

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



A VIDA

A vida é o dia de hoje,
A vida é ai que mal soa,
A vida é sombra que foge,
A vida é nuvem que voa.

A vida é sonho tão leve
Que se desfaz como a neve
E como o fumo se esvai.
A vida dura um momento,
Mais leve que o pensamento,
A vida leva-a o vento,
A vida é folha que cai!

A vida é flor na corrente,
A vida é sopro suave,
A vida é estrela cadente,
Voa mais leve que a ave.

Nuvem que o vento nos ares,
Onda que o vento nos mares,
Uma após outra lançou,
A vida-pena caída
Da asa da ave ferida
De vale em vale impelida
A vida que o vento levou!

João de Deus
(1830-1896)

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste trabalho e às quais quero deixar uma palavra de reconhecida gratidão e apreço.

À Professora Doutora Manuela Ferreira, minha orientadora, que me dispensou sempre o seu sábio conhecimento, a sua compreensão e sobretudo agradáveis palavras de incentivo ao longo deste percurso, que me fizeram acreditar ser possível concretizar a obra, demonstrando a importância dos afectos na aprendizagem.

Ao Professor Doutor João Duarte, meu orientador, pela sua disponibilidade e participação ativa no tratamento estatístico dos dados, na revisão de toda a parte empírica, e outros contributos fundamentais à organização do trabalho. Bem-haja pela alegria que partilha.

À Dr.^a Susana Pereira pela orientação para o tema e por me ter convidado a trabalhar na área do diagnóstico pré-natal podendo usufruir da experiência de exercer a profissão integrada numa equipa de qualidade impar.

Aos colegas Manuela Bento e Tomás e secretários Gina e Eurico, da Unidade de Medicina Fetal, pela colaboração na aplicação dos questionários.

Às grávidas que amavelmente participaram no estudo e expressaram as suas sinceras opiniões.

Ao Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE pela autorização à recolha de dados.

Às funcionárias da biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu D^a. Ana Brígida, D^a. Fernanda Marques, D^a. Josefina Martins, Dr.^a Fátima Jorge, e à Dr.^a. Ana Cristina da biblioteca do Centro Hospitalar Tondela Viseu, pela preciosa ajuda na obtenção de informação/artigos sobre o tema.

A todos os amigos que sempre disponibilizaram as suas opiniões, incentivo e ânimo para concretizar a obra.

À minha família que soube entender as ausências e que faz tudo para me ver feliz.

À Marta e Filipa, que a obtenção de conhecimento sempre vos fascine.

Ao Fausto, pelo seu amor incondicional.

Em memória da *Lenita*, (Helena Figueiredo) o meu modesto contributo, para que não seja esquecida como Excelente Enfermeira de Saúde Materna e Obstétrica.

RESUMO

Enquadramento: A possibilidade de existir uma doença genética ou malformação fetal é semelhante em todos os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, porém o acesso a cuidados de saúde que permitam o seu diagnóstico e enquadramento legal que possibilite a interrupção da gravidez são bastante diferentes.

Objetivos: Conhecer as atitudes das grávidas, verificar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas, psicológicas e funcionalidade familiar e as atitudes das grávidas face à possibilidade de interrupção da gravidez por malformação fetal. Obter informações que visam uma melhoria da qualidade assistencial.

Métodos: É um estudo transversal, quantitativo, correlacional, realizado através da aplicação de um questionário a 145 grávidas que aguardavam exame ecográfico de rotina durante a gestação.

Resultados: Pela análise dos dados a idade média da nossa população é de 29,22 anos sendo o grupo etário mais representado dos 20-35 anos (84,8%), 97,9% das grávidas são de nacionalidade Portuguesa e 95,9% caucasianas. 47,6% têm o 2º ciclo; 78,6% empregadas; 81,4% casadas e 77,9% planearam a gravidez, encontrando-se 70,3% no 1º trimestre. 61,4% São primíparas e 77,2% não tem antecedentes de interrupção de gravidez. O autoconceito médio total da amostra [$75 \pm 7,15$] é normal, dois terços da amostra não são vulneráveis ao stress. A maioria das inquiridas (80,7%) entende ter uma família altamente funcional.

Das grávidas do estudo 41,38% apresentam atitude pouco favorável à interrupção da gravidez por malformação fetal, 19,31% atitude favorável e 39,31% atitude muito favorável.

A maturidade psicológica ($\beta=-0,262$; $p=0,001$), apgar familiar ($\beta=-0,212$; $p=0,08$) e a carência de apoio social ($\beta=0,169$; $p=0,016$) são preditores das atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez associadas a "motivos de ordem pessoal e social";

A idade e a aceitação/rejeição social são preditores das atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez associadas a "motivos de ordem fetal";

O apgar familiar ($\beta=-0,268$; $p=0,001$) e a maturidade psicológica ($\beta=-0,22$; $p=0,006$) são preditores das atitudes de uma forma global.

As atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal são influenciadas pela situação profissional ($X^2= 8,85$; $p= 0,012$)

Conclusão: As atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal são influenciadas pela situação profissional da mulher, maturidade psicológica e apgar familiar factos a considerar no âmbito da vigilância pré-natal.

Palavras-chave: Atitudes; Malformação fetal; Interrupção da gravidez

ABSTRACT

Background: The possibility of a genetic disease or fetal malformation is similar in all developed countries, but both access to healthcare that enables the diagnosis and the legal framework that allows the termination of pregnancy are quite different.

Objectives: To know the attitudes of pregnant women, to determine whether there is a relationship between the social, demographic, obstetric, psychological, family functioning and attitudes of pregnant women face the possibility of termination of pregnancy for foetal malformation and gain information which would improve quality of care.

Methods: We conducted a cross-sectional study, quantitative, correlational, accomplished by applying a questionnaire to 145 pregnant women awaiting routine ultrasound during pregnancy

Results: The average age of our population was 29.22 years, with 20-35 years (84.8%) being the most represented age-group. 97.9% of women were of Portuguese nationality and 95.9% were Caucasian. 47.6% had the 2nd cycle of schooling, 78.6% were employed, 81.4% were married and 77.9% planned their pregnancy, with 70.3% in the first trimester. 61.4% were primiparas and 77.2% did not have a history of pregnancy interruption. The mean total self-concept of the sample [75 ± 7.15] was normal; two-thirds of the sample was not vulnerable to stress. Most respondents (80.7%) had a highly functional family.

In our study, 41.38% had an unfavourable attitude to the termination of pregnancy for foetal malformation, 19.31% had a favourable attitude and 39.31% a very positive attitude. Psychological maturity ($\beta = -0.262$, $p = 0.001$), family Apgar score ($\beta = -0.212$, $p = 0.08$) and lack of social support ($\beta = 0.169$, $p = 0.016$) were attitude predictors on the face of termination of pregnancy associated with "due to personal and social reasons"; Age and acceptance / rejection were predictors of the social attitudes on the face of termination of pregnancy associated with "foetal reasons"; Family Apgar score ($\beta = -0.268$, $p = 0.001$) and psychological maturity ($\beta = -0.22$, $p = 0.006$) were predictors of attitudes on a global basis.

Attitudes of pregnant women on the face of termination of pregnancy for foetal malformation were also influenced by employment status ($X^2 = 8.85$, $p = 0.012$)

Conclusion: Attitudes are influenced by the professional status of women, psychological maturity, and Apgar score family are facts to consider as part of antenatal surveillance.

Keywords: Attitudes, foetal malformation, termination of pregnancy

INDICE GERAL

	Pág.
1-INTRODUÇÃO	25
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
1 - GRAVIDEZ – FASE DO CICLO VITAL DA FAMÍLIA	31
1.1– GRAVIDEZ,AUTOCONCEITO E VULNERABILIDADE AO STRESS.....	35
1.2 - GRAVIDEZ E MALFORMAÇÃO FETAL.....	37
2- VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ E DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL	39
3 - A INTERUPÇÃO DA GRAVIDEZ POR MALFORMAÇÃO FETAL	49
4- ATITUDES	53
4.1 - CONCEITO DE ATITUDE.....	53
4.2 - COMPONENTES DAS ATITUDES	54
4.3- CARACTERÍSTICAS DAS ATITUDES	55
4.4 - AVALIAÇÃO DAS ATITUDES	56
4.5 - ATITUDES FACE AO DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL	57
PARTE II– INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	67
1- METODOLOGIA	69
1.1– MÉTODOS.....	69
1.2 – PARTICIPANTES.....	74
1.2.1 - Caracterização socioespacial da amostra	74
1.2.2 - Caracterização sociodemográfica da amostra	76
1.3 – INSTRUMENTOS.....	78
1.3.1 –Questionário	78
1.3.2- Escalas	79
1.4 - Procedimentos éticos	95
1.5 - Análise de dados	95

2- RESULTADOS	99
2.1-ANÁLISE DESCRITIVA.....	99
2.1.1 Caracterização da amostra segundo as variáveis obstétricas.....	99
2.1.2 Caracterização da amostra segundo as variáveis psicológicas.....	102
2.1.3 - Atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal.....	115
2.3-ANÁLISE INFERENCIAL.....	118
3 -DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	131
3.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	131
3.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	132
4 - CONCLUSÕES	145
BIBLIOGRAFIA	149

ANEXOS

Anexo I – Fotocopia do pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela - Viseu para efectuar colheita de dados

Anexo II – Autorização para utilização das escalas “Inventário clinico autoconceito” e “Vulnerabilidade ao stress”

Anexo III – Instrumento de colheita de dados

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	76
Tabela 2 - Distribuição dos inquiridos segundo a escolaridade e idade.....	77
Tabela 3 - Estatuto profissional em função da idade.....	77
Tabela 4 - Estado civil em função do grupo etário.....	78
Tabela 5 - Total Variância explicada.....	86
Tabela 6 - Ordenações dos indicadores por factores da escala Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gestação por Malformação Fetal.....	87
Tabela 7 - Planeamento da gravidez em função da idade.....	100
Tabela 8 - Idade gestacional e idade materna.....	100
Tabela 9 - Número de filhos em função da idade.....	100
Tabela 10 - Antecedentes de interrupção em função da idade.....	101
Tabela 11 - Tipo de interrupção em função da idade.....	101
Tabela 12 - Existência de familiares com deficiência em função da idade.....	102
Tabela 13 - Estatísticas relativas ao autoconceito.....	103
Tabela 14 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores do autoconceito.....	103
Tabela 15 - Teste Kruskal -Wallis entre autoconceito e grupos etários.....	103
Tabela 16 - Teste de Kruskal - Wallis entre escolaridade e autoconceito.....	104
Tabela 17 - Teste de U Mann-Whitney entre autoconceito e estado civil.....	104
Tabela 18 - Teste U Mann-Whitney entre autoconceito e planeamento da gravidez.....	105
Tabela 19 - Teste de U Mann-Whitney entre autoconceito e antecedentes de interrupção da gravidez.....	105
Tabela 20 - Teste de U Mann-Whitney entre autoconceito e familiares com deficiência.....	105
Tabela 21 - Estatísticas relativas à vulnerabilidade ao stress.....	107
Tabela 22 - Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas da vulnerabilidade ao stress...	107
Tabela 23 - Relação entre vulnerabilidade ao stress e idade.....	108

Tabela 24 - Classificação da vulnerabilidade ao stress.....	108
Tabela 25 - Teste de Kruskal –Wallis entre vulnerabilidade ao stress e escolaridade.....	109
Tabela 26 - Teste de U Mann-Whitney entre vulnerabilidade ao stress e estatuto profissional...	109
Tabela 27 - Teste de U Mann-Whitney entre vulnerabilidade ao stress e estado civil.....	110
Tabela 28 - Teste de U Mann-Whitney entre vulnerabilidade ao stress e planeamento da gravidez.....	110
Tabela 29 - Teste de Kruskal – Wallis entre vulnerabilidade ao stress e idade gestacional.....	111
Tabela 30 - Teste U Mann-Whitney entre vulnerabilidade ao stress e interrupção da gestação..	111
Tabela 31 - Classificação do Apgar familiar.....	112
Tabela 32 - Relação entre funcionalidade familiar e variáveis sociodemográficas e obstétricas	114
Tabela 33 - Estatísticas relativas às atitudes face à interrupção da gravidez.....	115
Tabela 34 - Classificação das atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal em função as variáveis sociodemográficas e obstétricas.....	117
Tabela 35 - Atitudes face à interrupção da gravidez e funcionalidade familiar.....	118
Tabela 36 - Teste Kruskal – Wallis entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e idade	119
Tabela 37 - Teste Kruskal – Wallis entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e escolaridade.....	119
Tabela 38 - Teste U Mann-Whitney entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e estado civil.....	120
Tabela 39 - Teste de U Mann-Whitney entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e estatuto profissional.....	120
Tabela 40 - Teste de U Mann-Whitney entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e planeamento da gravidez.....	121
Tabela 41 - Teste de Kruskal - Wallis entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e idade gestacional.....	121
Tabela 42 - T Teste entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e paridade.....	121
Tabela 43 - Teste de U Mann-Whitney entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e antecedentes de interrupção da gravidez.....	122

Tabela 44 - Teste de U Mann-Whitney entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e existência de familiares com deficiência.....	122
Tabela 45 - Teste Kruskal- Wallis entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e funcionalidade familiar.....	123
Tabela 46 - Correlação de Pearson entre motivos de ordem pessoal e social e variáveis independentes.....	124
Tabela 47 - Correlação de Pearson entre motivos de ordem fetal e variáveis independentes.....	126
Tabela 48 - Correlação de Pearson entre atitudes das grávidas face à interrupção médica da gestação e variáveis independentes.....	128

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Construtos para a escala de Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação fetal.....	81
Quadro 2 - Estatísticas e correlações de Pearson da Escala de Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação Fetal.....	84
Quadro 3 - Consistência interna da escala de Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação Fetal.....	85
Quadro 4 - Relações entre itens e subescalas atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal.....	88
Quadro 5 - Comparação dos valores de alfa do estudo actual por subescala.....	89
Quadro 6 - Correlação dos itens da escala com os motivos de ordem pessoal/social e motivos de ordem fetal.....	89
Quadro 7 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas.....	90
Quadro 8 - Regressão múltipla entre motivos de ordem pessoal e social e variáveis independentes.....	125
Quadro 9 - Regressão múltipla entre motivos de ordem fetal e variáveis independentes.....	127
Quadro 10 - Regressão múltipla entre atitudes das grávidas face à interrupção médica da gestação e variáveis independentes.....	129

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Esquema representativo da Rede de Referência Materno Infantil, DGS.....	41
Figura 2 - Esquema de investigação.....	73
Figura 3 - Síntese das relações entre os motivos de ordem pessoal/social e as variáveis Autoconceito, Vulnerabilidade ao Stress e Apgar Familiar.....	126
Figura 4 - Síntese das relações entre os motivos de ordem fetal e as variáveis Idade, Autoconceito, Vulnerabilidade ao Stress e Apgar Familiar.....	128
Figura 5 - Síntese das relações entre total atitudes e as variáveis Idade, Autoconceito, Vulnerabilidade ao Stress e Apgar Familiar.....	130

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Variância de Scree plot	86

SIGLAS

BHCG	Gonadotrofina Coriónica Humana
CS	Centros de Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
DPN	Diagnóstico Pré-Natal
EP	Erro padrão
EPE	Empresa
FMF	Fetal Medicine Foundation
HAP	Hospitais de Apoio Perinatal
HAPD	Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado
ICAC	Inventário Clínico de Autoconceito
IMG	Interrupção Médica da Gravidez
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
K	Curtose
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAPP-A	Proteína Plasmática A associada à gestação
PIB	Produto Interno Bruto
QVS	Escala de Vulnerabilidade ao Stress
RN	Recém-nascido
RRMI	Rede de Referência Materno-Infantil
SK	Skewness
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UCF	Unidade Coordenadora Funcional
UMF	Unidade de Medicina Fetal
UMW	U-Mann Whitney
X ²	Qui-quadrado

1 - INTRODUÇÃO

Há muitas e diferenciadas respostas perante uma gravidez, cada uma traduzindo experiências de vida e uma personalidade própria. Para muitas mulheres a gravidez é um estado altamente desejado, em que a concepção é o início de uma história fantástica. Assim que a mulher se descobre grávida, não só o seu espaço intra-uterino passa a ser habitado por um novo ser, como também o seu espaço psíquico passa a ser invadido por imagens inconscientes, a promessa de um filho para criar e educar, uma identificação com a sua mãe, a construção da sua própria família. No entanto, para outras mulheres ou ainda para as mesmas, mas num outro *timing*, a gravidez pode ser vista como algo extremamente penoso. Vários são os enfoques levantados pela literatura visando a compreensão dos aspetos biológicos e psicológicos da gravidez.

Ao longo dos nove meses de gestação, ocorrem alterações do ponto de vista psicológico que permitem a construção e consolidação do projecto de maternidade de forma progressiva: a mulher prepara-se para ser mãe ensaiando papéis e tarefas maternas, liga-se afetivamente à criança e inicia o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, aprendendo a aceitá-lo como uma pessoa única e com vida própria (Canavarro,2001).

Os pais constroem a imagem do seu bebé que querem saudável, perfeito e bonito, adquirindo normalmente uma representação interna, crescentemente elaborada do feto sendo relativamente a esta imagem que o vínculo emocional se desenvolve. Este é o bebé idealizado e fantasiado. Entre os indicadores de presença e intensidade da vinculação progenitor /bebé incluem - se o desejo de ter conhecimento do feto, o prazer na interação com o mesmo e o desejo de o proteger e ir ao encontro das suas necessidades.

Porém, algumas vezes, o sonho é interrompido por uma anomalia fetal. “A ocorrência de anomalia congénita é parte integrante da história da humanidade, conforme achados arqueológicos de pinturas e esculturas”. (Panisson, 2008, p.11). Anunciar ao casal a existência de malformações fetais constitui a finalização e destruição desse sonho, levando a repercussões violentas e dramáticas na sua vida.” A crise adicional de um diagnóstico de patologia obstétrica resulta num acréscimo de vulnerabilidade, que pode afetar a própria identidade da mulher e a sua saúde emocional” (Silveira & Ferreira,2010, p.19).

Progressivamente, as ciências médicas vieram a interessar-se pelos comportamentos preventivos em relação à saúde, traduzindo-se no domínio da saúde pré-natal, numa nova política de atuação, na qual os casais se sentem quase "obrigados" a fazer todos os exames disponíveis para garantir a saúde dos filhos.

Nos últimos anos verificaram-se mudanças significativas na área da vigilância da gravidez em Portugal, que se traduziram, entre outras na diminuição da mortalidade perinatal e infantil por causas evitáveis, assumindo as anomalias congénitas maior relevo para os serviços e para a própria sociedade, representando no final da década de 90, a 2ª causa de morte naqueles grupos etários (DGS, 2001,p.17).

Nesse contexto, foi estabelecido e regulamentado, através dos Despachos Ministeriais 5411/97 e 10324/99 o Programa Nacional de Diagnóstico Pré-Natal. Entendido como o conjunto de procedimentos com o objectivo de avaliar se um embrião ou feto é portador de uma determinada anomalia congénita, tem vindo a constituir-se num componente essencial da prestação de cuidados de saúde pré-natais nas Instituições da Rede de Referenciação Materno-infantil. Esta rede foi aprovada, por despacho ministerial de 26 de Abril de 2001,determinando a melhoria dos cuidados e das condições assistenciais nos períodos pré-concepcional, pré e perinatal e infantil, tendo em vista a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil. Verifica-se no *Estudo Epidemiológico dos Óbitos no Período Perinatal Alargado* evidência, desde 2003,na redução dos óbitos por anomalias congénitas, que ocupam, agora, o 3º lugar entre as causas de morte perinatal e infantil.

Os progressos técnicos e científicos verificados, nas últimas décadas, no âmbito da ecografia obstétrica tornaram-na num meio imprescindível em diagnóstico pré-natal (DPN), observando-se o aparecimento de novas áreas de especialização como a medicina fetal, a cardiologia e a nefrologia fetais. Com o desenvolvimento e a “universalização” desta técnica, sentiu-se a necessidade de a mesma ter de obedecer a critérios que permitam garantir, a qualidade dos exames, pelo que foram publicados instrumentos normativos que definem o tipo de equipamento necessário, o modelo de relatórios ecográficos a serem utilizados pelas unidades de ecografia e realizados cursos de aperfeiçoamento em ecografia fetal. Como enfatiza Nicolaidis (2007) a formação e acreditação dos ecografista é fundamental para se alcançar um bom desempenho que permita garantir um alto nível de execução/ diagnóstico. Diz ainda, que continua a ser um desafio assegurar que o conhecimento científico encontra aplicação prática nos serviços, em benefício da mulher grávida, permitindo mais investigação e desenvolvimento de efectivas intervenções terapêuticas.

Na assistência de saúde às grávidas, em Portugal, há neste momento diferentes ofertas no âmbito do rastreio pré-natal. É, contudo, objectivo que um maior número de grávidas possa receber, entre as 11 e as 13 semanas e 6 dias, um exame ecográfico conjugado com análises do sangue materno e avaliação de vários fatores de risco a fim de detectar precocemente existência de anomalias fetais ou outros fatores de risco materno/fetais, (por exemplo, pré-eclampsia ou restrição de crescimento intra-uterino).

Ao ser submetida a um programa de rastreio pré-natal a grávida sabe que um resultado negativo não significa o nascimento de uma criança sem problemas, mesmo assim experimenta sentimentos de alívio, segurança e tranquilidade. Porém, quando confrontada com o diagnóstico de anomalia no feto, ultrapassado o choque e surpresa ao receber a informação, vai vivenciar uma experiência emocionalmente intensa e provavelmente ser confrontada com uma das mais difíceis decisões da sua vida, prosseguir ou interromper a gestação. Salvaguardadas as questões éticas relativas ao grau de anomalia e de redução na qualidade de vida que permitam justificar este tipo de ação, a atitude dos pais e particularmente da mulher é de suma importância para a decisão.

Atitudes e ações estão ligadas num processo recíproco contínuo cada um gerando o outro numa cadeia infinita. As atitudes podem contribuir para alterar a ação e a ação pode alterar as atitudes.

O conhecimento das atitudes dos indivíduos é uma questão relevante a nível individual e interpessoal e tem-se tornado cada vez mais importante nas intervenções na área da saúde.

A actividade do profissional de saúde é expressão de um compromisso profundamente humano assumido e exercido como actividade não apenas técnica. O assistir fundamenta-se numa relação interpessoal de natureza particular, tratando-se de um encontro entre uma confiança e uma consciência. A confiança de uma pessoa marcada pelo sofrimento, e por isso mesmo necessitada, que se abandona à consciência de uma outra pessoa que poderá acalentá-la.

Ao desenvolver a nossa actividade profissional, como Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, num centro de diagnóstico pré-natal, consciencializámo-nos da frequência de diagnósticos de malformação fetal e assumiu particular interesse estudarmos as atitudes das grávidas perante a possibilidade de interromper a gestação por malformação fetal.

Assim, formulamos como questão de investigação - Quais as atitudes das grávidas perante a possibilidade de interromper a gestação por malformação fetal?

Por outro lado ainda nos questionamos?

- De que modo as variáveis sociodemográficas idade, nacionalidade, etnia, habilitações académicas influenciam a atitude face à interrupção da gravidez por malformação fetal;
- Que variáveis obstétricas são determinantes nas atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal;
- Em que medida o Autoconceito, a Vulnerabilidade ao Stress, e o Funcionamento Familiar influenciam a atitude da grávida face à possibilidade de interromper a gravidez por malformação fetal.

Face às questões formuladas, equacionamos os seguintes objetivos:

- Verificar a influência das variáveis sociodemográficas idade, nacionalidade, etnia, habilitações académicas nas atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal;
- Analisar a relação entre as variáveis obstétricas (paridade, idade gestacional e número de filhos) e as atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal;
- Verificar de que modo as variáveis psicológicas Autoconceito e Vulnerabilidade ao Stress, e o Funcionamento Familiar influenciam a atitude da grávida face à possibilidade de interromper a gravidez por malformação fetal.

A dissertação está estruturada em duas partes fundamentais: a primeira corresponde à fundamentação teórica, cuja finalidade consistiu no aprofundamento de conhecimentos através da revisão da bibliográfica existente. Deste modo consideramos adequado refletir no capítulo 1, sobre a gravidez como fase do ciclo vital da família enquanto momento de grande vulnerabilidade pelas transformações psicológicas, assunção de novos papéis, necessidades de apoio, constituindo-se como momento pessoal, familiar e socialmente muito importante. De seguida será feita, no segundo capítulo, uma revisão dos conceitos implícitos à vigilância pré-natal em Portugal, articulação funcional das unidades que prestam assistência, objetivos definidos, calendarização dos momentos de vigilância e dos procedimentos de rastreio subjacentes à verificação de malformação fetal. No terceiro capítulo, verificamos a legislação existente que possibilita a realização da interrupção da gravidez por malformação fetal. No quarto capítulo abordamos as atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal, utilizando para o efeito a revisão de vários estudos. Neste capítulo começamos por rever o conceito de atitude, características das atitudes e sua avaliação.

Na segunda parte encontra-se descrita toda a investigação empírica, esta subdivide-se em quatro capítulos, sendo o primeiro referente às considerações metodológicas, onde são apresentados os objetivos, as questões de investigação e a conceptualização do estudo, bem como os participantes e caracterização da amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos realizados e a análise dos dados prevista. No seguinte capítulo é feita a apresentação e análise dos resultados e dentro desta, a análise descritiva e a análise inferencial. A discussão dos resultados é realizada no terceiro capítulo e no último terminamos com as conclusões e sugestões do estudo.

A finalizar, são citadas as referências bibliográficas consultadas, assim como os apêndices que incluem o instrumento de colheita de dados utilizado na investigação e a autorização da instituição hospitalar necessária à sua aplicação.

Com as respostas obtidas a estas questões esperamos compreender melhor as atitudes das grávidas durante os exames de rastreio pré-natal, contribuir para a construção de conhecimentos que facilitem às equipas de saúde, além do suporte técnico- diagnóstico, empatia perante o sofrimento humano, o conhecimento da realidade das grávidas, ouvir as suas queixas e encontrar com elas estratégias que facilitem a sua adaptação ao momento vivido.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.GRAVIDEZ – FASE DO CICLO VITAL DA FAMILIA

A gravidez é um acontecimento desejado, pela maioria das pessoas, em todo o mundo. Projecta-se para lá da sua duração, enquadrando-se numa vivência mais profunda e duradoura, a da maternidade/parentalidade.

Vários são os autores, Fatia, 2008; Sousa & Pereira, 2010; C. Machado, 2010, citando Canavarro, que nos reforçam a diferença temporal da maternidade versus gravidez. A gravidez fica limitada ao período entre a concepção e o parto sendo um momento particular de retorno a si própria, de investimento no próprio corpo, na sua imagem, a confirmação da sua identidade sexual como mulher. A maternidade apresenta-se como um projecto para toda a vida.

Período fértil em expectativas e idealizações vê-se, cada vez mais, normalizado em paradoxos culturais de planeamento e controle. “Actualmente a decisão de ter filhos é algo pensado e repensado. A maternidade acontece num contexto de projecto em conjunto com outros projectos” (C. Machado 2010;p28).

O planeamento da gravidez leva à procura de condições ideais sociais, profissionais, económicas e de saúde numa ânsia de perfeição do conceito e da experiência dos progenitores. No contexto das sociedades contemporâneas, de diminuição progressiva do número de filhos por casal, planeamento da gravidez e adiamento da sua ocorrência, o recém-nascido é visto como um bem precioso, raro, que se impõe que seja perfeito. Há cada vez menos mães de menos filhos, com gravidezes cada vez mais planeadas ou adiadas em função de inúmeras variáveis. (C. Machado, 2010; Mendes, 2007;Leal, 1991)

Estendem-se estes parâmetros também aos cuidados de saúde, tal como nos refere Rocha (2004) “Os parâmetros de controlabilidade e planeamento possibilitaram evoluções extraordinárias ao nível da qualidade de vida dos casais e ao nível da mortalidade e morbidade infantil.” Como resultado desta confiança, às vezes desmedida, nos progressos e capacidades da medicina, alguns progenitores iniciam um processo de apego muito precoce ao feto considerando impossível a ocorrência de situações que inviabilizem a sua vida.

Por sua vez *no* imaginário popular, na expectativa social, a gestação é sempre um momento sublime, ligado à vida, ao nascimento, a alegrias e à prosperidade. Não há espaço para pensamentos opostos como morte, tristeza, fracassos, erros, falhas, etc.

Assim, maternidade e gestação são consideradas fenómenos normais, representando a sequência evolutiva do ser mulher. A gravidez é, tradicionalmente, vista como um período de bem-estar e tranquilidade. No entanto, tanto a puberdade como a gestação e a menopausa são fases de mobilização dos equilíbrios adquiridos, comportando ao mesmo tempo o risco de descompensação psicológica e a possibilidade de uma reorganização enriquecedora da personalidade. (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999; Leal, 1999; Canavarro, 2001).

Nos últimos anos o aumento dos conhecimentos sobre a gravidez permitiu ultrapassar a visão biológica do processo gravídico vendo-a como um todo em que a dimensão psicológica ocupa um lugar importante. O fenómeno da maternidade, além de estar intimamente relacionado com os aspetos de maturação psicológica, está sob efeito de outros fatores importantes, como os ambientais e sociais.

Ao longo dos nove meses de gestação, vão ocorrer alterações do ponto de vista psicológico que permitem a construção e consolidação do projecto de maternidade de forma progressiva: a mulher prepara-se para ser mãe ensaiando papéis e tarefas maternas, liga-se afetivamente à criança e inicia o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, aprendendo a aceitá-lo como uma pessoa única e com vida própria, Canavarro (2001).

O primeiro passo na adaptação ao papel materno é aceitar a gravidez e assimilar o papel social que lhe é inerente. Sem a aceitação e conseqüente integração da gravidez a mulher não pode progredir nas tarefas subsequentes. O grau de aceitação da gravidez reflecte-se na rapidez com que vai adquirir as respostas emocionais. A mulher feliz e satisfeita com o processo gravídico considera-o um preenchimento biológico e parte de um plano de vida, apresentando níveis elevados de confiança em si própria, na criança e restantes membros da família (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999).

Na continuação das tarefas desenvolvimentais de transição para a maternidade, e baseando-nos na classificação de Canavarro (2001,p38), após a *Tarefa 1: Aceitar a gravidez; Aceitar a realidade do feto é a 2ª tarefa* importante que a mãe deve realizar. Esta fase constitui o ponto de partida para a diferenciação mãe – feto que se traduz na aceitação deste como indivíduo distinto de si própria. Conseguir ter esta representação cognitiva é fundamental para a ligação materna – fetal, preparação para o nascimento e separação física no parto. “ Na maioria das vezes, é também a partir desta altura que as grávidas intensificam as fantasias relacionais com o bebé, começam a ensaiar cognitivamente as primeiras tarefas de prestação de cuidados e são capazes de fantasiar características próprias do filho como aspecto físico, temperamento e nome” Canavarro (2001,p39).

A *3ª tarefa Reavaliar e reestruturar a relação com os pais*, prende-se com a reavaliação da relação passada e presente com os próprios pais. O modelo mais pormenorizado de família que possuímos é o que é representado pela família onde crescemos, sendo a mãe o principal modelo de comportamento materno para a mulher que irá adoptar comportamentos semelhantes ou opostos conforme os considere disfuncionais ou pouco adaptados à sua época e contornos de vida pessoal.

“ Quando anteriormente não foram realizadas estas tarefas de reavaliação da relação com os pais e a relação actual é dominada por sentimentos de rejeição ou de aceitação idealizada, sem confrontação com as experiências concretas, a gravidez surge como uma nova oportunidade para resolver ou agravar conflitos desenvolvimentais passados.” Canavarro (2001). A grávida deve negociar com os seus pais as expectativas que tem deles, no papel de avós, de forma a existir equilíbrio entre o apoio e autonomia. O nascimento de um bebé assume muitas vezes o significado de continuidade geracional constituindo-se como um meio unificador de gerações. Por outro lado, enquanto unidade biopsicossocial a família deve assumir uma das suas mais importantes funções e contribuir para a saúde de todos os seus membros.

A 4ª Tarefa é Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro. Ao preparar-se para integrar o novo elemento na sua relação, o casal deve reajustar a sua relação no plano afetivo, na rotina diária e no relacionamento sexual. A organização prévia do casal facilita estas mudanças, permitindo as adaptações necessárias à entrada da criança na família. Sendo desafiado o relacionamento conjugal é fundamental que a aliança conjugal se transforme em aliança parental, permitindo o suporte emocional entre ambos, a partilha de tarefas e cuidados ao bebé, bem como a partilha das decisões.

O suporte emocional é importante. Cada um dos membros do casal deve encontrar-se sensível às necessidades do outro, comunicar entre si e ajudarem-se mutuamente a lidar com os acontecimentos desconhecidos que vão surgindo ao longo da gravidez. A mulher que é apoiada pelo seu companheiro apresenta menos sintomas físicos e emocionais e tem uma adaptação mais fácil ao parto e período pós-parto, ou seja, o cônjuge é considerado como a principal fonte de suporte.

A nível conjugal, cada um prepara-se para novas responsabilidades, para a partilha a longo prazo ao nível da parentalidade, para o sacrifício da sua liberdade individual.

A 5ª tarefa é Aceitar o bebé como pessoa separada. Esta tarefa é característica do terceiro trimestre e é considerada como a preparação para a separação, concretizada com o parto. É um período de alguns sentimentos de ambivalência e um aumento de ansiedade devido à antecipação do parto. Nesta fase, o grande desafio desenvolvimental é ser capaz de integrar e responder ao comportamento do bebé.

Ao longo de toda a gravidez ocorre a aceitação da mesma e a tomada de consciência do feto. À medida que a individualidade da criança aumenta, existe uma progressão de separação. No entanto, a separação é uma coisa relativa pois a criança é profundamente dependente nos seus cuidados já que não nasce capaz de funcionar socialmente por si mesma. Por outro lado, simultaneamente precisa de autonomia, de ser aceite como uma pessoa separada, com características e necessidades próprias. Tudo isto requer aprendizagem que os pais têm de realizar.

Existem algumas situações em que a tarefa de aceitar o bebé como uma pessoa separada se torna extremamente difícil ou não chega a acontecer, por exemplo: quando os pais não chegam a conhecer o seu bebé porque morre, nasce prematuramente ou com malformações fetais. Nestes casos, os pais têm que aceitar a realidade da criança a que deram vida e desistir da fantasia da criança que esperavam.

A 6ª tarefa é *Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade*. Nesta tarefa a mulher vai integrar na sua identidade, o papel, função e significado de ser mãe. É o grande jogo entre a proteção e a autonomia do filho, a dádiva e o espaço para si própria. A grávida vai reavaliar as perdas e ganhos que a maternidade lhe proporcionou e aceitar as mudanças que este estágio implica e adaptar-se de acordo com a sua identidade prévia.

O temperamento da criança e a sua articulação com os pais são fatores importantes no desenvolvimento dos próprios pais. A gravidez para os pais é um tempo de transição entre uma identidade e outra. Quando a criança nasce ocorre uma alteração das compreensões do mundo exterior, das relações, do próprio corpo de cada um e da auto-imagem.

As experiências adquiridas na maternidade são várias, mas implicam integrar experiências do passado com as exigências do presente. A preparação emocional para a maternidade pode ser tão importante como a preparação física para o parto.

A 7ª tarefa é *Reavaliar e reestruturar a relação com o (s) outro (s) filho (s)*. As mulheres que esperam um segundo ou terceiro filho têm uma família mais complexa do ponto de vista relacional. A tarefa de assumir a identidade materna para incluir a nova criança é mais exigente. A mulher tem de integrar a ideia de mais um filho como uma pessoa separada, não o associando à identidade dos outros filhos. Por outro lado deve ajudar o (s) outro (s) filho (s) e prepará-lo (s) para a chegada do irmão, antecipando situações e reforçando o seu papel na família.

“ As múltiparas iniciam habitualmente a gravidez, manifestando ansiedades diferentes das referidas pelas mulheres que vão ser mães pela primeira vez. Mais do que na relação com o bebé a sua atenção encontra-se focada no receio de abortar, de iniciar trabalho de parto pré-termo, nos procedimentos técnicos como Amniocentese e, nos sintomas físicos da gravidez” Canavarro, (2001,p.44).

Em termos conclusivos podemos dizer que o nascimento de um filho provoca na mãe, pai e família alterações a nível pessoal e interpessoal, surgindo novas vulnerabilidades e, constituindo-se numa importante fase do ciclo vital da família. É necessário o ajustamento à maternidade relativamente à satisfação pessoal, equilíbrio emocional, funcionamento familiar, desempenho das tarefas, etc. É uma época plena de mudanças, de emoções e comportamentos até ai desconhecidos, de novas identidades, de novos significados existenciais e de novos papéis.

1.1 – GRAVIDEZ, AUTOCONCEITO E VULNERABILIDADE AO STRESS

Cada gravidez assume um significado único sendo consensual que o autoconceito da mulher deve alterar-se por forma a permitir-lhe preparar-se para o novo papel, deixando progressivamente de se sentir auto-suficiente e independente para passar a sentir-se com obrigação para com outro ser que durará toda a vida (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999)

Entendido como um constructo psicológico que permite ter a noção da identidade da pessoa e da sua coerência e consistência, deve teoricamente esclarecer sobre a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações, levando-nos a perceber aspetos do autocontrolo, porque certas emoções surgem em determinados contextos ou porque é que uma pessoa inibe ou desenvolve determinado comportamento, permitindo compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo.

Albuquerque & Oliveira (2002) baseando-se em Burns (1986) e Shavelson & Bolus (1982), afirmam que o autoconceito é composto por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser. Estas perceções são formadas pelas avaliações e reforços de pessoas significativas, pelas auto-atribuições que o indivíduo realiza ao seu comportamento e pela experiência e interpretações do ambiente onde se inserem. Assim, o autoconceito possui múltiplas facetas, é estável, avaliativo, diferenciável, e tem capacidade para se desenvolver e se organizar hierarquicamente. O aspecto avaliativo do autoconceito permite que o indivíduo se auto - avalie, o que lhe possibilita a realização de uma retrospectiva dos seus comportamentos face a uma determinada situação, averiguando quais são os mais adequados e daí retirar informação que lhe seja útil em novas situações. A este respeito Vaz Serra (1986) salienta a importância das escalas de avaliação serem de auto – avaliação e não de avaliação por observador.

Produto da adaptação ao processo de transição para a maternidade pela realização das tarefas implícitas, rapidamente se percebe a grande vulnerabilidade a que a mulher está sujeita. Segundo Vaz Serra (2000) “uma pessoa sente-se vulnerável quando comprova, ou simplesmente acredita, que lhe faltam aptidões ou recursos necessários para lidar com exigências criadas por uma circunstância específica.”. Para o autor ninguém está livre de stress. Assim, como o ser humano enfrenta as circunstâncias indutoras do stress de forma diferenciada, a vulnerabilidade ao stress também não é uniforme. Considera, ainda, que o stress só se verifica perante situações de tensão desencadeadoras de experiências stressantes, sendo que tais situações podem ser acontecimentos subjectivos — como pensamentos, imagens ou sensações internas — ou objetivos — como acontecimentos relevantes da vida ou acontecimentos incomodativos do dia a dia., se as exigências colocadas pela situação forem

superiores aos recursos disponíveis no indivíduo, então este sente que não tem capacidade de controlo e pode entrar em stress.

O stress não tem de ser encarado sempre como nocivo podendo ser útil quando se torna propulsivo, ou seja, constitui uma fonte de impulso que faz com que o indivíduo tome decisões e resolva problemas, ajudando-o a melhorar o seu funcionamento e as suas aptidões. O stress, neste sentido, traz algum sabor à vida e pode constituir-se um incentivo de realização profissional e pessoal tendo uma função protectora e adaptadora. Neste caso é promotor de sentimentos de eficácia pessoal *eustress*, mas se o sujeito não for bem-sucedido ou se não possuir as competências adequadas para lidar com as exigências, surgem os sintomas de mal-estar - *distress*. (Pocinho & Capelo, 2009). O suporte social alivia o distress em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença. Ribeiro (1999)

Nelas (2004) citando Cobb refere a importância do suporte social como moderador do stress. O suporte social é considerado como sendo a informação sobre sentimentos de que se é cuidado, de que se é amado, estimado, valorizado e de que se pertence a uma rede de inter-relações recíproca. Parece consensual o fato de este conceito envolver sempre transacções entre pessoas Cobb, citado por Nelas (2004), via o suporte social como amortecedor que, em situações de crise, podia produzir um acréscimo da adaptação.

Ainda segundo Nelas (2004) as funções do suporte social são diversas, de acordo com os diferentes autores, mas por si consideradas como: o suporte emocional, como informação de que o indivíduo é amado e estimado e faz parte de uma rede de comunicação de obrigações mútuas; o suporte instrumental, também designado de ajuda, e que pode incluir um vasto leque de actividades, como sejam, por exemplo, a ajuda em tarefas domésticas, o empréstimo de dinheiro ou outras; e o suporte informacional definido como o processo através do qual outras pessoas podem dar informações conselhos e protecção.

