

O Impacto do Período de Reflexão na Interrupção Voluntária da Gravidez

Catarina Isabel Alves Neto

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Mestrado Integrado)

Orientador: Doutor Vítor Hugo Santos

Co-orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo Branco

junho de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Catarina Isabel Alves Neto, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39496 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27 /06 /2024

Assinatura

Agradecimentos

Quero agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, permitiram que esta dissertação se concretizasse.

Em primeiro lugar ao meu orientador, Dr. Vítor Hugo Santos, agradeço pela orientação exemplar, a disponibilidade e dedicação ao longo de todo o processo, e ainda pela visão crítica e oportuna, as quais contribuíram para enriquecer e tornar possível este trabalho. Foi um enorme privilégio colaborar consigo.

Aos meus pais e irmã, por serem o meu maior exemplo de determinação, persistência e resiliência. Por serem o meu porto seguro, por acreditarem em mim e por todo o amor e apoio ao longo desta jornada.

Aos meus amigos.

Aqueles que já calçaram estes sapatos e que, uma vez mais, me aconselharam com toda a paciência, a como caminhar com eles.

Às minhas amigas que percorreram o mesmo caminho lado a lado e se tornaram um apoio fundamental nesta etapa.

Um obrigada especial à minha melhor amiga, por toda a força, motivação e carinho incondicional.

Ao meu Yuki, por todos os beijos, abraços e carinho e por todas as sextas que tanto fizeram companhia ao longo desta maratona. Sem dúvida o melhor amigo do Homem.

O meu genuíno,

Obrigada.

Resumo

Introdução: Em Portugal, a interrupção da gravidez é legalmente permitida em diversas circunstâncias, incluindo risco para a vida da mulher, anomalias fetais e gravidez resultante de crime contra a liberdade sexual. A legislação atual estipula que, em casos de interrupção por opção da mulher até às 10 semanas de gestação, é obrigatório um período de reflexão de pelo menos 3 dias. Além disso, em alguns países, são impostos períodos de espera obrigatórios entre a solicitação e a realização do aborto, acompanhados muitas vezes por aconselhamento e exames ecográficos. Enquanto defensores argumentam que esses períodos proporcionam tempo para a toma de uma decisão informada, evidências sugerem que podem impor encargos desnecessários e dificultar o acesso ao aborto.

Métodos: Para a realização deste trabalho, efetuou-se a pesquisa na internet de artigos científicos relacionados com o tema utilizando como motores de busca o PubMed e Google Scholar.

Objetivo: Fazer uma revisão da literatura atual acerca dos impactos dos períodos de espera obrigatórios na tomada de decisão sobre a interrupção voluntária da gravidez.

Conclusão: Os períodos de espera obrigatórios, concebidos para facilitar decisões informadas sobre a interrupção voluntária da gravidez e reduzir o arrependimento pós-aborto, não demonstram aumento significativo da certeza decisória das mulheres que escolhem o procedimento. Esses períodos impactam negativamente o acesso aos cuidados de saúde, especialmente para mulheres de baixo nível socioeconômico e em áreas rurais, devido a barreiras financeiras e geográficas. Embora alguns estudos apontem para oportunidade de reflexão durante esses períodos, a maioria das mulheres não reconhece benefícios significativos e relata angústia e desafios logísticos. Além disso, os efeitos na continuação da gravidez são heterogêneos, podendo resultar em atrasos e aumento do número de abortos no segundo trimestre, destacando a complexidade dessas políticas restritivas.

Palavras-chave

Aborto; Períodos de Espera Obrigatórios; Período de Reflexão; Saúde Sexual e Reprodutiva; Decisão

Abstract

Introduction: In Portugal, termination of pregnancy is legally allowed in various circumstances, including risk to the woman's life, fetal abnormalities and pregnancy resulting from a crime against sexual freedom. Current legislation stipulates that in cases of the termination of pregnancy by the woman's choice, in the first 10 weeks, a reflection period of at least 3 days is mandatory. In addition, in some countries, mandatory waiting periods are imposed between the request and the performance of the abortion, often followed by counseling and ultrasound examinations. While advocates argue that these periods provide time for informed decision-making, evidence suggests that they can impose unnecessary burdens and difficult access to abortion.

