aborto de cada uma.

As repostas obtidas encontram seguidamente transcritas:

Girassol: *“Estava sem trabalho, estava sozinha tinha muito medo de não ter condições de cuidar da criança. Tinha medo também do pai da criança não ajudar.”*

Margarida: *“Era muito nova. Estava a estudar e os meus familiares obrigaram-me a fazer a IVG.”*

Orquídea: *“Ainda estava sem concluir os estudos. Não tinha qualquer independência financeira. Sabia que a minha mãe, fazia um esforço enorme para pagar os meus estudos. Tive muito medo da sua reacção. Sabia que a princípio poderia ser um desgosto.”*

Jasmim: *“Estava a estudar. Não tinha condições económicas para continuar com a gravidez.”*

Debruçando sobre as causas da IVG, as entrevistadas referiram que, o que mais influenciava as suas decisões era o facto de serem muito jovens, independência financeira e ansiavam pelo futuro.

Conforme realçado na revisão bibliográfica, as gravidezes não planeadas, idades muito jovens, o baixo poder económico são apontadas como um dos factores que contribuem para a IVG.

Uma gravidez na hora imprópria provoca na mulher algumas dúvidas sobre o seu futuro e o futuro da criança, de como será a reacção dos familiares, de como será daqui para frente se continuar com a gravidez. Isso causa medo não só na mulher mas também nos familiares, neste contexto a gravidez para de ser um problema se fizerem um aborto.

2.1.Subcategoria I- Contracepção Utilizado

Nesta categoria propor-se que as entrevistadas falassem sobre qual método utilizado para evitar uma gravidez. A importância dessa subcategoria é enfatizar se as mulheres utilizam algum método contraceptivo como forma de prevenir uma gravidez o que resulta muitas vezes em uma IVG.

As repostas obtidas foram as seguintes:

*“Não usava nem método. Tenho alguns problemas dermatológicos e tinha medo de os agravar com o uso desses métodos.”***Jasmim**

“Utilizava o preservativo mas não utilizava em todas as relações sexuais.” **Amor-Perfeito**

“Não utilizava nenhum método porque era muito nova e não tinha muita informação.” **Margarida**

“Não, porque a minha mãe nunca falou comigo sobre os métodos contraceptivos. Por falta de informação e também por falta de responsabilidade da minha parte.” **Túlipa**

Analisando as repostas podemos constatar que as gravidezes indesejadas, resultam de uma sexualidade irresponsável, demonstrada pela não aderência dos jovens aos métodos contraceptivos e há não procura de informações.

Como também realçada nas bibliografias há fraca procura dos jovens aos métodos contraceptivos é apontada também como uma das causas da IVG. É de destacar que em Cabo Verde existe uma diversidade de métodos contraceptivos, disponível em todos os centros de saúde de forma gratuita.

A informação sobre os métodos contraceptivos está disponível desde cedo nas escolas, livros, internet e também em qualquer instituição ligada a saúde. Temos profissionais aptos para orientar sobre a importância dos métodos, vantagens e desvantagens de cada, entre outras informações que possa ser útil para a mulher. É importante também orientar a família para o envolvimento das questões ligadas a uma sexualidade responsável de forma a garantir o maior apoio aos jovens sobre este tema.

2.2.Subcategoria II- Apoio do Profissional / Parceiro

Esta subcategoria está voltada para a procura de orientação dos profissionais de saúde, antes de ser realizada a IVG. Ambas as entrevistadas afirmaram que não quiseram procurar qualquer informação nos serviços de saúde.

Passa-se agora a expôr as repostas obtidas:

“Não, consultei nenhum profissional de Saúde. Tinha muito medo da minha mãe descobrir a gravidez e sabia que precisava de sua autorização para fazer a IVG, porque era menor.” **Túlipa**

“Não, porque tinha medo que muitas pessoas soubessem. Queria segredo sobre este assunto e decidi não envolver muitas pessoas na minha decisão.” **Orquídea**

“Não, porque já estava decidida que queria fazer a IVG.” **Girassol**

No que tange a essa questão podemos destacar a necessidade de garantir o sigilo e o medo do julgamento nos serviços de saúde. Como relatado nas bibliografias muitas mulheres muitas vezes não procuram os serviços de saúde nos casos de IVG como medo do julgamento dos profissionais de saúde. Toda essa falta de sigilo / profissionalismo e esse julgamento resultante também dos aspectos culturais que o profissional de saúde também esta envolvido faz com que essas mulheres se sintam desconfortáveis e não procurem os cuidados de saúde.