Os diversos estudos sobre suporte social têm focalizado a sua análise na estrutura das relações sociais de suporte, partindo do princípio que a existência de relações sociais é equivalente à obtenção de suporte das mesmas. Assim, e assumindo que as redes sociais têm efeitos positivos na saúde e bem-estar, a sua análise é considerada de grande utilidade para conhecer o meio social do indivíduo e os aspetos estruturais, relevantes para a manutenção da saúde e do bem-estar do mesmo.

Ao concluir esta abordagem muito sumária às variáveis psicológicas autoconceito e vulnerabilidade ao stress, salientamos a importância das mesmas serem consideradas na assistência à mulher grávida, durante a vigilância pré-natal, atendendo às diferenças psicológicas entre indivíduos e às diferenças de situações clínicas nomeadamente as gestações com risco materno-fetal. Se para a gravidez considerada normal são necessárias as transformações anteriormente referidas em situações de patologia materna ou fetal as mesmas vão ser muito mais acentuadas. Como dizem Silveira &

Ferreira (2010) ” a crise adicional de um diagnóstico de patologia obstétrica resulta num acréscimo de vulnerabilidade, que pode afetar a própria identidade da mulher e a sua saúde emocional”.

1.2 - GRAVIDEZ E MALFORMAÇÃO FETAL

“A ocorrência de anomalia congénita é parte integrante da história da humanidade, conforme achados arqueológicos de pinturas e esculturas” (Panisson, 2008,p11). Anunciar ao casal a existência de malformações fetais pode constituir a finalização e destruição de um sonho, levando a repercussões violentas e dramáticas na sua vida.

Tavares (2010); Abrahão (2009) e Aymé (2005) mencionam que os defeitos congénitos ocorrem 3 em cada 100 nascimentos e são responsáveis por uma em cada quatro mortes fetais, durante a gravidez ou na primeira semana de vida.

Consideram-se *Malformações congénitas* os defeitos de uma determinada parte do corpo ou órgão, que resultam quer de um problema intrínseco ocorrido durante o desenvolvimento quer de perda de integridade de um tecido previamente normal. As *malformações major* são aquelas das quais possa resultar a morte ou morbilidade significativa do feto ou recém-nascido. Às anomalias da forma ou posição fetal, causadas por forças mecânicas extrínsecas ou intrínsecas dá-se a designação de *deformações*. As malformações major podem ocorrer de forma isolada ou combinadas entre si. O termo *síndrome* identifica um conjunto de malformações associadas a uma única causa; *sequência* refere-se a um padrão de malformações ou deformações, resultando de uma única anomalia base ou de um fator mecânico, denomina-se *associação* a existência de uma ou mais anomalias ocorrendo com frequência simultaneamente e sem aparente fator etiológico comum.

Clode & Melo (2010, p.216) referem ainda que “Cerca de 40% das malformações congénitas tem como causa anomalias cromossómicas ou doença genética; menos de 5% associam-se a teratogéneos ou fatores uterinos (por exemplo, síndrome de banda amniótica) e nas restantes a causa é desconhecida e o seu aparecimento é casual e esporádico”.

Alguns fatores que interferem no cálculo da verdadeira incidência, das anomalias congénitas, relacionam-se com o predomínio de algumas doenças genéticas em determinados grupos raciais, com o risco populacional de infecção congénita e exposição a fatores ambientais nocivos ou ainda com a ineficiência institucional no rastreamento pré-natal e nos registos de anomalias congénitas. Assim, independentemente da história familiar, pessoal ou reprodutiva, todos os casais apresentam risco para anomalias fetais, denominado risco populacional, o qual está relacionado com o tipo de constituição da população e com o meio ambiente que os cerca, (Nicolaidis & Figueiredo, 2004; Tavares, 2010)

Pelo exposto confirmamos a importância do diagnóstico de anomalia congénita durante o período pré-natal independentemente do prognóstico, possibilitando ao casal decidir sobre a evolução da gravidez, e aceitar a situação do seu filho. O diagnóstico de malformações com possível tratamento pós-natal comporta a possibilidade de oferecer ao recém – nascido as melhores condições para o parto e tratamento posterior. Por último o diagnóstico pré-natal permite a realização de estudos direcionados ao conhecimento da etiologia facilitando o aconselhamento quanto ao risco de recorrência em futuras gestações favorecedores da saúde reprodutiva dos casais.

Embora a maioria das anomalias congénitas tenha a sua génese no primeiro trimestre da gravidez, muitas vezes os achados ecográficos só se observam no segundo ou terceiro trimestre ,uma vez que algumas estruturas pela sua dimensão, só são possíveis de visualizar correctamente quando o feto atinge maiores dimensões, é o caso do coração. Neste sentido tem sido desenvolvidos programas no intuito de validar indicadores de risco para determinadas patologias como, por exemplo, Pereira, Ganapathy, Sygelaki, Maiz & Nicolaidis (2011) salientam a importância do estudo no primeiro trimestre do fluxo sanguíneo na válvula tricúspide (regurgitação), translucência da nuca e fluxo de sangue no ductus venoso como marcadores de risco para malformação cardíaca.

Concluimos com uma afirmação de Graça (2005,p183) ” quando se realiza uma ecografia obstétrica para diagnóstico de anomalias estruturais, a questão que se pretende responder não será seguramente quão precocemente se pode diagnosticar uma anomalia fetal, mas sim quando se poderá, de forma segura excluí-la”

2- VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ E DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

No Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo - 1994, o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. Esta última condição pressupõe o direito de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, o acesso a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis.

Em Portugal a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da constituição e da lei.

Ainda, de acordo com a lei de bases da saúde Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, “O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.” (...) “São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique”.

O Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil é reflexo do investimento feito na área, de forma progressiva, consistente, tecnicamente articulada com o desenvolvimento do conhecimento científico a nível internacional. Portugal apresenta hoje uma rede de prestação de cuidados de saúde que garantem à população os cuidados em saúde reprodutiva preconizados pela conferência do Cairo.

A organização da rede de serviços contempla os seguintes níveis de intervenção:

Nível I - Cuidados de saúde primários, devem:

- Assegurar a primeira linha da assistência pré-concepcional pré e pós-natal, assim como os cuidados em planeamento familiar e saúde infantil;
- Localizar e identificar as mulheres de risco, em idade fértil;
- Localizar e identificar os nascidos-vivos de risco que necessitam de apoio especial;

- Estabelecer com os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP), através das unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), protocolos de referenciação para as situações de risco em saúde reprodutiva;
- Efetuar ações de informação/educação para a saúde, para as populações da sua área geográfica.

Nível II- Hospitais de Apoio Perinatal e Centros de diagnóstico pré-natal, devem:

- Garantir serviço de urgência com presença física, 24/24 horas, de um obstetra, um pediatra e um anestesista e dispor de um corpo de enfermeiros especialistas em número adequado às necessidades do serviço;
- Dispor de laboratório de análises, imagiologia e serviço de sangue 24/24 horas;
- Garantir a consulta de referência com apoio ecográfico e monitorização fetal;
- Ter capacidade para reanimar, prontamente e com qualidade, todos os recém-nascidos (RN);
- Assistir os RN normais e dar continuidade de cuidados até à alta;
- Garantir a estabilidade das funções vitais do RN até ao transporte (< 4h);
- Possuir uma Unidade de Cuidados Intermédios;
- Tratar os RN em fase de convalescença (ex: prematuros), após estadia no Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD);
- Contribuir para a formação dos Clínicos Gerais da sua área;
- Elaborar, através da participação na UCF, e cumprir os protocolos das actividades principais e os protocolos de articulação com os Centros de Saúde (CS) e os HAPD.

Nível III - Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado e Centros de Diagnóstico e Terapêutica. Tem todas as funções dos HAP, com tendência acrescida para autonomia assistencial a todos os RN de risco, exceptuando: Cirurgia Neonatal e Subespecialidades que envolvam alta tecnologia.

- Actua como HAP para os CS da sua área geográfica;
- Tem capacidade de assistência multidisciplinar a todas as situações com patologia associada ou coexistente com a gravidez, que lhe sejam referidas pelos HAP;
- Responde às solicitações dos HAP para o Diagnóstico Pré-natal não possível localmente;
- Centraliza o transporte in útero de áreas bem definidas;

- Colabora com as UCF;
- Dispõe de Unidade de Cuidados Intensivos para os RN de alto risco.

Depois de estabelecida a rede de prestação dos cuidados essenciais à grávida e ao recém-nascido, tornou-se necessário organizar e desenvolver de forma coerente as actividades, de Diagnóstico Pré-Natal (DPN). Esta opção impunha-se, tendo em conta:

- As malformações congénitas constituírem a segunda causa de morte perinatal e infantil e um importante fator de morbilidade;
- A redução constatada do número de filhos por mulher, com o conseqüente aumento das expectativas face ao "filho saudável";
- O aumento das gravidezes em idades mais tardias, com maior risco de anomalias congénitas;
- A despenalização da interrupção voluntária da gravidez nos casos de o feto ser portador de malformação grave.

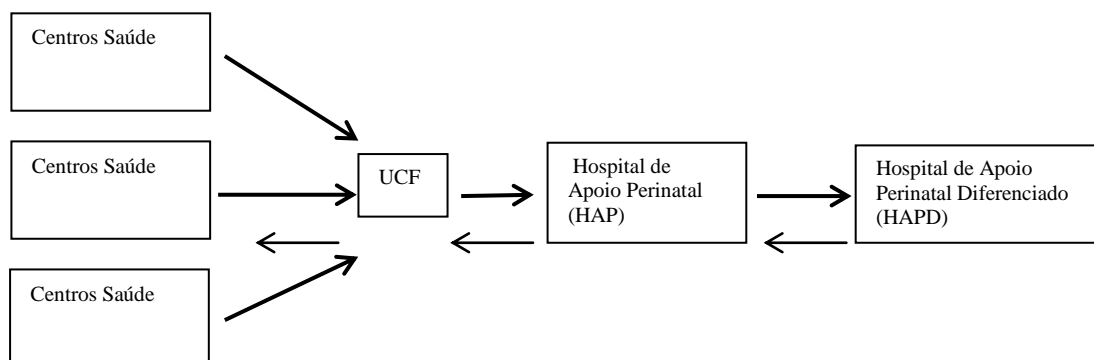


Figura 1 – Esquema representativo da rede de Referência materno infantil, DGS (2001).

A prioridade atribuída à Saúde Materna e infantil e a implementação do Programa Nacional de Saúde Materno – Infantil, permitiu significativas melhorias nesta área assistencial. Podemos ler no Plano Nacional de Saúde 2004-2010:

- Há uma elevada cobertura em cuidados de saúde reprodutiva, para a qual tem contribuído a Rede de Referência Materno-Infantil (RRMI).
- É relativamente elevada a cobertura dos serviços pré e perinatais.

— A percentagem de grávidas que em Portugal têm, pelo menos, uma consulta pré-natal durante a gravidez parece ser superior a 98%, com mais de 80% a iniciar a vigilância antes da 16.^a semana de gravidez e mais de 80% a realizar esquemas de vigilância considerados adequados.

— Persiste alguma controvérsia sobre todas as enfermidades que deveriam ser objeto de programas de rastreio durante o período pré-natal.

— O relatório de avaliação das actividades dos serviços na área do diagnóstico pré-natal (DPN) mostra um aumento do número de instituições que executam técnicas invasivas e do total de exames efetuados.”

Como nos diz M. Machado, (2010,p.149) “o objectivo da vigilância pré-natal é promover a saúde e o bem-estar da grávida, do feto e do recém-nascido, mas também da família, incluindo o período da preconcepção e os cuidados pós-natais até um ano após o nascimento”.

A pertinência dos objetivos da consulta pré-natal é sublinhada por numerosos estudos que demonstram que as grávidas que não foram objeto de cuidados pré-natais regulares apresentam uma maior incidência de complicações da gestação.

Assim, no sentido de concretizar os objetivos da vigilância pré-natal, é necessário:

- Providenciar aconselhamento, informação e apoio à grávida e àqueles que constituem a sua família próxima;
- Minorar a sintomatologia acessória ao estado gravídico, ajudar a gestante a adaptar-se às alterações fisiológicas por ele impostas;
- Proporcionar um programa de rastreio/vigilância, tanto clínico como laboratorial, a fim de assegurar o normal decurso da gravidez;
- Detetar, precocemente, eventuais desvios da normalidade.
- Um objetivo complementar deve ser perseguido nas grávidas de risco: prevenir, detetar e tratar as complicações maternas e fetais que possam surgir em consequência dos indicadores de risco presentes.

Actualmente está preconizada a vigilância da gravidez, desde a fase pré - concepcional, encontrando-se calendarizadas a frequência das consultas e exames complementares de diagnóstico a realizar. Depois de confirmada a gravidez e realizados exames do primeiro trimestre está preconizada consulta de 5/5 semanas até às 32 semanas, consultas quinzenais das 33 às 37 semanas e a partir das 38 semanas consultas semanais. A grávida deve ainda realizar exames analíticos em cada trimestre e exame ecográfico às 11-13⁺⁶, 20-22, 30-32 semanas. Outros exames específicos podem ser solicitados conforme grau de risco. Considera-se que o risco, sendo dinâmico ao longo da gravidez, deve ser

reavaliado em todas as consultas através das avaliações clínicas e analíticas, de rastreio de anomalias fetais e de patologia associada à gravidez.

A maioria das gestações, por definição, é considerada de baixo risco. Por gravidez de alto risco entende-se aquela em que existe uma probabilidade de um desfecho adverso para a mãe e/ou para o filho superior à incidência dessa complicação na população em geral.

Os programas de rastreio e vigilância na assistência pré-natal são semelhantes na maioria dos países ocidentais fruto do desenvolvimento, nos últimos 35 anos, do conhecimento científico e tecnológico associado ao diagnóstico pré-natal e medicina fetal, mas colocam grandes desafios aos progenitores quando realizam o diagnóstico de saúde do feto *in útero*. Ian Donald, ao usar pela primeira vez o ultra-som para visualizar o feto, confrontou o Homem com uma humanidade que antecede a exteriorização do nascer. “Antecipa-se a natalidade do novo ser à sua exteriorização corporal” como refere Vale (2010,p83)

Os primeiros ecografos com capacidade de construir imagens do feto em tempo real surgiram no final década 60, sendo o seu uso mais significativo após a década de 70. Ian Donald em 1974 citado por Matias & Montenegro (2010) antevia que estaria para breve o tempo em se poderia oferecer a todas as mulheres um exame ecográfico de rotina. O estudo antropométrico do feto, de modo a padronizar o seu crescimento, ao longo da gestação dominou os primeiros 30 anos do percurso evolutivo da ecografia fetal, tendo-se criado inúmeras tabelas constituindo-se um padrão de normalidade. Deste grande avanço no conhecimento do ambiente intra-uterino e da fisiologia do feto, com novos métodos de monitorização fetal, é possível a confirmação de muitas hipóteses diagnósticas sobre a condição fetal, em fases precoces da gestação, realidade que, até há bem pouco tempo, só seria possível aos pais após o nascimento do bebé. (Vale, 2010).

De acordo com a norma da Direção Geral de Saúde 023/2011, Norma de Exames Ecográficos na Gravidez, “Estima-se uma prevalência de malformações fetais de cerca de 2% e uma taxa global de detecção pré-natal de 45% (15 – 85,3%). A detecção de malformações fetais, segundo Pinto (2012), está dependente da resolução do aparelho onde se realiza o exame ecográfico, da experiência do médico que realiza o exame, da idade gestacional quando o exame é realizado e das dificuldades técnicas devido a circunstâncias alheias ao médico e de que são exemplos a adiposidade materna, hidrâmnios, número de fetos ou a posição fetal.

Falamos de diagnóstico pré-natal definido, de acordo com o publicado no despacho 5411/97, “como o conjunto de procedimentos com o objectivo de avaliar se um embrião ou feto é portador de uma determinada anomalia congénita”. Este tem vindo a constituir-se num componente essencial da prestação de cuidados de saúde pré-natais nas Instituições da Rede de Referência Materno-Infantil, como pode ser constatado através das sucessivas avaliações dessa actividade, realizadas pela DGS.

As doenças genéticas ocorrem de forma semelhante em todos os países, desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, e de forma transversal a todos os estratos socioeconómicos dos indivíduos. Esta informação pode afetar uma família inteira e não só o indivíduo; uma descoberta genética pode ser preditiva de um futuro adverso no indivíduo ou em vários membros da família; a informação genética e as escolhas feitas no presente podem afetar gerações futuras.

Do mesmo modo, em qualquer estrato social uma criança com uma doença genética é mais susceptível a doenças do ambiente que a podem conduzir à morte. Torna-se assim importante o acesso da população a cuidados de saúde que permitam o diagnóstico, o tratamento e a prevenção de doenças genéticas. Esta igualdade de direitos não está assegurada, de igual modo, em todos os países quer pela sua capacidade económica, quer pelo número de profissionais preparados para o efeito.

A evolução positiva da saúde materna e infantil em Portugal tem sido referida como exemplo. A OMS (WHO, 2008) considera Portugal um dos países mais bem-sucedidos na redução consistente das mortalidades, em especial da perinatal, infantil, dos 1 aos 4 anos e materna. O crescimento do PIB *per capita* e o desenvolvimento da rede de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares foram alguns dos fatores determinantes.

Recentemente o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, no capítulo *Nascer com Saúde*, estabelecia como área prioritária o Programa Nacional de Diagnóstico Pré-Natal. Este programa teve como objetivos principais: aumentar o acesso aos exames de DPN para um número crescente de grávidas e melhorar a qualidade dos exames ecográficos. Para garantir a prossecução desses objetivos, mantém-se a necessidade de assegurar a qualidade na vigilância de saúde da grávida em Portugal, intervindo para isso a vários níveis e em várias áreas, relacionadas com a formação profissional e dinamização de recursos estruturais.

Assim, o Despacho nº 5411/97 de 6 de Agosto (2ª série) visa a estruturação do sector de diagnóstico pré-natal, apontando os objetivos da actividade assistencial, os níveis de prestação dos cuidados, os respectivos atributos e as formas de coordenação.

Para efeitos de DPN são consideradas grávidas de risco, quando se verifica uma das situações:

- Idade superior a 35 anos;
- Filho anterior portador de cromossomopatia
- Progenitor portador de cromossomopatia equilibrada;
- Suspeita ecográfica de anomalia congénita fetal;
- Alteração dos valores dos marcadores serológicos maternos;
- Risco elevado de recorrência de doença genética não cromossómica;
- Risco elevado de efeito teratogénico (infeccioso, medicamentoso, outro).

A análise do relatório das actividades desenvolvidas em DPN 2009, bem como os resultados da investigação científica e as recomendações das principais sociedades médicas internacionais, apontam para importantes mudanças nas acções preventivas pré-natais, com o progressivo abandono da idade materna, como critério único para realizar técnica invasiva. Carvalho & Araújo (2010) salientam que os estudos mais recentes têm considerado como limite inferior para a idade materna avançada os 40 anos.

Esta nova realidade justifica a introdução de alterações ao enquadramento legal e normativo do DPN.

Como nos refere Tavares (2010) ” Quando nos referimos a DPN, incluímos todos os passos relacionados com a deteção da doença genética e malformação congénita, isto é: prevenção; rastreio; diagnóstico; prognóstico; terapêutica/condução e follow-up.”

O diagnóstico pré-natal pode, de acordo com Tavares (2010) ser realizado por distintos métodos, como o rastreio genético, a visualização fetal por ecografia, a amniocentese, a biopsia de vilosidades coriônicas ou a colheita de tecidos fetais ou de células fetais na circulação materna, pretendendo a tentativa de deteção de uma enorme variedade de patologias genéticas, infecciosas ou metabólicas.

Vale (2010,p86) afirma “Até meados dos anos 1990,toda a actividade médica e científica em torno do feto, embora fundamentada numa teoria empirista positivista era realizada, fundamentalmente *ad hoc*, não dando origem a um verdadeiro corpo de conhecimento científico, propriamente dito”.

No final da década de 90, o desenvolvimento das tecnologias de comunicação permitiu ao médico e professor kypros Nicolaidis desenvolver o projecto de investigação em medicina fetal da Fetal Medicine Foundation (FMF) que tem demonstrado grande valor na progressão do conhecimento na área. O projecto tem conseguido uma preditividade de ordem clínica, com sensibilidade crescente para os acontecimentos patológicos mais frequentes e mais importantes de uma gravidez. A crescente aceitação que tem tido, pelas comunidades científicas, deve-se à capacidade que revela para melhorar os índices de saúde em medicina materna e infantil. Por outro lado, o programa de investigação científica da FMF assenta em bases de metodologia matemática estatística, com visão probabilística. A FMF promove uma base de dados em contínuo desenvolvimento e mundialmente dispersa (Vale, 2010)

De acordo com a Fetal Medicine Foundation, nos últimos 20 anos tornou-se evidente que mais de 90% das aneuploidias podem ser identificadas entre as 11- 13s 6d de gestação combinando as características maternas, ecografia e bioquímica do sangue materno (β -hCG - Gonadotrofina coriônica humana e PAPP-A - proteína plasmática A associada à gestação). Esta primeira avaliação materna e fetal permite definir o grau de risco para um conjunto vasto de complicações da gravidez incluindo

risco de abortamento, parto pré-termo, pré - eclampsia, diabetes gestacional, restrição de crescimento fetal e macrossomia. Esta primeira avaliação também pode ser denominada como rastreio do primeiro trimestre.

A grande maioria das mulheres virá a ser identificada como sendo de baixo risco de complicações na gravidez e para elas a vigilância da gravidez requer menor número de exames. Cada consulta terá um objectivo bem definido e os achados devem permitir a todo o tempo modificar o grau de risco relativamente à avaliação inicial. A este respeito a avaliação inicial é uma nova abordagem científica dos cuidados pré - natais e pode reduzir a taxa de mortalidade e morbidade.

Este método de rastreio é baseado na combinação da idade materna, doseamento no sangue materno das hormonas placentares BHCG e PAPP-A, nos dados recolhidos na ecografia da medida da translucência da nuca, presença do osso nasal, frequência cardíaca fetal, fluxo de sangue através do ductos venoso e válvula tricúspide.

Este novo método de rastreio reduz grandemente o número de grávidas que requerem exame invasivo de cerca de 20% para 3% e ao mesmo tempo permite um aumento da taxa de deteção de Síndrome de Down e outras grandes malformações cromossómicas de menos de 50% para mais de 95%.

Outros benefícios alcançados com esta ecografia realizada entre as 11-13 semanas 6 dias são:

- Datação correcta da gravidez;
- Diagnóstico precoce da maioria das malformações fetais;
- Deteção precoce da gravidez múltipla com diagnóstico da corionicidade;
- Deteção precoce das mulheres com risco de pré-eclampsia.

Conhecer a imagem corporal do feto pode ser um dos primeiros objetivos dos progenitores durante a realização do exame ecográfico de rotina, porém o receio de ter um filho com anomalias é transversal à maioria dos casais. Como nos refere Bobak, Lowdermilk & Jensen (1999, p119) a preocupação inicial surge no primeiro trimestre e associa-se ao receio de não levar a gravidez até ao fim motivando muitas grávidas a só a comunicar passado este período. Por sua vez, o receio de deficiências no feto surge posteriormente quando a criança se torna mais real ao serem percebidos os seus movimentos ou a auscultação dos batimentos cardíacos. Alguns pais manifestam esta ansiedade abertamente quando solicitam a confirmação de que a criança está bem após avaliação ecográfica.

Quando intercorrências como má-formação ou mortes ocorrem numa maternidade a tarefa requer dos profissionais algumas características pessoais, fundamentadas num elevado grau de atitudes facilitadoras, tais como consideração (que implica o reconhecimento da existência do outro e o

respeito à sua singularidade, ao seu processo e à sua autonomia), compreensão-empatia (que implica a percepção dos sentimentos e dos significados pessoais vivenciados pelo indivíduo, bem como a comunicação disso ao paciente) e a congruência-autenticidade (que implica autoconsciência do que está a ser vivido em relação ao outro o que possibilita uma reação autêntica). Bom senso, prontidão interna, habilidade para lidar com a incerteza e com o insólito, tolerância à frustração, flexibilidade e interdisciplinaridade, também são capacidades esperadas.

“O processo comunicacional, que se estabelece entre o profissional de saúde e os futuros pais, constitui um processo activo e construtivo, em que ambas as partes preenchem, completam e interpretam a informação veiculada. Esta construção e interpretação são mediadas pelas crenças, ideias e concepções dos indivíduos envolvidos no processo” Ribeiro (1998,p27).

Asch (2003) afirma que na presença de um teste pré-natal revelador de uma anomalia no feto, devem ser transmitidas aos pais: informações sobre a deficiência diagnosticada, que serviços estão disponíveis na região para as crianças diagnosticadas com deficiência e quais desses serviços a criança e sua família poderão precisar imediatamente após o nascimento; facilitar o contato com associações de pais de crianças deficientes. Além disso, deve ser oferecida aos pais tanto uma visita a uma família com uma criança deficiente quanto uma visita a uma família com um adulto com a mesma deficiência diagnosticada.

Com o incremento do diagnóstico pré-natal, aumentou o número de interrupções médicas da gravidez (IMG) num contexto de gravidez desejada. A diferença das reacções psicológicas entre interrupção voluntária da gravidez (IVG) e IMG é enorme. Na situação de interrupção voluntária, os sentimentos são frequentemente de alívio enquanto na presença de malformação fetal é possível que ambos os progenitores desenvolvam um processo de luto (Diukman & Goldber, 2009). Mulheres que tenham estabelecido forte vínculo afetivo com o bebé podem necessitar de apoio psicológico e até internamento durante os 12 meses subsequentes. As reacções são variadas e dependem da idade da paciente, crenças religiosas, idade gestacional, grau de suporte social, estabilidade emocional. As decisões de interrupção tornam-se mais difíceis em gestações mais avançadas, nomeadamente após percepção dos movimentos fetais.

3 - A INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ POR MALFORMAÇÃO FETAL

A interrupção da gravidez por malformação fetal também é referida, por alguns autores, como interrupção terapêutica da gravidez ou, interrupção voluntária da gravidez por malformação fetal, sendo em Portugal, mais frequentemente designada como interrupção médica da gravidez (IMG). Pretende - se, em todos os casos, referir situações de gravidez onde foi diagnosticada no feto malformação congénita ou doença grave, nalgumas situações determinando inviabilidade para a vida extra-uterina, no decurso de um diagnóstico pré-natal, ecográfico ou genético.

O diagnóstico de malformação congénita ou anomalia genética pode ocorrer a qualquer momento da gravidez sendo contudo mais frequente durante os exames ecográficos de rotina realizando-se estes, em Portugal, entre a décima primeira semana e a décima terceira e seis dias no primeiro trimestre, entre a vigésima e vigésima segunda semana de gestação no segundo trimestre e, às 30-32 semanas no terceiro trimestre.

Em Portugal a Legislação permite aos casais a interrupção da gravidez por malformação fetal desde 1984, até aí o aborto era proibido em todas as situações.

A Lei n.º6/84 de 11 de Maio introduziu a exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez; sendo posteriormente produzidos outros documentos reguladores como o Decreto-Lei n.º48/95 de 15 de Março que aprova o Código Penal; a Lei n.º90/97 de 30 de Julho que revoga a anterior e altera os prazos para interrupção nas situações de exclusão de ilicitude; a Portaria n.º189/98 de 21 de Março que determina a constituição das comissões técnicas de certificação. A Lei n.º16/07 de 17 de Abril revoga a Lei nº 90/97 e introduz a exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher até às 10 semanas.

Diz o artigo 142 da Lei n.º16/07, de 17 de Abril:

1-Não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

a) Constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;

b) Se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, e seja realizado nas primeiras 12 semanas de gravidez;

c) Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizado nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;

d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas.

e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

2 - A verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez é certificada em atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção por médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direção, a interrupção é realizada, sem prejuízo no disposto no número seguinte

3 – (...)

A Portaria N^o 189/98, de 21 de Março, no seu Artigo 3^o n^o1, determina a criação de Comissões Técnicas de Certificação em cada estabelecimento de saúde oficial que realize interrupções da gravidez. Cada comissão técnica é composta por 3 a 5 médicos, como membros efectivos, e dois suplentes, a nomear pelo conselho de administração do estabelecimento oficial de saúde pelo período de um ano, renovável. Desta comissão devem fazer parte obrigatoriamente um obstetra/ecografista, um neonatologista e, sempre que possível, um geneticista. Os restantes elementos devem possuir os conhecimentos categorizados para a avaliação das circunstâncias que permitam a interrupção da gravidez.

O objectivo desta comissão é analisar os pedidos de interrupção de gravidez, com consentimento informado e demais pareceres, no sentido de certificar conformidade com a lei. As dúvidas sobre a definição de doença grave ou malformação congénita, nomeadamente em relação às doenças de aparecimento tardio, terão fundamentado o aparecimento das comissões. O legislador assume que uma comissão de técnicos, com conhecimento da lei, decidirá se a patologia detectada é grave e se o pedido de interrupção é lícito.

Analisando os Relatórios dos registos das interrupções da gravidez, ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de Abril, nos últimos três anos, observamos que ocorrem em média 20.000 interrupções da gravidez/ano em Portugal - 19.572 em 2009; 19.436 em 2010 e 20 290 em 2011, 97% do total, por opção da mulher até às 10 semanas e 2% das interrupções por grave doença ou malformação congénita do nascituro.

Naquelas que são consideradas interrupções médicas da gravidez há a referir: por grave doença ou malformação congénita do nascituro 520/2009; 440/2010 e 405/2011; como único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física da grávida 14/2009; 8/2010 e 12/2011; para evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou

psíquica da grávida 72/2009; 66/2010 e 57/2011; por gravidez resultante de crime contra a liberdade e auto determinação sexual 15/2009;11/2010; 14/2011.

Podemos ler no relatório de 2009 que das 72 interrupções que aconteceram por causa materna tiveram como fatores associados doença pré-existente e medicação teratogénica. Comparativamente ao ano de 2005 o número de interrupções da gravidez por causa materna decresceu 46%. Das interrupções da gravidez por malformação fetal, as anomalias cromossómicas representaram 47% das indicações para IG de causa fetal, seguindo-se as malformações do sistema nervoso central com 19,4% do total das indicações e destas, a maioria foi apresentada como anomalias do tubo neural.

A interrupção da gravidez é um assunto sobre o qual a maioria da população discute imperando dois valores fundamentais liberdade e vida, gerando atitudes positivas ou negativas. As atitudes em relação à interrupção da gestação estão fortemente associadas a valores, crenças, emoções e afetos, experiência pessoal ou comportamento passado.

Panisson (2008) também salienta que o dilema entre permitir ou não a interrupção da gestação de um feto afetado depende de considerações sobre o status moral do feto, crenças religiosas, posição quanto ao valor absoluto da vida e avaliação da qualidade de vida dos indivíduos afetados pela doença em questão. Porém enfatiza uma importante dimensão “é preciso garantir que o fato de se poder evitar o nascimento de crianças com alguma deficiência não influencie a posição da sociedade frente a indivíduos deficientes, incluindo a capacidade de aceitação de diferenças”

Neste sentido, a atitude surge como uma noção dinâmica influenciando a conduta humana porquanto emerge da vida social, fundamentalmente, e das relações interpessoais.

No âmbito da psicologia social o conceito de atitude tem motivado muitos estudos, esperando-se através dele melhorar a compreensão do comportamento humano.

4- ATITUDES DAS GRÁVIDAS

4.1 - CONCEITO DE ATITUDE

A palavra atitude teve origem no latim a partir de dois termos: *actus* que significa ato, ação; e *aptitudo* que significava aptidão. Estas expressões distinguem atitude motora e atitude mental.

De acordo com a enciclopédia Verbo Luso Brasileira da Cultura (1964, p.1738) atitude do ponto de vista filosófico “indica uma maneira de ser do sujeito relativo ao modo de encarar a vida. Atitude pode ser parcial ou imparcial conforme o indivíduo se deixa ou não influenciar por preconceitos e interesses individuais mas afeta sempre o sujeito que em conformidade com a sua atitude está apto a julgar a sua realidade com maior ou menor acerto”.

Atitude é vista como um conceito que pretende medir entre a forma de agir e de pensar dos indivíduos e para o qual encontramos várias definições. Para Imperatori (1999,p.33) “ Atitude é predisposição, tendência ou estado de espírito de uma pessoa para reagir segundo as suas próprias normas a um sinal externo, favorável ou desfavorável. Assim, a atitude reflecte – se nas condutas, sentimentos ou opiniões do indivíduo”

“A atitude é uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objeto, pessoa, instituição ou acontecimento”. I.Ajzen, 1998 citado por Lima (1994, p.168)

No entanto, as diferentes posições quanto ao conceito de atitude, de acordo com Lima (1994,p.169), apresentam alguns pontos em comum:

- As atitudes referem-se a experiências subjetivas, isto é, a posição de um indivíduo ou grupo construída a partir da sua história e, portanto, com um carácter aprendido;
- As atitudes são sempre referidas a um objeto, quando se fala da atitude de um indivíduo ou de um grupo social refere-se imediatamente face a quê;
- As atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa, ou seja existe uma ligação à cognição e ao comportamento, e está também presente a dimensão afetivo-avaliativa, face a um determinado objeto social, pode ser expressa por gosto/ não gosto, concordo/ discordo.

“As atitudes não nascem num vazio social, mas, pelo contrário, são fruto da interação social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que nos permitem situar a nossa posição face à de outros num determinado momento do tempo.” Lima (1994,p.169). Diz-nos ainda

Neto (1998, p.408), que as atitudes nos ajudam a definir grupos sociais, a estabelecer as nossas identidades e a guiar o nosso pensamento e comportamento.

Clarificam também o conceito de atitude a sua distinção relativamente a traços de personalidade (teorizados como mais resistentes à mudança), crenças (informação que a pessoa dispõe do objeto), valores (concepções centrais sobre o que é desejável a nível individual e societal, que servem como padrões ou critérios para orientar não só a ação mas também a avaliação, as escolhas, as atitudes e as atribuições de causalidade) e ideologia (sistema estruturado e estável de crenças e atitudes).

As atitudes significam a organização dos sentimentos, das crenças e dos valores, assim como a predisposição da pessoa para se comportar de determinada forma. Têm um papel importante na orientação e adaptação do ser humano no ambiente social, dado que representam o aspeto fundamental entre as capacidades de perceber, sentir e empreender da pessoa, ao mesmo tempo que dá significado à sua existência.

Assim, as atitudes são criadas através das atitudes de outras pessoas, grupos, instituições, objetos e valores. Inscrevem-se na história de um indivíduo e por isso podem mudar em função das suas experiências pessoais e da sua personalidade.

4.2 - COMPONENTES DAS ATITUDES

De acordo com o Modelo Tripartido Clássico proposto por Rosenberg e Hovland (1960) citados por Neto (1998), a atitude é uma disposição que resulta da organização de três componentes: afetivo, cognitivo e comportamental. Este modelo tem a vantagem de distinguir de modo suficiente as três dimensões para se poderem operacionalizar.

A componente afetiva refere-se aos sentimentos subjetivos e às respostas fisiológicas que acompanham uma atitude. Define-se como sentimento pró ou contra um determinado objeto. Pode significar um afeto positivo ou negativo em relação ao objeto para com o qual se adopta uma atitude.

O componente cognitivo diz respeito a crenças e opiniões através das quais a atitude é expressa, muito embora nem sempre sejam conscientes. Refere-se à representação cognitiva, isto é as características que atribuímos ao objeto, ao conhecimento e maneira de encarar o objeto, por parte do indivíduo. Nalgumas situações, o conhecimento que se tem de determinado objeto pode não ser o real e não se ajustar às suas características e qualidades próprias.

As componentes cognitivas e afetivas tendem a ser coerentes entre si, já que à medida que aumenta a nossa afetividade para com algo ou alguém, aumenta o nosso interesse em conhecê-lo

melhor. Por outro lado, quanto maior o conhecimento do objeto da atitude, maior carga afetiva se lhe atribui.

A componente comportamental diz respeito ao processo mental e físico que prepara o indivíduo a agir de determinada maneira. Consiste na tendência em atuar ou reagir comportamentalmente de uma certa forma no que diz respeito ao objeto conhecido e afetivo. Está ligado às duas anteriores e traduz as intenções ou decisões relativas à ação. No entanto, esta componente nem sempre traduz uma linha congruente com o componente cognitivo e afetivo. Uma pessoa pode ter uma atitude fortemente negativa para com outra pessoa que conhece bem, contudo relacionasse com ela de forma cordial em determinadas situações.

Conclui-se assim, que as três dimensões convergem para assegurar uma significação comum, mas também existe uma validade discriminante em cada uma delas.

O Modelo Unidimensional Clássico considera a atitude como sendo unidimensional, isto é, uma atitude representa a resposta avaliativa (afeto), favorável ou desfavorável, em relação ao objeto da atitude. Entre outros autores esta teoria foi defendida por Fishbein e Azjen (1975).

Zanna e Rempel (1988), citados por Neto (1998), delinearão o Modelo Tripartido Revisto que integra todas estas concepções das atitudes. Neste modelo a atitude é um julgamento que exprime um grau de aversão ou de atração num eixo bipolar. Pressupõe então que esta avaliação pode basear-se em três espécies de informação: informação cognitiva, informação afetiva ou informação baseada no comportamento passado.

4.3- CARATERÍSTICAS DAS ATITUDES

De acordo com Neto (1998,p341), a atitude enquanto realidade psicológica possui determinadas características que podem ser encaradas como um *continuum psíquico*, uma entidade que tem um começo e um termo de modo que possa passar de um ao outro por variações de grau. Deste *continuum* ressaltam quatro características: a direção, a intensidade, a dimensão e a acessibilidade.

A direção designa o nível positivo ou negativo do objeto de atitude. Em relação a este objeto o indivíduo pode sentir atração ou repulsa, as diferentes posições são expressas num continuum que oscila entre dois extremos (favorável ou desfavorável) com um ponto intermédio.

A intensidade da atitude exprime-se pela força de atração ou da repulsa em relação ao objeto, e está representada pela escala neutralmente, moderadamente, totalmente.

A intensidade foi e continua a ser a propriedade que mais tem atraído a atenção dos investigadores, enquanto objeto das teorias das escalas clássicas de medida, recorre-se a ela para determinar o grau de mudança de atitude.

Uma subpropriedade associada à intensidade é a extremidade, corresponde à expressão do sentimento associado “discordo totalmente” ou “concordo totalmente”. Quanto mais a opinião expressa se aproxima dos extremos do *continnum* mais polarizada está a atitude.

A dimensão da atitude pode ser unidimensional ou multidimensional. São assim propostas várias escalas consoante as dimensões encaradas.

A acessibilidade, muito estudada na década de oitenta, corresponde à solidez da associação entre o objeto de atitude e a sua avaliação afetiva. No *continnum* “não atitude-atitude”, não existe na memória nenhuma avaliação à *priori* do objeto de atitude. Seguidamente, à medida que nos deslocamos ao longo do *continnum*, a avaliação afetiva aumenta e a sua acessibilidade torna-se mais provável. Finalmente, no outro extremo do *continnum* aparece uma atitude bem definida, seja ela positiva ou negativa, amplamente acessível a partir da memória de modo espontâneo e automático. Quanto mais a resposta é automática, mais se pode concluir que a atitude está cristalizada, por conseguinte, é mais provável a predição do comportamento.

4.4 - AVALIAÇÃO DAS ATITUDES

Uma das primeiras tentativas para avaliar as atitudes foi efetuada por Thomas e Znaniecki (1918) com fim de identificar atitudes, ou temas comuns, que permitissem compreender o comportamento dos imigrantes polacos, recorrendo para tal ao estudo de diferentes tipos de documentos escritos, bem como histórias de vida. Por não recorrerem a instrumentos específicos, ou a escalas de medida, foram questionados quanto à precisão das interpretações efetuadas. Posteriormente, outros investigadores, elaboraram técnicas em que se podia avaliar mais facilmente a fidelidade e validade das atitudes a estudar.

De modo sumário, e citando Neto (1988,p408), existem numerosas técnicas para medir as atitudes. Para além da análise de conteúdo das comunicações, as técnicas mais comuns são de auto-avaliação, tais como a escalas de distância social, a escala de avaliação com item, de intervalos aparentemente iguais, de classificações somadas, do escalograma e diferenciador semântico. Foram também desenvolvidos alguns procedimentos para medir as atitudes que não são técnicas de auto-avaliação, tais como técnicas fisiológicas, comportamentais e prospectivas.

As escalas de atitudes, onde se incluem os instrumentos de avaliação que usaremos no presente trabalho, baseiam-se no princípio de que podemos medir as atitudes através das crenças,

opiniões e avaliações dos sujeitos acerca de um determinado objeto, e que a forma mais direta de acedermos a estes conteúdos cognitivos é através da auto-descrição do posicionamento individual.

As escalas intervalares de Thurstone, foram propostas por este autor em 1928, defendendo que há um *continuum* psicológico de afeto ao longo do qual se podem situar os indivíduos. As escalas propostas, por este autor, revelaram-se complicadas e morosas na sua aplicação tendo sido encontrados resultados muito semelhantes quando se utilizaram outras técnicas. Assim, em 1932 Rensis Likert propõe outro modelo que difere do anterior por prescindir da tarefa de avaliação dos juízes centrando o processo nos sujeitos respondentes. A principal diferença da técnica de construção das escalas de Likert está no fato de a selecção de frases que compõem a escala ser feita pelo investigador, procurando frases que manifestem claramente apenas dois tipos de atitude: uma claramente favorável e outra claramente desfavorável em relação a um mesmo objeto. Este tipo de escalas tornou-se muito popular por serem rápidas de construir e de aplicar. Todavia, como nos refere Neto (1998,p376), esta escala também não está isenta de críticas, nomeadamente no que se refere à atribuição de atitudes iguais a indivíduos que obtenham o mesmo score final, porém engendrados em respostas diferentes às questões, podendo pressupor-se atitudes parciais diferentes.