Methods: To carry out this work, we searched the internet for scientific articles related to the topic using PubMed and Google Scholar as search engines.

Objective: To review the current literature on the impact of mandatory waiting periods on decision-making regarding voluntary termination of pregnancy.

Conclusion: Mandatory waiting periods, designed to facilitate informed decisions about voluntary termination of pregnancy and reduce post-abortion regret, do not demonstrate a significant increase in decision-making certainty for women who choose the procedure. These periods negatively impact access to health care, especially for women of low socioeconomic status and in rural areas, due to financial and geographical barriers. Although some studies suggest an opportunity for reflection during these periods, the majority of women do not recognize significant benefits and report distress and logistical challenges. Furthermore, the effects on the continuation of pregnancy are heterogeneous and can result in delays and an increase in the number of second trimester abortions, highlighting the complexity of these restrictive policies.

Keywords

Abortion; Mandatory waiting periods; Reflection periods; Decision; Sexual and Reproductive health; Psychiatric history

Índice

| | |
|----------------------------------|------|
| Agradecimentos | v |
| Resumo | vii |
| Abstract..... | ix |
| Lista de Figuras..... | xiii |
| Lista de Acrónimos | xv |
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Métodos | 3 |
| 3. Contexto Histórico..... | 5 |
| 4. Legislação..... | 7 |
| 5. Procedimento..... | 9 |
| 6. Interrupção da Gravidez | 11 |
| 6.1. Contexto Psiquiátrico | 12 |
| 6.2. Decisão..... | 14 |
| 6.3. Período de Espera | 18 |
| 6.3.1. Aborto Tardio..... | 19 |
| 6.3.2. Gravidez Indesejada | 21 |
| 6.4. Contexto Europeu | 23 |
| 7. Conclusão..... | 27 |

Lista de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Escala de Conflito Decisório | 16 |
|--|----|

Lista de Acrónimos

| | |
|------|------------------------------------|
| AVE | Aspiração Elétrica a Vácuo |
| AMIU | Aspiração Manual Intrauterina |
| DGS | Direção-Geral da Saúde |
| D&E | Dilatação e Evacuação |
| EUA | Estados Unidos da América |
| IG | Interrupção da Gravidez |
| IVG | Interrupção Voluntária da Gravidez |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| UBI | Universidade da Beira Interior |

1. Introdução

Em Portugal, a interrupção da gravidez é legalmente permitida em situações de risco para a vida da mulher, risco de lesões físicas ou psicológicas graves e duradouras para a saúde da mulher, anomalias fetais, gravidez resultante de crime contra a liberdade sexual ou por opção da mulher. E conforme estabelecido na legislação atual, a interrupção da gravidez por opção da mulher, até às 10 semanas de gestação, só pode ser realizada após uma consulta inicial, seguida de um período de reflexão de pelo menos 3 dias (1).

Em certos países, a lei impõe que as mulheres aguardem um período específico entre a solicitação e a realização de um aborto. Esses intervalos exigidos são denominados de períodos de espera obrigatórios. Em algumas circunstâncias, as mulheres são ainda obrigadas a receber aconselhamento (às vezes enviesado), comparecer presencialmente no estabelecimento de saúde no início e no final do período de espera, e/ou realizar exames ecográficos obrigatórios durante esse intervalo (2).

Os defensores dos períodos de espera obrigatórios sustentam que estes asseguram que as mulheres recebam informações detalhadas sobre a gravidez e o aborto, permitindo-lhes tempo suficiente para ponderar suas opções antes de decidirem interromper a gravidez. Por outro lado, alguns defendem que as mulheres que procuram serviços de saúde para interromper uma gravidez já tomaram uma decisão fundamentada e não precisam desse período de espera (3).

Evidências sugerem que essas leis impõem um encargo desnecessário, o que pode atrasar ou até mesmo impedir o acesso das mulheres aos cuidados de aborto. Em particular, as mulheres podem enfrentar dificuldades para organizar o transporte, faltar ao trabalho, cuidar das crianças ou assumir custos adicionais associados à consulta (3).

A literatura aponta para que os períodos de espera obrigatórios elevem o custo do aborto, potencialmente tornando-o inacessível, o que pode levar à continuação da gravidez contra a vontade da mulher que procura o procedimento.