Apesar de todo os sentimentos envolvendo a gravidez, no momento de desespero a mulher não experimenta qualquer dúvida em fazer uma IVG. O que se pode afirmar por desta análise é que as mulheres em situação de desespero por fazer a IVG, não procuram qualquer tipo de informação sobre o procedimento a ser feito, os risco que isto acarreta tanto a nível físico como psicológico nem procuram uma segunda opção para este problemas. Apesar de todo os sentimentos envolvendo a gravidez, no momento de desespero a mulher não experimenta qualquer dúvida em fazer uma IVG.

Na segunda pergunta desta subcategoria quisemos saber se as mulheres foram apoiadas pelos seus respectivos parceiros na decisão de fazer a IVG. Ambas afirmaram que tiveram o apoio seus parceiros.

Passa-se agora a expor trechos dessas entrevistas:

“ Desde o inicio ele queria muito o filho. Sabia que ele estava feliz com a gravidez, mas ele também entendia o meu desespero e minha vontade de fazer a IVG. Ele foi o meu único apoio desde o inicio até os dias de hoje. Também foi o meu grande apoio a nível financeiro.” **Orquídea**

“Sim, fazer o aborto foi uma opção nossa.” **Jasmim**

*“Ele não queria que fizesse a IVG, mas estava decidida, era muito nova e ele um homem mais velho. Mesmo assim tive o seu apoio”***Girassol**

O envolvimento do parceiro no processo de IVG é importante, porque a mulher consegue dividir a sua dor com o pai da criança que muitas vezes partilha. O envolvimento do casal em todo esse processo diminui os riscos resposta psicológicas.

Destaca-se também o direito e o dever do parceiro em questões relacionadas com a saúde materna da mulher, principalmente o aconselhamento dos métodos contraceptivos e importância do PF.

3. Categoria III- Sentimentos depois da IVG

Nesta categoria estão relatadas todos os sentimentos envolvimento depois da IVG, a pertinência desta categoria é entender as alterações psicológicas sofridas depois da IVG, se teve algum trauma e quais os meios utilizados para a recuperação. Esta categoria está dividida em duas perguntas e três subcategorias.

Na primeira pergunta o investigador tem como objectivo saber os sentimentos que envolvia a mulher no processo antes e depois da IVG, como a mulher encara todo deste processo e se a IVG foi mesmo a solução para uma gravidez indesejada. No que tange a está questão as respostas são unânimes.

As respostas foram as seguintes:

*“Antes de fazer a IVG, estava com muito medo que acontece algo comigo. Não sentia muito segura. Depois fiquei traumatizada porque apesar de não ter sido a pessoa que fez a IVG sentia que tinha matado uma pessoa.”***Amor-perfeito**

“Antes de fazer a IVG estava com muito medo e muito nervosa, sentia muito culpada e não queria fazer. Lembro-me que chorava muito, até a médica veio pergunta se não estava sendo obrigada a fazer o aborto. Era muita tristeza mas sabia que já não podia

desistir. Depois foi pior ainda, uma dor que nunca mais passou. Não se consegue explicar por palavra. É algo muito profundo, muito triste. Foi a pior coisa que fiz na minha vida.”

Orquídea

“Antes tinha a certeza que queria fazer a IVG, mas depois arrependi-me. Hoje quando pensou no que aconteceu acho que essa história poderia ter outro fim.” **Girassol**

“Sentia muito receio que acontece algo comigo. Mas depois que fiz a IVG e descobri que a criança já tinha 4 meses entrei em desespero.” **Túlipa**

Fazendo uma comparação entre as respostas obtidas e as bibliografias consultadas podemos concluir que, quando se fala dos aspectos negativos que envolvem a IVG, não se refere apenas aos sentimentos vividos depois do procedimento, mas também existe um desespero, medo, receio que provoca fadigas a nível psicológico.

Podemos ainda destacar sentimentos característicos de uma SPA, onde as mulheres enfatizam o desespero, arrependimento, angústia.

Pode-se assim afirmar que a pior parte da IVG vem depois. O que parecia ser uma solução torna-se um tormento ainda maior na vida da mulher.

Na segunda pergunta desta categoria, pretende-se entender como a IVG influenciou a vida das entrevistas. A pertinência desta pergunta está em entender como a IVG influenciou a vida destas mulheres. Quanto a esta pergunta as respostas não são muitas distintas. Pode-se verificar que existe uma certa dificuldade por parte das entrevistadas em apontar de uma forma clara os constrangimentos da IVG.

Nessa questão obteve-se as seguintes respostas:

*“Não sei bem explicar como a IVG influenciou a minha vida, mas hoje eu sei que depois que fiz a IVG comecei a ter uma sexualidade mais responsável.”***Jasmim**

*“Influenciou de uma forma negativa, hoje em dia não aconselho ninguém a fazer uma IVG ainda mais em condições clandestina devido aos riscos para a saúde.”***Túlipa**

*“Não quero passar pelo menos, hoje em dia tenho uma sexualidade mais responsável e ganhei a consciência que ainda não posso ter filhos porque não estou preparada.”***Orquídea**

Não obstante de todas as implicações psicológicas da IVG, pode-se realçar que houve uma consciencialização das entrevistadas para a aderência a uma sexualidade responsável.