Podemos concluir que no âmbito da avaliação das atitudes, de acordo com o tema abordado, a importância pode residir na obtenção de dados quantitativos (analíticos ou estatísticos) ou qualitativos nomeadamente pelo estudo das reações psicológicas ao fenómeno estudado.

4.5 - ATITUDES FACE AO DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL

Em simultâneo com os progressos técnicos e científicos, no âmbito da medicina fetal e diagnóstico pré-natal, rapidamente se desenvolveram vários debates das comunidades éticas associadas à reprodução humana bem como múltiplos estudos visando a compreensão das respostas emocionais e psicológicas do casal, sociedade e equipas de saúde perante as situações de malformação fetal e decisão parental. “As situações de diagnóstico têm um impacto direto sobre o sentimento de vulnerabilidade à doença por parte dos indivíduos”. Andrade, (2000); Alsulaiman (2004) salientam que 60-75% das mulheres valorizam o diagnóstico pré-natal sentindo o empoderamento e aptidão para realizar escolhas mais informadas percebendo que é uma responsabilidade materna assegurar a saúde do bebé. Para cerca de 10% das mulheres os testes pré-natais medicalizam a gravidez, geram preocupações, criam uma falsa sensação de controlo e aumentam os estigmas sociais.

Apesar de existir um modelo de maternidade preponderante nas sociedades ocidentais contemporâneas, as mudanças e implicações sociais da realização desta experiência não atingem da mesma forma todas as mulheres, países e culturas, como nos salienta Scavone (2001,p48). Porém,

podemos dizer que a representação social da maternidade gera um conjunto de comportamentos que influenciam as gestantes, familiares e profissionais de saúde.

Também Noya & Leal (1998,p.431) salientam que as normas sociais são, normalmente, a favor do nascimento e por isso anti aborto, deste modo, a atitude prevalecente da sociedade aponta no sentido de uma expectativa, que contempla uma resposta traumática, face ao aborto.

Sousa & Pereira (2010) são dos poucos autores que referem na sua amostra mulheres que mudaram a sua atitude face à interrupção. Assim, “para as mulheres com respostas negativas face ao aborto, a sua decisão foi particularmente difícil. Interromper voluntariamente a gravidez significou por termo a uma vida, independentemente das circunstâncias que a motivou, contribuindo para aumentar significativamente os sentimentos de responsabilização.”

Alsulaiman (2004) refere juntamente vários estudos europeus que apontam entre um terço a metade da população considerar hipoteticamente interromper a gravidez por malformação fetal tendo em conta a gravidade da afeção.

No seu estudo Drake & Marteu (1996), concluíram que os profissionais de saúde são mais favoráveis à interrupção da gestação que a população em geral, verificando atitudes mais favoráveis na população portuguesa, nomeadamente em comparação com a população alemã ao encontrarem diferenças estatisticamente significativas. Dizem-nos ainda os autores que as diferenças encontradas entre os três países reflectem vários fatores, incluindo as diferenças legais, história, religião e economia.

Muitos autores têm procurado conhecer as vivências da grávida ou do casal com interrupção da gestação, por malformação fetal, como é o caso de Korenromp, Godelive, Christiaens, Bout, Mulder,Hunfeld ...Visser, (2005). No seu estudo analisaram as respostas psicológicas do casal à interrupção, concluindo da importância do relacionamento do casal, do nível educacional, da gravidade da anomalia fetal e a existência de outros filhos como determinantes favoráveis à atitude de interromper a gestação.

Também Machado, (2010) conclui que o relacionamento conjugal influencia no acolhimento do diagnóstico de malformação fetal, assim como é influenciado pela mesma notícia. O momento da consulta pré-natal e a comunicação com a equipa de saúde revelou-se muito importante para os pais compreenderem o diagnóstico e prognóstico da malformação fetal evidenciando-se a importância de uma equipa especializada.

No estudo realizado por Sousa & Pereira (2010), sobressaem como principais fatores implícitos à atitude favorável para a interrupção, “ A gravidade da malformação, o sofrimento dos filhos, a angústia, o sofrimento do casal, a falta de apoio social e encargos familiares assim como a informação recebida.” São reconhecidos custos relacionados com o impacto do nascimento nos

recursos socioeconómicos da família bem como nas possíveis dificuldades de coordenação das actividades profissionais da mulher com os cuidados à criança. Existe a percepção de que a sobrevivência e os cuidados destas crianças ficam quase totalmente na dependência das famílias, aumentando consideravelmente os encargos económicos e o desgaste psicológico, pela constante necessidade de apoio e disponibilidade constituindo um grande sacrifício para toda a família.

Bijma, Wildschut, Heide, Waldimiroff, & Maas (2005) afirmam ainda que a idade materna, o nível educacional da mesma e experiências anteriores de abortamento são identificados em diferentes estudos como determinantes nas atitudes face à interrupção da gestação.

Kirkman, Rowe, Hardiman, Mallett, & Rosenthal (2009) numa revisão da literatura, de artigos publicados entre 1996 e 2008 (...), procuraram os motivos referidos pelas mulheres subjacentes à decisão favorável de interrupção voluntária da gestação. Afirmam que as razões apontadas pelas mulheres são complexas e contingentes, tendo em atenção as suas próprias necessidades, sentido de responsabilidade para com crianças existentes e a potencial criança, a contribuição de outros elementos significativos nomeadamente o pai do bebé. Assim, estes autores hierarquizam as razões apontadas em três grandes categorias: Razões da própria mulher; razões associadas a outros e razões materiais/económicas.

Nas razões focalizadas na mulher encontraram: “Continuar com a gravidez traria efeitos adversos à mulher e às pessoas significativas para ela”; “Ser o tempo errado para aquela gravidez”; “A gravidez afetaria a saúde mental e psicológica da mulher”; “ Não desejar uma criança doente”; “Considerar a família completa, não havendo *espaço* para mais filhos”; “ não querer ter filhos”; “ Desejo de ser boa mãe”.

Nas razões suscitadas por outros:” Relacionamento instável, conflituoso ou demasiado recente”; “ imaturidade do companheiro”; “ Relutância em ter este companheiro como pai do bebé”; “ companheiro com hábitos alcoólicos”; “ insucesso do companheiro”; “ Abuso físico”; “ Problemas de paternidade”; “ O nascimento da criança destruiria o relacionamento”; “ Não ser capaz de criar a criança sozinha”; “ o diagnóstico de malformação fetal”; “ Considerar não ser capaz de prestar os cuidados que a criança necessita”; “ Questionar a qualidade de vida da criança tendo em conta a sua malformação”;” contexto social que incita ao abortamento em situações específicas”; “ gravidez resultante de abuso sexual (violação, incesto, violência doméstica) ”; “ Desejo de serem bons pais”.

Nas razões materiais são referidos os aspetos:” Não ter recursos financeiros suficientes”; “ as limitações financeiras são parte de outras limitações que levam a mulher a considerar não ser capaz de cuidar da criança”.

Ainda Kirkman et al (2009) dizem-nos que em todos os estudos foi possível encontrar atitudes de ambivalência face à decisão tomada o que traduz a considerável lista de aspetos que a mulher analisa previamente. Salientamos ainda o fato de concluírem que as razões para abortar das mulheres

com diagnóstico de malformação fetal serem similares às que não tinham esse diagnóstico. “As mulheres são raramente questionadas quanto às suas razões nestas circunstâncias, parece ser assumido que a malformação sozinha se considera uma razão adequada, porém nem todas as mulheres escolherão abortar após o diagnóstico”.

A atitude de não interromper a gestação fundamenta-se frequentemente em aspetos morais e religiosos verificado nomeadamente por Souka, Michalitsi, Skentou, Euripioti, Papadopoulos, Messinis., ..., Salamalekis (2010), em que o fator estatisticamente encontrado com influência na atitude face à interrupção da gestação, foi a Religião e a frequência de prática de deveres religiosos.

Já Alsulaiman (2004, p.21) havia referido que 30% das mulheres não consideram interromper a gestação. No seu trabalho este autor faz uma considerável revisão da literatura em estudos desenvolvidos em vários países donde conclui que a atitude é bastante favorável ao diagnóstico pré-natal e muito variável face à interrupção da gravidez, com variáveis implícitas semelhantes às apontadas nos estudos anteriores. Relativamente ao estudo das atitudes da população saudita o controle social, imposto pela religião, emerge de imediato como fortemente regulador.

Asch (2003), professora de Bioética, afirma ”Minha oposição moral aos testes pré-natais e ao aborto seletivo parte da convicção de que a vida com deficiência vale a pena ser vivida, além de acreditar que uma sociedade justa deve apreciar e promover a vida de todas as pessoas, quaisquer que sejam os bens recebidos na lotaria da natureza.”

Transversal a todos os estudos, sobressai de imediato a observação de que a situação do diagnóstico pré-natal é, por excelência, a do confronto com os próprios limites quando existe a constatação da existência de malformações fetais.

Verificamos, pela revisão da literatura que realizámos, a importância dada ao tema deste trabalho nos diferentes países. O conhecimento das atitudes dos profissionais, grávidas, casais e sociedade é fundamental para a evolução dos cuidados de diagnóstico pré-natal.

Do mesmo modo pudemos confirmar que o tema não pode se resumir apenas aos dois extremos da atitude, concordo ou discordo, estando subjacente muitas variáveis pessoais, sociais, culturais e mesmo legais.

Apresentamos de seguida a seriação de alguns dos artigos e estudos realizados neste âmbito a nível nacional e internacional que consultámos para fundamentação do nosso trabalho no sentido de conhecer as atitudes das mulheres face à interrupção da gestação por malformação fetal. Surgem em primeiro os estudos similares à nossa pesquisa e depois, por ordem cronológica decrescente, os que abordam aspetos psicológicos e sociais.

Tema: Atitudes das grávidas acerca da interrupção da gravidez por malformação fetal

Autores e País: Souka, Athina P. et al Grécia, 2010

Tipo de estudo e População: Estudo qualitativo 490 Grávidas

Objetivo: conhecer as atitudes das grávidas sobre interrupção da gravidez por malformação fetal

Conclusões: a maioria das mulheres optaria por interromper a gestação caso fosse diagnosticada anomalia fetal grave. Uma percentagem considerável de mulheres solicitaria a interrupção em idade gestacional avançada se fosse diagnosticada anomalia grave. Na Grécia assim como em outros países a interrupção só é permitida até às 24 semanas.

Tema: Attitudes toward prenatal diagnosis and termination of pregnancy in Saudi Arabia

Autores e País: Alsulaiman, Ayman Reino Unido, 2004

Tipo de estudo e População: 400 Pais de crianças com ou sem malformação

Objetivo: Conhecer as atitudes dos pais Sauditas perante o diagnóstico de malformação fetal e interrupção da gravidez e os fatores que afetam essa atitude

Conclusões: Os pais têm diferentes atitudes perante diferentes situações de malformação. O autor considera ter encontrado um nível superior de aceitação do diagnóstico pré-natal e interrupção da gestação nesta amostra muçulmana. Foi também encontrado que os pais de crianças afetadas têm atitudes mais favoráveis à interrupção que os pais que não têm criança afetada. A evidência sugere que os pais percebem a condição genética de forma diferente conforme a sua experiência individual. A religião não é o principal fator a influenciar a sua atitude. As novas tecnologias possibilitam aos pais um maior número de escolhas reprodutivas mas também os presenteia com um maior número de dilemas.

Tema: Survey of attitudes of pregnant women towards Down syndrome screening

Autores e País: Al-Jader., Parry-Langdon. & Smith – United Kingdom

Tipo de estudo e População: Estudo qualitativo e quantitativo. 34 Mulheres de idades inferiores a 35 anos com 20 semanas de gestação

Objetivo: Conhecer as atitudes as mulheres em relação ao diagnóstico pré-natal, rastreio síndrome de Down e atitudes perante a interrupção da gestação. Foram selecionadas estas mulheres por existirem diferentes políticas de rastreio para esta idade gestacional.

Conclusões: A maioria das mulheres não sabia que a participação no rastreio era voluntária, os testes foram apresentados como procedimentos de rotina. Cerca de metade não se consideram informadas para tomar decisão. Apenas 5 de 101 mulheres recusou o rastreio tendo melhor educação e classe social mais elevada. Todas as mulheres queriam ter tido a possibilidade de escolher ser rastreadas. 20,5% das mesmas afirma não interromper a gravidez por malformação fetal. As competências comunicacionais dos profissionais foram criticadas sobretudo no que se refere à transmissão do grau de risco estimado. O estudo permite concluir que as mulheres desejam receber informação personalizada.

Tema: Attitudes towards termination for fetal abnormality: comparisons in three European countries

Autores e País: Drake & Marteu, - Munksgaard, 1996

Tipo de estudo e População: Estudo quantitativo 1700 Participantes incluindo profissionais de saúde, grávidas e trabalhadores universitários de três países

Objetivo: estudar as atitudes em profissionais de saúde, grávidas e pessoal não médico

Conclusões: As diferenças de atitudes encontradas nos três países reflectem vários fatores incluindo diferenças no sistema legal, história, religião e economia. As situações que mais frequentemente a maioria das pessoas consideraria para solicitar a interrupção da gestação são anencefalia, síndrome de Down e espinha bífida

Tema: Prenatal screening and pregnant women's attitudes toward the abortion of defective fetuses

Autores e País: Faden, Chwalow, Quaid, Chase, Lopes, Leonard & Holtzman - EUA, 1987

Tipo de estudo e População: Estudo qualitativo. 490 Grávidas com interrupção da gravidez por malformação fetal

Objetivo: conhecer as atitudes das grávidas sobre interrupção da gravidez por malformação fetal

Conclusões: Consideram existir uma pequena evidência que a participação num programa de rastreio pré-natal tem um efeito liberalizador das atitudes sobre o aborto seletivo. 71 das 300 participantes em exame de diagnóstico pré-natal afirmaram não interromper a gestação mesmo que o feto tivesse múltiplas e graves incapacidades. Este resultado mostra-se muito importante para a avaliação dos programas oferecidos sobretudo quando se assume que todos os fetos identificados serão abortados.

Tema: Influência das variáveis psicossociais nos comportamentos orientados para a saúde genética: Modelos teóricos

Autores e País: Andrade, M. Cláudia P.S. Mendes - Portugal, 2000

Tipo de estudo e População: Artigo de revisão da literatura

Objetivo: Discutir a importância do estudo dos aspetos atitudinais e comportamentais associados à tomada de decisões, mais especificamente aceitação/rejeição do diagnóstico pré-natal

Conclusões: A análise dos resultados dos estudos empíricos aponta para a necessidade de clarificar melhor as variáveis predictoras da rejeição e da aceitação do Diagnóstico pré-natal.

Tema: Abordagem Psicossocial dos comportamentos orientados para a saúde – Estudo dos preditores da aceitação e rejeição do Diagnóstico Pré-natal

Autores e País: Andrade, M. Cláudia P.S. Mendes - Portugal, 1997

Tipo de estudo e População: 354 Mulheres para realização de Diagnóstico Pré-natal

Objetivo: Estudar o comportamento de aceitação e de rejeição do Diagnóstico pré-natal e proporcionar fundamentos epistemológicos capazes de orientar as práticas nesta área.

Conclusões: A prática do aconselhamento genético, nas suas diversas formas, requer a colaboração de vários profissionais de saúde, de modo a corresponder às necessidades psicossociais dos seus utilizadores (...) de modo mais detalhado, a importância da intervenção de psicólogos. A consideração das consequências psicológicas, poderá, no futuro, contribuir não só para compreender, como também, para melhorar o contexto de aplicabilidade do Diagnóstico pré-natal.

“Provavelmente, a motivação para aceitação ou recusa será diferente consoante os casais souberem da existência do diagnóstico antes da gravidez ou no decurso desta, se a fonte de informação foi a comunicação social, a opinião do médico ou os conselhos de familiares ou amigos. Estes aspetos podem refletir quadros normativos de orientação social prévia.

Tema: Reasons women give for abortion: a review of the literature

Autores e País: Kirkman. Rowe, Hardiman. Mallett & . Rosenthal - Austrália, 2009

Tipo de estudo e População: Artigo de revisão da literatura publicada entre 1996-2008

Objetivo: Identificar as razões das mulheres associadas à decisão de abortar

Conclusões: Consideram possível hierarquizar as razões em três categorias: centradas na mulher; centradas nos outros e materiais. A ambivalência é percebida com frequência relativamente a prosseguir a gravidez, porém o abortamento é escolhido porque a gravidez traria efeitos adversos na vida da mulher e pessoas significativas. As razões das mulheres são complexas

Tema: Decision- Making after Ultrasound Diagnosis of Fetal Abnormality

Autores e País: Bijma, Heide & Wildschut - Holanda, 2008

Tipo de estudo e População: Artigo de revisão de literatura

Objetivo: Conhecer o contexto dos pais e equipa de saúde na decisão depois do diagnóstico de malformação fetal

Conclusões: Resultados normais durante o exame ecográfico têm fortes benefícios psicológicos na mulher grávida e companheiro, no entanto, o casal não está preparado para receber más notícias acerca da saúde do feto quando existe malformação. Quando os pais consideram interromper a gestação experimentam sentimentos ambivalentes, por um lado estão envolvidos com a gravidez e por outro desejam proteger o filho, a si próprios e à sua família da carga emocional de uma incapacidade grave.

Tema: Parental decision - making after ultrasound diagnosis of a serious foetal abnormality

Autores e País: Bijma, Wildschut, Heide, Waldimiroff & Maas - Holanda, 2005

Tipo de estudo e População: Artigo da revisão da literatura

Objetivo:

Conclusões: Os mecanismos cognitivos que são suscitados pelas emoções e que não são necessariamente racionais podem ter um importante e benéfico papel na tomada de decisão dos pais após o diagnóstico de malformação fetal. Por conseguinte, o processo de tomada de decisão parental não deve ser apenas avaliado com base na sua racionalidade mas também quanto ao resultado emocional dos pais.

Tema: Feelings of women regarding end-of-life decision making after ultrasound diagnosis of a lethal fetal malformation

Autores e País: Benute, Nomur, Liao, Lucia & Zugaib - Brasil, 2011

Tipo de estudo e População: 249 Mulheres com diagnóstico pré-natal de malformação fetal

Objetivo: Conhecer os sentimentos das mulheres após diagnóstico de malformação fetal

Conclusões: Os resultados obtidos confirmam a importância do apoio psicológico prestado aos casais quando é diagnosticada uma malformação grave ao feto. O conhecimento dos valores culturais e morais e dos elementos inconscientes asseguram o processo de tomada de decisão e diminuem o risco de trauma emocional e culpa que podem persistir depois de terminada a gravidez

Tema: Interrupção da gravidez por malformação congénita: Perspectiva da mulher

Autores e País: Sousa, Lucília e Pereira, M. Graça - Portugal, 2010

Tipo de estudo e População: Estudo qualitativo. N=18 Mulheres com experiência anterior de IMG.

Objetivo: Conhecer a experiência da interrupção terapêutica da gestação, por malformação congénita, do ponto de vista das mulheres que a viveram

Conclusões: Pela extensão das mesmas não nos é possível apresentar aqui todas as conclusões deste artigo salientando "A experiência de interrupção da gravidez por malformação teve consequências emocionais intensas"; "a importância do diagnóstico precoce"; "a informação detalhada aumenta a autonomia das decisões reprodutivas e diminui a ansiedade com o processo de decisão"; "a percepção da gravidade da malformação, o bem-estar da criança e a sua qualidade de vida futura assim como a ausência de suporte social eficaz, os encargos financeiros e o desgaste psicológico" foram referidos como fatores facilitadores da decisão." Também foram encontradas situações de conflito moral e religioso. As autoras concluem da importância deste estudo no conhecimento e compreensão da interrupção da gravidez por malformação fetal implícito ao planeamento de programas de intervenção precoce com estratégias preventivas atempadas e adequadas ao desenvolvimento de respostas adaptativas por parte do casal salientando ainda a importância do follow-up.

Tema: Vivências da mulher em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais

Autores e País Machado(a), Carla Manuela Bernardo Portugal, 2010

Tipo de estudo e População 11 Mulheres que realizaram IMG

Objetivo: Compreender o fenómeno em estudo, pela descrição das suas vivências, emoções, sentimentos e representações percebidas no decurso deste período.

Conclusões: Demonstram que cada mulher vivencia a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais de forma diferente. No entanto, a maioria manifestou dúvidas durante todo o processo e todas, de uma forma geral, consideram que é algo difícil de suportar, que gera inúmeros sentimentos, dificuldades no regresso a casa e na reorganização das suas vidas.

Tema: Diagnóstico pré-natal de malformação fetal: Um olhar sobre o casal

Autores e País: Machado (b), Maria Eugênia da Costa - Brasil, 2010

Tipo de estudo e População: Estudo descritivo de carácter qualitativo. 10 Casais com diagnóstico de malformação fetal

Objetivo: Investigar as principais repercussões conjugais consequentes de um diagnóstico de malformação fetal durante o pré-natal

Conclusões: Conclui que o "relacionamento conjugal influencia no enfrentamento do diagnóstico de malformação fetal, assim como é influenciado pela mesma notícia."

Tema: Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth – a 14 month follow up study

Autores e País: Kersting, Kroker, Steinhard, Franz, Wesselmann., Luedorf,...,Suslow, - Alemanha, 2009

Tipo de estudo e População: 62 Mulheres com experiência de IMG, 43 mulheres com parto pré-termo e 65 mulheres com parto de criança saudável

Objetivo: Comparar consequências psicológicas (stress pós-traumático, ansiedade e depressão) entre dois grupos com complicações durante a gravidez, mulheres após interrupção da gravidez por malformação fetal e mulheres pós parto pré - termo, utilizando um grupo de controlo constituído por mulheres com parto e nascimento de criança saudável

Conclusões: Para a maioria das mulheres, terminar a gravidez no segundo ou terceiro trimestre, ou ter um bebé

premature, são eventos de vida que causam sustentada morbidade psicológica, num significativo número de mulheres até 14 meses, após evento. Estes resultados indicam a necessidade de suporte específico a fim de diminuir as reações de stress e disfunções

Tema: Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4,8 and 16 months

Autores e País: Korenromp, Godelive, Christiaens, Bout, Mulder, Visser, G. - Holanda, 2009

Tipo de estudo e População: Estudo longitudinal. 147 Mulheres com experiência anterior de interrupção da gestação por malformação fetal

Objetivo: estudar as consequências psicológicas e preditores de resultados adversos 4,8,16 meses após a realização da interrupção

Conclusões: A interrupção da gestação por malformação fetal ainda tem impacto psicológico significativo em 20% das mulheres ao fim de mais de 1 ano. Uma pequena percentagem de mulheres referia sentimentos de arrependimento

Tema: Uma mão cheia de nada - Vivências da mulher submetida a interrupção médica de gravidez por malformações fetais

Autores e País: Fatia, António José Jorge - Portugal, 2008

Tipo de estudo e População: Estudo qualitativo. 10 Mulheres em processo de IMG

Conclusões: Pela extensão das mesmas não nos é possível apresentar aqui todas as conclusões desta tese salientando: "Os hospitais devem promover e apoiar a formação dos profissionais de saúde nas áreas temáticas relacionadas com a dor, o sofrimento, a perda e o luto e de boas práticas, no acolhimento e atendimento multidisciplinar na interrupção médica da gravidez (...) " A dor é uma manifestação referida durante o processo de interrupção da gravidez que provoca mal-estar físico e psicológico. Existe desagrado pelo modo como decorre a interrupção da gravidez."; " As mulheres e familiares não deveriam estar expostos no seu sofrimento perante situações de gravidez normal, (...) devendo o atendimento ser efetuado em locais o mais resguardado possível (...)

Tema: A malformação do bebé. Vivências psicológicas do casal

Autores e País: Antunes, Mónica Sofia do Couto Antunes; Patrocínio, Carla - Portugal, 2007

Tipo de estudo e População: Artigo de revisão da literatura

Objetivo: aprofundar a temática da malformação

Conclusões: A gravidez pressupõe para a mulher, enormes esforços para acompanhar as inúmeras transformações, que envolvem processos corporais e psicológicos, o sonho de ser mãe (...), atribui importância fundamental a atendimento humanizado e suporte emocional

Tema: Interrupção da Gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspetos emocionais.

Autores e País: Benute, Nomura, Lucia & Zugaib, M., - Brasil, 2006

Tipo de estudo e População: Estudo prospectivo. 35 Mulheres que realizaram IMG

Objetivo: descrever os processos emocionais vivenciados com a interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal.

Conclusões: As angústias vivenciadas demonstram que o processo de reflexão é de fundamental importância para decisão consciente e posterior satisfação com a atitude tomada. O acompanhamento psicológico permite revisão dos valores morais e culturais para auxiliar a tomada de decisões visando minimizar o sofrimento vivido.

Tema: Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: similarities and differences between partners

Autores e País: Korenromp, Marijke J. et al - Holanda, 2005

Tipo de estudo e População: Estudo transversal. 254 Casais com experiência anterior de interrupção da gestação por malformação fetal

Objetivo: Examinar as respostas psicológicas do casal à interrupção da gravidez por malformação fetal e identificar fatores de risco para o posterior bem-estar dos indivíduos e casais

Conclusões: Enfatizam a importância da igualdade de envolvimento de ambos os progenitores no aconselhamento porque os sentimentos de tristeza e sintomas de stress pós traumático pouco diferem entre homem e mulher após interrupção. O bom ajustamento da mulher à interrupção também parece depender do apoio que percebem receber do companheiro. Os resultados dentro dos casais, sugerem uma mútua influencia no processo de luto.

Tema: Fatores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez

Autores e País: Rocha, José Carlos Ferreirinha Cardoso – Portugal 2004

Tipo de estudo e População: Estudo experimental. 107 Mulheres (abortamento espontâneo (n=40) e interrupção por problema fetal (n=67);

Objetivo: Avaliar, como as mulheres reagem e esclarecer quais as estratégias mais eficazes que utilizam para lidar com este acontecimento (1º estudo). Conceber, implementar e avaliar um protocolo de intervenção psicológica para as situações em que foi detectado um problema fetal usando uma metodologia experimental aleatória controlada (2º estudo).

Conclusões: Verificaram uma prevalência de depressão de 41,3% aos quinze dias e 26% seis meses após a interrupção de gravidez. As análises efetuadas permitiram afirmar que o programa de intervenção é eficaz na prevenção de depressão e ansiedade.

Tema: Interrupção da gestação por anomalia fetal incompatível com a vida após o nascimento: As vivências das mulheres.

Autores e País: Costa, Lúcia de Lourdes Ferreira - Brasil, 2004

Tipo de estudo e População: Estudo qualitativo. 10 Mulheres que interromperam a gravidez

Objetivo: Conhecer as vivências das mulheres que decidiram interromper a gravidez, com autorização judicial, quando foi diagnosticada malformação incompatível com a vida

Conclusões: As mulheres que decidem interromper a gravidez porque o feto apresenta um diagnóstico de malformação incompatível com a vida, após o nascimento, necessitam do suporte de uma equipa multiprofissional para que recebam apoio e acolhimento, considerando-se que esta experiência é marcada por sofrimento e ambivalência desde a comunicação do diagnóstico não se encerrando no pós-parto imediato.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

1 – METODOLOGIA

Procuramos, neste capítulo, definir as estratégias utilizadas para estudo das *Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação Fetal*, descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de colheita de dados utilizados e os procedimentos estatístico que se irão realizar.

1.1– MÉTODOS

A gravidez é vista como um fenómeno individual e social, e ao mesmo tempo, biológico, afetivo, familiar, económico, político e cultural sendo marcada por uma importante vulnerabilidade emocional e por sentimentos ambivalentes, que não devem ser negligenciados (Andrade, 1997). As expectativas da mulher grávida, no que diz respeito ao seu novo papel de mãe, podem induzir a fantasias quanto à sua definição de maternidade e afetar o seu estado emocional. Mas para além das representações mentais Canavarro (2001) acrescenta outros fatores implicados na adaptação à maternidade, tais como, o percurso obstétrico da gravidez e do parto, paridade, idade, tipo de relacionamento com os pais, história psiquiátrica, antecedentes familiares, comportamento socio-emocional, acontecimentos de vida, relacionamento conjugal e apoio do meio envolvente.

Verificamos assim que a atitude da mulher face à maternidade é bastante variável, existindo uma enorme carga de sentimentos e emoções, independentemente da sua exteriorização ou não, variando de acordo com o padrão de cada sociedade. A escolha da maternidade é um fenómeno moderno consolidado no decorrer do século XX com o avanço da industrialização e da urbanização. Com mais acesso à formação formal e à formação profissional, as mulheres vão ocupar o espaço público, mantendo a responsabilidade da criação do (s) filho (s), o que fez a maternidade tornar-se uma escolha reflexiva, possibilitada pelas novas tecnologias reprodutivas contraceptivas e conceptivas. Diz Canavarro (2001,p.1818) “*hoje em dia, o que sobretudo marca a diferença da experiência da gravidez e da maternidade da mulher pós-moderna, ocidental e de classe média é a possibilidade de opção.*”

Este novo modelo, baseado na escolha reflexiva, tem diversas singularidades, definindo-se com mais ou menos força de acordo com a classe social e o país a que está referido. É o modelo das proles reduzidas, de nascimento do primeiro filho perto da terceira década de vida, de mulheres com carreiras profissionais, de mães e pais juntos e/ou separados, produzindo e reproduzindo, de casais hetero e homossexuais, de mães ou pais criando seus filhos sozinhos, da institucionalização dos cuidados maternos por profissionais especializados (Scavone,2001).Estes fenómenos não só

originaram quebras na taxa de natalidade como modificaram as atitudes dos pais, progressivamente mais exigentes com as condições materiais subjacentes à maternidade e com a expectativa de perfeição do conceito.

Por outro lado, os progressos verificados na área da saúde materna e infantil em Portugal, e no mundo, permitiram, entre outras melhorias, a redução significativa da mortalidade infantil por doenças evitáveis, assumindo as anomalias congénitas e doenças genéticas maior importância para os serviços de saúde e a própria sociedade. “Nas últimas décadas novas tecnologias foram disponibilizadas para avaliar o feto anteparto, incluindo a monitorização fetal electrónica, a ecografia e as técnicas invasivas, com o feto a emergir como um *Paciente in útero* para o qual temos que dirigir a nossa atenção de modo a prevenir a sua morbilidade e mortalidade” (M.H. Machado, 2010,p.148)

A ecografia obstétrica é, indiscutivelmente, aquela que mais diagnostica, em frequência e em número, malformações congénitas estruturais e genéticas e, por esse motivo, aliado ao seu baixo custo e à sua característica não invasiva, tem sido amplamente incentivada no diagnóstico pré-natal. Estimando-se uma prevalência de 5% a 6,5% de malformações congénitas só 2-2,5% serão letais ou muito limitativas da qualidade de vida (Malhotra et al, 2010;Tavares, 2010). Embora na idade materna avançada exista maior risco de patologia da gravidez ou malformação fetal, o conhecimento científico afirma hoje que esse risco é transversal a todas as mulheres, em todos os grupos etários, tendo em conta a taxa de fecundidade dos mesmos, motivando a extensão dos programas de rastreio pré-natal a toda a população de grávidas (Nicolaides& Figueiredo, 2004;Tavares 2010).

Neste contexto, de desenvolvimento científico, do conhecimento fetal in-útero e da legislação existente é, em Portugal, à semelhança da maioria dos países do Norte da Europa, permitido às grávidas/casais perante um diagnóstico de malformação congénita ou doença grave, nalgumas situações, determinando inviabilidade para a vida extra-uterina, decidir pela interrupção da gravidez. A Lei nº.16/2007, de 17 de Abril regula as condições em que é possível solicitar a interrupção da gestação.

Perante um diagnóstico de malformação fetal os pais são confrontados com uma das mais difíceis decisões, prosseguir ou interromper a gravidez. As reacções são variadas e dependem de vários fatores relacionados com as características individuais da personalidade, das crenças e valores, aspetos éticos e religiosos, do significado e expectativas face à gravidez/ maternidade, experiências de vida e das redes de apoio familiar e social bem como da etapa do ciclo de vida em que ocorre (C.Machado, 2010; Diukman & Goldber, 2009; Fatia, 2008; Mendes 2007;Canavarro, 2001).

O Diagnóstico pré-natal comporta dimensões psicológicas e sociais, envolvendo valores, representações, atitudes, crenças, comunicação, decisões e comportamentos relativos à saúde e à doença, à maternidade, à paternidade e à vida e à morte (Andrade, 1997).

Ainda que a reação perante o diagnóstico seja de surpresa e choque a possibilidade de existir uma alteração no feto é uma inquietação comum à maioria dos progenitores e as suas atitudes prévias muito importantes para a vivência da situação.

De uma maneira geral, as atitudes em relação ao aborto são variadas e suscitam muita paixão estando frequentemente associadas a valores que se defendem pessoalmente e que assentam num certo número de crenças, associadas a emoção forte ou afeto, ou a algum comportamento passado ou experiência pessoal (Noya & Leal, 1998).

As atitudes fazem parte das características diferenciais da personalidade. Falam da ação do sujeito em relação a um objeto, situação, fato, pessoa ou conjunto de pessoas ou ideias. Formam-se a partir da experiência e activam-se na presença do objeto “Os modelos psicológicos mais frequentemente utilizados na predição de comportamentos preventivos de saúde baseiam-se no pressuposto de que a manifestação do comportamento se segue a uma intenção ou decisão predita por várias crenças e atitudes.” (Andrade & Fontaine, 2000,p499). Remetemo-nos assim para a construção do autoconceito, que embora sendo individual, não pode deixar de estar ligada e dependente das percepções que o sujeito faz das opiniões favoráveis e credíveis dos outros.

Mais, para Silveira & Ferreira (2010,p.19) “ O autoconceito ou a forma como a pessoa se vê a si própria e avalia as suas capacidades, sofre mudanças resultantes das experiências de vida e das diferentes fases do ciclo vital. A gravidez sendo um momento privilegiado de mudanças a todos os níveis, constitui um enorme desafio, que questiona a própria identidade e conceito pessoal da mulher no seu processo de adaptação a uma nova condição e papel. De uma forma simples podemos afirmar que o autoconceito é uma estrutura preditiva de um bom ajustamento ou, pelo contrário, de perturbações emocionais, qualquer que seja a fase do ciclo vital. É portanto, uma dimensão a considerar no entendimento das decisões tomadas pela grávida/casal e suas atitudes neste âmbito

Como já referimos anteriormente o diagnóstico de anomalia fetal ocasiona vivências muito difíceis de serem superadas pelas mulheres, especialmente choque e perplexidade. Vários autores apontam para a necessidade dos profissionais de saúde reconhecerem o impacto significativo deste acontecimento na adaptação parental e de, na sua atuação, proporcionarem condições que ajudem os pais a lidar com a notícia do diagnóstico. Adicionalmente sugerem a importância do momento de comunicação da notícia, para o qual deve ser proporcionado um ambiente de respeito e empatia que demonstre compreensão e aceitação das reacções parentais, bem como de fornecer a informação adequada, com possibilidade de esclarecer dúvidas, com vista a promover uma melhor adaptação parental (Sousa & Pereira, 2010; Diukman & Goldber, 2009; Antunes & Patrocínio, 2007;Bortoletti,Silva & Tirado, 2007).

A Objetividade e neutralidade da informação prestada pelos profissionais de saúde são condição essencial para decisões livres e informadas. Porém os casais desejam muitas vezes obter

também a opinião da equipa de saúde chegando a assumi-la como uma diretiva tal como nos referem Sousa & Pereira (2010,p.239) citando Sagi et al (2001) “num estudo sobre interrupção da gravidez por aneuploidias, verificaram que 56% da sua amostra considerou ter recebido um aconselhamento directivo que influenciou a sua decisão”. “O papel do profissional é potenciar a mudança de um desejo inicial de serem cuidados (que a equipa profissional tome as decisões em seu lugar, por se encontrarem muito fragilizados) para se tornarem atores das decisões e dos acontecimentos relacionados, culminando num crescimento conjunto” (Antunes & Patrocínio, 2007; citando Setúbal et al, 2004).

Ao desenvolver a nossa actividade profissional, como enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica, num centro de diagnóstico pré-natal, consciencializámo-nos da frequência de diagnósticos de malformação fetal. Como podemos ler no relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da Lei16/2007 de 17 de Abril no ano de 2011 foram realizadas na unidade de saúde onde trabalhamos 18 interrupções da gravidez por malformação fetal, pelo que nos interrogamos - Quais as atitudes das grávidas perante a possibilidade de interromper a gestação por malformação fetal? A resposta a esta questão permitir-nos-á compreender melhor a realidade/opinião da população que cuidamos. Por outro lado ainda nos questionamos:

- De que modo as variáveis sociodemográficas (idade, nacionalidade, etnia, religião, estado civil, escolaridade, estatuto profissional, profissão) influenciam a atitude face à interrupção da gravidez por malformação fetal;
- Que variáveis obstétricas são determinantes nas atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal;
- Em que medida o Autoconceito, a Vulnerabilidade ao stress, e o Funcionamento familiar influenciam a atitude da grávida face à possibilidade de interromper a gravidez por malformação fetal.

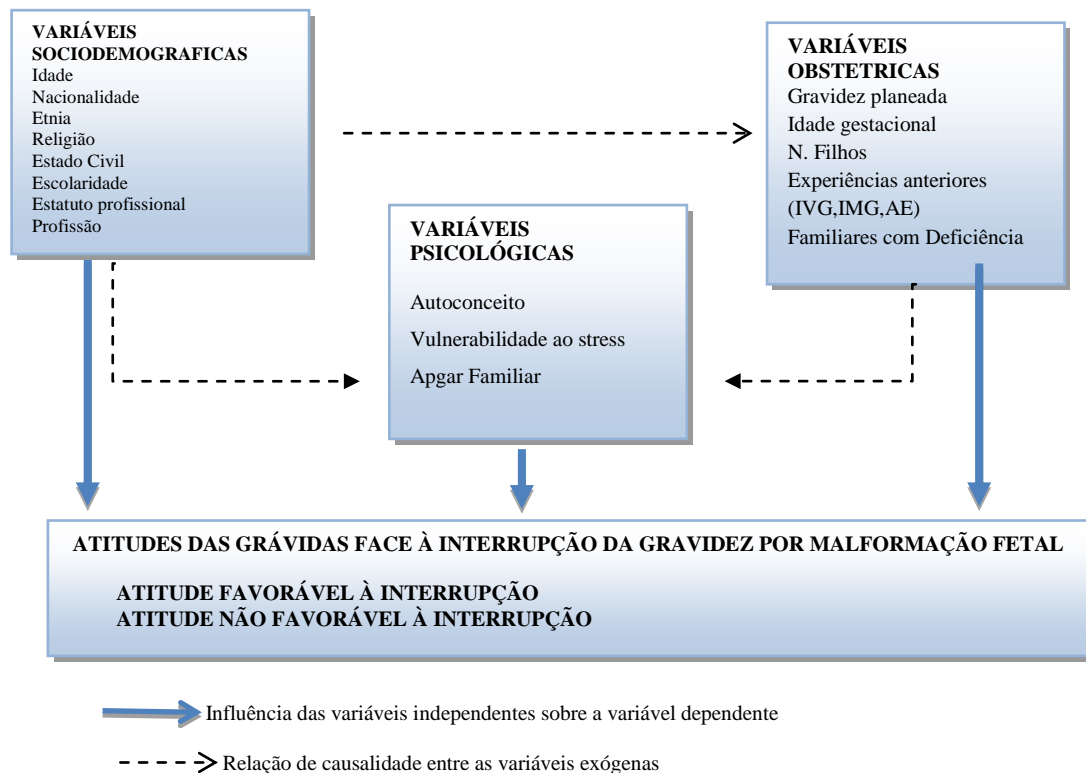
Face às questões formuladas, equacionamos os seguintes objetivos:

- Verificar a influência das variáveis sociodemográficas idade, nacionalidade, etnia, habilitações académicas nas atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal;
- Analisar a relação entre as variáveis obstétricas (paridade, idade gestacional e número de filhos) e as atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal;
- Verificar de que modo as variáveis psicológicas «autoconceito» e «vulnerabilidade ao stress», e o funcionamento familiar influenciam a atitude da grávida face à possibilidade de interromper a gravidez por malformação fetal.

- Analisar em que medida as variáveis psicológicas são variáveis mediadoras na relação entre as variáveis independentes e a variável dependente atitudes da grávida face à interrupção da gravidez por malformação fetal

Assim, com base nas questões de investigação, nos objetivos formulados e na revisão da literatura, elaborou-se o seguinte esquema de investigação, que procura de uma forma pictográfica estabelecer as relações entre as variáveis em estudo.

Figura 2 – Esquema de investigação



O estudo delineado para esta pesquisa é do tipo observacional, já que nos limitamos a observar, medir e analisar determinadas variáveis. Insere-se no tipo de investigação não experimental, pois não pretende manipular as variáveis em estudo. É descritivo na medida em que procuramos descrever as características dos indivíduos estudados e correlacional ao pretender avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, sem que se intervenha ativamente para as influenciar. É analítico permitindo relacionar as variáveis com o tema em estudo.