3.1. Subcategoria I- Consequências Psicológicas depois a IVG

Na subcategoria I destaca todas as alterações sofridas pelas mulheres a nível psicológico depois da IVG. Ela está dividida em duas perguntas.

Na primeira pergunta propõe-se que as mulheres expõem as consequências psicológicas depois da IVG e que nomeia em quais foram. As respostas obtidas forma praticamente uniformes. Apenas uma das entrevistadas consegue relacionar os sentimentos vividos depois da IVG como uma consequência psicológica desse procedimento

Obteve-se as seguintes respostas:

*“Sim, foi tipo uma depressão. Não saia do meu quarto, não queria falar com ninguém só pensava no aborto que tinha feito.”***Túlipa**

*“Não fiquei com nenhuma consequência. Só que pensava na criança o tempo todo. As vezes chorava e pensava que se não tivesse feito o aborto a criança já poderia estar crescida.”***Margarida**

*“Sim, no início fiquei muito perturbada não conseguia dormir. Pensava muito na criança, se seria um rapaz ou uma rapariga.”***Girassol**

*“Não tive nenhuma consequência psicológica.”***Jasmim**

Analisando as respostas podemos constatar que a mulher tem uma certa dificuldade em saber o quão psicologicamente ficaram afectadas. Nas respostas obtidas anteriormente as mulheres apontam um conjunto de perturbações depois da IVG tais como, angústia, arrependimento, desespero. Pode-se assim concluir que apesar de identificarem essas fadigas a nível psicológico, não conseguem relacioná-las como consequências psicológicas de IVG.

Na segunda pergunta desta categoria do investigador que saber se entrevistas procuram algum tipo de ajuda para recuperar das complicações psicológicas da IVG. Todas referem que não procuram qualquer ajuda de nível profissional.

Obteve-se as seguintes respostas:

*“ Não procurei qualquer tipo de ajuda profissional, o que ajudava muito era desabafar com as minhas sobrinhas e primas.”***Girassol**

*“Já tinha feito a IVG, já não tinha mais nada a fazer. Era só tentar esquecer e seguir com a minha vida.”***Túlipa**

*“Chorava muito como forma de aliviar, mas esses sentimentos só vieram a ter fim quando tive os meus filhos. Agora só por vezes que lembro na criança que abortei.”***Margarida**

Desta análise podemos concluir que embora exista um dos conjuntos fadigas psicológicas depois da IVG, essas mulheres tem dificuldade em classificá-las como consequências psicológicas da IVG.

As literaturas consultadas também frisam que essa dificuldade em recolher essas consequências dificulta a procura de ajuda nos serviços ou nos profissionais de saúde.

Também a literatura realça que a paridade diminui as respostas emocionais negativas da IVG.

3.2 Subcategoria II- Informação sobre as implicações psicológicas da IVG

Nesta subcategoria propôs-se perceber se as mulheres têm informação sobre as consequências psicológicas da IVG antes da realização do procedimento. Importante entender as informações disponibilizadas, onde e quem as disponibilizou. Relativamente a esta questão as respostas obtidas são unânimes, onde todas afirmam que não tiveram qualquer informação sobre essas consequências.

As repostas são as seguintes:

“Não nunca tive nenhuma informação. Pensava que só faria a IVG e pronto.”

Túlipa

“Não tive qualquer informação. Nem sabia que poderia existir essas consequências psicológicas da IVG.” **Orquídea**

“Não tive nenhuma informação.” **Jasmim**

“Não nunca ninguém falou comigo sobre este assunto.” **Amor- Perfeito**

O conhecimento das mulheres sobre os seus traumas depois da IVG é inexistente, isto dificulta a procurar de ajuda. Cabe ao profissionais de saúde que acompanham a mulher deste a sua decisão de abortar ate a realização do aborto disponibilizar o máximo de informações sobre a IVG.

Este assunto não sendo abortado por profissionais de saúde demonstra a falta de informação sobre o assunto, a falta de atenção sobre, desconhecem a importância do assunto. Uma forma importante de diminuir as complicações seria orientar as mulheres desde a decisão a quando de aborta, apontar uma prevenção e uma orientação para a procura de ajuda de profissionais capazes de dar respostas a esses traumas sofrido.