Utilizámos a metodologia quantitativa por se fundamentar no método hipotético dedutivo e pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, susceptíveis de serem conhecidas (Sampieri, Collado & Lucio, 2003). Por outro lado procuramos garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação.

Tal como apresentado no enquadramento teórico foram muitos os estudos que recolhemos, nacionais e internacionais, desenvolvidos no âmbito da temática em estudo.

Estamos conscientes, pela dimensão da nossa amostra, que o nosso estudo apenas pode ser um modesto contributo a considerar com todos os outros para dar a conhecer e compreender melhor as atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal.

1.2 – PARTICIPANTES

1.2.1 - Caracterização socioespacial da amostra

A Unidade de Medicina Fetal (UMF) é um serviço essencialmente destinado ao diagnóstico pré-natal, que iniciou a sua actividade em Outubro 2008. Insere-se no contexto de um hospital central, Hospital São Teotónio EPE., que serve uma população de aproximadamente 500.000 habitantes, registando-se cerca de 2500 partos ano.

Na impossibilidade de conseguir realizar todos os exames ecográficos de rotina, preconizados durante a gravidez, às grávidas da área de influência, tem dado particular relevo à oferta universal da primeira avaliação ecográfica da gestação e posterior manutenção em vigilância gestações de risco materno-fetal. Considera ser uma das primeiras unidades de saúde, a nível nacional, a proporcionar de forma universal o rastreio do primeiro trimestre (Pereira, 2009).

Esta primeira avaliação, denominada Rastreio do Primeiro Trimestre ou protocolo 1, compreende dois momentos: consulta de enfermagem às 10 semanas e consulta médica com ecografia agendada para as 12 semanas de gestação.

A primeira visita à Unidade está recomendada às 10 semanas de gravidez, podendo ocorrer entre as 9 e as 13 semanas completas. É nesta altura que a equipa de enfermagem, constituída apenas por enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica, regista os dados obstétricos, antecedentes de saúde pessoais e familiares e avalia o peso materno e a tensão arterial. São explicados os objetivos da ecografia e as vantagens e limitações do rastreio de aneuploidias, de forma personalizada a cada casal/grávida, possibilitando o seu correto esclarecimento com vista à obtenção do consentimento informado. Citando Al-Jader et al (2000,p.27) “muitas mulheres não lêem os panfletos informativos pelo que o contato e informações dadas presencialmente por enfermeiros e obstetras são fundamentais”. Proceder-se de seguida à colheita de sangue para os marcadores bioquímicos: PAPP-A e β -HCG livre.

Este momento revelou-se ainda privilegiado para outras intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção e educação para a saúde: (i) Alimentação na gravidez, prevenção da obesidade motivando as grávidas para o controle do ganho ponderal gestacional, (ii) Estimular à aquisição de

hábitos de vida saudáveis nomeadamente despertando para a prática de exercício físico adequado à gravidez.

Ao finalizar a consulta de enfermagem são entregues ao casal panfletos explicativos do rastreio, de cuidados alimentares bem como esclarecimento sobre o Site da UMF, para que possam rever a informação que lhes foi verbalmente transmitida.

Num segundo momento, entre as 11-13^{+6d} semanas é realizado uma consulta médica, que inclui a ecografia transabdominal na qual se confirma a viabilidade fetal, o número de fetos, a idade gestacional e a anatomia fetal, bem como a avaliação dos vários marcadores de anomalias cromossómicas.

Todos os dados (clínicos, ecográficos e laboratoriais) são registados em suporte informático e integrados em software próprio para cálculo do risco de cromossomopatias, aprovado pela Fetal Medicine Foundation. O grau de risco é depois explicado ao casal que decide sobre a realização ou não de testes invasivos que permitam o diagnóstico. Este é também o momento de orientar para consulta de obstetrícia grávidas de risco, cuja vigilância passa a ser efetuada em meio hospitalar.

Uma inovação desta unidade é disponibilizar aos casais técnica invasiva que permite a análise do cariótipo no primeiro trimestre – a biopsia das vilosidades coriónicas, ainda pouco divulgada no nosso país (Pereira, 2009).

Recorremos a uma amostra não probabilística por conveniência, tendo as grávidas sido diretamente convidadas a participar no estudo, após explicação dos objetivos do mesmo, obtendo-se assim o consentimento informado. Seguidamente procedeu-se à aplicação dos questionários, assegurando a confidencialidade. Foram entregues 150 questionários dos quais 5 foram eliminados por não se encontrarem totalmente preenchidos. O período de aplicação do questionário decorreu entre 15 de Junho e 15 de Julho de 2011. Durante o período de aplicação do questionário constatámos que para 3 gestantes o tema suscitava recordações de vivências anteriores não conseguindo participar no estudo e uma percentagem de grávidas respondentes deixou transparecer que as havíamos feito refletir sobre uma possibilidade que até ai tinham conscientemente adiado.

Neste sentido a amostra é constituída por 145 mulheres grávidas da região de Viseu encaminhadas à Unidade de Medicina Fetal do Hospital São Teotónio de Viseu E.P.E.

1.2.2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Nacionalidade

Na amostra obtida a quase totalidade tem nacionalidade portuguesa pois apenas 2,1% das inquiridas tem outra nacionalidade.

Etnia

O termo etnia tem especial relevância nas sociedades multiculturais da actualidade. A história diz-nos que diferentes etnias minoritárias vivem lado a lado com uma etnia maioritária, Com o multiculturalismo e a expansão internacional da enfermagem, os enfermeiros necessitam estar atentos às variações culturais da percepção dos acontecimentos da vida e da utilização dos sistemas de saúde (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999).

A maioria das grávidas participantes neste estudo é de etnia caucasiana 95,9% e somente 2,8% de raça Negra e 1,4% de etnia cigana.

Religião

Na amostra em estudo, cerca de 9 em cada dez grávidas professam a religião católica. Com uma representação de 5,5% surgem as grávidas que professam uma outra religião que incluímos como protestante.

Tabela 1 – Caraterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	N	%
Nacionalidade		
Portuguesa	142	97.9
Outras	3	2.1
Etnia		
Negra	4	2.8
Caucasiana/branca	139	95.9
Cigana	2	1.4
Religião		
Católica	137	94.5
Protestante	8	5.5

Idade

A idade mínima das inquiridas é de 16 anos e máxima 39 anos, com uma média a centrar-se nos 29,22 anos, com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 4,95.

As grávidas com idades entre os 20 e os 35 anos são as mais representadas com 84,8%, seguindo-se as que têm uma idade igual ou superior a 35 anos com 10,3%. Apenas 4,8% têm menos de 19 anos.

Escolaridade

A tabela 2 reporta-se à distribuição das participantes no estudo face ao ano de escolaridade. Como notamos a maior percentagem (47,6%), das participantes do estudo possui como habilitações literárias o 2º Ciclo. Com 37,9% surgem as que detêm a licenciatura e, uma pequena percentagem,

14,5% o 1º Ciclo. Analisando os resultados em função da idade, o 2º ciclo pondera nas grávidas com idade inferior ou igual a 19 anos com 71,4% sendo também de salientar os 48,0% que têm idades compreendidas entre 20 e 35 anos. A licenciatura recai nas grávidas mais velhas seguida das de idade compreendida entre os 20 e 35 anos com 46,7% e 39,0% respetivamente. O teste de qui quadrado e os resíduos ajustados não apresentam significância estatística.

Tabela 2 – Distribuição das inquiridas segundo a escolaridade e idade

Idade	≤ 19 Anos		20-35 Anos		≥ 36 Anos		Total		Residual			X ²	p
	N (7)	% (4.8)	N 123	% 84.8	N 15	% 10.3	N 145	% 100.0	1	2	3		
1º Ciclo	2	28.6	16	13.0	3	20.0	21	14.5	1.1	-1.2	0.6	5.93	0.204
2º Ciclo	5	71.4	59	48.0	5	7.2	69	47.6	1.3	0.2	-1.2		
Licenciatura	-	0.0	48	39.0	7	46.7	55	37.9	-2.1	0.6	0.7		
Total	7	100.0	123	100.0	15	100.0	145	100.0					

Estatuto profissional

Analisando o estatuto profissional traduzido neste estudo por situação de empregada ou desempregada, os resultados evidenciam que cerca de 8 em cada dez das grávidas está empregada, percentual considerado relevante para a conjuntura económica que o país atravessa. A tabela 3 dá-nos porém indicações relativamente à distribuição do estatuto profissional em relação à idade. Apurou-se que a maior percentagem (86,7%) de empregadas têm idades superiores a 36 anos mas percentual muito próximo (80,5%) é encontrado nas que têm idade entre 20 a 35 anos. São sobretudo as mais jovens (71,4%) que mais se debatem com o problema de desemprego, porventura enquadrado no período de vida que atravessam. O teste de qui quadrado revela significância estatística entre os grupos, situando-se essas diferenças pelos resíduos ajustados entre as grávidas desempregadas e com idade inferior a 20 anos.

Tabela 3 - Estatuto profissional em função da idade

Idade	≤ 19 Anos		20-35 Anos		≥ 36 Anos		Total		Residual			X ²	p
	N 7	% 4.8	N 123	% 84.8	N 15	% 10.3	N 145	% 100.0	1	2	3		
Empregada	2	28.6	99	80.5	13	86.7	114	78.6	1.1	-1.2	0.6	11.265	0.004
Desempregada	5	71.4	24	19.5	2	13.3	31	21.4	3.3	-1.3	-0.8		
Total	7	100.0	123	100.0	15	100.0	145	100.0					

Estado civil

No que respeita ao estado civil, e tal como seria expectável a grande maioria, ou seja mais de dois terços da amostra, são casadas ou coabitam em união de fato e têm idades superiores a 20 anos. Em situação de solteira/ separada ou divorciada são encontradas 18,6% da amostra, que correspondem

a quase dois terços das grávidas com idade inferior ou igual a 19 anos. Pelos resultados do teste de qui quadrado encontramos significância estatística que se localiza nas solteiras/divorciadas/separadas e idade inferior a 20 anos e nas casadas/união de fato e com idade entre os 20 e 35 anos.

Tabela 4 – Estado civil em função do grupo etário

Idade	≤ 19 Anos		20-35 Anos		≥ 36 Anos		Total		Residual			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Estado Civil	7	(4.8)	123	84.8	15	10.3	145	100.0					
Solteira/div/sep.	5	71.4	19	15.4	3	20.0	27	18.6	3.7	-2.3	0.1	13.718	0.001
Casada/uni. fato	2	28.6	104	84.6	12	80.0	118	81.4	-3.7	2.3	-0.1		
Total	7	100.0	123	100.0	15	100.0	145	100.0					

1.3 – INSTRUMENTOS

A recolha de dados é uma etapa do trabalho de investigação que permite obter os dados necessários para alcançar os objetivos do estudo.

Para a presente investigação selecionou-se, de acordo com os objetivos, como método de colheita de dados um questionário e três escalas.

1.3.1 – Questionário

O questionário é constituído por um conjunto de 13 questões. As 9 primeiras visam obter informações relativas à caracterização sociodemográfica da amostra e as restantes à história obstétrica. Para a caracterização sociodemográfica incluíram-se: **Idade**, **Nacionalidade**, **Etnia** na qual se considerou a etnia negra, caucasiana/branca, asiática e cigana, **Religião** onde consta entre outras a religião católica, protestante e geová, a **Escolaridade**, que pretende saber o grau de ensino que frequentou nomeadamente ensino básico/primário, primeiro ciclo, segundo ciclo, bacharelato e licenciatura, havendo ainda a possibilidade para indicarem outros graus de escolaridade que frequentaram. Outras questões colocadas dizem respeito ao **Estatuto profissional** e com ele procuramos saber se a grávida se encontrava empregada ou desempregada; a **Profissão/ocupação** no qual a participante indicava a actividade exercida; o **Estado civil** onde consta as opções de solteira, casada/união de fato, divorciada/separada e viúva e uma questão que pretende saber se existem membros da família com deficiência.

Para a história obstétrica questionou-se sobre o **planeamento da Gravidez**; a **idade gestacional**; a **paridade** e no seguimento desta questão o **número de filhos** e finalmente a **existência de experiências anteriores** de interrupção da gravidez.

1.3.2- Escalas

As escalas utilizadas neste estudo e que se caracterizarão a seguir foram: escala de *Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação Fetal*, escala de “Inventário Clínico de Autoconceito” escala 23 QVS de “Avaliação da Vulnerabilidade ao Stress” e escala de avaliação do Apgar Familiar.

Escala de atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal

A consulta da literatura efetuada, não nos permitiu encontrar instrumentos de recolha de dados que proporcionassem o conhecimento das atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal, pelo que decidimos construir e validar um instrumento de medida que possibilitasse dar resposta às nossas inquietações.

A escala de *Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação Fetal*, é um teste psicométrico original elaborado com base em estudos nacionais e internacionais desenvolvidos no âmbito da interrupção da gravidez por malformação fetal, versando as atitudes de grávidas ou a vivência de situações.

Lima (1994,p.177) aponta como primeiro passo para a construção de uma escala tipo Likert, obter através dos meios de comunicação social, da literatura e de outros estudos, um conjunto de frases que manifestem opiniões acerca do objeto da atitude, selecionando aquelas que manifestem claramente uma posição favorável ou desfavorável face ao objeto da atitude.

Quando a gravidez é programada e desejada, decidir voluntariamente interrompe-la, ainda que seja por um problema grave do feto, revela-se um dilema na vida do casal. A possibilidade de existir uma doença genética ou malformação fetal é semelhante em todos os países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, porém o acesso aos cuidados de saúde que permitam o seu diagnóstico e enquadramento legal que possibilitem a interrupção de gravidez é bastante diferente. Portugal não só dispõe de uma boa rede de assistência de saúde pré-natal, uniformemente acessível a toda a população, e baseada nos mais modernos princípios científicos e tecnológicos como ainda, os mecanismos legais de atuação devidamente regulamentados.

Para a elaboração dos itens da escala considerámos as principais conclusões dos estudos consultados de onde sobressaíram como principais fatores de decisão para a interrupção da gravidez: “a gravidade da malformação, o sofrimento dos filhos, a angústia, o sofrimento do casal e a informação recebida.” Para os autores, o bem – estar da criança e a sua qualidade de vida futura,

constituíram as principais preocupações das mulheres e, segundo estas, o futuro de uma criança com anomalia é de dor e sofrimento, onde não há lugar para a felicidade, pelo que quanto mais cedo a gravidez for terminada, melhor será para a criança. As mulheres que interromperam a gravidez tiveram em conta na sua decisão o impacto do nascimento de uma criança com deficiência grave no bem-estar dos irmãos mais velhos e do próprio casal. Acrescentam ainda que a existência de outros filhos pareceu facilitar a decisão de interromper, uma vez que o nascimento de um bebé com problemas iria afetar a relação com os outros filhos que veriam diminuída a atenção recebida e o apoio dos pais (Sousa & Pereira, 2010; Machado, 2010; Kirkman et al, 2009; Bjima et al, 2008)

A falta de apoio social e os encargos familiares constituíram também um importante fator na decisão. Com efeito, são reconhecidos custos adicionais relacionados com impacto do nascimento nos recursos socioeconómicos da família bem como nas possíveis dificuldades de coordenação das actividades profissionais da mulher com os cuidados a prestar à criança. Existe a percepção de que os cuidados destas crianças ficam quase totalmente na dependência das famílias, aumentando consideravelmente os encargos económicos e o desgaste psicológico, pela constante necessidade de apoio e de disponibilidade constituindo um grande sacrifício para toda a família.

A percepção da gravidade da malformação esteve relacionada com a informação recebida, ao longo do processo de diagnóstico pelo médico, no momento da comunicação da notícia e com experiências prévias com crianças com deficiências, representando um fator decisivo para a tomada da decisão. A informação fornecida pelo médico foi relatada como muito importante para a compreensão do diagnóstico, da gravidade da anomalia e da percepção subjetiva do risco. O fato de o médico considerar a decisão de interromper como a mais adequada é muito valorizada pelos intervenientes do estudo, deixando sobressair o poder que direta ou indiretamente o médico pode exercer na tomada de decisão. De considerar ainda como nos dizem Sousa & Pereira (2010) citando (Marteau, Cook & Kidd, 1992; Toth & Szabo, 2005) “ Informação detalhada aumenta a autonomia das decisões reprodutivas e diminui a ansiedade relacionada com o processo de decisão”.

Tendo em consideração estes pressupostos, construímos assim uma escala ordinal tipo Likert composta por 25 itens em que cada um é classificado em cinco categorias (*discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente, cotadas de 1 a 5*).

Da informação obtida pela revisão da literatura produzimos a seguinte hierarquização que sustenta a escala construída

Quadro 1 – Constructos para a escala de Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação fetal

Conceitos	Itens
Não interromper a gestação	Eu nunca interromperia a gravidez qualquer que fosse o motivo
Interromper a gestação	As minhas crenças religiosas nunca me permitiriam interromper uma gravidez
Gravidade da anomalia fetal	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia incompatível com a vida Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência mental Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência física
Antecipação das consequências do nascimento	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia que pudesse ser tratada causando apenas alterações estéticas Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada malformação grave num estágio avançado da gestação Interromperia a gravidez para evitar sofrimento ao bebé Interromperia a gravidez por considerar a minha idade avançada para garantir os cuidados que o bebé necessitará Interromperia a gravidez por receio de não conseguir lidar com as dificuldades de criar um filho com necessidades especiais
Relacionamento do casal	Interromperia a gravidez para evitar o meu sofrimento Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente desgastaria muito o meu relacionamento
Nível educacional	Interromperia a gravidez para evitar o sofrimento do meu companheiro Interromperia a gravidez porque não quero que os meus outros filhos tenham que enfrentar as dificuldades de terem um irmão deficiente
Existência de outros filhos	Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente afetaria a minha carreira profissional Interromperia a gravidez porque o meu marido/companheiro não iria querer uma criança com necessidades especiais
Falta de apoio social	Interromperia a gravidez por um filho deficiente não corresponder ao meu planeamento Interromperia a gravidez porque já tenho outros filhos e receio deixar de estar disponível para eles.
Limitações financeiras	Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não tolera pessoas com deficiência Interromperia a gravidez por sentir que possuo pouco apoio familiar para cuidar de uma criança deficiente Interromperia a gravidez porque a sobrecarga financeira seria muito grande para a minha família
Apoio técnico para decisão	Interromperia a gravidez por não conseguir assegurar os cuidados ao bebé e manter o emprego Não serei capaz de decidir sem opinião da equipa de saúde

Nos 25 itens construídos as malformações fetais foram categorizadas em cinco grupos: anomalias incompatíveis com a vida; anomalias que causam apenas deficiência mental; anomalias que causam apenas deficiência física; anomalias que podem ser tratadas mas que causam desfiguramento; malformação grave diagnosticada numa fase avançada da gravidez. Com base na revisão bibliográfica foram considerados ainda os aspetos mais frequentemente referidos pelas grávidas sobre os pressupostos, de ordem pessoal, familiar e social que as levaram a decidir sobre interrupção da gravidez por malformação fetal.

Sendo uma escala original iniciou-se a avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas nomeadamente os estudos de fiabilidade e estudos de validade. Os estudos de fiabilidade dizem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida. Avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens.

A estabilidade temporal, também conhecida por fiabilidade teste-reteste, não foi efetuada neste nosso estudo na medida em que constituindo este um instrumento para conhecer um conjunto de atitudes o teste-reteste não é relevante como medida de fiabilidade. Também as características do grupo se modificam rapidamente quanto à informação que a grávida tem sobre a saúde do seu bebé uma vez que a maioria foi inquirida previamente à realização de exames ecográficos.

A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item. Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna) foi conduzido realizando os seguintes passos:

Determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global. Indica-nos “se cada parte se subordina ao todo”, ou seja, se cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que pretende medir (Vaz Serra, 1994).

Determinação do coeficiente alfa de Cronbach. - Mede a correlação entre cada item com os restantes que, supostamente pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1). A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa.

Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos isto é procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. De algum modo este indicador tenta substituir o teste-reteste que não permite controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento a um mesmo grupo de pessoas, tornando difícil a comparação dos resultados.

Os estudos de validade dão apreço a três aspetos fundamentais: validade de conteúdo, validade de critério, e validade de constructo. Dentro destes aspetos a validade de constructo, subordina todas as outras e procura encontrar resposta para a seguinte questão: “em que medida, este instrumento mede realmente o que procura medir?” Neste contexto, “a validade do constructo nunca é provada, é simplesmente aceite, dado que as provas a favor se evidenciam como superiores às provas contrárias”.

Para a determinação dos estudos de validade utiliza-se a análise fatorial dos itens e dos resultados, que é o método que tem revelado maior uso e reconhecimento entre os diversos autores. A análise fatorial é, segundo Reis & Moreira (1993), “um conjunto de técnicas cujo objectivo é reduzir um número elevado de variáveis a um conjunto menos numeroso de fatores que procurem tanto quanto possível reter a natureza das variáveis iniciais”. Para Polit & Hungler (1994), trata-se de um procedimento multivariado que, embora incluindo um elevado grau de subjectividade, não deixa de constituir uma ferramenta muito poderosa e com enorme aplicabilidade.

O **quadro 2** mostra-nos as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que permite aferir de como cada item se combina com o valor global da escala. Os valores médios oscilam entre 1.69 no item 14 “ Interromperia a gravidez porque o meu marido/companheiro não iria querer uma criança com necessidades especiais”; e os 3.81 no item7 “Interromperia a gravidez para evitar sofrimento ao bebé”; sendo que o que apresenta maior variabilidade é o item 25 “Não serei capaz de decidir sem opinião da equipa de saúde”, dado que o desvio padrão é de 1.206, Os itens 1, 19 e 25 foram eliminados por apresentarem um valor correlacional inferior a 0.2 o que levou a efetuar-se uma nova correlação.

Do resultado desta nova correlação ressaltou que todos os itens apresentavam um valor superior a 0.2, oscilando estes entre os 0.466 no item 2 “Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia incompatível com a vida” e o 0.792 no item 9” Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não apoia as pessoas com deficiência”

O item A1 – “ Eu nunca interromperia a gravidez qualquer que fosse o motivo” deve ser realizada, no nosso entender, fora do contexto da escala determinando uma atitude que não justifica a posterior inquirição da mulher sobre os outros itens.

Já a exclusão da questão A19 “As minhas crenças religiosas nunca me permitiriam interromper uma gravidez ”nos motivou à reflexão uma vez que, na literatura consultada, é dos aspetos frequentemente referido como influenciador das atitudes.

“A decisão de interromper acompanhou-se por vezes de conflitos morais e mesmo religiosos. Nas mulheres, com respostas negativas face ao aborto, a decisão de interromper foi particularmente difícil, pois tiveram de decidir contra os seus próprios valores. Neste estudo ficou claro que os conflitos morais representaram uma dificuldade significativa no processo decisório. Sousa & Pereira

(2010) citando Carmona, 1996 e Statham, 1992. Também Andrade (1997) refere que a Igreja tem-se afirmado, incontestavelmente, contra o ato de abortar e, necessariamente, também contra a interrupção voluntária da gravidez, porém, parece não haver uma influência direta desta doutrina religiosa, na decisão de efetuar o Diagnóstico Pré-Natal.

A questão 25 “ Não serei capaz de decidir sem opinião da equipa de saúde” apresentou uma fraca correlação com os outros itens. “ Ao informar o diagnóstico de malformação fetal, espera-se que o auxílio à paciente se caracterize pela neutralidade no esclarecimento sobre os procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Assim, a imparcialidade do profissional é de importância fundamental para que o casal possa se remeter às suas próprias crenças e convicções, desencadeando processo de reflexão que poderá auxiliar se eventualmente for discutida a interrupção ou não da gestação Benute et al (2006).

No âmbito da prestação de cuidados de saúde assistiu-se nas últimas décadas à evolução do paradigma respeitante à relação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente. Inicialmente esta relação pautava-se por uma postura paternalista, de assimetria em que o profissional decidia no interesse do utente. No entanto, ao longo do tempo esta relação tem evoluído no sentido do respeito pela autonomia do utente, sendo mediada pela ponderação entre os intervenientes com base na informação providenciada pelo profissional de saúde, mas em que a tomada de decisão cabe ao utente.

QUADRO 2-Estatísticas e correlações de Pearson da Escala de Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação Fetal

Nº Item	Itens	Média	Dp	1ª Correlação	2ª Correlação
1	Eu nunca interromperia a gravidez qualquer que fosse o motivo	2,50	1,22	-,243	
2	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia incompatível com a vida	3,70	1,06	,448	0,466
3	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência mental	3,54	0,993	,573	0,618
4	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência física	3,32	1,021	,576	0,613
5	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia que pudesse ser tratada causando apenas alterações estéticas	2,39	0,988	,586	0,612
6	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada malformação grave num estágio avançado da gestação	3,44	1,060	,487	0,518
7	Interromperia a gravidez para evitar sofrimento ao bebé	3,81	0,969	,481	0,490
8	Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não tolera pessoas com deficiência	1,82	0,945	,693	0,702
9	Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não apoia as pessoas com deficiência	1,89	0,966	,786	0,792
10	Interromperia a gravidez por receio de não conseguir lidar com as dificuldades de criar um filho com necessidades especiais	2,46	1,161	,716	0,729
11	Interromperia a gravidez porque não quero que os meus outros filhos tenham que enfrentar as dificuldades de terem um irmão deficiente	1,86	0,914	,789	0,782
12	Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente desgastaria muito o meu relacionamento	1,75	0,717	,773	0,757
13	Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente afetaria a minha carreira profissional	1,79	0,790	,768	0,758
14	Interromperia a gravidez porque o meu marido/companheiro não iria querer uma criança com necessidades especiais	1,69	0,728	,658	0,651
15	Interromperia a gravidez porque a sobrecarga financeira seria muito grande para a minha família	1,94	1,010	,791	0,791
16	Interromperia a gravidez por um filho deficiente não corresponder ao meu planeamento	1,95	,0,989	,748	0,756
17	Interromperia a gravidez por sentir que falhei biologicamente	1,89	0,905	,704	0,699
18	Interromperia a gravidez por sentir que possuo pouco apoio familiar para cuidar de uma criança deficiente	1,92	0,939	,707	0,697
19	As minhas crenças religiosas nunca me permitiriam interromper uma gravidez	1,75	0,962	,114	--
20	Interromperia a gravidez porque já tenho outros filhos e receio deixar de estar disponível para eles	1,90	0,722	,667	0,653
21	Interromperia a gravidez por não conseguir assegurar os cuidados ao bebé e manter o emprego	1,94	0,948	,692	0,681
22	Interromperia a gravidez para evitar o meu sofrimento	1,91	0,949	,718	0,732
23	Interromperia a gravidez para evitar o sofrimento do meu companheiro	1,84	0,956	,714	0,717
24	Interromperia a gravidez por considerar a minha idade avançada para garantir os cuidados que o bebé necessitará	1,84	0,779	,592	0,758
25	Não serei capaz de decidir sem opinião da equipa de saúde	3,68	1,206	,063	---

Depois da depuração dos itens com correlações inferiores a 0.20, efetuamos o estudo da consistência interna determinando os valores de alfa de Cronbach. O primeiro passo consistiu em analisar o resultado do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que é um procedimento que afere a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a análise fatorial. Dado o resultado obtido classificamo-lo de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2005) de muito bom (≈ 0.902) enquanto o teste de Bartlett's, apresenta diferenças estatísticas significativas ($p=0.000$).

Quanto aos valores de alfa de Cronbach são classificados de muito bons pois variam entre 0.935 e 0.941. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam-se homogêneos face a outros itens, sendo que a correlação mínima é obtida no item 2 com ($r= 0.401$) e a correlação máxima é obtida no item 9 com ($r=0.765$) sendo também neste item que se obtém a maior percentagem de variância explicada (86.4%).

O coeficiente de bipartição designado por método das metades “split half” que se obtém dividindo a escala em duas metades e relacionando-a uma com a outra evidencia que os valores de alfa de Cronbach se revelaram mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.940) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.894 e para a segunda de 0.933 (cf. quadro 3).

Quadro 3 – Consistência interna da escala de Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação Fetal

Nº Item	Itens	R/item	R ²	Alpha s/item
2	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia incompatível com a vida	0.401	0.600	0.941
3	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência mental	0.569	0.829	0.938
4	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência física	0.563	0.776	0.938
5	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia que pudesse ser tratada causando apenas alterações estéticas	0.563	0.447	0.938
6	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada malformação grave num estágio avançado da gestação	0.456	0.631	0.940
7	Interromperia a gravidez para evitar sofrimento ao bebé	0.433	0.581	0.940
8	Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não tolera pessoas com deficiência	0.666	0.830	0.936
9	Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não apoia as pessoas com deficiência	0.765	0.864	0.935
10	Interromperia a gravidez por receio de não conseguir lidar com as dificuldades de criar um filho com necessidades especiais	0.685	0.583	0.936
11	Interromperia a gravidez porque não quero que os meus outros filhos tenham que enfrentar as dificuldades de terem um irmão deficiente	0.754	0.726	0.935
12	Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente desgastaria muito o meu relacionamento	0.734	0.764	0.936
13	Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente afetaria a minha carreira profissional	0.731	0.818	0.936
14	Interromperia a gravidez porque o meu marido/companheiro não iria querer uma criança com necessidades especiais	0.619	0.711	0.937
15	Interromperia a gravidez porque a sobrecarga financeira seria muito grande para a minha família	0.762	0.779	0.935
16	Interromperia a gravidez por um filho deficiente não corresponder ao meu planeamento	0.722	0.699	0.935
17	Interromperia a gravidez por sentir que falhei biologicamente	0.663	0.674	0.936
18	Interromperia a gravidez por sentir que possuo pouco apoio familiar para cuidar de uma criança deficiente	0.659	0.703	0.936
20	Interromperia a gravidez porque já tenho outros filhos e receio deixar de estar disponível para eles	0.620	0.689	0.937
21	Interromperia a gravidez por não conseguir assegurar os cuidados ao bebé e manter o emprego	0.642	0.650	0.937
22	Interromperia a gravidez para evitar o meu sofrimento	0.697	0.833	0.936
23	Interromperia a gravidez para evitar o sofrimento do meu companheiro	0.681	0.834	0.936
24	Interromperia a gravidez por considerar a minha idade avançada para garantir os cuidados que o bebé necessitará	0.544	0.592	0.938
Coeficiente Split-half		Primeira metade		0.894
		Segunda metade		0.933
Coeficiente Alpha Cronbach global				0.940

Efetuada a extração dos fatores pelo método de rotação Varimax obtiveram-se três fatores com raízes latentes superiores a 1 e que no conjunto explicavam 67.24% da variância total (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Total Variância explicada

Componentes	Variância explicada		
	Engenvalues	% de variância	Variância acumulada
1	5.691	25.868	25.868
2	4.866	22.117	47.985
3	4.237	19.258	67.244

Contudo, o gráfico de variâncias designado por scree plots indica-nos que pelo ponto de inflexão deveremos reter dois componentes, pelo que iremos proceder a nova análise fatorial forçando a dois fatores.

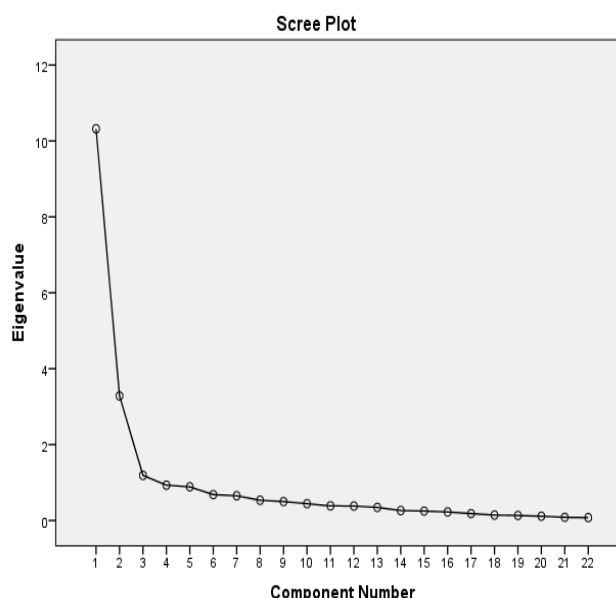


Gráfico 1 – Variância de scree plot.

Deste modo, os dois fatores com raízes latentes superiores a 1 explicam 61.83% da variância total.

O fator 1 que designamos por motivos de ordem pessoal e social saturou os itens 8; 9; 10; 11; 12; 13;14;15;16;17;18;20;21;22;23;24 e explica 41.83% da variância total.

O fator 2 designado por motivos de ordem fetal explica 20.00% da variância total, e é constituído pelos itens, 2;3;4;5;6; e 7

Tabela 6 – Ordenações dos indicadores por fatores da escala Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gestação por Malformação Fetal

	Itens	Fatores		
		1	2	H ²
2	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia incompatível com a vida		0.791	0.628
3	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência mental		0.891	0.823
4	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência física		0.854	0.765
5	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia que pudesse ser tratada causando apenas alterações estéticas		0.523	0.428
6	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada malformação grave num estágio avançado da gestação		0.839	0.710
7	Interromperia a gravidez para evitar sofrimento ao bebé		0.787	0.626
8	Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não tolera pessoas com deficiência	0.665		0.518
9	Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não apoia as pessoas com deficiência	0.745		0.655
10	Interromperia a gravidez por receio de não conseguir lidar com as dificuldades de criar um filho com necessidades especiais	0.612		0.526
11	Interromperia a gravidez porque não quero que os meus outros filhos tenham que enfrentar as dificuldades de terem um irmão deficiente	0.786		0.673
12	Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente desgastaria muito o meu relacionamento	0.817		0.687
13	Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente afetaria a minha carreira profissional	0.822		0.692
14	Interromperia a gravidez porque o meu marido/companheiro não iria querer uma criança com necessidades especiais	0.778		0.605
15	Interromperia a gravidez porque a sobrecarga financeira seria muito grande para a minha família	0.816		0.700
16	Interromperia a gravidez por um filho deficiente não corresponder ao meu planeamento	0.746		0.613
17	Interromperia a gravidez por sentir que falhei biologicamente	0.724		0.550
18	Interromperia a gravidez por sentir que possuo pouco apoio familiar para cuidar de uma criança deficiente	0.785		0.619
20	Interromperia a gravidez porque já tenho outros filhos e receio deixar de estar disponível para eles	0.809		0.659
21	Interromperia a gravidez por não conseguir assegurar os cuidados ao bebé e manter o emprego	0.732		0.547
22	Interromperia a gravidez para evitar o meu sofrimento	0.699		0.555
23	Interromperia a gravidez para evitar o sofrimento do meu companheiro	0.720		0.557
24	Interromperia a gravidez por considerar a minha idade avançada para garantir os cuidados que o bebé necessitará	0.685		0.470
		Eigenvalue	% Variância	% Variância acumulada
Fator 1 – Motivos de ordem pessoal e social		9.203	41.832	41.832
Fator 2 – Motivos d ordem fetal		4.402	20.007	61.839

Procedemos de seguida ao estudo de consistência interna com cada subescala no intuito de determinar o comportamento dos itens que a compõem. Na subescala Motivos de ordem pessoal e social para a validade e consistência desta subescala, obtivemos valores de alfa muito bons a oscilar entre os 0.947 e 0.951 (cf. **quadro 4**), com coeficiente de split-half a seguir essa tendência já que na primeira como na segunda metade, os valores são de 0.925 e 0.908 para um coeficiente alfa global de (0.951). O item 12” *Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente desgastaria muito o meu relacionamento*” ($r=0.800$) é o que apresenta melhores resultados globais nesta subescala, mas o que traduz a maior variabilidade em relação aos restantes com 86.6% é o item 9 “*Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não apoia as pessoas com deficiência*”. Já o que traduz menor correlação com os restantes ($r= 0.622$) é o item 24” *Interromperia a gravidez por considerar a minha idade avançada para garantir os cuidados que o bebé necessitará*” e o de menor variabilidade (54.4%) é o item 10” *Interromperia a gravidez por receio de não conseguir lidar com as dificuldades de criar um filho com necessidades especiais*”.

Reportando-nos à subescala **motivos de ordem fetal** os índices de consistência interna da subescala, da primeira e segunda metades do coeficiente de split-half e do coeficiente global podem classificar-se de bons. O maior valor de correlação situa-se no item 3 “*Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência mental*” ($r=0.847$) sendo também este que exprime a maior variabilidade (79.2%) em relação aos restantes itens. O item que apresenta menor correlação é o item 5 “*Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia que pudesse ser tratada causando apenas alterações estéticas*” ($r= 0.485$) explicando apenas 30.2% da variabilidade em relação aos restantes itens.

Quadro 4 – Relações entre itens e subescalas atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal

Nº Item	Variáveis	Média	R/item	R ²	Alpha
Fator ordem pessoal/social					
8	Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não tolera pessoas com deficiência	28.64	0.687	0.832	0.949
9	Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não apoia as pessoas com deficiência	28.57	0.781	0.866	0.947
10	Interromperia a gravidez por receio de não conseguir lidar com as dificuldades de criar um filho com necessidades especiais	28.01	0.656	0.544	0.951
11	Interromperia a gravidez porque não quero que os meus outros filhos tenham que enfrentar as dificuldades de terem um irmão deficiente	26.61	0.794	0.717	0.947
12	Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente desgastaria muito o meu relacionamento	28.72	0.800	0.761	0.948
13	Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente afetaria a minha carreira profissional	28.69	0.788	0.802	0.948
14	Interromperia a gravidez porque o meu marido/companheiro não iria querer uma criança com necessidades especiais	28.78	0.716	0.703	0.949
15	Interromperia a gravidez porque a sobrecarga financeira seria muito grande para a minha família	28.52	0.815	0.776	0.947
16	Interromperia a gravidez por um filho deficiente não corresponder ao meu planeamento	28.52	0.753	0.683	0.948
17	Interromperia a gravidez por sentir que falhei biologicamente	28.58	0.706	0.656	0.949
18	Interromperia a gravidez por sentir que possuo pouco apoio familiar para cuidar de uma criança deficiente	28.56	0.738	0.694	0.948
20	Interromperia a gravidez porque já tenho outros filhos e receio deixar de estar disponível para eles	28.74	0.695	0.625	0.949
21	Interromperia a gravidez por não conseguir assegurar os cuidados ao bebé e manter o emprego	28.57	0.705	0.648	0.949
22	Interromperia a gravidez para evitar o meu sofrimento	28.53	0.715	0.826	0.949
23	Interromperia a gravidez para evitar o sofrimento do meu companheiro	28.56	0.725	0.831	0.949
24	Interromperia a gravidez por considerar a minha idade avançada para garantir os cuidados que o bebé necessitará	28.64	0.622	0.586	0.951
Fator ordem fetal					
2	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia incompatível com a vida	16.52	0.675	0.549	0.878
3	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência mental	16.68	0.847	0.792	0.850
4	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência física	6.90	0.815	0.761	0.855
5	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia que pudesse ser tratada causando apenas alterações estéticas	17.83	0.486	0.302	0.90.5
6	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada malformação grave num estágio avançado da gestação	16.78	0.758	0.591	0.864
7	Interromperia a gravidez para evitar sofrimento ao bebé	16.40	0.691	0.515	0.875

No **quadro 5** são apresentados em síntese os valores de alfa de Cronbach por subescala e o número de itens que as compõem. Como já foi referenciado os valores de alfa para cada subescala e valor global oscila entre o bom nos motivos de ordem fetal e o muito bom para o valor global e motivos de ordem pessoal e social. O coeficiente de bipartição segue a mesma tendência sendo que na primeira e segunda metade para a subescala motivos de ordem pessoal e social são classificados de muito bons e para a subescala motivos de ordem fetal de bons para ambas as metades.

Quadro 5 – Comparação dos valores de alfa do estudo atual por subescala

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach		
		(Split-half)		Total Estudo original
		Parte 1	Parte 2	
Motivo ordem pessoal/social	16	0.925	0.908	0.951
Motivos ordem fetal	6	0.886	0.743	0.891
Atitudes face malformação	22	0.894	0.933	0.940

No **quadro 6** são apresentadas a correlação entre as respostas dadas pelas participantes no estudo a cada um dos itens e o resultado em cada uma das subescalas. Todos os itens apresentam correlações positivas e significativas nas duas subescalas a correlação é sempre maior com o resultado da subescala do qual o item faz parte.