3.3. Subcategoria III- Percepção da mulher sobre um novo aborto

O desenvolvimento desta subcategoria frisa a necessidade de entender como as mulheres numa mesma situação de uma gravidez indesejada se abortavam novamente. Ambas defendem que mesmo perante outra gravidez indesejada não abortariam novamente devido aos traumas vividos na primeira IVG.

Expõe-se as seguintes respostas:

*“Não por mais difícil que fosse a situação não abortava novamente. Definitivamente o aborto não é uma solução, mais sim um problema ainda maior.”***Orquídea**

*“Não, aprendi com a primeira IVG, e não fazia novamente.”***Girassol**

*“Não, porque não quero passa por todo o stress. È um stress que começa mesmo antes de fazer a IVG.”***Jasmim**

*“Não porque acho que o aborto não é algo correcto de se fazer.”***Amor- perfeito**

Os sentimentos negativos vividos durante a IVG pelas mulheres, mudam a forma como antes encaravam uma gravidez indesejada, e as soluções que procuram para esse problema e também como perspectivam uma possível IVG. Consegue-se constatar que numa mesma situação, uma gravidez não desejada já não é o maior problema, comparado com todo o trauma vivido no processo da IVG.

4. Categoria IV- Importância da Assistência de Enfermagem

A necessidade compreender se as entrevistadas reconhecem a importância dos serviços prestados pela classe de enfermagem desencadeou a curiosidade em desenvolver essa categoria.

Nesta categoria encontramos 3 perguntas todas relacionadas como os cuidados de enfermagem oferecidos depois do aborto. Na primeira pergunta pretende-se saber se as

entrevistadas sentiram a necessidade de procurar os cuidados de enfermagem depois da IVG. Pode-se constatar que a maioria das entrevistadas não sentiu a necessidade de procurar por estes serviços. Apenas uma procurou os hospitais devido a uma emergência.

Obteve-se as seguintes respostas:

“Sim, fui para o hospital porque sofri uma hemorragia, estive quase a morrer. Fiquei internada por mais de uma semana no hospital.” **Túlipa**

*“Não, Só regresssei a clínica por indicação da médica que fez a IVG.”***Amor-Perfeito**

*“Não porque já tinha feito a IVG e nunca pensei procurar ajuda.”***Girassol**

As respostas espelham, a realidade vivida pelos enfermeiros que dentro da nossa sociedade. Existe uma falta de conhecimento ou visibilidade da importância de Enfermagem nos serviços de saúde.

O enfermeiro é a porta de entrada para os serviços de saúde e nesses casos mas precisamente o enfermeiro está mas próximo para orientar de acordo com as angustias vividos pelas mulheres, fazer o encaminhamento caso necessário, orientação sobre o planeamento familiar

A segunda pergunta desta categoria o investigador tenta entender qual o apoio dispensado pela classe de enfermagem as utentes a quando da decisão de abortar. Esse aspectos as respostas não foram muito diferentes uma das outras

As respostas obtidas foram as seguintes:

*“Não tive nenhum apoio por parte dos enfermeiros, porque fiz a IVG numa clínica privada e tive contacto somente como a médica que fez a IVG.”***Girassol**

“Não, porque não tive muito contacto com o enfermeiro, quem tratou de tudo foi a minha irmã.” **Margarida**

“ Não, porque não cheguei a consultar nenhum enfermeiro por medo.” **Túlipa**

Destas análises podemos constatar que existe uma fraca visibilidade do trabalho do enfermeiro no processo de IVG. Cabe ao enfermeiro reconhecer a importância deste tema, criar autonomia, desenvolver trabalhos juntos as mulheres de forma de garantir mais visibilidade da importância desta classe em todo o processo de IVG.

Na terceira pergunta o investigador procura saber se as mulheres concordam que a assistência de enfermagem é importante para as mulher que fizeram ou pretende fazer a IVG. Ambas afirmaram que a enfermeira é importante para os casos de IVG, embora essa destacam principalmente os cuidados prestados a nível preventivo.

Obteve-se as seguintes respostas:

*“Sim, esclarecer muitas dúvidas sobre esse tema. Talvez se tivesse procurado os serviços de enfermagem não tinha feito a IVG.”***Girassol**

*“Sim, porque podem fazer uma boa orientação para quem pretende fazer a IVG”***Amor-Perfeito**

*“Sim, porque tem informações suficientes e correctas sobre o tema. Podem assim fazer orientação para mulheres de modo a evitar futuros IVG.”***Orquídea**

Pode-se constatar das respostas obtidas que as entrevistadas tem um conhecimento bastante limitando sobre os cuidados de enfermagem nos casos de IVG. Do relatado feito pode-se destacar que, o trabalho do enfermeiro é importante mas só a nível preventivo ou primário.

O Enfermeiro oferece cuidados a nível primário na prevenção mas também intervêm a nível secundário no tratamento e recuperação. A nível primário, oferece cuidados de planeamento familiar. Orientação, educação e promoção da saúde de modo a disponibilizar informações sobre métodos a importância dos métodos contraceptivos, importância da sua aderência realçando a vantagens do planeamento familiar assim como

uma sexualidade responsável. Uma eficaz intervenção a nível primário reduz os casos de gravidezes indesejadas que são apontadas como principais factores para a procura de IVG.

A nível secundário os cuidados estão dirigidos ao pós IVG. A intervenção incidente em diminuir as consequências físicas de forma urgente e as consequências psicológicas o trabalho será feito de forma continuam.

Relativamente aos trabalho do enfermeiro nos casos de IVG é identificar as causas ou factores do mesmo e desenvolver políticas de saúde para diminuir ou eliminar este mesmos factores. È de salientar também que este pode ser um trabalho desenvolvido a nível comunitário obtendo resultados mais eficazes.

2.Discussão da análise dos dados

Analisando as repostas obtidas das entrevistas pode-se afirmar que as mulheres apresentam conhecimentos insuficientes sobre a IVG. Não estando aptas para definir um dos conceitos chaves, o método utilizado para realizar o procedimento, as implicações psicológicas, nomeadamente como procurar ajuda e bem como a importância dos cuidados de enfermagem para as mulheres no processo de IVG.

Essa falta de informação pode estar associado ao facto de as mulheres serem um agente passivo nesta prática de saúde, não procurando qualquer tipo de informação sobre um procedimento tão invasivo.

Os sentimentos retratados pelas mulheres na gravidez podemos destacar o medo, desespero, tristeza, angústia, demonstrando toda uma fadiga ou um desgaste a nível psicológico mesmo antes da IVG.

Todas as mulheres entrevistadas afirmam que as gravidezes foram indesejadas e sendo este um dos principais factores para a ocorrência da IVG. Ainda das informações

colhidas ao longo das entrevistas, pode-se salientar a fraca aderência ao uso de métodos contraceptivos por parte dos jovens, retratando assim uma sexualidade irresponsável.

No que tange aos sentimentos vividos antes e depois da IVG existe uma conformidade com as bibliografias consultadas com os sentimentos referidos pelas entrevistadas. Entre os principais apontados destaca-se: angustia, arrependimento, remorso, tristeza, culpa sentimentos estes característicos de uma SPA. Pode-se ainda salientar que existe uma dificuldade em relacionar estes traumas com consequências psicológicas da IVG.

Em relação aos profissionais de saúde, constatou-se que o trabalho realizado é feito de forma insatisfatória. O profissional, neste caso e em outro qualquer, é visto para além do ser que desempenha a função, é visto como aquele que detém a informação. Por isso, ele tem a responsabilidade social e o dever profissional de informar, orientar e educar o paciente/utente/doente antes de efetuar o procedimento e de prestar auxílio no pré e pós aborto, neste em particular. Este tema também necessita de uma atenção por partes de todos os profissionais de saúde e das autoridades competentes, de forma a criar condições nos estabelecimentos de saúde para dar resposta as necessidades da mulher.

O IVG é um tema complexo e que abrange diferentes pontos de vista e também deve ser fruto do trabalho de diferentes áreas e profissionais da saúde. Existe também pouca procura dos serviços de enfermagem por parte das mulheres, relacionados com um fraco conhecimento da importância de enfermagem nos casos de IVG. Assim como descrito na literatura, o medo do julgamento e que a família ou os amigos venham a ter conhecimentos e mesmo a vergonha pública leva com que não se procure ajuda, mesmo em casos graves.

O medo das discriminações que muitas vezes são alvo afastam as pessoas do sistema de saúde. O profissional de saúde, muitas vezes por culpa do contexto cultural

onde foi formado, não consegue exercer a profissão longe das suas crenças e convicções pessoais e acaba por ser ele mesmo o primeiro a julgar o seu utente. Outro aspeto a levar em consideração é que, em sociedades pequenas como a cabo-verdiana muitas vezes o sigilo profissional é quebrado, abalando a confiança no profissional de saúde e afastando o utente.

Fazendo uma avaliação de todos os objectivos traçados para este estudo podemos afirmar que foram alcançados, tendo por base a pesquisa bibliográfica feita durante o estudo.

O objectivo geral proposto para este estudo foi de analisar as implicações psicológicas da IVG nas jovens e a assistência de enfermagem. Este objectivo foi cumprido, pois durante o levantamento de dados ficou claro que existe graves complicações psicológicas na mulher resultante da IVG. E que é a assistência de enfermagem é importante, porque o enfermeiro é o profissional de saúde que está mais próximo das mulheres. Sendo assim tem possibilidade de reconhecer, avaliar, assistir as mulheres e encaminhar para outros profissionais de saúde conforme a necessidade de cada uma.