Quadro 6 -Correlação dos itens da escala com os motivos de ordem pessoal/social e motivos de ordem fetal

Nº Item	Itens	M.ordem pessoal /social	Motivos ordem fetal
2	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia incompatível com a vida	0.228**	0.785***
3	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência mental	0.366***	0.899***
4	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência física	0.373***	0.879***
5	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia que pudesse ser tratada causando apenas alterações estéticas	0.481***	0.633***
6	Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada malformação grave num estágio avançado da gestação	0.268**	0.842***
7	Interromperia a gravidez para evitar sofrimento ao bebé	0.257**	0.788***
8	Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não tolera pessoas com deficiência	0.730***	0.345***
9	Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não apoia as pessoas com deficiência	0.813***	0.400***
10	Interromperia a gravidez por receio de não conseguir lidar com as dificuldades de criar um filho com necessidades especiais	0.714***	0.452***
11	Interromperia a gravidez porque não quero que os meus outros filhos tenham que enfrentar as dificuldades de terem um irmão deficiente	0.824***	0.367***
12	Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente desgastaria muito o meu relacionamento	0.823***	0.276**
13	Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente afetaria a minha carreira profissional	0.815***	0.295***
14	Interromperia a gravidez porque o meu marido/companheiro não iria querer uma criança com necessidades especiais	0.748***	0.168*
15	Interromperia a gravidez porque a sobrecarga financeira seria muito grande para a minha família	0.843***	0.349***
16	Interromperia a gravidez por um filho deficiente não corresponder ao meu planeamento	0.790***	0.377***
17	Interromperia a gravidez por sentir que falhei biologicamente	0.747***	0.301***
18	Interromperia a gravidez por sentir que possuo pouco apoio familiar para cuidar de uma criança deficiente	0.776***	0.209*
20	Interromperia a gravidez porque já tenho outros filhos e receio deixar de estar disponível para eles	0.728***	0.139*
21	Interromperia a gravidez por não conseguir assegurar os cuidados ao bebé e manter o emprego	0.746***	0.264**
22	Interromperia a gravidez para evitar o meu sofrimento	0.756***	0.378***
23	Interromperia a gravidez para evitar o sofrimento do meu companheiro	0.764***	0.337***
24	Interromperia a gravidez por considerar a minha idade avançada para garantir os cuidados que o bebé necessitará	0.664***	0.153*

Na **quadro7** apresentamos uma matriz de correlação de Pearson entre as subescalas e o valor global, pois como refere Vaz Serra (1994), a matriz de correlação de Pearson é uma contribuição para o estudo da validade da escala. De acordo com os resultados obtidos, que apresentamos no **quadro7**, verificamos que as correlações entre as subescalas e o valor global da escala, são positivas e

significativamente correlacionadas oscilam entre ($r=0.406$) (motivos de ordem fetal) e ($r=0.943$) (atitudes face à malformação). Perante estes resultados afere-se que o aumento ou diminuição numa das subescalas se encontra associado ao aumento ou diminuição nas restantes subescalas.

Quadro 7 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas

Subescalas	Motivos ordem pessoal/social	Motivos ordem fetal
Motivos ordem fetal	0.406***	---
Atitudes face malformação	0.943***	0.686***

*** $p < 0.001$

Inventário Clínico de Autoconceito

O Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) da autoria de Vaz Serra, 1986, é utilizado para medir aspetos sociais e emocionais do autoconceito.

Para Vaz Serra (1986) o autoconceito é considerado como um fenómeno íntimo e privado, não diretamente mensurável ou exteriorizável, em que as escalas de avaliação devem ser de auto – avaliação e não de avaliação por observador.

O Inventário Clínico de Autoconceito é constituído por 20 itens constituídos numa escala de Likert em que cada uma é classificada em cinco categorias (*não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito e concordo muitíssimo* cotadas de 1 a 5) e avalia as seguintes dimensões de auto - conceito:

Fator 1 - Aceitação\rejeição social, este fator tanto poderá indicar aceitação e agrado como rejeição e é constituído pelos itens 1,4,9,16,17.

Fator 2 - Auto-eficácia, formado por seis questões que salientam os aspetos de enfrentar/ resolver problemas e dificuldades. É constituído pelos itens 3, 5, 8, 11, 18 e 20. O item 18 é de sentido negativo, por isso é cotado de forma inversa. Os valores altos indicam independência e os baixos indicam dependência

Fator 3 - Maturidade psicológica é constituído pelos itens 2,6,7,13;

Fator 4 - Impulsividade\actividade é constituído pelos itens 10,15,19.

No que respeita à cotação, quanto melhor for o autoconceito do individuo maior a pontuação obtida. A pontuação pode variar de um mínimo de 20 a 100 pontos. Vaz Serra (1986) citando Gecas afirma haver períodos da vida onde é previsível existirem mudanças do autoconceito.

Níveis de autoconceito relativos às pontuações obtidas pelo Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz Serra, 1986):

Pontuações	Nível de autoconceito
≥ 88	Alto
77 – 87	Médio alto
72 – 76	Médio
67 – 71	Médio baixo
45 – 66	Baixo

Segundo Vaz Serra (1986) o autoconceito pode- considerar- se dentro de valores médios para a população normal se pontuar entre (70,4 ±7,8).

Albuquerque & Oliveira (2002) baseando-se Burns (1986) e Shavelson & Bolus (1982), afirmam que o autoconceito é composto por imagens acerca do que nós próprios pensamos que somos, o que pensamos que conseguimos realizar e o que pensamos que os outros pensam de nós e também de como gostaríamos de ser. Estas percepções são formadas pelas avaliações e reforços de pessoas significativas, pelas auto-atribuições que o indivíduo realiza ao seu comportamento e pela experiência e interpretações do ambiente onde se inserem. Assim, o autoconceito possui múltiplas facetas, é estável, avaliativo, diferenciável, e tem capacidade para se desenvolver e se organizar hierarquicamente. O aspecto avaliativo do autoconceito permite que o indivíduo se auto - avalie, o que lhe possibilita a realização de uma retrospectiva dos seus comportamentos face a uma determinada situação, averiguando quais são os mais adequados e daí retirar informação que lhe seja útil em novas situações.

Vaz Serra (1988) defende que Autoconceito é “um fenómeno gradual, que resulta da intervenção de diversas variáveis tais como: o modo como outros observam o indivíduo, a forma como ele considera o seu desempenho em situações específicas, a comparação do seu comportamento com o dos seus pares e ainda com os valores veiculados por grupos normativos”.

Escala 23 QVS – Vulnerabilidade ao stress

A escala 23 QVS, elaborada pelo Professor A. Vaz Serra, constitui um instrumento de auto – avaliação que tem como objectivo fundamental avaliar a vulnerabilidade que dado individuo apresenta perante uma situação indutora de stress”. Diz-nos o autor que a designação escolhida para a escala foi determinada pelo fato da versão final ter ficado com **23** Questões para avaliação da Vulnerabilidade ao Stress. A descrição da construção desta escala está publicada na revista “Psiquiatria Clínica” 21 (4):279-308,2000.

Segundo Vaz Serra (2000) “uma pessoa sente-se vulnerável quando comprova (ou simplesmente acredita) que lhe faltam aptidões ou recursos necessários para lidar com exigências criadas por uma circunstância específica.”

Na década de 50 acreditava-se no poder etiológico desorganizador dos fatores ambientais, facto actualmente contestado por se reconhecer existirem indivíduos que sofrem o embate de circunstâncias adversas sem que estas lhe produzam grande dano. Como referem Simões et al (2008), tem-se vindo a descobrir que os efeitos do stress sobre o indivíduo são largamente mediados por um certo número de variáveis, de natureza biológica, psicológica e social, algumas das quais atenuam os efeitos e outras, pelo contrário os levam a acentuar.

Para Simões et. al. (2008) os fatores de natureza biológica dizem respeito à dotação genética com que cada pessoa nasce, que determina que reaja de forma desigual perante os acontecimentos aversivos quer em termos de rapidez de resposta, quer na intensidade que a mesma atinge, quer ainda no regresso à normalidade.

Os fatores de natureza psicológica têm a ver com a forma como o individuo percebe o mundo que o rodeia e, regra geral, são fruto das circunstâncias ocorridas ao longo da história pessoal do desenvolvimento. Podem induzir uma distorção da realidade que facilita e predispõe a que o individuo se sinta em stress. Sob este aspecto é importante ter em conta a personalidade do individuo e os esquemas mentais que desenvolveu ao longo da sua existência.

Quanto aos fatores de natureza social o estatuto socioeconómico constitui um fator muito importante de vulnerabilidade para as doenças psiquiátricas. Estudos realizados por alguns cientistas levaram a comprovar que quanto mais baixo é o estatuto socioeconómico maior tendência existe para aparecerem alterações psicopatológicas, nomeadamente, casos de esquizofrenia, distúrbio de pânico, transtornos fobicos, personalidade anti-social e alcoolismo em homens. O mesmo já não pode ser referido a respeito do transtorno obsessivo-compulsivo, que não aparece especificamente ligado ao estatuto socioeconómico bem como a própria depressão major, de características endógenas.

A escala 23 QVS é uma escala unidimensional, de tipo Likert, que pode ser aplicada a qualquer tipo de população com excepção de indivíduos demenciados, com debilidade mental e psicóticos. Crianças e indivíduos na fase inicial da adolescência também não devem ser alvo da aplicação da escala por esta ter sido testada numa população com idades compreendidas entre 20 e 69 anos.

A escala é composta por 23 itens, cada um pode ser respondido em função de 5 classes de resposta, concretamente; Concordo em absoluto, Concordo bastante, Nem concordo nem discordo, Discordo bastante, Discordo em absoluto. O valor atribuído às diferentes classes de resposta varia entre 0 e 4, correspondendo a pontuação mais elevada aos aspetos mais negativos da descrição do individuo.

Tal como é preconizado na construção de escalas, a fim de evitar tendências de resposta, algumas questões foram construídas de forma a representarem aspetos positivos e, outras, aspetos negativos. Naquelas a cotação vai, da esquerda para a direita, de 0 a 4 e, nestas, em sentido inverso, de

4 a 0. Assim, a escala está construída de maneira a que a cotação final, quanto mais elevada é, mais se relaciona com vulnerabilidade ao stress.

Uma análise fatorial dos componentes principais, seguida de rotação Varimax extraiu 7 fatores ortogonais que explicam 57,5% da variância total. A composição de cada fator parece traduzir o seguinte significado:

- Fator 1 – Perfeccionismo e intolerância à frustração, (10,7% da variância);
- Fator 2 – Inibição e dependência funcional, (10,5% da variância);
- Fator 3 – Carência de apoio social, ” (7,6% da variância)
- Fator 4 – Condições de vida adversas, (7,6% da variância);
- Fator 5 – Dramatização da existência, (7,2% da variância);
- Fator 6 – Subjugação, ” (7,2% da variância);
- Fator 7 – Deprivação de afeto e rejeição, (6,6% da variância).

No que concerne aos indivíduos vulneráveis ou não vulneráveis ao stress, Vaz Serra (2000) acrescenta que “os indivíduos que ao preencherem uma escala 23 QVS obtenham um valor igual ou superior a 43 devem ser considerados vulneráveis ao stress”. Nesta linha de pensamento, sempre que a utilização do instrumento de avaliação, referido anteriormente, for efetuado em condições de prevalência de doença semelhantes àquelas descritas pelo autor no estudo original, pode-se esperar que os indivíduos que obtenham uma pontuação superior a 43 no instrumento de avaliação tenham 40,1% de hipóteses de ser doentes, enquanto aqueles que obtenham um resultado inferior a 43 possuem 85,3% de hipóteses de efectivamente não serem doentes.

As correlações mais elevadas com a nota global sugerem-nos que a pessoa vulnerável ao stress tem um perfil em que se realçam as características seguintes: pouca capacidade auto – afirmativa, fraca tolerância à frustração, dificuldade em confrontar e resolver os problemas, preocupação excessiva pelos acontecimentos do dia - a - dia e marcada emocionalidade. Vaz Serra (2000).

Os diversos itens da escala revelaram serem sensíveis, individualmente a variações de grupos externos, fato que testemunha a sua capacidade discriminativa.

Escala de Apgar familiar

Dentro do contexto familiar existem relações afetivas e pessoais que marcam presença na construção da história de cada um de seus membros.

“Independentemente da conceptualização adoptada, a família constitui um sistema social que desempenha funções importantes na sociedade, nomeadamente de natureza afetiva, educativa, de socialização e reprodutiva.” Andrade e Martins (2011,p 187).

A qualidade do ambiente afetivo é para a maioria dos autores, um fator determinante na atitude da família e na percepção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade.

A funcionalidade familiar pode ser avaliada através de um instrumento designado por Escala de Apgar Familiar ou Family Apgar, desenvolvido por Smilkstein em 1978, que permite mensurar a satisfação de um membro da família relativamente à assistência que lhe é dispensada pelos restantes membros dessa família.

O instrumento é composto por cinco questões que permitem a mensuração da satisfação dos membros da família em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutiva.

O acrónimo APGAR, proveniente da língua inglesa, deriva de Adaptability (Adaptação), Patnership (companheirismo), Growth (desenvolvimento), Affection (Afectividade) e Resolve (Capacidade resolutiva).

Adaptação intrafamiliar alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise. Participação/comunicação é referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família. Crescimento/desenvolvimento compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação. Afeto, significa existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família; Resolução/dedicação ou decisão, reflecte o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

Cada questão permite três tipos de resposta: “Quase sempre”, “Algumas vezes” e “Quase nunca”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente.

O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero e dez pontos. O total das pontuações permite clarificar o tipo de relação familiar:

- De 7 a 10 pontos sugere uma família altamente funcional.
- De 4 a 6 pontos sugere uma família com disfunção leve.
- De 0 a 3 pontos sugere uma família com disfunção severa.

Embora a validade e credibilidade deste método já tenham sido estudadas, temos de ter presente que ele só avalia o grau de satisfação familiar que o indivíduo admite e verbaliza. Andrade e Martins (2011,p 187).

1.4 - Procedimentos éticos

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Em investigação é importante seguir orientações fundamentais para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Assim, teve-se como orientações os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e por fim o direito a um tratamento justo e equitativo.

Neste estudo foi considerado o anonimato das participantes bem como a proteção dos dados para este fim. Foi realizada uma nota introdutória no questionário, de modo a informar as participantes sobre os objetivos do estudo, aceitando essas condições, e concretizada a resposta ao questionário será considerada como consentimento livre e esclarecido, garantindo-se a participação voluntária.

Para a aplicação do questionário foi efetuado um pedido formal de autorização, ao Presidente do Conselho de Administração Centro Hospitalar Tondela Viseu.

Também para a utilização das escalas de Autoconceito e Vulnerabilidade ao stress foi pedida autorização ao autor.

1.5 - Análise de dados

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versão 20.0. Após a recolha de dados, efetuamos uma primeira análise a todos os questionários no intuito de eliminarmos aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos. Na análise dos dados recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2, a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a 2, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2005)

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2, a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a 2, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov – Smirnov, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas variáveis de natureza quantitativa.

O Coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro (2005).

Coeficiente de variação	Classificação do grau de dispersão
0% -15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
>30%	Dispersão alta

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam a distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

Análise de variância a um fator (ANOVA) - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo.

Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes posthoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2005);

Regressão é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis

relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - Xs) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efetuamos uma regressão linear simples. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuamos a regressão múltipla. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de Pearson que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2005) sugerem que:

$r < 0.2$ – associação muito baixa

$0.2 \leq r < 0.39$ – associação baixa

$0.4 \leq r < 0.69$ – associação moderada

$0.7 \leq r < 0.89$ – associação alta

$0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

O coeficiente de correlação de Pearson – é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1.

Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afeta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras;

Teste de qui quadrado (X^2) - para o estudo de relações entre variáveis nominais.

Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as

variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2005, p.127, 128 e 131).

Na análise estatística utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

$p > 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado. A descrição e análise dos dados procurou obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Colocadas estas considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

2- RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os dados que se referem à análise das atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal. Estes dados foram obtidos através do questionário e das escalas: AGIMF 22 “Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação Fetal” (Fróis, Ferreira & Duarte, 2011) construída para o presente estudo; pela escala de “Inventário Clínico de Autoconceito” e escala 23 QVS de “Avaliação da Vulnerabilidade ao Stress” ambas da autoria de Vaz Serra (1986). Incluímos, ainda, a escala de avaliação do “Apgar Familiar” elaborada por Smilkstein em 1978.

Os resultados obtidos são apresentados através de tabelas e quadros de forma a organizar e sistematizar melhor a informação obtida, por estatística descritiva, e permitir uma análise clara e objetiva. Uma vez que os dados apresentados são todos eles retirados da mesma amostra omite-se essa indicação.

2.1-ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo iremos realizar a análise descritiva da caracterização da amostra estudada tendo presente as variáveis obstétricas, variáveis psicológicas (autoconceito e vulnerabilidade ao stress) e variável sociofamiliar (apgar familiar).

2.1.1 Caracterização da amostra segundo as variáveis obstétricas

Planeamento da gravidez

Iniciamos a caracterização obstétrica apresentando os resultados relativos ao planeamento da gravidez. Como se nota, pela **tabela 7**, cerca de dois terços da amostra informam que a gravidez actual foi planeada, mas 22,1% afirma que tal não ocorreu. Das que responderam afirmativamente 80,5% têm idades compreendidas entre os 20 e 35 anos e 73,3% superior a 35 anos. O maior percentual (57,1%) das que não planearam a gravidez situa-se entre as grávidas com idade inferior a 20 anos. O teste de qui quadrado apresenta uma significância marginal que se situa nas grávidas que não planearam a gravidez e com idade inferior a 20 anos.

Tabela 7 - Planeamento da gravidez em função da idade

Idade \ Gravidez Planeada	≤ 19 Anos		20-35 Anos		≥ 36 Anos		Total		Residual			X ²	α
	N 7	% (4.8)	N 123	% 84.8	N 15	% 10.3	N 145	% 100.0	1	2	3		
Sim	3	42.9	99	80.5	11	73.3	113	77.9	-2.3	1.8	-0.5	5.695	0.059
Não	4	57.1	24	19.5	4	26.7	32	22.1	2.3	-1.8	0.5		
Total	7	100.0	123	100.0	15	100.0	145	100.0					

Idade gestacional

Quanto à idade gestacional, 70,3% das grávidas encontra-se no primeiro trimestre, contribuindo para este percentual os 71,4% das que têm idade inferior a 20 anos, os 70,7 % com idades entre 20 e 35 anos e os 66,7% com idade superior a 35 anos. Dos 20,0% de grávidas que se encontram no segundo trimestre mais de um quarto da amostra tem idade inferior a 20 anos e das que se encontram no final da gravidez (9,7%) a maior percentagem (20,0%) tem idade superior a 35 anos.

Tabela 8 – Idade gestacional e idade materna

Idade gestacional \ Idade	≤ 19 Anos		20-35 Anos		≥ 36 Anos		Total		Residual			X ²	p
	N 7	% (4.8)	N 123	% 84.8	N 15	% 10.3	N 145	% 100.0	1	2	3		
1º Trimestre	5	71.4	87	70.7	10	66.7	102	70.3	0.1	0.2	0.3	3.033	0.552
2º Trimestre	2	28.6	25	20.3	2	13.3	29	20.0	0.6	0.2	-0.7		
3º Trimestre	-	0.0	11	8.9	3	20.0	14	9.7	-0.9	-0.7	1.4		
Total	7	100.0	123	100.0	15	100.0	145	100.0					

Número de filhos anteriores

Reportando-nos ao número de filhos, os resultados da **tabela 9** revelam que para 61,4% das mulheres inquiridas este será o primeiro filho, mas 36.6% já têm um ou mais filhos, resultados que vêm de encontro às estatísticas nacionais, que divulgam um decréscimo de natalidade na população portuguesa. Tal como seria expectável são sobretudo as participantes, mais velhas que têm mais de um filho (73,3%) com significância estatística, muito distante do percentual de mães (36.6%) com idade entre os 20 e 35 anos. As mais jovens e com diferenças estatísticas aguardam na sua totalidade o seu primeiro filho, mas 63,4% das grávidas com 20 a 35 anos também esperam este acontecimento.

Tabela 9 – Número de filhos em função da idade

Idade \ Nº filhos	≤ 19 Anos		20-35 Anos		≥ 36 Anos		Total		Residual			X ²	p
	N 7	% (4.8)	N 123	% 84.8	N 15	% 10.3	N 145	% 100.0	1	2	3		
Primeiro Filho	7	100	78	63.4	4	26.7	89	61.4	2.2	1.2	-2.9	12.244	0.02
Segundo ou mais filhos	-	0.0	45	36.6	11	73.3	56	36.6	-2.2	-1.2	2.9		
Total	7	100.0	123	100.0	15	100.0	145	100.0					

Antecedentes de interrupção e gravidez

Questionadas sobre se têm antecedentes de interrupção de gravidez, a maioria das participantes neste estudo (76.6%) referem que não, sendo que percentuais semelhantes, acima de 70,0%, são encontrados em todos os grupos etários

Tabela 10 – Antecedentes de interrupção em função da idade

Já teve Interrupção da gravidez	Idade	≤ 19 Anos		20-35 Anos		≥ 36 Anos		Total		Residual			X ²	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
		7	(4.8)	123	84.8	15	10.3	145	100.0					
Não		5	71.4	95	77.2	11	73.3	111	76.6	-0.3	0.5	-0.3	0,221	0.895
Sim		2	28.6	28	22.8	4	26.7	34	23.4	0.3	-0.5	0.3		
Total		7	100.0	123	100.0	15	100.0	145	100.0					

Na continuação da análise da tabela anterior, verificamos que das 23.4% que afirmaram já ter interrompido em alguma circunstância a gravidez, em 69,7% a ocorrência foi espontânea, voluntária em 15,2% e igual percentual foi por malformação fetal. Salientamos ainda que as interrupções por malformação fetal (14,8%) ocorreram sobretudo nas mulheres com idades compreendidas entre os 20 e 35 anos. Uma das participantes no estudo omitiu a sua opinião.

Tabela 11 – Tipo de interrupção em função da idade

Tipo Interrupção	Idade	≤ 19 Anos		20-35 Anos		≥ 36 Anos		Total		Residual			X ²	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
		7	(4.8)	123	84.8	15	10.3	145	100.0					
Int. Espontânea		2	100.0	18	66.7	3	75.0	23	69.7	1.0	-0.8	0.2	1.987	0.738
Int. Voluntária		-	0.0	5	18.5	-	0.0	5	15.2	-0.6	1.1	-0.9		
Int. Médica		-	0.0	4	14.8	1	3.0	5	15.2	-0.6	-0.1	0.6		
Total		2	100.0	27	100.0	4	100.0	33	100.0					

Existência de familiares com deficiência

Procuramos indagar entre as grávidas se possuíam familiares portadores de alguma deficiência. Dos resultados expressos na **tabela 12** 9,7% afirmaram que sim e cerca de 9 em cada dez não. Dos que afirmaram possuir familiar com deficiência 11,5% têm idades ente os 20 e 35 anos.

Tabela 12 - Existência de familiares com deficiência em função da idade

Familiares com deficiência	Idade	≤ 19 Anos		20-35 Anos		≥ 36 Anos		Total		Residual			X ²	p
		N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
		7	(4.8)	123	84.8	15	10.3	145	100.0					
Sim		-	--	14	11.5	0	--	14	9.7	-0.9	1.7	-1.3	1.987	0.738
Não		7	100.0	108	88.5	15	100.0	130	90.3	0.9	-1.7	1.3		
Total		7	100.0	122	100.0	15	100.0	144	100.0					

Em síntese:

- A gravidez foi planeada por dois terços das grávidas incluídas no estudo, tendo 80,5% das mesmas idades compreendidas entre os 20 e 35 anos. Metade das grávidas com idade inferior a 20 anos não planeou a gravidez.
- Quanto à idade gestacional, 70,3% das grávidas encontra-se no primeiro trimestre, sendo uniforme a distribuição das mesmas pelos diferentes grupos etários.
- Para mais de metade da nossa amostra (61,4%) este será o primeiro filho sendo as grávidas mais velhas que têm mais de um filho. As mais jovens aguardam na sua totalidade o seu primeiro filho.
- A maioria das participantes neste estudo refere não ter antecedentes de interrupção da gestação sendo encontrados percentuais semelhantes em todos os grupos etários.
- Das grávidas que afirmaram já ter interrompido em alguma circunstância a gravidez, para a maioria a ocorrência foi espontânea, 15,2% voluntária e igual percentual foi por malformação fetal. As interrupções por malformação fetal ocorreram sobretudo nas mulheres com idades compreendidas entre os 20 e 35 anos.
- A maioria das inquiridas não possui familiares com deficiência, verificando-se que as que possuem têm idades ente os 20 e 35 anos.

2.1.2 Caraterização da amostra segundo as variáveis psicológicas

Autoconceito

As estatísticas do autoconceito apresentam um índice mínimo a oscilar entre os 8 na impulsividade/actividade e máximo na auto-eficácia com médias e desvios padrão respetivamente de (média =11,0 ±2.21 dp) e (média =22,0 ±2.49 dp). Os coeficientes de variação são reveladores de dispersões situadas entre o baixo e o moderado para o fator Aceitação/ rejeição social e os valores de assimetria e curtose indiciam curvas normocurticas e sem enviesamento, enquanto o teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov diz-nos que a amostra não tem uma distribuição normal. Segundo Vaz Serra (1986) o autoconceito *médio total para a população normal é de (70.4 ± 7.8) com intervalo de confiança de 95% entre 62,6 e 78,2*. Os dados do nosso estudo podem considerar-se normais pois a media é 75 e dp 7,15. O autoconceito médio total do grupo é [75 ± 7,15].

Tabela 13 – Estatísticas relativas ao autoconceito

Autoconceito	Mín	Max	Media	d.p	CV(%)	Sk/ero	K/erro	K/S
Aceitação\ Rejeição social	12	29	19.0	2.811	15.161	1.960	1.460	0.0
Auto-eficácia	16	28	22.0	2.499	11.323	0.600	0.955	0.0
Maturidade psicológica	11	20	15.0	2.143	13.997	1.502	-1.240	0.0
Impulsividade\Actividade	8	15	11.0	2.211	13.112	0.283	0.495	0.0
Fator Total	61	91	75.0	7.154	9.467	0.656	-1.802	0.0

Efetuamos uma matriz de correlação de Pearson no intuito de determinar o modo como cada fator se correlaciona com os restantes. Dos resultados obtidos infere-se que as relações são positivas e significativas o que nos permite afirmar que ao aumento ou diminuição de um dos índices corresponde o aumento ou diminuição dos índices com os quais se correlaciona. De notar que a menor correlação é obtida entre a auto-eficácia e a aceitação/rejeição social ($r = 0.248$) explicando 6,15% da variabilidade e a maior entre a maturidade psicológica e a aceitação/rejeição social ($r = 0.532$) explicando 28,30% da variabilidade. Denota-se contudo que os valores correlacionais são mais elevados com o global da escala oscilando estes entre ($r = 0.662$) entre autoconceito total vs. impulsividade/actividade e os ($r = 0.774$) entre autoconceito total vs. Maturidade psicológica.

Tabela 14 – Matriz de correlação de Pearson entre os fatores do autoconceito

Autoconceito	Aceitação\ Rejeição social	Auto-eficácia	Maturidade psicológica	Impulsividade\Actividade
Auto-eficácia	0.248 ***	—		
Maturidade psicológica	0.532 ***	0.472 ***	—	—
Impulsividade\Actividade	0.474 ***	0.358 ***	0.388 ***	—
Fator Total	0.749 ***	0.718 ***	0.774 ***	0.662 ***

Na **Tabela 15** estão apresentados os resultados do estudo da relação entre autoconceito e idade das participantes no estudo. Aferimos que as grávidas com idade superior a 35 anos apresentam ordens médias mais elevadas condizentes com melhores índices em todos os fatores de autoconceito e consequentemente um melhor autoconceito global. As grávidas com idades entre os 20 e 35 anos têm melhor autoconceito que as mais jovens em relação à auto-eficácia, maturidade psicológica e fator global enquanto que as mais jovens relativamente a este grupo revelam melhor aceitação/rejeição social, e impulsividade/actividade. As diferenças encontradas entre os grupos não são porém estatisticamente significativa pelo que podemos afirmar que a idade não se relaciona com o autoconceito das grávidas participantes neste estudo.

Tabela 15 - Teste Kruskal – Wallis entre autoconceito e grupos etários

Autoconceito	Idade			X ²	p
	≤ 19 Anos	20-35 Anos	≥ 36 Anos		
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Aceitação\ Rejeição social	73.21	72.12	80.10	0.490	0.783
Auto-eficácia	67.71	71.79	85.40	1.544	0.462
Maturidade psicológica	71.43	71.69	84.50	1.280	0.527
Impulsividade\Actividade	87.29	69.67	93.63	5.532	0.063
Fator Total	70.93	70.97	90.60	2.944	0.229

Relação entre autoconceito e escolaridade

Procedemos também ao estudo da relação do autoconceito com a escolaridade. Dos resultados incertos na **tabela 16** notamos que as inquiridas com licenciatura apresentam ordenações médias mais elevadas em relação à auto-eficácia, maturidade psicológica; impulsividade/atividade e autoconceito total. Por sua vez a aceitação/rejeição social regista valores mais elevados nas grávidas com o segundo ciclo. Sendo que as grávidas com menor nível e instrução são as que apresentam autoconceito mais baixo em todas as componentes. Pelos valores de qui quadrado apuramos o nível de escolaridade não é explicativo do autoconceito, não se confirmando a relação de dependência.

Tabela 16 – Teste de Kruskal – Wallis entre autoconceito e escolaridade

Autoconceito	Escolaridade	Até 1º Ciclo	2º ciclo /secundário	Licenciatura	X ²	p
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Aceitação\ Rejeição social		66.45	78.90	68.10	2.660	0.264
Auto-eficácia		68.36	72.42	75.50	0.472	0.790
Maturidade psicológica		61.55	74.18	75.89	1.915	0.384
Impulsividade\Actividade		64.79	72.09	77.28	1.497	0.473
Fator Total		67.81	72.98	77.28	0.448	0.799

Relação entre autoconceito e estado civil

O estudo da relação entre autoconceito e estado civil processou-se através do teste de UMW. Uma das primeiras ilações que se conseguiu extrair foi que a maturidade psicológica e a impulsividade/atividade estabelecem significância estatística com o estado civil. Um outro aspecto a considerar é o do grupo com estado civil de solteiras/separadas/divorciadas apresentarem um melhor autoconceito nos diferentes fatores exceto no autoconceito total do que as mulheres casadas ou a conviverem em união de facto. Infere-se assim que o estado civil interfere com o autoconceito apenas nos fatores do autoconceito em que estabelece relação significativa.

Tabela 17 – Teste de U Mann-Whitney entre autoconceito e estado civil

Autoconceito	Estado Civil	Sol./Sep./Div.	Cas./União de fato	UMW	p
		Ordenação média	Ordenação média		
Aceitação\ Rejeição social		78.54	71.73	1443.500	0.444
Auto-eficácia		85.94	70.04	1243.500	0.074
Maturidade psicológica		89.06	69.33	1159.500	0.026
Impulsividade\Actividade		89.09	69.32	1158.500	0.023
Fator Total		70.93	70.97	1235.000	0.069

Relação entre autoconceito e planeamento da gravidez

Uma das questões que se levantaram no decurso da revisão da literatura relacionava-se com o facto de saber se o planeamento da gravidez confluía com o autoconceito. Pelo teste de UMW realizado para o efeito, observamos pelas ordenações médias que as grávidas que não planearam a gravidez, revelam melhores ordenações médias em todas as subescalas do autoconceito, e deste modo

apresentam um melhor autoconceito que as congêneres que planearam a gravidez, embora o valor de “p” não comprovasse relação entre as variáveis em estudo. (cf. **Tabela 18**)

Tabela 18 - Teste U Mann-Whitney entre autoconceito e planeamento da gravidez

Autoconceito \ Gravidez planeada	Sim	Não	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Aceitação\ Rejeição social	72.58	74.47	1761.000	0.821
Auto-eficácia	71.87	76.98	1680.500	0.540
Maturidade psicológica	71.58	78.00	1648.000	0.441
Impulsividade\Actividade	71.74	77.45	1665.500	0.484
Fator Total	71.37	78.77	1623.500	0.379

Relação entre autoconceito e interrupção da gravidez

Também procuramos saber se a interrupção da gravidez influencia o autoconceito. Aferimos pelos resultados da **tabela 19** que as mulheres que interromperam por algum motivo a gravidez têm uma melhor aceitação/rejeição, maior maturidade psicológica e melhor autoconceito, enquanto que as que nunca interromperam a gravidez manifestam melhor auto-eficácia e impulsividade/actividade. O valor de “p” não produz significância estatística, pelo que inferimos da relação de independência entre as variáveis em estudo.

Tabela 19 – Teste de U Mann-Whitney entre autoconceito e antecedentes de interrupção da gravidez

Autoconceito \ Antecedentes de Interrupção da gravidez	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Aceitação\ Rejeição social	72.00	76.28	1775.500	0.600
Auto-eficácia	73.06	72.79	1880.000	0.974
Maturidade psicológica	71.54	77.60	1725.000	0.445
Impulsividade\Actividade	73.21	72.32	1864.000	0.912
Fator Total	72.01	76.22	1777.500	0.609

Relação entre autoconceito e existência de familiares com deficiência

Na **tabela 20** reportam-se os dados concernentes ao estudo do autoconceito com a existência de familiares com deficiência, pois a questão que se nos colocou foi de que modo a existência de familiares da grávida com deficiência influenciava o autoconceito. Pelos resultados expressos, notamos que as grávidas que possuem familiares com deficiência revelam menores índices nos diferentes domínios do autoconceito em relação às que não possuem familiares com deficiência mas uma vez mais não se vislumbram evidências estatísticas, ou por outras palavras a existência de familiares com deficiência no círculo familiar da grávida não é explicativo da modificação do seu autoconceito.

Tabela 20 - Teste de U Mann-Whitney entre autoconceito e familiares com deficiência

Autoconceito	Familiares com Deficiência	Sim Ordenação média	Não Ordenação média	X ²	P
Aceitação\ Rejeição social		63.50	73.47	0.733	0.392
Auto-eficácia		58.04	74.06	1.893	0.169
Maturidade psicológica		66.64	73.13	0.312	0.950
Impulsividade\Actividade		71.86	72.57	0.004	0.950
Fator Total		62.46	73.58	0.900	0.343

Em síntese:

- O autoconceito médio total da nossa população [$75 \pm 7,15$] encontra-se dentro de valores normais referidos para classificação.
- As grávidas com idade superior a 35 anos apresentam melhor autoconceito global com melhores índices em todos os fatores de autoconceito. As grávidas mais jovens revelam melhor aceitação / rejeição social e impulsividade/atividade concordante com o período de crescimento que vivenciam. As grávidas com licenciatura apresentam ordenações médias mais elevadas relativamente ao autoconceito total, sendo as grávidas com menor nível de instrução que apresentam o autoconceito mais baixo.
- As grávidas solteiras/ separadas e divorciadas apresentam melhor autoconceito sendo que a maturidade psicológica e a impulsividade/ atividade estabelecem significância estatística com o estado civil.
- As grávidas que não planejaram a gravidez e as que possuem antecedentes de interrupção da gestação revelam melhor autoconceito, tendo as últimas apresentado ainda uma melhor aceitação/rejeição e maior maturidade psicológica.
- A existência de familiares com deficiência no círculo familiar da grávida não é explicativa da modificação do seu autoconceito.

Vulnerabilidade ao stress

Tal como referido no capítulo da metodologia, a vulnerabilidade ao stress é analisada segundo 7 domínios ou fatores, para além do valor global da escala. Na **tabela 21** apresentam-se as estatísticas desses domínios e como podemos observar os valores mínimos são todos negativos resultantes de fatores de correção, com exceção do fator 1 perfeccionismo e intolerância à frustração que apresenta valores positivos. Já os índices máximos são todos positivos oscilando entre 3,046 e 4,709. Quanto aos índices médios o menor valor situa-se no fator 7 de privação de afeto e rejeição (média = 0.549 ± 0.844 dp) e o maior no fator 1 – perfeccionismo e intolerância à frustração (média = $2,508 \pm 1.120$ dp). Os coeficientes de variação apresentam dispersões elevadas em todos os fatores e os valores de assimetria e curtose indiciam curvas leptocúrticas apenas nos fatores inibição e dependência funcional e carência de apoio social e enviesamentos à esquerda nesta subescala e nas

condições de vida adversa. Já o teste de aderência à normalidade dá-nos indicações que a amostra tem uma distribuição normal, com excepção para o fator 7 – Deprivação de afeto e rejeição onde apresenta um valor de “p” inferior a 5%.

Tabela 21 – Estatísticas relativas à vulnerabilidade ao stress

Vulnerabilidade ao stress	Mín	Max	Media	d.p.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Perfeccionismo e intolerância à frustração	0.234	5.537	2.508	1.120	44.66	0.935	-0.787	0.200
Inibição e dependência funcional	-1.338	4.198	0.713	0.826	115.848	1.472	3.390	0.200
Carência de apoio social	-1.770	4.455	0.649	0.889	136.979	3.587	5.277	0.091
Condições de vida adversas	-0.663	3.572	1.044	0.802	76.819	3.368	1.792	0.200
Dramatização da existência	-1.818	4.709	2.100	1.035	49.285	-0.751	1.91	0.200
Subjugação	-0.919	4.353	1.414	1.015	71.782	0.920	-0.022	0.200
Deprivação de afeto e rejeição	-1.548	3.046	0.549	0.844	153.734	0.910	1.417	0.048
Fator Total	15.00	62.00	37.21	9.473	25.437	-0.532	-0.255	0.200

Procuramos saber qual o comportamento dos diferentes fatores quando relacionados entre si e com o valor global da escala, pelo que efetuamos uma matriz de correlação de Pearson. De um modo geral, apuramos que os diferentes fatores estabelecem correlações a oscilarem entre o ínfimo e o fraco e não significativas. Em alguns casos as correlações variam em sentido directo o que significa que quando aumenta ou diminui o seu índice, aumenta ou diminui o índice com o qual se correlacionou e noutras as correlações são negativas, inferindo-se daqui que ao aumento do índice numa das subescalas corresponde uma diminuição do índice com a qual se correlaciona ou vice-versa.

De referir ainda que o fator global de vulnerabilidade ao stress se correlaciona positiva e significativamente com todas as subescalas revelando correlações mais elevadas com excepção da relação entre fator global e fator 5 dramatização da existência.

Tabela 22 - Matriz de correlação de Pearson entre as subescalas da vulnerabilidade ao stress

Vulnerabilidade ao stress	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7
Inibição e dependência funcional	0.181	_____					
Carência de apoio social	-0.192	-0.134	_____				
Condições de vida adversas	0.009	0.101	-0.050	_____			
Dramatização da existência	-0.226	-0.228	0.036	-0.102	_____		
Subjugação	-0.006	-0.029	0.065	-0.042	-0.68	_____	
Deprivação de afeto e rejeição	0.256	0.046	-0.075	0.020	-0.205	0.129	_____
Fator Total	0.587	0.463	0.120	0.254	0.023	0.396	0409

Relação entre vulnerabilidade ao stress e idade

A **tabela 23** apresenta os resultados entre a vulnerabilidade ao stress e idade. Pelas ordenações médias notamos que as grávidas com idade superior a 35 anos apresentam ordenações mais elevadas em relação ao perfeccionismo e intolerância à frustração, carência de apoio social,

condições de vida adversas mas menos inibição e dependência funcional e privação de afeto e rejeição que os restantes grupos. Por sua vez, o grupo com idades compreendidas entre os 20 e 35 anos, têm em relação aos restantes grupos maior vulnerabilidade relativa à inibição e dependência funcional e o grupo das grávidas mais jovens, apresenta índices mais elevados de vulnerabilidade no que concerne à carência de apoio social e privação de afeto e rejeição. Entre os grupos as diferenças não são significativas, havendo por conseguinte independência entre as variáveis.

Tabela 23 – Relação entre vulnerabilidade ao stress e idade

Vulnerabilidade ao stress	Idade	≤ 19 Anos	20-35 Anos	≥ 36 Anos	X ²	p
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Perfeccionismo e intolerância à frustração		61.21	72.38	83.60	1.5333	0.465
Inibição e dependência funcional		63.36	75.17	59.67	2.210	0.331
Carência de apoio social		97.00	70.13	85.37	4.162	0.125
Condições de vida adversas		72.21	72.18	80.07	0.474	0.789
Dramatização da existência		83.93	70.85	85.53	2.132	0.344
Subjugação		73.93	73.54	68.17	0.222	0.895
Privação de afeto e rejeição		81.93	75.50	48.37	5.910	0.052
Fator Total		72.93	72.52	77.00	0.153	0.927

Ainda na continuação da tabela anterior e tendo em consideração os grupos de corte referenciados pelo autor da escala, que classifica como vulneráveis ao stress todos os que apresentem um valor superior ou igual a 43, procuramos saber a percentagem de vulneráveis na amostra em estudo. Dos resultados insertos na **tabela 24** registamos que 73.1% não são vulneráveis com percentuais similares nos três grupos de idade. Entre os vulneráveis que comportam 26,9% das grávidas, 33,3% têm idade superior a 35 anos e 28,6% inferior a 20 anos. As diferenças continuam a manifestar-se não significativas

Tabela 24 – Classificação da vulnerabilidade ao stress

Idade	≤ 19 Anos		20-35 Anos		≥ 36 Anos		Total		Residual			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Não vulnerável	5	71.4	91	74.0	10	66.7	106	73.1	-0.1	0.6	-0.6	0.375	0.829
Vulnerável	2	28.6	32	26.0	5	33.3	39	26.9	0.1	-0.6	0.6		
Total	7	100.0	123	100.0	15	100.0	145	100.0					

Relação entre vulnerabilidade ao stress e habilitações literárias.