È importante também realçar que o enfermeiro tem um papel muito importante em evitar futuras IVG, por isso este deve trabalhar na prevenção, promoção e educação para uma sexualidade responsável.

O objectivo de entender a percepção das jovens tem acerca da gravidez foi alcançado, pois conseguiram descrever todos os sentimentos envolvidos na gravidez, assim como conseguiram descrever como encaravam a gravidez. Quanto aos factores que influenciam a decisão de abortar foram evidenciadas entre elas podemos destacar: falta de independência financeira, pouca idade e os estudos por concluir.

A identificação da importância de enfermagem na diminuição das implicações psicológicas nas jovens submetidas a IVG, revelou ser um factor importante pois o enfermeiro será o agente activo tanto na prevenção de futuras gravidezes indesejadas, na orientação sobre as implicações psicológicas da IVG. Também o enfermeiro tem um papel importante em saber entender os traumas da mulher e fazer, encaminhamento caso não esteja dotado de conhecimento para resolver problemas nesse nível.

Considerações finais

Ao longo da elaboração deste trabalho foi possível realçar a pertinência do tema, e frisar as de implicações psicológicas da IVG nas mulheres e que assistência de enfermagem tem um papel importante na diminuição dessas mesmas.

No decorrer deste estudo deparou-se com algumas limitações, nomeadamente em encontrar algumas fontes bibliográficas nacionais sobre este tema, encontrar dados estatísticas que realçam a pertinência do tema.

Analisar as implicações psicológicas da IVG é um trabalho árduo visto que existe muitos factores relacionados. Dos dados colhidos sobre a IVG no Hospital Baptista de Sousa, pode-se concluir que a IVG é um problema de saúde pública em São Vicente e que necessita de uma melhor atenção por parte das entidades competentes, em particular das instituições de saúde e seus respectivos profissionais. Pode-se ainda salientar que não foi possível obter dados estatísticos sobre as implicações psicológicas da IVG nas mulheres, e nem os encaminhamentos prestados às mesmas devido a carência de dados estatísticos da IVG em São Vicente.

O objectivo geral traçado para este estudo foi de analisar as implicações psicológicas da IVG: assistência de Enfermagem. Este objectivo foi alcançado pois

conseguiu-se identificar os traumas psicológicos vividos pela mulher depois da IVG, e destacar a importância de Enfermagem para diminuir desses transtornos.

Foi feito um estudo cuja a amostra era 6 mulheres que já realizaram uma IVG em São Vicente. Da análise de dados feitos, pode-se concluir que todas foram afectadas de uma forma negativa pela IVG.

Da amostra seleccionada consegue-se evidenciar que existe sim implicações psicológicas da IVG, destacando todo o processo de desespero, angústia, culpa, arrependimento e o processo de luto não vivido pelas mulheres. Após a análise de conteúdo da investigação verificou-se a concordância entre os resultados obtidos, através das entrevistas e a literatura consultada, explicita no capítulo referente ao estado da arte.

Ainda a muito a ser estudada sobre o tema, pois é um tema vasto, complexo, polémico, que mexe com os princípios de cada pessoa, mais acredita-se que a pesquisa trouxe novos conhecimentos e novas perspectivas sobre o assunto.

De acordo com todos os itens já referidos, deixa-se as seguintes recomendações, como uma forma de evitar ou diminuir desses transtornos.

Recomendações

- Disponibilizar informações aos profissionais de saúde sobre as implicações psicológicas na IVG, e a importância de uma boa assistência de saúde para a redução dos mesmos;
- Criar grupos de apoio nos centros de saúde para as mulheres que realizaram IVG e que sofrem estes traumas;
- Criar directrizes que garantem um acompanhamento das mulheres depois da IVG por uma disciplina multidisciplinar nos centros de saúde de modo a garantir uma melhor assistência por parte dos enfermeiros, ginecologistas, psicólogos, etc;
- Desenvolver protocolos entre os serviços de saúde e os serviços de segurança modo a garantir o controlo dos abortos clandestino e o cumprimento da idade gestacional permitida por lei para realizar a IVG;
- Desenvolver palestras sobre o tema nas salas de esperas dos respectivos centros de Saúde;

Referências Bibliográficas

- Araujo, D. (1998). Ainda o aborto. Braga. Caderno do Minho
- Lowdermilk, P. (2005). O cuidado em Enfermagem. 5ª ed,
- Organização mundial de Saúde (2005). Educação para uma maternidade segura; 2ª ed
- Grandi, L.& Lassier, R. & Phaneuf, M. & Riopelle, L. . Planificação dos cuidados de Enfermagem . Medicina de Saúde, Lisboa
- Pollak, K. (1984) Dicionário de Saúde. Lisboa. Presença Lda,
- Martins, A.; Serão, D.& Neves; J. (1996). Sim a Vida. Posição da Lei sobre o aborto. Rei dos Livros, 1996
- Organização Mundial de Saúde (2005). Aborto incompleto: Manual para professores de Enfermagem obstétrica, 2º Edição
- Ministério de Saúde – Plano Nacional de Saúde Reprodutiva (2008-2012). Disponível em:http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf 2016-01-25 10:54
- Okawara, H. & Sowaya, R. (1979). Amor a realidade sobre a vida sexual; Vitorcivito, 1º vol
- Boletim Oficial da Republica de Cabo Verde- 1987
- Borsari, C. & Nomura, R.& Bernute, G. & Nonnenmacher, D. & Lúcia, M.& Francisco, R. (2012). O aborto inseguro um problema de saúde publica
- Pollak, K. (1984) Dicionário de Saúde. Lisboa. Presença Lda,

- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Losuciencia;
- Dados da Associação Cabo-verdiana para a Protecção a Família. Disponível em: http://www.verdefam.cv/index.php?option=com_content&view=article&id=61:socializacao-do-estudo-sobre-o-aborto-em-cabo-verde&catid=35:noticias 2016- 29- 1 16:30
- Prodanov, C e Freitas, E. (2013). Metodologia do Trabalho - Métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho académico
- Patrão, I; King, G.& Almeida, M.(2012). Interrupções Voluntárias da Gravidez: Intervenções psicológicas nas consultas prévias e de controlo; Lisboa
- Sandi, S. & Braz, M. (2010) As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública; revista bioética
- Pinto, AP. Tocci, HÁ. (2003). O aborto provocado e suas consequências. Revista de enfermagem; Brasil
- Ministério da Saúde do Brasil (2009). Aborto e a saúde pública no Brasil, Após 20 anos de estudo;
- Vilaça, M. (2006). Síndrome pós aborto; Alameda digital
- Matos, M. (2005). O aborto ; O portal dos psicólogos
- Gesteira, S.& Barbosa, V. & Endo, P.(2006). O luto no processo de aborto provocado; Red de Revistas Científicas da América Latina y el Caribe, Espanha e Portugal,

- Noya, A. & Leal, I. (1998). Interrupção Voluntária da gravidez: Que resposta emocional? Que discurso Psicológico; disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a09.pdf> 16-6-2017-00:41
- Zerzerino, M. & Furegato, A. (2013). Aborto, Auto-estima e resiliencia: uma revisão ; Saúde e Transformação Social
- Diniz, D. & Almeida, M. (1998). Bioética e Aborto; Iniciação a Bioetica;
- Santos, J.(2011). O Papel do enfermeiro da estratégia saúde da família nas actividades de prevenção da gravidez na Adolescência. Trabalho de conclusão do curso de especialização em atenção básica de saúde da família, para obtenção do certificado de especialidade.
- Frusco, C. & Andreia, S. & Silva, R. (2008). Epidemiologia do aborto inseguro em uma população de pobreza, Favela Inajar de Sousa, São Paulo,
- Sedicais, S.(2017). O que é a curetagem e como é feita. Revista a tua Saúde. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/curetagem/> 1/7/2017 H: 15:30
- Fescina, H. & Muccio, B. & Diaz, R. & Grazotto, J. & Schwarcz, R.(2008). Guias para a atenção continuada da Mulher e do recém-nascido focalizadas na APS
- Organização Mundial de Saúde (2003). Abortamento Seguro , Orientação técnicas e de politicas para os Sistemas de Saúde;
- Sereno,S. & Leal, I.& Maroco, J.(2012). Interrupção Voluntária da Gravidez: Ajustamento no processo psicológico de decisão. Tese de Mestrado em psicologia da gravidez e da Paridade
- Ribeiro, T.& Bolpato, M. (2013). Aborto provocado: Consequências, Físicas, Psicológicas e as Implicações para a assistência de Enfermagem; Revista Electrónica de UIVAR
- Alvim, A. (2013). Processo de Enfermagem e suas cinco etapas

- Domingos, S. & Merighi, M. (2010). O aborto como causa da mortalidade materna: um pensar para o cuidado de Enfermagem, São Paulo. Brasil
- Abecasis, F.& Abelho, A. & Abranches, C.& Affonso, D. & Aguiar, L.. Enciclopédia luso Brasileira da cultura. 1º Edição. Editorial verbo, Lisboa

Apêndices

Anexo 1-Pedido de Autorização para desenvolver a pesquisa no HBS

Para sua apreciação pelo Departamento de Enfermagem.
2017.04.12

Autorização e recolha de dados Estatísticos

Exmo. Diretora do Hospital Dr. Baptista de Sousa
São Vicente
Dra. Ana Brito

Mindelo, 12 de Abril de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Raquel Solange Monteiro Neves aluna nº 2560 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo venho por este meio muito respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "Implicações Psicológicas da IVG nas Jovens: Assistência de Enfermagem".