Analizamos a relação entre as habilitações literárias e a vulnerabilidade ao stress. Os resultados evidenciam que as grávidas com o grau de licenciadas são as menos vulneráveis ao stress em todos os domínios excepto para a privação de afetos e rejeição, enquanto que as grávidas com o

segundo ciclo são mais vulneráveis ao stress em relação ao perfeccionismo e intolerância à frustração e dramatização da existência. De um modo geral as mais vulneráveis ao stress são as grávidas que possuem como habilitações literárias até ao primeiro ciclo. Regista-se apenas significância estatística entre os grupos no que concerne às condições de vida adversas e significância marginal no fator total.

Tabela 25 – Teste de Kruskal – Wallis entre vulnerabilidade ao stress e escolaridade

Escolaridade	Até 1º Ciclo	2º Ciclo/ Secundário	Licenciatura	X ²	p
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade ao stress					
Perfeccionismo e intolerância à frustração	63.48	78.57	69.65	2.645	0.266
Inibição e dependência funcional	76.76	71.91	72.93	0.215	0.898
Carência de apoio social	88.98	70.58	69.94	3.560	0.169
Condições de vida adversas	91.90	76.15	61.83	8.535	0.014
Dramatização da existência	92.64	69.85	69.45	5.374	0.068
Subjugação	68.19	80.28	65.71	4.003	0.135
Deprivação de afeto e rejeição	65.07	69.76	80.09	2.726	0.256
Fator Total	87.43	76.33	63.32	5.842	0.054

Relação entre vulnerabilidade ao stress e estatuto profissional

O conhecimento empírico que temos da realidade do quotidiano leva-nos a conjecturar que os desempregados terão maiores índices de stress. Porém numa análise aos resultados obtidos com o teste de UMW entre vulnerabilidade ao stress e estatuto profissional notamos que esta evidência empírica apenas se observa mas sem significância estatística para a inibição e dependência funcional, carência de apoio social, condições de vida adversas e subjugação. Para os restantes fatores e de modo não significativo, a maior vulnerabilidade ao stress observa-se nas grávidas empregadas.

Tabela 26 - Teste de U Mann-Whitney entre vulnerabilidade ao stress e estatuto profissional

Estatuto Profissional	Empregada	Desempregada	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade ao stress				
Perfeccionismo e intolerância à frustração	75.39	64.21	1494.500	0.189
Inibição e dependência funcional	71.25	79.44	1567.500	0.336
Carência de apoio social	71.30	79.26	1573.000	0.349
Condições de vida adversas	70.02	83.97	1427.000	0.101
Dramatização da existência	73.55	70.97	1704.000	0.761
Subjugação	72.94	73.23	1760.000	0.973
Deprivação de afeto e rejeição	74.24	68.45	1626.000	0.497
Fator Total	73.66	70.56	1691.500	0.716

Relação entre vulnerabilidade ao stress e estado civil

Seria também previsível que as grávidas com o estado civil de solteiras, divorciadas ou separadas, dado o momento que atravessam provavelmente com menor apoio familiar, apresentassem índices mais elevados de vulnerabilidade ao stress. Os resultados do teste de UMW não comprovam tal fato na medida em que apenas no fator 5 relativo à dramatização da existência é este grupo que

apresenta maior índice de vulnerabilidade com significância estatística. Também para o fator global encontramos significância estatística entre grupos, com predomínio de maior vulnerabilidade para o stress para as grávidas casadas.

Tabela 27 – Teste de U Mann-Whitney entre vulnerabilidade ao stress e estado civil

Vulnerabilidade ao stress	Estado Civil	Casada/ U. de fato	UMW	p
	Sol./Sep./div.	Ordenação média		
Perfeccionismo e intolerância à frustração	59.96	75.98	1241.00	0.074
Inibição e dependência funcional	63.76	75.11	1343.50	0.205
Carência de apoio social	70.39	73.60	1522.50	0.720
Condições de vida adversas	68.72	73.98	1477.50	0.557
Dramatização da existência	88.76	69.39	1167.50	0.031
Subjugação	67.48	74.26	1444.00	0.449
Deprivação de afeto e rejeição	61.30	75.68	1277.00	0.108
Fator Total	58.07	76.42	1190.00	0.041

Relação entre vulnerabilidade ao stress e planeamento da gravidez

A **tabela 28** contém os dados obtidos com o teste de UMW entre a vulnerabilidade ao stress e planeamento da gravidez. Da sua leitura sobressai que as participantes no estudo que planearam a gravidez, apresentam maiores níveis de vulnerabilidade ao stress em todos os domínios com excepção do fator 4 condições de vida adversas, fator 6 – subjugação e fator 7 deprivação de afeto e rejeição, com significância estatística apenas no fator 1 perfeccionismo e intolerância ao stress.

Tabela 28 – Teste de U Mann-Whitney entre vulnerabilidade ao stress e planeamento da gravidez

Vulnerabilidade ao stress	Gravidez Planeada	Não	UMW	p
	Sim	Ordenação média		
Perfeccionismo e intolerância à frustração	77.04	58.73	1351.500	0.030
Inibição e dependência funcional	74.38	68.13	1652.000	0.457
Carência de apoio social	74.00	69.47	1695.000	0.590
Condições de vida adversas	71.25	79.19	1610.000	0.345
Dramatização da existência	73.23	72.17	1781.500	0.899
Subjugação	72.38	73.77	1738.500	0.740
Deprivação de afeto e rejeição	72.78	73.77	1783.500	0.907
Fator Total	75.48	64.23	1527.500	0.181

Relação entre vulnerabilidade ao stress e idade gestacional

Ainda na continuação da análise de algumas variáveis relacionadas com a caracterização obstétrica, procuramos saber se a idade gestacional influenciava a vulnerabilidade ao stress. Apuramos pelo teste de KW que as mulheres no terceiro trimestre de gravidez têm maior

vulnerabilidade ao stress em todos os fatores com excepção do fator 4 e 5 que surgem nas grávidas do primeiro trimestre e segundo respetivamente. Note-se porém a inexistência de significância estatística.

Tabela 29 – Teste de Kruskal – Wallis entre vulnerabilidade ao stress e idade gestacional

Idade gestacional	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	X ²	p
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade ao stress					
Perfeccionismo e intolerância à frustração	73.12	66.07	86.46	2.229	0.328
Inibição e dependência funcional	70.85	73.59	87.43	1.924	0.382
Carência de apoio social	71.42	75.47	79.43	0.573	0.751
Condições de vida adversas	75.69	64.59	70.82	1.620	0.445
Dramatização da existência	72.94	74.12	71.14	0.048	0.976
Subjugação	69.25	78.36	89.25	3.383	0.184
Deprivação de afeto e rejeição	73.16	72.28	73.36	0.011	0.994
Fator Total	71.57	68.24	93.25	3.750	0.153

Relação entre e vulnerabilidade ao stress e antecedentes de interrupção da gravidez

Para finalizar o estudo da vulnerabilidade ao stress com as variáveis obstétricas, efetuamos a sua relação com os antecedentes de interrupção da gravidez. Numa análise às probabilidades, infere-se que não há evidências significativas. Contudo verifica-se uma maior tendência para a vulnerabilidade ao stress nas grávidas sem antecedentes de interrupção em todos os fatores excepto no fator 2- inibição e dependência funcional e fator 6 – subjugação.

Tabela 30 – Teste U Mann-Whitney entre vulnerabilidade ao stress.e interrupção da gestação

Antecedentes de Interrupção da gravidez	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Vulnerabilidade ao stress				
Perfeccionismo e intolerância à frustração	73.72	70.66	1807.500	0.711
Inibição e dependência funcional	71.34	78.41	1703.000	0.391
Carência de apoio social	74.05	69.56	1770.000	0.585
Condições de vida adversas	73.44	71.56	1838.000	0.819
Dramatização da existência	74.38	68.50	1734.000	0.475
Subjugação	72.13	75.85	1790.000	0.651
Deprivação de afeto e rejeição	74.01	69.69	1774.500	0.600
Fator Total	73.02	72.93	1884.500	0.991

Em síntese:

- Cerca de dois terços da nossa população não é vulnerável ao stress com percentuais similares nos três grupos etários. Entre os vulneráveis que comportam 26,9% das grávidas, 33,3% têm idade superior a 35 anos e 28,6% inferior a 20 anos sendo nestas observados os índices mais elevados no que concerne à carência de apoio social e de privação de afeto e rejeição.
- As grávidas com o grau de licenciadas são as menos vulneráveis ao stress, sendo as grávidas mais vulneráveis ao stress as que possuem como habilitações literárias até ao primeiro ciclo. Regista-se apenas significância estatística entre os grupos no que concerne às condições de vida adversas e significância marginal no fator total.

- Na nossa amostra a maior vulnerabilidade ao stress observa-se nas grávidas empregadas, casadas, que planearam a gravidez, que se encontram no terceiro trimestre de gestação assim como nas que não possuem antecedentes de interrupção da gestação.

FUNCIONALIDADE FAMILIAR

A funcionalidade familiar foi avaliada através da escala de Apgar familiar. Verificamos que a pontuação mínima obtida no total da escala foi de 1 e a pontuação máxima foi de 10 pontos, a média centra-se nos 8,158 com um desvio padrão de 1,906. Os valores de assimetria e curtose indiciam curva ligeiramente leptocúrtica e enviesada à direita. O teste de Kolmogorov Smirnov vem de algum modo confirmar os resultados acima descritos já que revela que a distribuição da amostra não é normal.

Tabela 31 - Classificação do Apgar familiar

Apgar familiar	Min	Max	Media	d.p	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Fator Total	1	10	8.158	1.906	23.36	-5.273	2.280	0.000

Tal como descrito na metodologia as famílias foram classificadas segundo os pontos de corte preconizados pelo autor em famílias altamente funcionais, famílias com disfunção leve e famílias com disfunção severa. A **tabela 32** relaciona as variáveis sociodemográficas e obstétricas considerando a classificação descrita.

Assim, relativamente ao tipo de família, podemos observar que 80,7% das inquiridas percecionam ter uma família altamente funcional, 17,2% uma família com disfunção leve e 2,1% uma família com disfunção grave.

Quanto à idade, as participantes no estudo referem percecionarem uma família altamente disfuncional (66,7%) situam-se no grupo etário 20 - 35 anos e 33,3% tem mais de 35 anos. As famílias altamente funcionais são as que figuram em maior percentagem no grupo etário compreendido entre os 20 e 35 anos. As diferenças entre os grupos não se revelam significativas ($\chi^2=8.376$; $p=0.079$) embora os resíduos ajustados indiquem que há diferença no grupo das participantes no estudo mais velhas e famílias com disfunção leve.

No referente à escolaridade, o maior percentual com 47,6% recai nas que possuem o 2º ciclo/ ensino secundário, contribuindo para esta percentagem, os 48,0% que têm famílias com disfunção leve e 48,7% de famílias altamente funcionais. As famílias com disfunção severa (66,7%) encontram-se na maior percentagem nas inquiridas que possuem a licenciatura e a menor percentagem (12,8%) de famílias altamente funcional é observada nas que detêm o 1º ciclo. Entre os grupos não se verificam significâncias estatísticas ($\chi^2=3.838$; $p=0.428$).

Analisando os resultados obtidos com o estado civil, salienta-se que a maior percentagem é observada entre as casadas ou em união de fato e em famílias com disfunção leve. Todavia, é de registar o cerca de dois terços da amostra com famílias altamente funcionais também com o estado civil de casadas. O teste de qui quadrado e os resíduos ajustados não revelam significância estatística ($\chi^2= 4.538$ $p=0.103$).

Compulsando os resultados obtidos entre o tipo de família e estatuto profissional, a mesma tabela dá-nos indicações que os diferentes tipos de família são mais prevalentes nas inquiridas empregadas. Entre as desempregadas 23,9% referem ter uma família altamente funcional.

Analisando agora algumas variáveis de âmbito obstétrico como o planeamento da gravidez, denota-se que é sobretudo nas famílias altamente funcionais, onde cerca de 8 em cada 10 participantes referiram ter feito planeamento da gravidez. De qualquer modo, mesmo em famílias com disfunção severa o planeamento da gravidez foi assegurado por 66.7%, sendo que as diferenças ($\chi^2= 0.897$; $p=0.638$) não são significativas entre os grupos.

Reportando-nos à idade gestacional, das 70,9% que se encontram no primeiro trimestre de gravidez são participantes integradas em famílias altamente funcionais e 64,0% também no primeiro trimestre de gravidez de famílias com disfunção leve, mas sem significância estatística.

Quanto à paridade, os dados insertos na **tabela 32** indicam que as primíparas ponderam fundamentalmente em famílias altamente funcionais (66.7%) embora com ligeira diferença (64.0%) sejam encontradas as múltiparas nas famílias com disfunção leve. Dois casos de primigestas e um de múltipara observam-se em famílias com disfunção grave. Entre os grupos as diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2=8.208$; $p=0.0.17$), situando-se as diferenças de acordo com os resíduos ajustados entre as famílias altamente funcionais e primigestas e com disfunção leve e múltiparas.

Para as múltiparas procurou-se saber a relação existente com o tipo de família. Apuramos que famílias com um filho são na sua quase totalidade altamente funcionais e famílias com dois ou mais filhos pontua, mais em famílias com disfunção leve.

Não obstante as informações anteriores, também procuramos saber se os antecedentes de interrupção de gravidez se relacionavam com o tipo de família. Dos resultados apresentados na **tabela 32** os valores de qui quadrado ($\chi^2=1.201$; $p=0.548$) indicam de imediato a inexistência de significância estatística entre os grupos, mas os valores percentuais revelam que as grávidas que não tiveram antecedentes de interrupção de gravidez, situam-se em mais de 75,0% em famílias com disfunção leve e em famílias altamente funcionais.

Finalmente abordamos a relação entre a existência de familiares com deficiência no seio da família e o tipo de família. Nota-se que os percentuais mais elevados são encontrados nos três tipos de família mas as diferenças não são estatisticamente significativas.

Tabela 32 - Relação entre funcionalidade familiar e variáveis socio demográficas e obstétricas

Variáveis	Apgar Familiar		Família com disfunção severa		Família com disfunção leve		Família altamente funcional		Total		Residual			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
IDADE															
≤ 19 anos	-	0.0	1	4.0	6	85.7	7	4.8	-0.4	-0.2	0.3			8.376	0.079
20-35 anos	2	66.7	18	72.0	103	88.0	123	84.8	-0.9	-2.0	2.2				
≥36 anos	1	33.3	6	24.0	8	6.8	15	10.3	1.3	2.5	-2.8				
ESCOLARIDADE															
Até 1ºciclo	1	33.3	5	20.0	15	12.8	21	14.5	0.9	0.9	-1.2			3.838	0.428
2º ciclo/ Secundário	-	0.0	12	48.0	57	48.7	69	47.6	-1.7	0.0	0.6				
Licenciatura	2	66.7	8	32.0	45	38.5	55	37.9	1.0	-0.7	0.3				
ESTADO CIVIL															
Solteira/separada/Divorciada	1	33.3	1	4.0	25	21.4	27	18.6	0.7	-2.1	1.7			4.538	0.103
Casada/União fato	2	66.7	24	96.0	92	78.6	118	81.4	-0.7	2.1	-1.7				
ESTATUTO PROFISSIONAL															
Empregada	3	100.0	22	88.0	89	76.1	114	78.6	0.9	1.3	-1.5			2.578	0.276
Desempregada	-	0.0	3	12.0	28	23.9	31	21.4	-0.9	-1.3	1.5				
GRAVIDEZ PLANEADA															
Sim	2	66.7	18	72.0	93	79.5	113	77.9	-0.5	-0.8	0.9			0.897	0.638
Não	1	33.3	7	28.0	24	20.5	32	22.1	0.5	0.8	-0.9				
IDADE GESTACIONAL															
1ºTrimestre	3	100.0	16	64.0	83	70.9	102	70.3	1.1	-0.8	0.3			1.771	0.778
2ºTrimestre	-	0.0	6	24.0	23	9.7	29	20.0	-0.9	0.5	-0.2				
3ºTrimestre	-	0.0	3	12.0	11	9.4	14	9.7	-0.6	0.4	-0.2				
PARIDADE															
Primípara	2	66.7	9	36.0	78	66.7	89	61.4	0.2	-2.9	2.7			8.208	0.017
Múltipara	1	33.3	16	64.0	39	33.3	56	38.6	-0.2	2.9	-2.7				
Nº filhos															
1	1	100.0	13	81.3	34	87.2	48	85.7	0.4	-0.6	0.5			0.495	0.781
+1	-	0.0	3	18.8	5	12.8	8	14.3	-0.4	0.6	-0.5				
ANT. INT.GESTAÇÃO															
Não	3	100.0	20	80.0	88	75.2	111	76.6	1.0	0.4	-0.8			1.201	0.548
Sim	-	0.0	5	20.0	29	24.8	34	23.4	-1.0	-0.4	0.8				
FAMILIARES COM DEFICIÊNCIA															
Sim	1	33.3	4	16.0	9	7.8	14	9.7	1.4	1.2	-1.6			3.538	0.171
Não	2	66.7	21	84.0	107	92.2	130	90.3	-1.4	-1.2	1.6				

Em síntese:

- A maioria das grávidas tem uma família altamente funcional, situando-se no grupo etário dos 20-35 anos, com 2º ciclo de escolaridade, casadas ou em união de fato e empregadas.
- Nas famílias com disfunção grave verifica-se a mesma distribuição à exceção da escolaridade, sendo as grávidas possuidoras de licenciatura.
- Nas famílias altamente funcionais a maioria planeou a gravidez, espera o primeiro filho, encontra-se no primeiro trimestre da gravidez e não possuem antecedentes de interrupção da gestação.
- Relativamente à existência, ou não, de familiares com deficiência e funcionalidade familiar as diferenças não são significativas.

- Quanto à paridade, as diferenças são estatisticamente significativas entre os grupos, situando-se as diferenças de acordo com os resíduos ajustados entre as famílias altamente funcionais e primíparas e com disfunção leve e múltiparas.

2.1.3 - Atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal

As estatísticas relacionadas com as atitudes face à interrupção da gravidez revelam para as motivações de ordem pessoal e social um valor mínimo de 16 e um máximo de 74 a que corresponde uma média de 30.48 e desvio padrão de 10,85.

Nos motivos de ordem fetal os valores mínimos e máximos são de 6 e 30 respetivamente sendo a média de 20.22 e desvio padrão de 4.90. Estes valores traduzem para o global da escala índices mínimos e máximos de 22 e 102 sendo que a média se situa nos 50.48 com um desvio padrão de 13.38. Os coeficientes de variação revelam-se moderados para os motivos de ordem fetal e valor global da escala e elevados para os motivos de ordem pessoal e social. Quanto aos valores de assimetria e curtose as curvas representam-se graficamente como leptocúrticas e enviesadas à esquerda para os Motivos ordem pessoal e social e Atitudes grávidas (global) e à direita para Motivos ordem fetal. Quanto ao teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov verifica-se que a distribuição não é normal.

Tabela 33 – Estatísticas relativas às atitudes face à interrupção da gravidez

Atitudes	Min	Max	Media	d.p.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Motivos ordem pessoal e social	16	74	30.48	10.85	35.59	4.000	3.120	0.000
Motivos ordem fetal	6	30	20.22	4.90	24.23	-4.149	2.692	0.000
Atitudes grávidas (global)	22	102	50.48	13.38	26.50	2.606	3.562	0.007

Estabelecemos para o valor global da escala pontos de corte utilizando para o efeito a formula descrita por Pestana & Gageiro (2005) Mediana \pm 0,25 intervalo interquartilico dado que a distribuição não é normal apresentando-se a curva leptocúrtica e enviesada à esquerda. Os resultados revelam que com atitudes pouco favoráveis encontramos 41,38% da amostra contrapondo-se a 38,31% que evidenciam atitudes muito favoráveis (cf. tabela 34).

Assim na **tabela 34** explana-se a relação entre as atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal e algumas variáveis sociodemográficas e obstétricas.

No que concerne à idade notamos que as inquiridas com idades compreendidas entre os 20 – 35 anos são as que pontuam mais em atitudes pouco favoráveis (80.00%) nas atitudes favoráveis (92.9%) e em atitudes muito favoráveis (86.0%). Por outro lado, entre as que têm atitudes pouco favoráveis, favoráveis e muito favoráveis as que menos pontuam são as de idade até aos 19 anos. As

diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas conforme resultado do teste de qui quadrado e resíduos ajustados ($\chi^2 = 3.852$; $p = 0.426$)

Reportando-nos à escolaridade, constatamos que entre as que têm atitudes pouco favoráveis e muito favoráveis figuram em primeiro lugar as que possuem o 2º ciclo/ secundário com 45,0% e 52,6% respetivamente, seguidas por aquelas que possuem a licenciatura (41,7% vs. 29,8%). Já nas classificadas com atitudes favoráveis surgem as licenciadas com 46,4%. Denota-se pelo teste de qui quadrado e resíduos ajustados que as diferenças não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 2.960$; $p = 0.565$).

Quanto ao estado civil, que representa 81,4% da totalidade da amostra de mulheres casadas ou a coabitarem em união de fato, é notório que o maior percentual de atitudes pouco favoráveis (81,7%), favoráveis (89,3%) e muito favoráveis (77,2%) surjam neste grupo, não se revelando uma vez mais no teste de qui quadrado ($\chi^2 = 1.818$; $p = 0.403$) e resíduos ajustados significado estatístico.

Compulsando os dados obtidos no que respeita ao estatuto profissional, afere-se que os que têm atitudes menos favoráveis são os empregados, mas também é sobre estes que recaem os que têm atitudes mais favoráveis e muito favoráveis com 66,7%, 89,3% e 86,0% respetivamente sendo que o teste de qui quadrado ($\chi^2 = 8.825$; $p = 0.012$) apresenta significância estatística, localizada entre os que se encontram em situação de desempregado e com atitudes pouco favoráveis.

Passando agora à análise das variáveis obstétricas nomeadamente planeamento da gravidez, idade gestacional, número de filhos antecedentes de interrupção de gestação e existência de família com deficiência, notamos que relativamente ao planeamento da gravidez, as que planearam a gravidez são as que possuem atitudes favoráveis (85,7%) e muito favoráveis (77,2%), sendo que entre as que possuem atitudes pouco favoráveis também o maior percentual (75,0%) recai sobre as mesmas, sendo que as diferenças não são significativas ($\chi^2 = 1.304$; $p = 0.521$).

No referente à idade gestacional, no grupo classificado com atitudes pouco favoráveis surgem com valor percentual mais elevado as mulheres que se encontram no primeiro trimestre da gravidez (71,7%) seguidas das do 3º trimestre (15,0%). As que possuem atitudes favoráveis à interrupção (78,6%) e muito favoráveis (64,9%) também se encontram no primeiro trimestre de gravidez, mas curioso as que nestes grupos menos recorreriam à interrupção de gravidez seriam as que se encontram no terceiro trimestre. Apesar do teste de qui quadrado não apresentar significância estatística ($\chi^2 = 7.036$; $p = 0.134$) os resíduos ajustados indicam que a diferença existe entre as que se encontram no 2º trimestre de gravidez e com atitudes muito favoráveis.

Quanto ao número de filhos, os resultados revelam que 63,3% das grávidas que não têm filhos teriam atitudes pouco favoráveis. De igual modo as atitudes favoráveis e muito favoráveis, respetivamente 50,0% e 64,9%, também ocorrem entre as que não têm filhos. As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ($\chi^2 = 1.926$; $p = 0.382$)

Analisando os resultados relativos quanto aos antecedentes de interrupção de gestação, notamos que quem não tem antecedentes de interrupção, são as que percentualmente têm atitude menos favoráveis (80.0%) a uma interrupção de gravidez. Porém é também entre as que não têm antecedentes de interrupção que encontramos as que possuem atitudes favoráveis (75.0%) e muito favoráveis (73.7%), sem contudo se registarem significâncias estatísticas ($\chi^2 = 0.696$; $p = 0.706$)

Finalmente no respeitante às famílias que possuem familiares com deficiência as atitudes pouco favoráveis à interrupção de gravidez são mais observáveis nas que não possuem familiares com deficiência, embora encontremos 96.4% que são favoráveis e 85.7% muito favoráveis à interrupção, não tendo também familiares com deficiência. O teste de qui quadrado não regista diferenças entre grupos ($\chi^2 = 2.668$; $p = 0.263$)

Tabela 34 – Classificação das atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal em função as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Variáveis	Pouco favorável		Favorável		Muito favorável		Total		Residual			χ^2	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
IDADE	60	41.38	28	19.31	57	39.31	145	100.0					
≤ 19 anos	5	8.3	0	0.0	2	3.5	7	4.8	1.7	-1.3	-0.6	3.852	0.426
20-35 anos	48	80.0	26	92.9	49	86.0	123	84.8	-1.4	1.3	0.3		
≥36 anos	7	11.7	2	7.1	6	10.5	15	10.3	0.4	-0.6	0.1		
ESCOLARIDADE													
Até 1ºciclo	8	13.3	3	10.7	10	17.5	21	14.5	-0.3	-0.6	0.8	2.960	0.565
2º ciclo/ Secundário	27	45.0	12	42.9	30	52.6	69	47.6	-0.5	-0.6	1.0		
Licenciatura	25	41.7	13	46.4	17	29.8	55	37.9	0.8	1.0	-1.6		
ESTADO CIVIL													
Solteira/separada/ Divorciada	11	18.3	3	10.7	13	22.8	27	18.6	-0.1	-1.2	1.0	1.818	0.403
Casada/ União de fato	49	81.7	25	89.3	44	77.2	118	81.4	0.1	1.2	-1.0		
ESTATUTO PROFISSIONAL													
Empregada	40	66.7	25	89.3	49	86.0	114	78.6	-2.9	1.5	1.7	8.825	0.012
Desempregada	20	33.3	3	10.7	8	14.0	31	21.4	2.9	-1.5	-1.7		
GRAVIDEZ PLANEADA													
Sim	45	75.0	24	85.7	44	77.2	113	77.9	-0.7	1.1	-0.2	1.304	0.521
Não	15	25.0	4	14.3	13	22.8	32	22.1	0.7	-1.1	0.2		
IDADE GESTACIONAL													
1ºTrimestre	43	71.7	22	78.6	37	64.9	102	70.3	0.3	1.1	-1.2	7.036	0.134
2ºTrimestre	8	13.3	5	17.9	16	28.1	29	20.0	-1.7	-0.3	2.0		
3ºTrimestre	9	15.0	1	3.6	4	7.0	14	9.7	1.8	-1.2	-0.9		
Nº Filhos													
0	38	63.3	14	50.0	37	64.9	88	61.4	0.1	-1.4	0.7	1.926	0.382
1ou mais	22	36.7	14	50.0	20	35.1	56	38.6	-0.4	1.4	-0.7		
Ant. de interrupção Gestação													
Não	48	80.0	21	75.0	42	73.7	111	76.6	0.8	-0.2	-0.7	0.696	0.706
Sim	12	20.0	7	25.0	15	26.3	34	23.4	-0.8	0.2	0.7		
FAMILIARES COM DEFICIÊNCIA													
Sim	5	8.3	1	3.6	8	14.3	14	9.7	-0.5	-1.2	1.5	2.668	0.263
Não	55	91.7	27	96.4	48	85.7	130	90.3	0.5	1.2	-1.5		

Incerto na **tabela 35** encontramos a relação entre as atitudes face à interrupção da gravidez e a funcionalidade familiar. Pelos resultados observa-se que entre as famílias com disfunção severa não se observam atitudes pouco favoráveis à interrupção da gravidez. Nas famílias com disfunção leve prevalecem as atitudes muito favoráveis com 22.8% enquanto que nas famílias altamente funcionais

percentuais similares (85.0% vs. 85.7%) são encontrados nas que apresentam atitudes pouco favoráveis e favoráveis.

Tabela 35 - Atitudes face à interrupção da gravidez e funcionalidade familiar

Variáveis	Pouco favorável		Favorável		Muito favorável		Total		Resíduos			X ²	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2	3		
Família disfunção severa	-	0.0	1	3.6	2	3.5	3	2.1	-1.5	0.6	1.0	Não aplicável	
Família disfunção leve	9	15.0	3	10.7	13	22.8	25	17.2	-0.6	-1.0	1.4		
Família altamente funcional	51	85.0	24	85.7	42	73.7	117	80.7	1.1	0.7	-1.7		

Em síntese:

- Face à possibilidade de interromper a gravidez por malformação fetal 41,38% das inquiridas tem atitudes pouco favoráveis, 39,31% atitudes muito favoráveis e 19,31 atitudes favoráveis;
- As grávidas com idade entre os 20 -35 anos são as que apresentam mais atitudes favoráveis, sendo as grávidas com idades inferiores a 19 anos as que apresentam mais atitudes pouco favoráveis;
- 41,52%, das grávidas com licenciatura apresentam atitudes pouco favoráveis à interrupção da gravidez;
- Das mulheres que se encontram no primeiro trimestre da gravidez uma percentagem significativa (42,15%) apresenta atitudes pouco favoráveis, assim com 64,28% das grávidas do 3º trimestre, comparativamente o maior percentual de atitudes favoráveis é obtido nas grávidas do 2º trimestre;
- Das grávidas desempregadas 64,28% apresenta atitudes pouco favoráveis;
- Das grávidas com filhos 39,28% apresentam atitudes pouco favoráveis

2.3-ANÁLISE INFERENCIAL

A primeira etapa deste estudo teve por finalidade a caracterização da amostra. Procuraremos nesta segunda parte, avaliar as relações existentes entre algumas das variáveis independentes de caracterização sociodemográfica, obstétricas e variáveis psicológicas como o autoconceito, vulnerabilidade ao stress e funcionalidade familiar com as atitudes face à interrupção da gravidez.

Nesse sentido a primeira questão de investigação procurava saber quais as atitudes das grávidas face à possibilidade de interromper a gravidez por malformação fetal

Relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação e idade

O estudo da relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação e idade foi efetuado através do teste de Kruskal Wallis. Os resultados apresentados na tabela 36 revelam que as grávidas de idade intermédia têm atitudes mais favoráveis à interrupção médica da gravidez por motivos de ordem pessoal e social e atitudes globais, enquanto as grávidas mais velhas são mais afirmativas no que se refere aos motivos de ordem fetal, sendo que as diferenças são estatisticamente significativas para este motivo. O teste post hoc de Tukey efetuado com as ordenações médias revela que as diferenças se situam entre as mulheres com idades inferior ou igual a 19 anos e as de idade entre 20 e 35 anos e superior ou igual a 36 anos, o que confirma a relação de dependência entre esta variável e de independência em relação às restantes.

Tabela 36 - Teste de Kruskal – Wallis entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e idade

IDADE	≤ 19 Anos	20-35 Anos	≥ 36 Anos	X ²	p
Atitudes	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Motivos ordem pessoal e social	48.29	75.26	66.03	3.200	0.202
Motivos ordem fetal	17.71	74.67	85.13	13.675	0.001
Atitudes grávidas (global)	38.07	74.90	73.73	5.102	0.078

Relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e escolaridade

De igual forma quisemos também saber se a escolaridade influenciava as atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal. As probabilidades encontradas não indiciam significância estatística, mas pelas ordenações médias verifica-se que as grávidas com menores habilitações têm atitudes mais favoráveis para a interrupção da gestação por motivos de ordem pessoal e social e atitudes gerais e as possuidoras da licenciatura por motivos de ordem fetal.

Tabela 37 - Teste de Kruskal – Wallis entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e escolaridade

Atitudes	Escolaridade	Até 1º Ciclo	2º ciclo /secundário	Licenciatura	X ²	p
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Motivos ordem pessoal e social		80.60	75.03	67.55	1.777	0.411
Motivos ordem fetal		70.07	71.72	75.72	0.399	0.819
Atitudes grávidas (global)		79.90	74.62	68.33	1.353	0.508

Relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e estado civil

Também o estado civil poderia ser elemento influenciador das atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal. Nesse sentido efetuamos o teste de UMW que nos revelou que as grávidas casadas são mais favoráveis à interrupção da gestação em todos os fatores mas a diferença entre grupos não é estatisticamente significativa. Infirmado-se assim a relação de dependência entre as variáveis.

Tabela 38 - Teste U Mann-Whitney entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e estado civil

Estado civil	Sol./Sep./Div. Ordenação média	Casada/U. de fato Ordenação média	UMW	p
Atitudes				
Motivos ordem pessoal e social	69.91	73.71	1509.500	0.671
Motivos ordem fetal	65.93	74.62	1402.000	0.330
Atitudes grávidas (global)	71.06	73.44	1540.500	0.790

Relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e estatuto profissional

Na **tabela39** são apresentados os resultados do estudo da relação entre as atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal e o estatuto profissional. É notório, pelos resultados apresentados, que as empregadas estão mais receptivas à interrupção da gravidez quer por motivos pessoais e sociais quer por motivos de ordem fetal e global que as congéneres desempregadas, com significância estatística para os motivos de ordem fetal e atitudes globais, o que confirma a relação para estas variáveis mas não a confirma em relação aos motivos de ordem pessoal e social.

Tabela 39 – Teste de UMW entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e estatuto profissional

Estatuto profissional	Empregada	Desempregada	UMW	p
	Ordenação média	Ordenação média		
Atitudes				
Motivos ordem pessoal e social	75.75	62.90	1454.000	0.131
Motivos ordem fetal	80.11	46.87	957.000	0.000
Atitudes grávidas (global)	77.50	56.44	1253.000	0.013

Relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e gravidez planeada

Para estudar a relação entre as atitudes face à interrupção da gestação por malformação fetal e o planeamento da gravidez, foi efetuado o teste de UMW. Apurou-se que quem não fez planeamento da gravidez apresenta motivos de ordem pessoal e social para interromper a gravidez, enquanto que as que fizeram planeamento os motivos para a interrupção da gravidez são de ordem fetal e de um modo

geral atitudes mais globais. As diferenças encontradas entre os grupos não são porém suficientemente fortes para produzir significância estatística, o que não confirma a relação e dependência entre as variáveis em estudo.

Tabela 40 – Teste de UMW entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e planeamento da gravidez

Atitudes \ Gravidez Planeada	Sim Ordenação média	Não Ordenação média	UMW	p
Motivos ordem pessoal e social	72.60	74.41	1753.000	0.830
Motivos ordem fetal	73.29	71.98	1775.500	0.876
Atitudes grávidas (global)	73.17	72.39	1788.500	0.926

Relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e idade gestacional

O teste de Kruskal Wallis foi o utilizado para estudar a relação entre as duas variáveis referenciadas. As grávidas que se encontram no segundo trimestre de gravidez apresentam mais motivos de ordem pessoal e social, os motivos de ordem fetal e no geral motivos globais, para a interrupção médica da gravidez por mal formação fetal, enquanto as do primeiro trimestre tendem mais para os motivos de ordem fetal e atitudes globais que as grávidas já no terceiro trimestre de gravidez. As diferenças não são porém significativas entre grupos conforme resultados das probabilizes encontradas. (cf. Tabela 41)

Tabela 41 – Teste de Kruskal Wallis entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e idade gestacional

Atitudes \ Idade gestacional	1º Trimestre Ordenação média	2º Trimestre Ordenação média	3º Trimestre Ordenação média	X ²	p
Motivos ordem pessoal e social	70.49	81.43	73.86	1.544	0.462
Motivos ordem fetal	73.90	78.33	55.39	2.996	0.224
Atitudes grávidas (global)	71.22	84.97	61.18	3.650	0.161

Relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e paridade

Procuramos também determinar se a paridade influenciava as atitudes das grávidas face à interrupção da gestação médica por mal formação fetal. Os resultados inserto na **tabela 42** indicam que as grávidas com dois ou mais filhos interromperiam mais facilmente a gravidez por todos os motivos expressos do que as gravidez com o seu primeiro filho, mas as diferenças apenas são significativas entre os grupos para a interrupção por motivos de ordem fetal, o que comprova a existência de relação entre esta variável mas não em relação às restantes.

Tabela 42 - T Teste entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e paridade

Atitudes	Paridade		Primeiro filho		Dois ou mais filhos		Levene (p)	t	p
Motivos ordem pessoal e sociais	30.48	9.69	30.46	12.58	0.159	0.010	0.992		
Motivos ordem fetal	19.56	4.91	21.27	4.72	0.478	-2.064	0.041		
Atitudes grávidas (global)	49.69	11.86	51.73	15.52	0.196	-0.896	0.372		

Relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e antecedentes de interrupção de gravidez.

Provavelmente as grávidas que já passaram pela experiência de interromperem a gravidez por quaisquer motivos, mais facilmente interromperiam a gravidez por malformação fetal, seria esta a nossa presunção. Contudo, os resultados obtidos com o teste de UMW e incertos na **tabela 43** revelam que quem nunca efectuou interrupção da gravidez interrompê-la-ia por motivos de ordem pessoal e social, mas as que já têm antecedentes de interrupção de gravidez fá-lo-iam por motivos de ordem fetal e atitudes globais. Só os motivos de ordem fetal revelam significância estatística.

Tabela 43 – Teste de UMW entre Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e antecedentes de interrupção da gravidez

Atitudes	Antecedentes de interrupção		UMW	p
	Não Ordenação média	Sim Ordenação média		
Motivos ordem pessoal e social	73.44	71.56	1838.000	0.819
Motivos ordem fetal	69.05	85.88	1449.000	0.040
Atitudes grávidas (global)	71.83	76.82	1757.000	0.544

Relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e existência de familiares com deficiência

De igual modo pensaríamos que quem tem antecedentes familiares com deficiência optaria mais facilmente por interromper a gravidez por malformação fetal. Efectivamente o teste de UMW revela que as grávidas que têm antecedentes de familiares com deficiência optariam pela interrupção da gestação em relação a todos os motivos quando comparadas com as que não têm familiares com deficiência, mas as diferenças entre os grupos não são significativas, o que revela a relação de independência entre as variáveis em estudo.

Tabela 44 – Teste de UMW entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e existência de familiares com deficiência

Atitudes	Existência de familiares com deficiência		UMW	p
	Sim Ordenação média	Não Ordenação média		
Motivos ordem pessoal e social	89.25	70.72	675.500	0.113
Motivos ordem fetal	77.61	71.95	838.500	0.628
Atitudes grávidas (global)	87.71	70.86	697.000	0.151

Relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e funcionalidade familiar

Para terminar estudamos também a relação entre a interrupção da gestação por malformação fetal e a funcionalidade familiar. Pelos resultados da **tabela 45** apura-se que as famílias com disfunção severa eram as que teriam atitudes mais “favoráveis” para interromperiam a gravidez por malformação fetal, secundadas pelas famílias com disfunção leve, mas as diferenças entre os grupos não são significativas, o que revela a relação de independência entre as variáveis.

Tabela 45 - Teste de Kruskal – Wallis entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal e funcionalidade familiar

Atitudes	Apgar familiar	Família com disfunção severa	Família com disfunção leve	Família altamente funcional	X ²	p
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Motivos ordem pessoal e social		104.00	85.18	69.60	4.515	0.105
Motivos ordem fetal		107.83	76.14	71.44	2.383	0.304
Atitudes grávidas (global)		108.83	84.08	69.71	4.645	0.098

Relação entre as atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez, com a variável sociodemográfica, as variáveis psicológicas e sociofamiliar

Para estudar a relação entre as atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez nas suas componentes fatores de ordem pessoal/ social e fatores de ordem fetal, com a variável sociodemográfica (idade) e as variáveis psicológicas (autoconceito, vulnerabilidade ao stress e variável sociofamiliar (funcionalidade familiar) realizaram-se análises de regressões múltiplas, dado tratar-se do método mais utilizado quando se pretende estudar mais que uma variável exógena em simultâneo com uma variável endógena.

Optamos pelo método de stepwise (passo a passo) por ser aquele que na nossa perspectiva mais se adequa ao objectivo de estudo, ou seja determinar o conjunto de variáveis que são predictoras da variável dependente. Nos resultados que a seguir se apresentam procuramos saber De que modo a variável sociodemográfica (idade) e as variáveis psicológicas (autoconceito, vulnerabilidade ao stress) e variável sociofamiliar (funcionalidade familiar) influenciam a atitude face à interrupção da gravidez por malformação fetal?

Relação entre motivos de ordem pessoal e social e variáveis independentes variável sociodemográfica (idade) e as variáveis psicológicas (autoconceito, vulnerabilidade ao stress e variável sociofamiliar (funcionalidade familiar)

Efetuamos em primeiro lugar uma correlação de Pearson entre motivos de ordem pessoal/ social com as variáveis independentes seleccionadas. Notamos que as correlações oscilam entre o ínfimo e o razoável. A Aceitação/ rejeição social, a Maturidade psicológica, a Impulsividade/actividade o Autoconceito global, a Subjugação, e a funcionalidade familiar

variam em sentido inverso enquanto que as restantes em sentido directo, o que nos permite afirmar que quanto menores os índices nestas variáveis e maiores nas restantes variáveis maiores as motivações de ordem pessoal e social para a interrupção médica da gravidez. Para a Auto eficácia, Maturidade psicológica, Autoconceito global, Inibição e dependência funcional, Carência de apoio social, Vulnerabilidade ao stress e Funcionalidade familiar, as diferenças são estatisticamente significativas

Tabela 46 – Correlação de Pearson entre motivos de ordem pessoal e social e variáveis independentes

Motivos de ordem pessoal/social	r	p
Idade	0.033	0.347
Aceitação rejeição social	-0.134	0.053
Auto eficácia	0.228	0.003
Maturidade psicológica	-0.322	0.000
Impulsividade/actividade	-0.102	0.110
Autoconceito global	-0.252	0.001
Perfeccionismo e intolerância à frustração	0.005	0.475
Inibição e dependência funcional	0.157	0.030
Carência de apoio social	0.262	0.001
Condições de vida adversas	0.009	0.459
Dramatização da existência	0.083	0.159
Subjugação	-0.003	0.487
Deprivação de afeto e rejeição	0.069	0.205
Vulnerabilidade ao stress	0.214	0.005
Funcionalidade familiar	-0.284	0.000

No modelo de regressão entretanto obtido, a primeira variável preditora é maturidade psicológica por se apresentar como aquela que maior correlação em valor absoluto estabelece com a variável dependente, explicando 10.4% da variação dos motivos de ordem pessoal e social e o erro padrão de regressão é de 10.314, que correspondente à diferença entre os índices observados e estimados motivos de ordem pessoal e social.