O referido trabalho tem como objetivo geral, Analisar as implicações psicológicas da IVG nas jovens e a assistência de Enfermagem realizadas no Centro Saúde Reprodutiva de Bela Vista PMU/PP; e como objectivos específicos Entender a percepção que as jovens tem acerca da gravidez; Identificar os factores que influenciam a tomada de decisão de realizar uma IVG; Analisar as implicações psicológicas nas jovens depois de realizar uma IVG; Identificar a importância da assistência de Enfermagem na diminuição das implicações psicológicas nas jovens submetidas ao IVG.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha de dados estatísticos sobre IVG do Hospital Baptista de Sousa

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável,

A requerente,
Raquel Solange Monteiro Neves
Raquel Solange Monteiro Neves tel. 9996480




Solange Monteiro Neves

HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA
ENTRADA Nº 375 - 12/04/17
O Funcionário
Glória Soares Oliveira

Anexo 2 – Pedido de autorização para realizar recolha de dados no Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista

Autorizado
S. Jovem e Maternidade
Mindelo, 14 de Março de 2017
[Assinatura]
24/03/2017

Excia. Directora do
Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista
Mindelo-São Vicente

Assunto: Pedido de vaga para realização de um estagio voluntário

Eu, Raquel Solange Monteiro Neves, aluna do 4º ano de licenciatura em Enfermagem leccionada na Universidade do Mindelo, venho por este meio mui respeitosamente pedir a vossa Excia. Permissão de realizar um estagio voluntário, e recolher alguns dados através de uma entrevista feitas as mulheres que frequentam este centro.

Estes dados serão utilizados para o trabalho de Conclusão de Curso cujo o tema é: Implicações Psicológicas da IVG nas Jovens: Assistência de Enfermagem tendo como principal objectivo analisar as implicações psicológicas da IVG nas jovens e a Assistência de Enfermagem realizadas no Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista PMI/PF.

Ciente que avaliárá o meu pedido de uma forma positiva despeço-me com os mais nobres agradecimentos

Pede deferimento
Raquel Neves
Tel: 9796480
Email: ra-kellyneves@hotmail.com

Anexo 3- Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna, Raquel Solange Monteiro Neves nº 2560 pretende realizar um estudo intitulado, *Implicações Psicológicas da IVG nas Jovens: Assistência de enfermagem* com o objetivo, Analisar as implicações psicológicas da IVG nas jovens e a assistência de Enfermagem realizadas no Centro Saúde Reprodutiva de Bela Vista PMI/PF

Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que se solicita a sua participação para o mesmo.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá contribuir para analisar as Implicações Psicológicas da IVG nas Jovens e assistência de Enfermagem realizado no Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentemente à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, _____ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, _____

Assinatura da participante

Assinatura do pesquisador

Anexo 4- Guião de Entrevista

Guião de Entrevista

Sexo: Feminino

Idade:

Estado Civil: _____

Habilitações Literárias: Analfabeto () Ensino Básico () Ensino Secundário () Ensino Superior ()

Profissão: _____

Tempo de gestação quando fez a IVG:

Histórico Obstétrico: G P A

Idade quando fez a IVG:

1. Na sua opinião o que entende por IVG?
2. Onde foi realizado o procedimento? Qual o método Utilizado?
3. O que sentiu quando descobriu que estava grávida?
4. Quais os motivos que levaram a fazer a IVG?
5. Qual o método contraceptivo que utilizava antes de engravidar?
6. Qual profissional de saúde consultou antes de realizar a IVG?
7. Teve apoio do seu parceiro?
8. O que sentiu antes e depois de abortar?
9. De que modo esta decisão influenciou a sua vida?
10. Houve alguma consequência psicológica depois do aborto? Se sim quais?
11. Como lidou com essas consequências Psicológicas?
12. Recebeu alguma informação sobre as consequências psicológicas da IVG quando decidiu abortar? Quem as forneceu?
13. Perante uma mesma situação, abortava novamente? Explica o porque da tua resposta?
14. Sentiu a necessidade de procurar por ajuda de um profissional de enfermagem, depois da IVG? Porque?
15. Sentiu apoio pelo enfermeiro a quando da decisão de abortar? Se sim qual o tipo de apoio que recebeu?

16. Concorda que a assistência de enfermagem é importante para a mulher que fizeram ou pretendem fazer a IVG? Se sim porque? Se não porque?

Muito obrigado pela participação!