A segunda variável a entrar no modelo de regressão foi a funcionalidade familiar e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 16.3% da variabilidade.

A última variável a entrar no modelo de regressão foi a carência de apoio social, o que comprova que são três as variáveis que entraram neste modelo de regressão constituindo-se assim como predictoras dos motivos de ordem pessoal e social. A correlação entre estas variáveis é razoável ($r=0.432$) explicando no seu conjunto 18,7% da variação dos motivos de ordem pessoal e social. O erro padrão da estimativa neste último modelo de regressão é de 9.895.

Os testes F são estatisticamente significativos, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permitem afirmar

que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo nos motivos de ordem pessoal e social.

Os coeficientes padronizados beta indicam-nos que a maturidade psicológica é a que apresenta maior valor preditivo, seguido pelo apgar familiar e pela carência de apoio social. As duas primeiras variáveis estabelecem uma relação inversa e com a carência de apoio familiar uma relação direta, pelo que podemos inferir que a menor maturidade psicológica, e as famílias mais disfuncionais e a maior carência de apoio social, maior a motivação pessoal e social para a interrupção médica da gravidez.

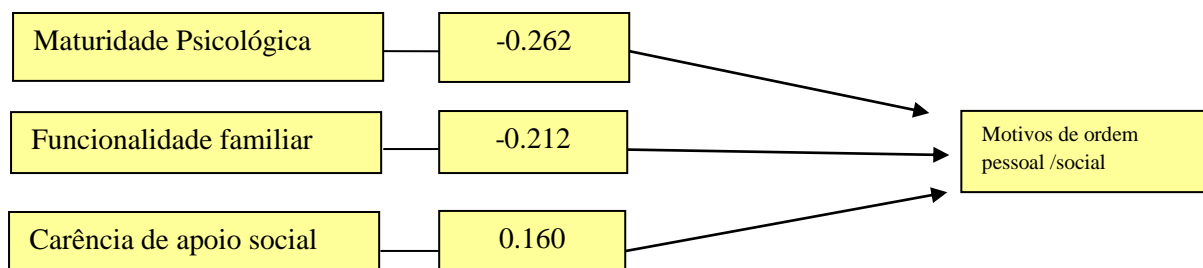
O modelo final ajustado para os motivos de ordem pessoal e social é dado então pela seguinte fórmula:

Motivos de ordem pessoal e social = 59.433 - 1.330 maturidade psicológica - 1,209 funcionalidade familiar + 1,949 carência de apoio social

QUADRO 8 – Regressão múltipla entre motivos de ordem pessoal e social e variáveis independentes

VARIÁVEIS DEPENDENTES (motivos de ordem pessoal/social)					
r =0.432					
r ² =0.187					
r Ajustado=0.169					
Estimativa erro = 9.895					
Incremento r = 0.023					
F =4.040					
p= 0.046					
ANOVA					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Media quadrados	F	p
Regressão	3169.956	3	1056.652	10.791	0.000
Residual	13806.210	141	97.916		
Total	16976.166	144			
PESOS DE REGRESSÃO					
	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	59.433				
Maturidade Psicológica	-1.330	-0.262	-3.372	0.001	
Funcionalidade familiar	-1.209	-0.212	-2.705	0.008	
Carência de apoio social	1.949	0.160	2.010	0.046	

FIGURA 3 – Síntese das relações entre os motivos de ordem pessoal/social e as variáveis Autoconceito, Vulnerabilidade ao Stress e Apgar Familiar



Relação entre motivos de ordem fetal e variáveis independentes variável sociodemográfica (idade) e as variáveis psicológicas (autoconceito, vulnerabilidade ao stress e variável sociofamiliar (funcionalidade familiar)

Para os motivos de ordem fetal verificamos pela **tabela 47** que as correlações entre este fator das atitudes para a interrupção médica da gestação e as variáveis independentes são ínfimas, oscilando entre ($r=-0.005$) na maturidade psicológica e ($r=-0.250$) na idade. As variáveis Maturidade psicológica, Inibição e dependência funcional, Dramatização da existência, vulnerabilidade ao stress e funcionalidade familiar são inversamente proporcionais o que nos leva a afirmar que a menores índices nestas variáveis corresponde maior motivação de ordem fetal para a interrupção médica da gravidez. As diferenças são estatisticamente significativas para a idade, aceitação/rejeição social, condições de vida adversas e funcionalidade familiar

Tabela 47 – Correlação de Pearson entre motivos de ordem fetal e variáveis independentes

Motivos de ordem fetal	r	p
Idade	0.250	0.001
Aceitação rejeição social	0.197	0.009
Auto eficácia	0.091	0.139
Maturidade psicológica	-0.005	0.478
Impulsividade/actividade	0.104	0.107
Autoconceito global	0.134	0.054
Perfeccionismo e intolerância à frustração	0.011	0.446
Inibição e dependência funcional	-0.081	0.165
Carência de apoio social	0.063	0.227
Condições de vida adversas	-0.155	0.032
Dramatização da existência	-0.107	0.100
Subjugação	-0.058	0.244
Deprivação de afeto e rejeição	0.062	0.231
Vulnerabilidade ao stress	-0.089	0.144
Funcionalidade familiar	-0.152	0.034

Neste modelo de regressão, apenas duas variáveis se constituíram como predictoras: a idade que foi a primeira variável a entrar por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto, explicando por si só 6.2% da variação dos motivos de ordem fetal com um erro padrão de regressão de 4.762 e a aceitação/ rejeição social que explica por si só 2,9% da variância.

Os resultados do último modelo, que se apresentam no **quadro 9**, evidenciam que a correlação que as duas variáveis estabelecem com os motivos de ordem fetal é fraca ($r=0.303$), explicando no seu conjunto 9.2% da sua variabilidade. O erro padrão da estimativa é de 4.704 neste modelo de regressão

Analisando os testes F verificamos apresentarem significância estatística e os valores de t sendo significativos indicam que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo nos motivos de ordem fetal. Os coeficientes padronizados beta revelam que a idade é a que apresenta maior valor preditivo e ambas oscilam em sentido directo. Esta relação leva-nos a afirmar que quanto maior a idade e maior a aceitação/rejeição social maior a motivação para a interrupção médica da gestação.

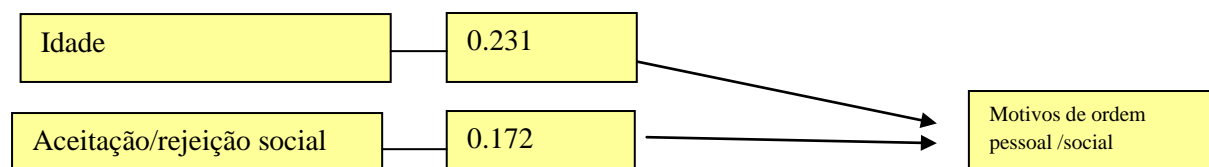
O modelo final ajustado para motivos de ordem fetal é dado pela seguinte fórmula

$$\text{Motivos de ordem fetal} = 7.946 + 0.230 \text{ idade} + 0.299 \text{ da aceitação/rejeição social}$$

QUADRO 9 – Regressão múltipla entre motivos de ordem fetal e variáveis independentes

VARIÁVEIS DEPENDENTES (motivos de ordem fetal)					
r =0.303					
r ² =0.092					
r Ajustado=0.079					
Estimativa erro = 4.704					
Incremento r = 0.029					
F =4.554					
p= 0.035					
ANOVA					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Media quadrados	F	p
Regressão	316.798	2	158.399	7.158	0.001
Residual	3142.140	142	22.128		
Total	3458.938	144			
PESOS DE REGRESSÃO					
	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	7.946				
Idade	0.230	0.231	2.867	0.005	
Aceitação/ rejeição social	0.299	0.172	2.134	0.035	

FIGURA 4 – Síntese das relações entre os motivos de ordem fetal e as variáveis Idade, Autoconceito, Vulnerabilidade ao Stress e Apgar Familiar.



Relação entre as atitudes para a interrupção médica da gravidez e variáveis independentes variável sociodemográfica (idade) e as variáveis psicológicas (autoconceito, vulnerabilidade ao stress e variável sociofamiliar (funcionalidade familiar)

Analisamos finalmente os resultados relativos à relação entre as atitudes para a interrupção médica da gravidez e variáveis independentes variável sociodemográfica (idade) e as variáveis psicológicas (autoconceito, vulnerabilidade ao stress e variável sociofamiliar (funcionalidade familiar). Demonstram que as correlações com as variáveis independentes são ínfimas, sendo que o maior valor correlacional se estabelece com a funcionalidade familiar ($r = -0.297$) Entre a Aceitação rejeição social, Auto-eficácia, Maturidade psicológica, Impulsividade/atividade, Autoconceito global, Condições de vida adversas, Subjugação e Funcionalidade familiar existe uma relação inversa e direta com as restantes o que nos leva a afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis com relação inversa, e menores de relação direta, mais favoráveis as atitudes para interrupção médica da gestação. Encontramos significância estatística na Auto-eficácia, Maturidade psicológica, Autoconceito global, Carência de apoio social, Vulnerabilidade ao stress e Funcionalidade familiar

Tabela 48 – Correlação de Pearson entre atitudes das grávidas face à interrupção médica da gestação e variáveis independentes

Fator total Atitudes	r	p
Idade	0.110	0.094
Aceitação rejeição social	-0.030	0.360
Auto-eficácia	-0.159	0.028
Maturidade psicológica	-0.256	0.001
Impulsividade/atividade	-0.056	0.253
Autoconceito global	-0.155	0.031
Perfeccionismo e intolerância à frustração	0.007	0.466
Inibição e dependência funcional	0.085	0.155
Carência de apoio social	0.249	0.001
Condições de vida adversas	-0.054	0.261
Dramatização da existência	0.033	0.345
Subjugação	-0.022	0.395
Deprivação de afeto e rejeição	0.082	0.164
Vulnerabilidade ao stress	0.141	0.046
Funcionalidade familiar	-0.297	0.000

Foi a funcionalidade familiar a primeira variável a entrar no modelo de regressão. Esta variável explica 8.8% da variação das atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal e o erro padrão de regressão é de 12.822. A esta variável juntou-se no segundo e

último modelo a maturidade psicológica que no seu conjunto passaram a explicar 13.6% do atitudes das grávidas face à interrupção médica da gestação.

O **Quadro 10** reporta-se aos resultados obtidos com o último modelo e pela sua análise comprovamos que as duas variáveis se constituíram como predictoras das atitudes das grávidas face à interrupção médica da gestação. Os testes F ao apresentarem significância estatística dizem-nos que as variáveis se encontram relacionadas e pelas probabilidades dos valores de t aferimos que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo das atitudes das grávidas face à interrupção gestação por malformação fetal pois os seus coeficientes são diferentes de zero.

Realça-se pelos coeficientes padronizados beta o maior valor preditivo da funcionalidade familiar estabelecendo as duas variáveis uma relação inversa pelo que podemos inferir que as atitudes das grávidas face à interrupção médica da gestação são tanto mais favoráveis quanto menor a funcionalidade familiar e maior a maturidade psicológica.

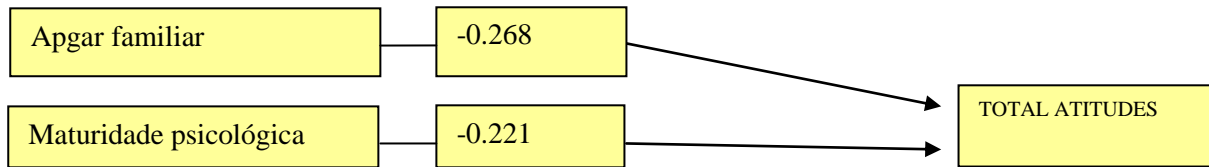
Finalizamos, apresentando a fórmula do modelo final ajustado para o método de estudo:

Atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal = 86.969 – 0.1.882 funcionalidade familiar – 1.381 maturidade psicológica

QUADRO 10 – Regressão múltipla entre atitudes das grávidas face à interrupção médica da gestação e variáveis independentes

VARIÁVEIS DEPENDENTES (total atitudes)					
r = 0.369					
r ² = 0.136					
r Ajustado = 0.124					
Estimativa erro = 12.524					
Incremento r = 0.048					
F = 7.899					
p = 0.006					
ANOVA					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Media quadrados	F	p
Regressão					
Residual	3512.987	2	1756.493	11.199	0.000
Total	22271.179	142	156.839		
	25784.166	144			
PESOS DE REGRESSÃO					
	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	86.969				
Apgar familiar	-1.882	-0.268	-3.408	0.001	
Maturidade Psicológica	-1.381	-0.221	-2.811	0.006	

FIGURA 5 – Síntese das relações entre total atitudes e as variáveis Idade, Autoconceito, Vulnerabilidade ao Stress e Apgar Familiar.



3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Num estudo científico a discussão dos resultados é uma fase primordial permitindo-nos refletir sobre a investigação realizada, demonstrar os dados mais relevantes e confrontá-los com outras investigações. Assim, neste capítulo apresentamos uma discussão mais detalhada, dando especial atenção aos resultados mais significativos analisando-os com base no quadro conceptual que serviu de suporte ao estudo, com os objetivos e questões formuladas e com os resultados de outros estudos sobre a temática em discussão.

3.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Foi nosso objetivo, desde o início da conceptualização deste trabalho de investigação, assegurar o rigor metodológico. Considerando a temática em estudo e as variáveis envolvidas optámos por uma metodologia quantitativa e uma tipologia com características transversal e descritivo/analíticas.

Considerando os principais objetivos delineados, acreditamos na sua concretização graças à realização de uma ampla revisão bibliográfica que permitiu construir o enquadramento teórico, baseado na preocupação de selecionar o que nos pareceu mais pertinente e atual, formulando posteriormente as questões de investigação.

Na seleção do instrumento de colheita de dados, influíram os objetivos do estudo e as características da amostra, decidindo-nos pela utilização de um questionário. Este permitiu-nos a recolha de informação rigorosa, com variáveis mensuráveis, garantindo a livre expressão de opiniões e minimizando possíveis influências do investigador. Relativamente aos procedimentos formais e éticos, estes foram cumpridos com rigor garantindo a confidencialidade e o anonimato bem como todos os princípios éticos e morais inerentes a uma investigação científica.

Em suma, somos de opinião que as opções metodológicas foram as adequadas ao tipo de estudo, conscientes que devíamos ter estudado uma amostra de maiores dimensões, necessitando para o efeito de um período mais dilatado de tempo para a recolha de dados, fator que consideramos como limitativo.

Um dos contributos deste estudo foi termos validado uma escala sobre Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação Fetal, uma vez que não encontrámos um instrumento de recolha de dados que permitisse colher informação válida e pertinente para os

objetivos que pretendíamos alcançar. Parecem-nos adequados todos os instrumentos utilizados pensamos porém, que deveria ser incluída uma escala sobre personalidade, uma vez que esta pode ter influência também nas atitudes das grávidas para a interrupção da gravidez por malformação fetal. Desde o início do estudo procurámos controlar as variáveis de forma a evitar vieses nos resultados todavia, tal nem sempre foi possível dada a dimensão da amostra

3.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram neste estudo 145 mulheres grávidas da região de Viseu, encaminhadas à Unidade de Medicina Fetal do Hospital São Teotónio E.P.E., no período compreendido entre 15 de Junho e 15 de Julho de 2011, para realização de exame ecográfico de rotina. A amostra estudada é maioritariamente de nacionalidade Portuguesa, caucasiana e professa a religião católica.

A idade mínima das inquiridas é de 16 anos e máxima 39 anos, média 29,2 anos de idade. Os dados observados estão de acordo com os referidos por Pordata (2011) em que a idade *média de maternidade a nível nacional* foi de 30,9 anos, e curiosamente iguais à *idade média da mulher aquando do nascimento do primeiro filho*, 29,2 anos. Acresce referir que a maioria das grávidas estudadas é primípara.

As grávidas com idades entre os 20 e os 35 anos são as mais representadas (84,8%), sendo de 4,8% o percentual de grávidas com idade inferior a 19 anos e 10,3% o percentual de grávidas com mais de 35 anos. Ainda, pelos dados dos indicadores do Plano Nacional de Saúde (2012), constatamos que a percentagem de partos em mulheres com mais de 35 anos tem vindo a aumentar de 18,2% em 2007 para 20,6% em 2009.

As transformações comportamentais e o papel da mulher na sociedade levaram à modificação dos padrões tradicionais com repercussões na sua sexualidade e por conseguinte na sua vida reprodutiva. Almeida, André & Lalanda (2002) e Araújo & Carvalho (2010) salientam as oportunidades educativas, o investimento na carreira profissional, a elevada densidade populacional nesta faixa etária, os casamentos mais tardios, os segundos casamentos, a eficácia dos métodos contraceptivos, os avanços das técnicas de reprodução medicamente assistida implícitos ao adiamento da maternidade para idades mais tardias.

Por outro lado a extensão da escolaridade, aliada a campanhas de informação sobre métodos anticoncepcionais e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, a melhoria no acesso às consultas de planeamento familiar e início mais tardio de vida sexual, têm contribuído para o decréscimo da gravidez na adolescência (Almeida, André & Lalanda, 2002; Araújo & Carvalho, 2010). A taxa de fecundidade na faixa etária dos 15 – 19 anos diminuiu de 20,93% em 2001 para

16,93% em 2007, sendo a percentagem de partos de nados vivos de mães adolescentes de 4.2% em 2009 e 4,7%.em 2007. Ainda, pelos dados dos indicadores do Plano Nacional de Saúde (2012), destaca-se o fato de esta percentagem ser inferior aos 5% em todas as regiões do país à exceção do Alentejo.

Apraz constatar que a nossa amostra, apresenta percentuais similares à estatística nacional.

O nosso estudo pretende conhecer **as atitudes das grávidas perante a possibilidade de interromper a gestação por malformação fetal** sendo que na totalidade das inquiridas não havia qualquer tipo de diagnóstico de malformação fetal nesta gravidez

O conhecimento das atitudes dos indivíduos é uma questão importante a nível individual e interpessoal e tem-se tornado cada vez mais importante em termos sociais e políticos nomeadamente na área da saúde.

Atitudes e ações estão ligadas num processo recíproco e contínuo numa cadeia infinita. As atitudes podem contribuir para alterar a ação e a ação pode alterar as atitudes. Lembrando Lima (1994,p.169) “As atitudes não nascem num vazio social, mas, pelo contrário, são fruto da interação social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que nos permitem situar a nossa posição face à de outros num determinado momento do tempo.”

As atitudes significam a organização dos sentimentos, das crenças e dos valores, assim como a predisposição da pessoa para se comportar de determinada forma. Têm um papel importante na orientação e adaptação do ser humano no ambiente social, dado que representam o aspeto fundamental entre as capacidades de perceber, sentir e empreender da pessoa, ao mesmo tempo que dá significado à sua existência.

Assim, as atitudes são criadas através das atitudes de outras pessoas, grupos, instituições, objetos e valores. Inscrevem-se na história de um indivíduo e por isso podem mudar em função das suas experiências pessoais e da sua personalidade.

Da validação da escala de Atitudes Face à Interrupção da Gravidez por Malformação Fetal extraíram-se dois fatores que denominámos por motivos de ordem pessoal e social e motivos de ordem fetal. As estatísticas relacionadas com as atitudes face à interrupção da gravidez revelam coeficientes de variação moderados para os motivos de ordem fetal e valor global da escala e elevados para os motivos de ordem pessoal e social. Quanto aos valores de assimetria e curtose as curvas representam-se graficamente como leptocúrticas e enviesadas à esquerda para os Motivos ordem pessoal/social e Atitudes globais e à direita para Motivos ordem fetal. Quanto ao teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov verifica-se que a distribuição não é normal.

Verificamos um percentual de 41.38% para atitude pouco favorável, 19,31% atitude favorável e 39.31% atitude muito favorável à interrupção da gestação.

A atitude de não interromper a gestação fundamenta-se frequentemente em aspetos morais e religiosos verificado nomeadamente por Souka et al (2010), em que o fator estatisticamente encontrado com influência na atitude face à interrupção da gestação foi a Religião e a frequência de prática de deveres religiosos.

Adler (1979) citado por Noya & Leal (1998) concluiu que mulheres católicas pareciam ter respostas mais negativas à interrupção da gravidez, do que mulheres não católicas. Tal fato dever-se-á à posição de não-aceitação da interrupção da gestação pela referida igreja.

Em todos os estudos se verificam percentagens de mulheres que optam por não interromper a gestação. Nos estudos de Benute et al (2011); Alsulaiman (2004); Al – Jader et al (2000) e Faden (1987) 30,9%,30%, 20,59% e 23,66% respetivamente, das participantes, em exame de diagnóstico pré-natal, afirmaram não interromper a gestação mesmo que o feto tivesse múltiplas e graves incapacidades. Este resultado mostra-se muito importante para a avaliação dos programas oferecidos, ou do que os profissionais sobre eles pensam, sobretudo quando se assume que todos os fetos identificados serão abortados. Esta problemática é muito importante e transversal a todas as sociedades que devem garantir a liberdade de escolha das mulheres e casais e não acontecer como nos refere Kirkman et al (2009). “As mulheres são raramente questionadas quanto às suas razões nestas circunstâncias, parece ser assumido que a malformação sozinha se considera uma razão adequada, porém nem todas as mulheres escolherão abortar após o diagnóstico”. Ainda sobre o direito de optar Al -Jader et al (2000) refere que muitas mulheres no seu estudo sentiram que o teste de rastreio lhes foi apresentado como uma rotina não por opção.

Evidenciam Benute et al (2006) ” O diagnóstico de aneuploidias fetais no período antenatal pode trazer benefícios mesmo para as mulheres que pretendem prosseguir com a gravidez, pois possibilita a procura de informação sobre os cuidados para com o bebé, principalmente programando-se visitas a geneticista e pediatras antes do nascimento”

Concordam ainda os nossos resultados com os que haviam sido obtidos por Drake et al (1996), ao verificarem atitudes mais favoráveis na população portuguesa, nomeadamente em comparação com a população alemã.

Encontrámos resultados idênticos a Benute et al (2006) que num levantamento Europeu envolvendo 17 centros, com registos de malformações congénitas, verificaram que 43% dos casos evoluíram para interrupção da gestação. Referem outro estudo, realizado na China, onde 90% das mulheres optaria pela interrupção da gravidez quando na presença de anomalias cromossómicas letais ou Síndrome de Down.

Num estudo posterior Benute et al (2011) apresenta a estatística de diversos países afirmando que na Suíça em 100% e nos Estados Unidos em 94 a 100% dos casos de cromossomopatias rastreados é feita a opção pela interrupção da gestação; na Austrália 100% dos casos com diagnóstico

de distúrbios metabólicos; Inglaterra e Estados Unidos optam 100% das vezes em interromper gestações de fetos com espinha bífida ocorrendo em 95% das vezes pelo mesmo motivo na Austrália. Referem ainda que a opção pela interrupção da gravidez é pautada pela qualidade de vida do feto, com relatos de preocupação com o sofrimento do bebé e família.

Marteu et al (1994) e Drake & Marteu (1996) salientam que as diferenças de atitudes entre países reflectem vários fatores incluindo diferenças no sistema legal, história, religião e economia.

No estudo de Souka et al, 2009 prevalecem as atitudes favoráveis à interrupção e referem-se à presença de anomalia fetal causadora de grave doença (86,1%), anomalia fetal causadora de atraso de desenvolvimento (65,8%), anomalia fetal causadora de alterações estéticas-desfiguramento (45,1%). Para 64,6% das grávidas inquiridas a confirmação de anomalia grave diagnosticada após as 24 semanas gestação solicitaria a interrupção. No estudo desenvolvido por Geller et al (1993) citados por Drake & Marteu (1996), 98% dos obstetras interromperiam a gestação perante um feto com anencefalia e 78% em caso de Síndrome de Down, resultados também semelhantes ao seu próprio estudo em que referem ter encontrado como condições para a maioria das mulheres optar pela interrupção anencefalia, Síndrome de Down e espinha bífida. Na Bélgica, como foi apurado por Evers-Kiebooms et al (1992), referidos por Drake & Marteu (1996), só 38% da população consideraria interromper a gestação por atraso mental. Ainda Souka et al (2010) dão a conhecer que 80% das mulheres brancas inglesas e 40 % das Paquistanesas interromperiam a gravidez por feto portador de anencefalia, enquanto apenas 50% das britânicas e menos de 20% das paquistanesas o fariam por grave incapacidade mental. Na nossa amostra, a importância assumida pela gravidade da malformação, é contextualizada como “motivos de ordem fetal” para a atitude da mulher relacionando-se com a idade.

O conhecimento das atitudes da população neste âmbito é, em nosso entender, de extrema importância para as equipas de saúde, nomeadamente para adequação da informação que devem proporcionar acerca dos objetivos dos programas de rastreio pré-natal. Os utentes têm direito a recusar ou consentir participar nesses programas atendendo ao Princípio de Direito à Autodeterminação. É ao utente que compete decidir o que é melhor para si, desde que devidamente informado e esclarecido, numa relação de entre ajuda e partilha cujo objetivo é obter um consentimento verdadeiramente informado. Como refere Gonçalves (2010,p.133) ”No esclarecimento reside o verdadeiro exercício da autonomia não basta que o doente leia, é preciso que compreenda.” Ainda a autora diz que a comunicação deve ser simples (utilizando expressões acessíveis), suficiente (fornecendo a quantidade de informação necessária à tomada de decisão) e verdadeira (não enfermada de erro).

À luz do anteriormente exposto e, considerando as competências profissionais dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica, configura-se um espaço de exercício profissional de excelência para estes profissionais. (Silva, 2010,p.163) “ *O enfermeiro especialista de*

saúde materna e obstétrica constitui – se um pilar fundamental no contexto do acompanhamento da mulher companheiro e família. A sua intervenção ao longo do contexto de saúde /doença da vida da mulher, conduz a importantes ganhos em saúde, não só pela formação /apoio/ educação que as suas competências lhe permitem realizar com excelência, mas também pela relação de suporte e de coordenação que pode estabelecer com as utentes e equipa multidisciplinar de saúde.”

Fomos verificar de que modo **as variáveis sociodemográficas idade, nacionalidade, etnia, habilitações académicas influenciam a atitude face à interrupção da gravidez por malformação fetal;**

O estudo da relação entre atitudes das grávidas face à interrupção da gestação e **idade** foi efetuado através do teste de Kruskal – Wallis. Os resultados revelam que as grávidas de idade intermédia têm atitudes mais favoráveis à interrupção médica da gravidez por motivos de ordem pessoal e social e atitudes globais, enquanto as grávidas mais velhas são mais afirmativas no que se refere aos motivos de ordem fetal, sendo que as diferenças são estatisticamente significativas para este motivo.

Os testes de regressão múltipla revelaram ainda que a idade é a que apresenta maior valor preditivo para a interrupção da gravidez sustentada em motivos de ordem fetal levando-nos a afirmar que quanto maior a idade ou maior a aceitação/rejeição social maior a motivação para a interrupção da gestação por malformação fetal.

Presumimos que sustente este resultado o conhecimento social do grau de risco atribuído à idade materna avançada. A informação de que adiar a maternidade para além dos 35 – 40 anos está associado a um maior risco de infertilidade, de fetos com anomalias cromossómicas e ao aparecimento de doenças que poderão complicar a gravidez é de âmbito geral e frequentemente difundida nos diversos meios de comunicação social. É disso um exemplo a página da internet <http://www.labmed.pt/pdf/RastreioPreNatal.pdf> à qual qualquer grávida acede, se pesquisar rastreio pré-natal, e onde se pode ler ” Na ausência de qualquer tipo de rastreio, cerca de 1 em cada 700 bebés nascem com Síndrome de Down. O nascimento de um bebé afetado pode ocorrer em qualquer idade, embora o risco aumente com a idade materna.” Castedo (2010). Também, no contexto das sociedades contemporâneas, de diminuição progressiva do número de filhos por casal, planeamento da gravidez e adiamento da sua ocorrência, o recém-nascido é visto como um bem precioso, raro, que se impõe que seja perfeito, Mendes (2007).

Ao apreciar os resultados obtidos por grupos etários, observamos serem as adolescentes as que mais se manifestam pouco favoráveis à interrupção da gestação. Como nos dizem Araújo & Carvalho (2010,p169) “ A maioria das grávidas adolescentes decide pela progressão da gravidez devendo ser de imediato referenciadas a um centro pré-natal diferenciado (...) cerca de 20-30% optam pela IVG sendo a sua prevalência maior nos centros urbanos”. Admitimos que a decisão de prosseguir

a gravidez e a idealização social próprias da idade consubstanciem os resultados verificados. Salientamos importância do respeito que os profissionais de saúde devem ter pelas decisões da adolescente e o cuidado em garantir a devida vigilância de saúde.

Por outro lado, as respostas psicológicas das adolescentes à gestação, são múltiplas e variadas contudo, algumas vezes, como nos refere Gerardo (2004,p.57) “Na nova dimensão da identidade da adolescente a responsabilidade é um novo atributo que é trazido ao mesmo tempo que o filho e o estatuto de mãe”. A grávida coloca a prioridade no seu papel de mãe e por isso desiste dos antigos padrões de comportamentos de adolescente para adquirir comportamentos de mãe.

Lembramos ainda que, na amostra, as grávidas com idade superior aos 35 anos apresentam melhor autoconceito global com melhores índices em todos os fatores do autoconceito. As grávidas mais jovens revelam maior aceitação / rejeição social e impulsividade/atividade concordante com o período de crescimento que vivenciam.

Desejando saber se a **escolaridade** influenciava as atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal verificamos que as grávidas com menores habilitações têm atitudes mais favoráveis para a interrupção da gestação por motivos de ordem pessoal e social e atitudes globais e as possuidoras da licenciatura por motivos de ordem fetal. Salientamos ainda, dos resultados obtidos, serem as grávidas com habilitações literárias até ao primeiro ciclo as mais vulneráveis ao stress e as que apresentam o autoconceito mais baixo. Como a Licenciatura é o grau académico mais frequente nas mulheres de idade avançada este resultado cruza com o anterior. Maior escolaridade pode ainda corresponder a melhores condições socioeconómicas valorizando mais o bem-estar fetal que os recursos pessoais e sociais.

Andrade (b) (1997) conclui, no seu estudo, que quanto mais elevado for o grau de instrução mais provável é que as pessoas tenham profissões mais exigentes, que podem condicionar, de certo modo, as normatividades e as práticas procriativas. Por outro lado, também as exigências com o bem-estar familiar podem ser crescentes, constituindo a procriação saudável um valor e um investimento afetivo, que passa a ser alvo de todos os cuidados e preocupações. Também, Korenromp et al (2009) encontraram associação entre a escolaridade e a morbidade psicológica a longo termo que seria menor para as mulheres com nível educacional mais elevado ainda, que no curto prazo a escolaridade não produza esse efeito.

Também o **estado civil** poderia ser elemento influenciador das atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal. Nesse sentido efetuamos o teste de UMW que nos revelou que as grávidas casadas são mais favoráveis à interrupção da gestação em todos os fatores mas a diferença entre grupos não é estatisticamente significativa, infirmando-se assim a relação de dependência entre as variáveis.

Korenromp et al (2005) verificaram que as mulheres que perceberam ter um bom apoio pelo parceiro apresentaram menos sentimentos de tristeza e depressão. No geral as mulheres mostraram mais sintomas de stress e emoções negativas do que os seus parceiros/companheiros. Foi significativo o envolvimento do companheiro para a existência de um melhor desfecho psicológico na grávida. Nesse estudo a maioria dos casais revelou ter vivido a interrupção como um processo de transformação e não uma perda, com boa adaptação posterior. Porém uma pequena percentagem apresenta consequências psicológicas graves de stress pós- traumático e depressão.

Da revisão da literatura destacamos a atenção que deve ser dispensada ao elemento masculino do casal. Este, na vivência do processo de interrupção, frequentemente se preocupa mais em proteger a grávida, assumir as diligências a realizar, assumir a responsabilidade das rotinas familiares, não exteriorizando os seus sentimentos mesmo que, como Korenromp et al (2005) verificaram, existam menores índices de tristeza e depressão no elemento masculino do casal.

Dos dados obtidos, no que respeita ao **estatuto profissional**, as empregadas estão mais recetivas à interrupção da gravidez quer por motivos pessoais e sociais quer por motivos de ordem fetal e global que as congéneres desempregadas, com significância estatística para os motivos de ordem fetal e atitudes globais. A significância estatística localiza-se entre os que se encontram em situação de desempregada e com atitudes pouco favoráveis.

Procuramos ainda saber **que variáveis obstétricas são determinantes nas atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal;**

A maioria das grávidas do nosso estudo planeou a gravidez traduzindo uma boa perspectiva de saúde reprodutiva e, de acordo com a bibliografia consultada, é de prever um maior impacto psicológico em situação de malformação fetal dada a vinculação precocemente estabelecida com o bebé. (Sousa & Pereira, 2010).

Para estudar a relação entre as atitudes face à interrupção da gestação por malformação fetal e o **planeamento da gravidez**, foi efetuado o teste de UMW. Apurou-se que quem não fez planeamento da gravidez fundamenta nos motivos de ordem pessoal e social a atitude para interromper a gravidez, enquanto as grávidas que fizeram planeamento os motivos para a interrupção da gravidez são de ordem fetal. As diferenças encontradas entre os grupos não são porém suficientemente fortes para produzir significância estatística.

Estes dados concordam com os obtidos por Benute et al (2011) Souka et al (2010) e Korenromp et al (2007) ao apurarem forte associação entre o planeamento da gravidez e a opção pela interrupção da gravidez em caso de malformação grave a fim de evitar o sofrimento do bebé, dada a perspetiva de pouca qualidade de vida futura. Por outro lado, Sousa & Pereira (2010) verificaram maior angústia materna associada à tomada de decisão devido ao investimento afetivo associado ao planeamento.

Quanto à **idade gestacional**, 70,3% das grávidas encontra-se no primeiro trimestre verificando-se que as que menos recorreriam à interrupção de gravidez seriam as que se encontram no terceiro trimestre. Interessante resultado na exacta medida em que estas grávidas já tiveram vários momentos de verificação do seu feto e assim sabem da diminuta possibilidade de existir malformação fator que acreditamos influencia este resultado.

O teste de Kruskal – Wallis foi o utilizado para estudar a relação entre as duas variáveis referenciadas. As grávidas que se encontram no segundo trimestre de gravidez apresentam mais motivos de ordem pessoal e social, fetal e globais, para a interrupção médica da gravidez por malformação fetal, enquanto as do primeiro trimestre tendem mais para os motivos de ordem fetal e atitudes globais e as grávidas já no terceiro trimestre de gravidez para os motivos pessoais e sociais. As diferenças não são porém significativas entre grupos conforme resultados das probabilidades encontradas.

No estudo de Sousa e Pereira (2010) é reconhecida a importância do diagnóstico precoce de qualquer anormalidade, para que as decisões quanto ao futuro da gravidez sejam tomadas o mais cedo possível, com vista a minimizar as suas consequências. Também Nicolaidis (2007) diz ser claro que a maioria das mulheres deseja o diagnóstico precoce de malformação fetal, e que a interrupção da gravidez no primeiro trimestre é mais segura que no segundo trimestre. Souka et al (2010) apuraram, na amostra estudada, que uma percentagem significativa de grávidas optaria por interromper a gravidez por grave malformação fetal mesmo em idade gestacional avançada. Salientam estes autores as limitações legais existentes para o efeito na maioria dos países.

Pretendemos também determinar se a **paridade** influenciava as atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal. A maioria das inquiridas espera o primeiro filho (61,4%), e as que tem mais de um filho são as mais velhas, resultados concordantes com a estatística nacional de decréscimo da paridade. Os resultados indicam que as grávidas com dois ou mais filhos interromperiam mais facilmente a gravidez por todos os motivos expressos do que as grávidas com o seu primeiro filho, mas as diferenças apenas são significativas entre os grupos para a interrupção por motivos de ordem fetal.

A paridade é um aspecto referido em outros estudos como influenciador das decisões, nomeadamente Sousa & Pereira (2010) referem que mulheres, com filhos anteriores, tiveram em conta, na sua decisão, o impacto do nascimento de uma criança com deficiência grave no bem-estar dos irmãos mais velhos e do próprio casal. A existência de outros filhos pareceu facilitar a decisão de interromper, uma vez que o nascimento de um bebé com problemas iria afetar a relação com os outros filhos que, assim, veriam diminuída a atenção recebida e o apoio dos pais. Estes autores acrescentam ainda a importância da existência de filhos como um aspeto tranquilizador dos pais na medida que

sentem já ter concretizado o sonho da procriação. Al-Jader et al (2000) concluem, no seu estudo, que as mulheres que já têm filhos apresentam mais conhecimentos sobre o diagnóstico pré-natal.

Procuramos saber a influência das **experiências anteriores de interrupção** da gravidez na atitude das mulheres percebemos que 23,4% das mulheres inquiridas tinha antecedentes de interrupção da gestação, uma pequena percentagem das quais por malformação fetal. Realizámos o teste de UMW revelando que quem nunca efectuou interrupção da gravidez interrompê-la-ia por motivos de ordem pessoal e social, mas as que já têm antecedentes de interrupção de gravidez fá-lo-iam por motivos de ordem fetal e atitudes globais. Só os motivos de ordem fetal revelam significância estatística.

Lembramos que a maioria das grávidas, da amostra, com antecedentes de interrupção por malformação fetal tem idades compreendidas entre os 20 e 35 anos. Este dado concorda com os resultados de outros autores, nomeadamente Figueiredo et al (2008) que nos indica que 70% dos fetos afetados com Trissomia 21 têm mães com menos de 35 anos. Assume assim, toda a importância a compreensão da taxa de fecundidade dos diferentes grupos etários e justificação da oferta do rastreio a todas as grávidas, abandonando-se progressivamente a exclusividade do critério idade.

Ainda que das inquiridas 9 em cada dez não possuam **familiares com deficiência**, quisemos saber de que modo a variável podia influenciar as suas atitudes. Realizámos o teste de UMW que revelou que as grávidas que têm antecedentes de familiares com deficiência optariam pela interrupção da gestação em relação a todos os motivos quando comparadas com as que não têm familiares com deficiência, mas as diferenças entre os grupos não são significativas, o que revela a relação de independência entre as variáveis em estudo.

Os nossos resultados contrariam os de Sousa & Pereira (2010) para quem a percepção da gravidade da malformação esteve relacionada com a informação recebida ao longo do processo de diagnóstico pelo médico, no momento da comunicação da notícia e com experiências prévias com crianças com deficiências representando um fator decisivo para a tomada de decisão.

Outra das questões que formulamos foi saber **Em que medida o «Autoconceito» a «vulnerabilidade ao stress», e o funcionamento familiar influenciam a atitude da grávida face à possibilidade de interromper a gravidez por malformação fetal.**

A vulnerabilidade é muito característica da gravidez por distintos fatores que dependem da individualidade de cada pessoa e do contexto envolvente. A adaptação ao processo de transição para a maternidade e a realização de tarefas que têm por finalidade a preparação para a mesma, depende da forma como as mulheres utilizam os seus recursos pessoais e processam psicologicamente, a experiência vivida, sendo consensual na literatura, o reconhecimento que as experiências de mudanças a que durante as aproximadas 40 semanas de gestação as mulheres se encontram sujeitas, induzem um acréscimo nos níveis de stress.

Como nos diz Vaz Serra (1986) O autoconceito é um fenómeno íntimo e privado e não diretamente mensurável ou exteriorizável. É além disso, uma propriedade que resulta do produto da abstração de larga variedade de comportamentos.

O grupo estudado apresenta um autoconceito médio total dentro de valores normais. As grávidas com idade superior a 35 anos apresentam melhor autoconceito global e as grávidas mais jovens revelam maior aceitação / rejeição social e impulsividade/actividade, concordante com o período de crescimento que vivenciam, sendo as grávidas com menor nível de instrução que apresentam o autoconceito mais baixo.

Silveira & Ferreira (2010) e Korenromp et al (2009) destacam a importância do autoconceito para o funcionamento psicológico em que a um menor nível de autoconceito corresponde pior funcionamento psicológico.

Dois terços da nossa população não são vulneráveis ao stress com percentuais similares nos três grupos etários. As grávidas com o grau de licenciadas são as menos vulneráveis ao stress, a maior vulnerabilidade ao stress observa-se nas grávidas empregadas, casadas, que planearam a gravidez, que se encontram no terceiro trimestre de gestação assim como nas que não possuem antecedentes de interrupção da gestação. Interessante verificar este percentual de vulnerabilidade mais elevado nas grávidas do terceiro trimestre fato que acreditamos poder estar relacionado com a aproximação do parto.

Korenromp et al (2009) afirmam que um elevado nível de stress verificado no início da gravidez é fortemente preditor de perturbações persistentes.

Observa-se que a maioria das grávidas em estudo, tem uma família altamente funcional, situando-se no grupo etário dos 20-35 anos, com 2º ciclo de escolaridade, casadas ou em união de facto e empregadas. Entre as famílias com disfunção severa não se observam atitudes pouco favoráveis à interrupção da gravidez.

A disfunção familiar associa-se com resultados negativos, como gravidezes não planeadas, consumo de substâncias, infecções sexualmente transmitidas e transtornos depressivos como nos refere Ariza (2006)

Realizaram-se análises de regressões múltiplas para estudar a relação entre as atitudes das grávidas face à **interrupção da gravidez por motivos de ordem pessoal/social**, com a variável sociodemográfica: idade e, as variáveis psicológicas: autoconceito, vulnerabilidade ao stress e, variável sociofamiliar: funcionalidade familiar. Apuramos como primeira variável preditora a **maturidade psicológica**, seguida da **funcionalidade familiar** e **carência de apoio social**. A menor maturidade psicológica, e as famílias mais disfuncionais e a maior carência de apoio social, maior a motivação pessoal e social para a interrupção da gestação por malformação fetal.

Para os **motivos de ordem fetal** verificamos que as correlações entre este fator das atitudes, para a interrupção da gestação por malformação fetal, e as variáveis independentes, variável sociodemográfica: idade e, as variáveis psicológicas: autoconceito, vulnerabilidade ao stress e, variável sociofamiliar: funcionalidade familiar, são ínfimas, oscilando entre ($r = -0.005$) na maturidade psicológica e ($r = -0.250$) na idade. Neste modelo de regressão, apenas duas variáveis se constituíram como predictoras: **a idade** que foi a primeira variável a entrar por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto, explicando por si só 6.2% da variação dos motivos de ordem fetal com um erro padrão de regressão de 4.762 e a **aceitação/ rejeição social** que explica por si só 2,9% da variância.

Analizamos finalmente os resultados relativos à relação entre as **atitudes para a interrupção da gestação por malformação fetal** e variáveis independentes variável sociodemográfica (idade) e as variáveis psicológicas (autoconceito, vulnerabilidade ao stress e variável sociofamiliar (funcionalidade familiar). Realça-se pelos coeficientes padronizados beta o maior valor preditivo da funcionalidade familiar estabelecendo as duas variáveis uma relação inversa pelo que podemos inferir que as atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal serão mais favoráveis quanto menor **funcionalidade familiar** e **maior a maturidade psicológica**.

Como acabámos de ver, são **preditoras das atitudes das grávidas a maturidade psicológica, funcionalidade familiar, carência de apoio social, idade, aceitação/rejeição social** assim como a **situação profissional**.

Podemos assim afirmar que o autoconceito é uma dimensão da personalidade que apresenta evidências de sensibilidade na situação de interrupção da gestação por malformação fetal contrariamente ao verificado por Noya & Leal para a interrupção voluntária da gravidez. Não encontramos outros estudos que relacionassem a vulnerabilidade ao stress ou o autoconceito com a temática em estudo.

Figueiredo et al (2008) lembram que Parentalidade diz respeito a tudo o que os pais fazem para cuidar da sua criança, e tem como objectivo permitir que se torne competente, levando-a a tornar-se adulta de modo a ser capaz de funcionar bem na sociedade. O comportamento parental inclui proporcionar um ambiente adequado ao desenvolvimento cognitivo e social da criança, responder ao seu desconforto, interacções sociais, pedidos e comportamentos disruptivos. Deste modo se compreende que as famílias com bebés com deficiência sejam classificadas como famílias de alto risco prevendo-se alterações no comportamento parental numa atitude de adaptação à situação que vivem. A auto-estima e a própria personalidade influenciam as atitudes e comportamentos dos pais, estes também vão ter dificuldade em saber o que têm de fazer, ou como devem agir.

Relembramos ainda que a gravidez enquanto crise de maturação suscita alterações ao nível do autoconceito materno associadas às tarefas desenvolvimentais. Gradualmente a mãe deixa de se

considerar auto-suficiente e independente, para se sentir com uma obrigação para com outro ser que durará toda a sua vida (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 1999).

Os nossos resultados concordam também com Carvalho & Araújo (2010,p.171) "Os casais mais velhos são emocionalmente mais maduros e conseguem gerir melhor as dúvidas da maternidade, sendo habitualmente casais com maior estabilidade financeira proporcionando uma melhor qualidade de vida familiar.

Bijma et al (2005) salientam que os mecanismos cognitivos, onde se podem incluir os fatores de autoconceito – maturidade psicológica e aceitação/rejeição, que são suscitados pelas emoções, e que não são necessariamente racionais, podem ter um importante e benéfico papel na tomada de decisão dos pais após o diagnóstico de malformação fetal. Por conseguinte, o processo de tomada de decisão parental não deve ser apenas avaliado com base na sua racionalidade mas também quanto ao resultado emocional.

À semelhança, Kirkman et al (2009), hierarquizam as razões apontadas pelas mulheres para decidirem interromper a gravidez em três grandes categorias: Razões da própria mulher; razões associadas a outros e razões materiais/económicas.

Relativamente à carência de apoio social concordam os resultados por nós obtidos com os de Sousa & Pereira (2010), a falta de apoio social e os encargos familiares constituíram um importante fator de decisão em dez das entrevistadas. São reconhecidos custos relacionados com o impacto do nascimento nos recursos socioeconómicos da família bem como nas possíveis dificuldades de coordenação das actividades profissionais da mulher com os cuidados à criança. Existe a percepção de que a sobrevivência e os cuidados destas crianças ficam quase totalmente na dependência das famílias, aumentando consideravelmente os encargos económicos e o desgaste psicológico, pela constante necessidade de apoio e disponibilidade, constituindo um grande sacrifício para toda a família.

Como afirma Wertz (1992), são os pais e não a sociedade, quem cria os filhos e que se confronta com as dificuldades de apoio prestados a crianças doentes. Embora a tendência possa ser para haver, progressivamente, maior integração social e aceitação das diferenças inerentes à diversidade humana, os pais dificilmente podem esperar que as mudanças sociais aliviem a sobrecarga familiar proveniente de um filho com uma doença genética e duvidam da capacidade da sociedade em os substituir nos cuidados a prestar ao seu filho quando vierem a falecer.

Nelas (2004) salienta que o apoio social pode ser percebido de diferentes maneiras, ora focalizando os aspetos estruturais ou conteúdo funcional das relações, ora enfatizando o sentido do apoio percebido ou ainda as diferenças entre os vários tipos de apoio. Contudo, parece consensual o facto de este conceito envolver sempre transacções entre pessoas.

Concluimos assim da importância do suporte social, na gravidez, crucial porque a mulher para além de se sentir mais ansiosa e insegura, necessita de mais afeto, de demonstrações de carinho, essencialmente por parte de amigos e família e de mobilizar todos os recursos disponíveis que lhe possibilitem cumprir as suas funções de maternagem. O apoio social revela-se como um fator protector da adaptação à maternidade.

4 - CONCLUSÕES

Foi considerando o conhecimento das atitudes dos indivíduos uma questão relevante a nível individual e interpessoal, e cada vez mais importante nas intervenções na área da saúde, que nos propusemos desenvolver este estudo. Ainda que não o possamos afirmar como representativo da população Portuguesa, pela dimensão da amostra, acreditamos ter obtido informações válidas à compreensão do fenómeno em análise. Foram inquiridas 145 grávidas, a maioria de nacionalidade Portuguesa, caucasiana, católica, com idade média de 29.2 anos, primigestas, planearam a gravidez e estão no primeiro trimestre.

Elaborámos, para este estudo, uma escala que denominámos por AGIMF 22 – Atitude das Grávidas Face à Interrupção da Gestação por Malformação Fetal, uma vez que não encontrámos nenhum instrumento de avaliação construído para o efeito. Através da sua aplicação verificámos que 41.38% das grávidas inseridas no estudo revelou atitude pouco favorável à interrupção da gestação por malformação fetal, 19,31% atitude favorável e 39.31% atitude muito favorável.

Da validação da escala extraíram-se dois fatores com raízes latentes superiores a 1 que explicam 61.83% da variância total. O fator 1 que designamos por motivos de ordem pessoal e social, explica 41.83% da variância total e o fator 2 designado por motivos de ordem fetal explica 20.00% da variância total.

Associado ao fator motivos de ordem fetal as quatro questões que maior correlação apresentam, com o global da escala, são: “Interromperia a gravidez porque a sobrecarga financeira seria muito grande para a minha família”, seguida de “Interromperia a gravidez porque não quero que os meus outros filhos tenham que enfrentar as dificuldades de terem um irmão deficiente”, “Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente desgastaria muito o meu relacionamento” e “Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente afetaria a minha carreira profissional”. Relativamente ao fator motivos de ordem fetal a maior correlação foi obtida por “Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência mental”, “Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência física”, “Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada malformação grave num estágio avançado da gestação” e “Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia incompatível com a vida”.

A menor correlação para o primeiro fator da escala foi obtida por “Interromperia a gravidez por considerar a minha idade avançada para garantir os cuidados que o bebé necessitará” e para fator 2” Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia que pudesse ser tratada causando apenas alterações estéticas”.

A questão “As minhas crenças religiosas nunca me permitiriam interromper uma gravidez” não obteve correlação com o global da escala, tendo sido retirada, pelo que não encontramos influência da religião nas atitudes das grávidas inquiridas. A religião é referida por outros autores, nomeadamente Souka et al (2010), como influenciadora da atitude.

Ao verificar a influência das variáveis sociodemográficas idade, nacionalidade, etnia, religião, estatuto profissional, habilitações académicas, nas atitudes face à interrupção da gravidez por malformação fetal, concluímos ser a idade que apresenta maior valor preditivo para a interrupção da gravidez sustentada em motivos de ordem fetal, levando-nos a afirmar que quanto maior a idade e maior a aceitação/rejeição social (fator do autoconceito) maior a motivação para a interrupção da gestação por malformação fetal. O maior valor de aceitação/ rejeição social verificou-se no grupo das inquiridas com idade inferior aos 19 anos. As grávidas com idade superior aos 35 anos apresentam melhores índices globais de autoconceito. Situam-se assim, nestes dois grupos etários, propósitos distintos face a um mesmo problema, as mais jovens mostraram-se menos favoráveis à interrupção da gravidez por malformação fetal enquanto as grávidas com mais de 35 anos consideram a interrupção por esse motivo. Para as mais velhas a malformação assume maior preocupação que os motivos de ordem pessoal ou social, enquanto que as grávidas de idade intermédia têm atitudes mais favoráveis à interrupção da gravidez por motivos de ordem pessoal e social e atitudes globais.

Interessante observar a importância atribuída pela grávida à profissão/carreira profissional, verificando-se, neste estudo, existir influência da situação profissional nas atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal, havendo significância entre idade das grávidas e situação de emprego, nomeadamente idade inferior a 19 anos e desempregadas.

Ainda, sobre as variáveis sociodemográficas, verificamos que apresentam atitudes pouco favoráveis à interrupção da gravidez por malformação fetal 41,52% das grávidas que possuem licenciatura; 42,15% das inquiridas que se encontram no primeiro trimestre; 64,28% das grávidas do 3º trimestre; 64,28% das grávidas desempregadas e 39,28% das grávidas com filhos.

Concluímos também que as grávidas com menores habilitações têm atitudes mais favoráveis para a interrupção da gestação por motivos de ordem pessoal e social e atitudes gerais e as possuidoras da licenciatura por motivos de ordem fetal; as grávidas casadas e as empregadas são mais favoráveis à interrupção da gestação; quem não fez planeamento da gravidez apresenta motivos de ordem pessoal e social para interromper a gravidez, enquanto que as que fizeram planeamento os motivos para a interrupção da gravidez são de ordem fetal e de um modo geral atitudes mais globais. Quem nunca efectuou interrupção da gravidez interrompê-la-ia por motivos de ordem pessoal e social, mas as que já têm antecedentes de interrupção de gravidez fá-lo-iam por motivos de ordem fetal e atitudes globais. As atitudes não são diferentes nas grávidas com familiares portadores de deficiência.

Do estudo realizado ao modo como as variáveis psicológicas autoconceito, vulnerabilidade ao stress, e o funcionamento familiar influenciam a atitude da grávida face à possibilidade de interromper a gravidez por malformação fetal, concluímos que: a maturidade psicológica, a funcionalidade familiar e a carência de apoio social são preditores das atitudes das grávidas associadas a motivos de ordem pessoal e social. Para os motivos de ordem fetal verificamos a aceitação/ rejeição social, e a idade anteriormente referida, como preditoras da atitude. A funcionalidade familiar e a maturidade psicológica são preditores das atitudes de uma forma global.

O fator aceitação/ rejeição social teve percentuais mais elevados nas grávidas mais jovens, com o 2º ciclo, que interromperam anteriormente por algum motivo a gravidez. Constatamos que entre as famílias com disfunção severa não se observam atitudes pouco favoráveis à interrupção da gravidez, e nas famílias com disfunção leve prevalecem as atitudes muito favoráveis com 22.8%. A maturidade psicológica estabelece significância estatística com o estado civil, as mulheres que interromperam por algum motivo a gravidez têm uma maior maturidade psicológica, as grávidas com idade superior a 35 anos apresentam ordenações mais elevadas em relação ao perfeccionismo e intolerância à frustração, carência de apoio social, condições de vida adversas mas menos inibição e dependência funcional.

As actividades de aconselhamento reprodutivo têm o dever de procurar a participação activa e consciente do casal em todas as etapas assistenciais, respeitando seus anseios e atitudes. Tal objetivo não é facilmente conseguido, por estarem em jogo não só aspetos racionais, mas também sentimentais, éticos, religiosos e legais, devendo, portanto, ser realizado por profissionais apropriadamente treinados que coloquem o seu conhecimento ao serviço do bem-estar da mulher e do bebé, reconhecendo os momentos críticos em que as suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos

Terminamos acreditando ter reunido dados que contribuem para uma melhor compreensão das atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal, esperando que os mesmos venham a refletir-se na prática de cuidados obstétricos à mulher em contexto de diagnóstico pré-natal. Os dados obtidos poderão servir de suporte a futuras linhas de investigação, nomeadamente estudando as atitudes dos profissionais de saúde perante este mesmo tema.

Concluído este estudo disponibilizamos à comunidade investigadora nacional o instrumento de avaliação construído e validado AGIMF 22 – Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez por Malformação Fetal.

BIBLIOGRAFIA

Abrahão, A.R., (2009). Aconselhamento Genético. Em Barros, S.M.O., org – *Enfermagem Obstétrica e Ginecológica* (2ª ed.) (pp 67-74). São Paulo: Editora Roca.

Albuquerque.& Oliveira, C (2002) Característica psicológicas associadas à Saúde. A importância do autoconceito. *Revista Millenium*.nº26.

Al-Jader,L., Parry-Langdon,N. & Smith,R.(2000). Survey of attitudes of pregnant women towards Down syndrome screening. *Prenatal Diagnosis*. 20,23-30

Almeida, A. N., André, I. M. & Lalanda, P. (2002) - Novos padrões e outros cenários para a fecundidade em Portugal. *Análise Social*, vol. XXXVII (163),371-409. Acedido em 19,Julho,2012em:<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218732699N2uHX4tb3Mz73TK7.pdf>

Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40: 185-199.

Andrade, C & Fontaine, A. M., (2000). Abordagem psicossocial dos comportamentos orientados para a Saúde: Estudo dos fatores de previsão da aceitação e da rejeição do Diagnóstico Pré-Natal. *Análise Psicológica* 4 (XVIII),499-521

Andrade, M. C. (1997). *Abordagem Psicossocial dos Comportamentos Orientados para a Saúde – Estudo dos preditores da aceitação ou rejeição do Diagnóstico Pré-natal*. Dissertação de Mestrado não publicado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Andrade, M. C (2000) – Influência das variáveis psicossociais nos comportamentos orientados para a saúde. *Revista Referência*. N.5 Novembro Acedido em 9, Maio, 2011 em <http://www.esenfc.pt>

Antunes, M. S.& Patrocínio, C., (2007). A malformação do bebé vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol.8 n.2,230 – 252. Acedido em 9, Maio, 2011, em [http:// www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a07.pdf](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a07.pdf)

Aymé, S., (2005.) *As injustiças do nascimento*. Lisboa: Linadem (Liga Internacional para o Estudo e Apoio da Deficiência Mental).

Ariza, L., Marcela, L., Duran, A., Cristina, M., Cubilos, D., Janeth, Z. & Campo-Arias, A. Consistência interna y análisis de factores de la escala de Apgar para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básico secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatria* año/ vol.XXXV,n001, 23 – 29.

Asch, A., (2003). Diagnóstico pré-natal e aborto seletivo: Um desafio à prática e às políticas *Revista saúde colectiva*, (2):49 – 82. Acedido em 24, Abril, 2012, em **Erro! A referência da hiperligação não é válida.**

Benute, G, Nomura,R.,Lucia, M & Zugaib, M., (2006). Interrupção da Gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspetos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, Vol.28; p.10-17. Acedido em 15, Setembro,2011, em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n1/29588.pdf>

Benute, G, Nomura,R., Liao,A.,Lucia,M. & Zugaib, M (2011). Feelings of women regarding end-of-life decision making after ultrasound diagnosis of a lethal fetal malformation. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2011.06.011

Bijma H., Wildschut, H., Heide, P., Waldimiroff, J. & Maas, P., (2005).Parental decision - making after ultrasound diagnosis of a serious foetal abnormality. *Fetal Diagnosis Therapy* 20,321 – 327. Acedido em 17, Junho,2011, em <http://search.proquest.com/docview/222350027/fulltextPDF/1321F4EA59667A20E65/1?accountid=29061>

Bijma, H., Heide, A., Wildschut, H., (2008). Decision- Making after Ultrasound Diagnosis of Fetal Abnormality. *Reproductive Health Matters*, 16(3), 82-89. Acedido em 17, Junho,2011, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18772088>.

Bobak, I.M., Lowdermilk, D.L., Jensen, M.D. (1999).Enfermagem na Maternidade. (4ªEd.) Loures. Lusociência

Bortoletti, F. F., Silva, M.& Tirado,M.C.B. (2007) Assistência psicológica em medicina fetal. Em *Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar*. São Paulo. Mande, XXV, (p.61-66).

Canavarro, M.C. (Ed.) (2001).Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra. Quarteto Editora

Carlos, A., Pires, A., Cabrita, T., Alves, H. Araújo, C., Bentes, M.H., (2007). Comportamento parental de mães adolescentes. *Análise Psicológica*. 2007, vol.25, n.2, 183-194. Acedido 9, Abril,2012,em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a02.pdf>.

Carvalho, R.M. & Araújo, C. (2010) A gravidez nos extremos da vida reprodutiva. Em Graça, L.M. (Org.) *Medicina Materno Fetal*. (4ª Ed.) (p.168 – 172). Lisboa- Porto. Lidel

Castedo, S. M (2010). Rastreio Pré-natal de defeitos abertos do tubo neural e Síndrome de Down. Acedido em 30, Julho, 2012, Disponível em [http://www.labmed.pt/pdf/Rastreio Pré Natal. pdf](http://www.labmed.pt/pdf/Rastreio%20Pr%C3%A9%20Natal.pdf)

Clode, N. & Melo, M. A., (2010) Diagnóstico das anomalias fetais mais frequentes. Em Graça, L.M. (Org.) *Medicina Materno Fetal*. (4ª Ed.) (p.216 – 247). Lisboa- Porto. Lidel

Costa, L.L.F. (2004). Interrupção de gestação por anomalia fetal incompatível com a vida após o nascimento: As vivências das mulheres. Tese mestrado não publicada. UNICAMP

Cruz, M. M., (1990). Encantos e Desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica*, Vol.4,nVIII; p.367-370

Deus, J. (2005) A Vida. Em Cordeiro, M. (Org.) *A Poesia do Nascer*. (1ª Ed.). (p.108). Okidoki.

Diário da República (2007) Lei nº 16/2007 de 17 de Abril. 75,I Série. p.2417 - 2418

Diário da República (1990) Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. 95,I Série. p.3452

Diário da República (1997) - Despacho 5411/97, (2ª série), 180 - II Série, p.9509 – 9510

Diário da República (1984) Lei nº 6/84 de 11 de Maio. 109,I Série. p.1518 - 1519

Direção Geral da Saúde (2001). Saúde Materno-infantil: Rede de referenciação Materno-Infantil. *Gráfica Monumental*. Lisboa. 72p.

Direção Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de saúde 2004- 2010: mais saúde para todos (Vol I-II). Lisboa.

Direção Geral da Saúde (2009). Relatório das mortes maternas em Portugal, 2001 – 2007. Acedido em 09, Maio, 2011 [http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/publicacoes/Artigos%20pdf /Mortes%20 Materna % 20-%20DGS.pdf](http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/publicacoes/Artigos%20pdf/Mortes%20Materna%20-%20DGS.pdf).

Direção Geral da Saúde (2010) - Relatório do registo das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de Abril – Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro 2009. Divisão de Saúde Reprodutiva. Lisboa. Acedido em 9, Maio, 2011 em publicações WWW.saude reprodutiva.dgs.pt.

Direção Geral da Saúde (2011a) - Relatório do registo das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de Abril – Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro 2010. Divisão de Saúde Reprodutiva. Lisboa. Março de 2011

Direção Geral da Saúde (2011b) Exames ecográficos na gravidez. Nº 23/2011 de 29 de Setembro de 2011.

Direção Geral da Saúde (2011) - *Evolução dos valores dos indicadores em Portugal Continental (2001-2009)*. Acedido em 12, Julho, 2012, em <http://www.dgsaude.min-saude.pt>

Diukman, R. & Goldber, J.D. (2009). Termination of pregnancy .Em Evans, M., *Prenatal Diagnosis*. McGraw Hill Companies. USA (537 – 547)

Drake, H., & Marteau, T. (1996) Attitudes toward termination for fetal abnormality: comparisons in three European Countries. *Clinical Genetics* .49,134-140.

Enciclopédia Luso Brasileira da Cultura. Lisboa. Editorial Verbo, 1964. Vol 2, (p.1738).

Faden, R., Chwalow, A., Quaid, K., Chase, G., Lopes, C., Leonard, C., & Holtzman, N. (1987) Prenatal screening and pregnant women's attitudes toward the abortion of defective fetuses. *American Journal of Public Health*. Vol.77, n.3, p288-293 Acedido em 9, Maio, 2011,

Fatia, A. J. J., (2008) Uma Mão Cheia de nada – Vivências da mulher submetida a interrupção médica da gravidez por malformações fetais. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Aberta. Lisboa.

Figueiredo, S., Pires, A., Candeias, M., Miguel, M., Bettencourt, J., Cotrim, L. (2008) Comportamento parental face à Trissomia 21. *Análise Psicológica* vol.26, n.2, 355-365.

Filomena, G. (2004). A maternidade das mães adolescentes, processo de reconstrução identitária. Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação Atelier: Famílias. Acedido em 20, Agosto, 2011, em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628cee82bf3d_1.pdf

Fonseca, A; Nazaré, B; Canavarro, M.C (2009) – Diagnóstico de anomalia congénita no bebé no período perinatal: o papel da perceção parental acerca do diagnóstico na qualidade de vida Acedido em http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F721889083/E-book_final.pdf.

Guedes, M.; Gameiro, S. & CANAVARRO, M. C, (2010) Experiências relacionais precoces, vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e adaptação à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psicologia Saúde & Doenças* [online], vol.11, n.2, pp. 199-217. ISSN 1645-0086. acedido em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v11n2/v11n2a02.pdf>

Hospitais SNS – Contrato Programa 2008 – Metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos. Administração Central do Sistema de Saúde. Unidade operacional de financiamento e contratualização. Ministério da Saúde Lisboa, em 31 de Outubro de 2007. Acedido em 30, Agosto, 2011, em http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/14_12_2010_Metodologia%20HH_ULS%202011.pdf

Imperatori, E. (1999). -Mais de 1000 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário. Editora Nova, Lisboa. (pg33).

Kersting, A., Kroker, K., Steinhard. J., Franz, I. , Wesselmann.U., Luedorf,K.,...,Suslow,T., (2009). Psycho logical impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth – a 14 month follow up study. *Women's Ment Health*. Vol.12, n4,(4)193-201.doi:10.1007/s00737-009-0063-8

Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman. A., Mallett. S. Rosenthal. D., (2009) Reasons women give for abortion: a review of the literature. *Arch Womens Ment Health*.Vol.12;.365-378.doi:10.1007/s00737-009-0084-3

Korenromp, M., Godelive, C., Christiaens, P., Bout, J., Mulder, E., Hunfeld, J.,... Visser, G., (2005). Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: similarities and differences between partners. *Prenatal Diagnosis*. Vol.25;p.1226-1233. doi:10.1002/pd.1307

Korenromp, M., Godelive, C., Christiaens, P., Bout, J., Mulder, E., Visser, G. (2009), Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4,8 and 16 months. *American Journal of Obstetrics &Gynecology*.201:160.e1-7.

Lima, M.L.P. (1993). Atitudes. Em Vala. & Monteiro, M.B. *Psicologia Social*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

Leal, I (1991) Transformações socioculturais da gravidez e da maternidade: Correspondente transformação. Em Ribeiro, J.L. (Ed.) Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde (p.201-230) Braga. Instituto Superior de Psicologia aplicada.

Machado, C. M. (2010). Vivências da mulher em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais. Tese mestrado não publicada Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS. Porto.

Machado, M. E. (2010). Diagnóstico Pré-natal de Malformação Fetal: Um Olhar Sobre o Casal. Dissertação de mestrado não publicada. Belo Horizonte.

Machado, M. H. (2010). Assistência pré-natal. Em Graça, L.M. (Org.) *Medicina Materno Fetal*. (4ª Ed.) (p.151-161). Lisboa- Porto. Lidel.

Malhotra, N., Rao,JP., Malhotra., Malhotra. (2010). Ultrasound for screening fetal – malformations – Has 3-D made a difference? *South Asian Federation of Obstetrics and Gynecology*. Vol2,(1), 7-10.

McIntyre, T., Carvalho, P. & Milhazes, G. (1997). Ansiedade e depressão no processo gravídico: Dados preliminares. Em Ribeiro, J.L. – Actas 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Braga. Instituto Superior de Psicologia aplicada.

Mendes, I.M.M.D (2007). *Ajustamento materno e paterno: Experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Dissertação de doutoramento não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Ministério da Saúde. (2008) *Organização Perinatal Nacional – Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. Lisboa. Acedido em 15, Setembro, 2011, em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3B954880-DAE9-4D5B-BD5E-E80350EC8239/0/orgperinatal.pdf>

Ministério da Saúde (2007). *Hospitais SNS – Contrato Programa 2008 – metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos*. Administração Central do Sistema de Saúde. Unidade operacional de financiamento e contratualização. Acedido em 30, Agosto, 2011 http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Hospitais_EPE_SPA/Hospitais_EPE/Contratos_Programa/Metodologia2008Final_28_03_2008.pdf.

Nelas, P. A. (2004). Suporte social na gravidez adolescente *Interações* Escola Superior de Altos Estudos, 6. p. 170-184.

Neto, Félix (1998) – *Psicologia Social*. (Vol.1) Lisboa: Universidade Aberta

Nicolaidis, K.H. (2007) Some thoughts on the true value of ultrasound. *Ultrasound Obstet. Gynecol*; 30, p.671-674 DOI: 10.1002/uog.5156

Noya, A & Leal, I.P., (1998). Interrupção Voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico. *Análise Psicológica*, n.3 (XVI):431- 439

Noya. A. & Leal, I. (1998) Eu sou, tu és, ele era...Autoconceito e Interrupção Voluntária da Gravidez. *Análise Psicológica*, 3 (XVI): p.463-467 acedido em 15, Setembro, 2011 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a12.pdf>.

Panisson, I.A., (2008). Estudo comparativo entre a ultra-sonografia pré-natal e a necropsia no diagnóstico de anomalias congénitas. Dissertação de Mestrado não publicada. Porto Alegre.

Pereira, S., Ganapathy, R., Syngelaki, A., Maiz, N & Nicolaidis, K.H (2011) Contribution of fetal tricuspid regurgitation in first-trimester screening for major cardiac defects. *Obstetrics and gynecology*. 117(6), p.1384-91

- Pereira, S. (2009) Relatório de actividades da Unidade de Medicina Fetal. Centro Hospitalar Tondela – Viseu. Acedido no Serviço.
- Pestana, M. H. Gageiro, J.N., (2005). – Análise dos dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4ª Ed.) Revisada e aumentada. Lisboa Edições Silabo.
- Pinto, J.W. (2002). Diagnóstico pré-natal. Em *Ciência & Saúde Coletiva*.7 (1) 139-157
- Pocinho, M & Capelo, M.R. (2009) Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e auto-eficácia em professores portugueses *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.35, (2), p. 351-367
- Pordata (2012) *Idade média da mãe ao nascimento de um filho* Acedido em 12, Julho, 2012 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+media+da+mae+ao+nascimento+de+um+filho-417>
- Pordata (2012) *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. Acedido em 12, Julho, 2012 em <http://www.pordata.pt/Portugal/Idade+media+da+mae+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- Ribeiro, J. L. P (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social. *Análise Psicológica*. 3(XVII), p. 547 - 558
- Rocha, J. C. F. C., (2004). Fatores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Sampieri, R.H., Collado, C.F., & Lucio, P.B., (2003). *Metodología de la investigación* (3ª Ed.) McGraw – Hill Interamericana, México.
- Scavone, L., (2001). Maternidade: transformações na família e nas relações de género. *Interface – Comunic – saúde educ*,v5, n.8,p.47-60.
- Silveira, C.S.P. & Ferreira, M.M.C. (2010) Estudo comparativo do autoconceito na grávida com e sem patologia obstétrica. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*.nº11,p.19-25.
- Simões, M.R., Machado, C., Gonçalves, M.M & Almeida, L., (2008). Avaliação Psicológica – Instrumentos Validados para a População Portuguesa”. *Avaliação Psicológica*, Vol.III. p.39-55.
- Souka, A.P, Michalitsi, V., Skentou, H., Euripioti, H., Papadopoulos, G., Messinis,I., ..., Salamalekis, E., (2010). Attitudes of pregnant women regarding termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis*. Vol 30,p.977 – 980.doi: 10.1002/pd 2600

Sousa, L. & Pereira, M. G. (2010). Interrupção da gravidez por malformação congénita: Perspectiva da mulher. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol.11, (2),p.229-242

Svalenius, E., Dykes, A.K., & Jorgensen, C.(1998). Fators influencing informed choice of prenatal diagnosis: women's feelings and attitudes. *Fetal Diagnosis and therapy*, 13,p.53-61

Tavares, M.P (2010). – Diagnóstico pré-natal de alterações genéticas. Em Graça, L.M. (Org.) *Medicina Materno Fetal*. (4ª Ed.) (p.85-93). Lisboa- Porto. Lidel.

Vale; M. (2010) – Da imagem à ciência e à ética em medicina fetal. Em Pombo, O. & Marco, S. D. (Org.) *As imagens com que a ciência se faz*. Lisboa. Fim de Século – Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.

Vaz Serra, A. (1986) O inventário clinico de autoconceito. *Psiquiatria clinica*. 7 (2),p.67-84.

Vaz Serra, A. (2000) – Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria clínica*. 21(4), p. 270-308.

ANEXOS

ANEXO I - – Fotocopia do pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela - Viseu para efectuar colheita de dados



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

2/06/11

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

3

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE
(Hospital de São Teotónio)
Av. Rei D. Duarte
3504-509 VISEU

Autorizado
INFORME-se

17/06/11

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	606
Processo:	70
Data:	01/06/2011

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito do Relatório Final de Investigação do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Deolinda Fróis estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema **"Atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal"**.

O desenvolvimento da medicina obstétrica, designadamente dos meios de diagnóstico e tratamento, permitiu o diagnóstico de uma ampla gama de malformações fetais, inclusive aquelas incompatíveis com a vida. Quando as malformações fetais são detectadas no diagnóstico pré-natal, levanta-se a questão de interromper ou não a gravidez de acordo com o contexto legal.

Conscientes das dificuldades implícitas à aceitação do diagnóstico de malformação fetal para as mulheres e seus parceiros, pois têm que enfrentar a interrupção das suas expectativas e esperanças, constituem objectivos principais deste estudo: analisar a atitude das mulheres face à possibilidade de interromper a gravidez; analisar a influência das variáveis sócio-demográficas na atitude das mulheres face à interrupção da gravidez por malformação fetal; estudar a influência do Apgar familiar na atitude das mulheres face à interrupção da gravidez por malformação fetal; verificar de que modo as variáveis psicológicas «autoconceito» e «vulnerabilidade ao stress» influenciam a atitude da mulher face à interrupção da gravidez por malformação fetal.

Neste contexto, solicitamos a V. Exª autorização para a realização da colheita de dados durante o período de 15 de Julho a 30 de Setembro de 2011, junto das utentes da Unidade de Medicina Fetal do Hospital de São Teotónio.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Exª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que os Professores Doutores Manuela Ferreira e João Duarte são os responsáveis pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes. Sem mais, muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

Hospital de São Teotónio - Viseu	
Secretariado da Administração	
Documento nº	1232
Entrada	03/06/2011 h
Saida	07/06/2011 h
Secretaria	17/06/2011 h
	20/06/2011 h

MF/NC

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

ANEXO II - Autorização para utilização das escalas
“Inventário clínico autoconceito” e “ Vulnerabilidade ao
stress”

Professor Doutor Adriano Vaz Serra
Rua Pinheiro Chagas, n.º 56
3000-333 Coimbra

Ex.ma Senhora
Enfermeira Deolinda Maria da Silva Frois
Av. do Povo nº 69 – Ranhados
3500-641 VISEU

Enfermeira Deolinda,

No seguimento do que foi solicitado por e-mail junto envio:

1. – A escala 23 QVS tal como é usualmente dada a preencher (frente e costas).
2. – Duas folhas separadas, da mesma escala, para poder fazer futuramente novas fotocópias.
3. – O programa de cotação da 23 QVS.
4. – Um texto explicativo da escala 23 QVS.

Quanto ao programa de cotação, peço-lhe que abra a caixa do Mini CD e verifique a explicação que vem na contra-capá. O ícone que é produzido quando o programa é instalado pode ser colocado no ambiente de trabalho ou em qualquer pasta específica. Fazendo dois cliques sobre o ícone o programa abre. Veja as explicações que o próprio programa refere. Ao fim tem a possibilidade de carregar num botão e mandar imprimir os resultados.

Igualmente envio:

5. – A escala de Auto-Conceito tal como é usualmente dada a preencher (frente e costas) a qualquer pessoa.
6. – Duas folhas separadas, da mesma escala, para poderem fazer futuramente novas fotocópias.
7. – Duas folhas da escala com os valores de cotação das diversas questões. A soma final permite atribuir o valor global da escala, obtido para qualquer respondente.
8. – Um texto com o artigo original da criação desta Escala.

Desejando os melhores êxitos para o seu trabalho, aceite os melhores saudações de

Coimbra, 15 de Julho de 2011



ANEXO III - – Instrumento de colheita de dados

Instituto Superior Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Trabalho elaborado no âmbito do I Curso de Mestrado em
Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Viseu

Junho 2011

Venho por este meio solicitar-lhe o preenchimento do seguinte instrumento de colheita de dados, por forma à concretização de um trabalho de investigação que se intitula” Atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal “.

Neste sentido pedimos-lhe que leia atentamente as perguntas que se seguem e responda a todas elas de uma forma espontânea e sincera, sempre de acordo com aquilo que faz, sente ou pensa. Não existem respostas corretas ou incorrectas o que nos interessa é a sua opinião.

Assim, solicitamos o preenchimento sincero e objectivo, salvaguardando, desde já, o anonimato e a confidencialidade, bem como todos os princípios éticos e morais inerentes aos dados recolhidos.

Agradeço desde já a sua compreensão e o tempo disponibilizado, subscrevo-me com respeitosos cumprimentos

Deolinda Fróis

QUESTIONÁRIO

1 - Idade _____ Anos

2 – Nacionalidade _____

3 – Etnia

Negra Caucasiana/ Branca Asiática Cigana

4 – Religião

Católica Protestante Geová Nenhuma

Outra Qual? _____

5 – Escolaridade

Ensino Básico/Primário 1ª Ciclo(Preparatório) 2ª Ciclo(Secundário)

Bacharelato Licenciatura Outro Qual _____

6 – Estatuto Profissional

Empregado Desempregado

7 – Profissão/Ocupação _____

8 – Estado Civil

Solteira Casada/União de Facto Divorciada/separada Viúva

9 – Gravidez Planeada

Sim Não

10 – Idade gestacional?

1º Trimestre 2º Trimestre 3º Trimestre

11 – É o primeiro filho?

Sim Não Se não, quantos filhos tem? _____

12 – Já teve alguma interrupção da gravidez?

Não Sim Se sim, por razões espontâneas médicas ou sociais

13 – Existe algum membro da sua família com deficiências?

Sim Não

Leia cuidadosamente as frases que se seguem e assinale com uma cruz o que melhor descreve a sua atitude perante a possibilidade de uma gravidez com malformação fetal.

Não existem respostas certas ou erradas. Por favor não deixe nenhuma questão por responder. A sua colaboração é fundamental.

Atitudes face à interrupção da gravidez	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1 – Eu nunca interromperia a gravidez qualquer que fosse o motivo					
2 – Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia incompatível com a vida					
3 – Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência mental					
4 – Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia causadora de deficiência física					
5 – Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada anomalia que pudesse ser tratada causando apenas alterações estéticas					
6 – Interromperia a gravidez se fosse diagnosticada malformação grave num estágio avançado da gestação					
7 – Interromperia a gravidez para evitar sofrimento ao bebé					
8 – Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não tolera pessoas com deficiência					
9 – Interromperia a gravidez por considerar que a nossa sociedade não apoia as pessoas com deficiência					
10 – Interromperia a gravidez por receio de não conseguir lidar com as dificuldades de criar um filho com necessidades especiais					
11 – Interromperia a gravidez porque não quero que os meus outros filhos tenham que enfrentar as dificuldades de terem um irmão deficiente					
12 – Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente desgastaria muito o meu relacionamento					
13 – Interromperia a gravidez porque ter um filho deficiente afectaria a minha carreira profissional					
14 – Interromperia a gravidez porque o meu marido/companheiro não iria querer uma criança com necessidades especiais					
15 – Interromperia a gravidez porque a sobrecarga financeira seria muito grande para a minha família					
16 – Interromperia a gravidez por um filho deficiente não corresponder ao meu planeamento					
17 – Interromperia a gravidez por sentir que falhei biologicamente					
18 – Interromperia a gravidez por sentir que possuo pouco apoio familiar para cuidar de uma criança deficiente					
19 – As minhas crenças religiosas nunca me permitiriam interromper uma gravidez					
20 – Interromperia a gravidez porque já tenho outros filhos e receio deixar de estar disponível para eles					
21 – Interromperia a gravidez por não conseguir assegurar os cuidados ao bebé e manter o emprego					
22 – Interromperia a gravidez para evitar o meu sofrimento					
23 – Interromperia a gravidez para evitar o sofrimento do meu companheiro					
24 – Interromperia a gravidez por considerar a minha idade avançada para garantir os cuidados que o bebé necessitará					
25 – Não serei capaz de decidir sem opinião da equipa de saúde					

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere sobretudo a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma **X** no quadrado que pensa que se aplica a si da forma mais característica.

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1 – Sei que sou uma pessoa simpática					
2 – Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões					
3 – Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades					
4 – No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador					
5 – Costumo ser rápido na execução das tarefas quando encontro dificuldades					
6 – Considero-me tolerante para com as outras pessoas					
7 – Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis					
8 – De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas					
9 – Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros					
10 – Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática					
11 – Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades					
12 – Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo					
13 – Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade					
14 – Considero-me competente naquilo que faço					
15 – Sou uma pessoa que gosta muito de fazer aquilo o que lhe apetece					
16 – A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar					
17 – Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros					
18 – Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros					
19 – Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço					

ESCALA DE VULNERABILIDADE AO STRESS – 23QVS

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. Assinale com um (X) a resposta que mais se adequa a si.

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Não concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1 – Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas					
2 – Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecida					
3 – Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes					
4 – Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais					
5 – Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia					
6 – Quando tenho problemas para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar					
7 – Dou e recebo afecto com regularidade					
8 – É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem					
9 – Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para as resolver					
10 – Sou um indivíduo que se enerva com facilidade					
11 – Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim					
12 – Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado					
13 – As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito					
14 – Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades					
15 – Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão					
16 – Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas					
17 – Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas					
18 – Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto					
19 – Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero					
20 – Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem					
21 – O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais					
22 – Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar					
23 – Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço					

ESCALA DE APGAR FAMILIAR

Azevedo & Matos (1989)

Abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com a família. Por favor, assinale a quadrícula correspondente, segundo a legenda seguinte.

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1 – Está satisfeita com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa a preocupa			
2 – Está satisfeita como a sua família discute os assuntos			
3 – Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida			
4 – Está satisfeita com o modo que a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex: irritação, pesar, amor)			
5 – Está satisfeita com o tempo que passa com a sua família			