Assim, este trabalho tem como principal objetivo realizar uma revisão da literatura atual acerca dos efeitos do período obrigatório de reflexão sobre a decisão de interromper voluntariamente a gravidez.

2. Métodos

Para elaboração desta dissertação realizou-se uma pesquisa bibliográfica durante os meses de setembro de 2023 a abril de 2024, utilizando os motores de busca *PubMed* e *Google Scholar*. Como palavras-chave foram usados os seguintes itens: *(abortion) AND (mandatory waiting periods)*; *(abortion) AND (decision)*; *(abortion) AND (sexual and reproductive health)*; *(abortion) AND (psychiatric history)*. Foram ainda utilizados livros específicos da área. Pesquisaram-se artigos dos últimos vinte anos, mas foi dada prioridade aos artigos dos últimos dez anos, contudo sem excluir os outros sempre que se considerasse que o seu conteúdo fosse relevante para o trabalho.

3. Contexto Histórico

Até 1984 o aborto era totalmente ilegal em Portugal e a prestação clandestina de serviços abortivos era tratada com discrição até então, sendo vista como uma questão do "*mercado negro*" em vez de uma questão de saúde pública (4). Antes da legalização as mulheres optavam por se submeter a procedimentos ilegais em clínicas de saúde locais ou procurar aborto médico em países vizinhos, como Espanha e França, onde o aborto já havia sido legalizado desde 1985 e 1975, respetivamente (5).

As primeiras tentativas de alterar a legislação sobre o aborto começaram em 1982, após dois julgamentos e uma campanha nacional pela legalização do aborto e da contraceção (4). Em 1984 e 1997, a legislação foi modificada e o aborto tornou-se legal em quatro circunstâncias: risco para a vida da mulher, risco para sua saúde física ou mental, anomalia fetal e gravidez resultante de violação (6).

Na década de 1990, a Associação para o Planeamento Familiar (APF), juntamente com algumas organizações femininas, sindicatos, associações profissionais de saúde e outras organizações não governamentais, uniram-se para estabelecer a Plataforma pelo Direito de Escolha. No final de 2001, começou o maior julgamento sobre aborto ilegal na Maia, uma pequena cidade no norte do país, que teve um impacto imediato e enorme na opinião pública. Isto levou a um número crescente de formadores de opinião pública, incluindo alguns profissionais de saúde prestigiosos e até o Presidente da República a declarar que a lei deveria ser alterada (4).

Em abril de 2007, foi aprovada a legalização do aborto em Portugal nas primeiras 10 semanas de gravidez (Lei n.º 16/2007, de 17 de abril) (1). Essa medida concedeu, assim, às mulheres a liberdade de escolher interromper a gravidez voluntariamente até à 10^a semana de gestação, independentemente de indicações de patologia materna/fetal ou exclusão de casos de violação materna (5).

Após a legalização, observou-se um aumento significativo na taxa de interrupção da gravidez em Portugal, simultaneamente a mortalidade materna decorrente do aborto clandestino diminuiu (5).

4. Legislação

O aborto, na maioria dos países onde é legalmente permitido, é regulamentado de forma distinta de outros serviços essenciais em cuidados de saúde. Esta regulamentação obedece simultaneamente ao código penal e aos direitos à saúde, e tem em consideração fatores como a idade gestacional e possíveis malformações congénitas.

De acordo com a Lei nº16/2007 de 17 de abril e o artigo 142.º do Código Penal, a interrupção da gravidez pode ser realizada em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos nas seguintes condições:

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 realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
 - c. Haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de doença grave ou malformação congénita, e for realizada 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 de gravidez;
 - e. 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 do disposto no número seguinte.
3. O consentimento é prestado:
 - a. No caso referido na alínea e) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo, o qual deve ser entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após

um período de reflexão não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável.

4. Para efeitos do disposto no presente artigo, o número de semanas de gravidez é comprovado ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as *leges artis* (1).

5. Procedimento

Em Portugal, de acordo com a legislação, a interrupção voluntária da gravidez (IVG) até às 10 semanas de gestação por vontade da mulher, só pode ser realizada após uma consulta de aconselhamento procedida de um período de reflexão não inferior a 3 dias (7).

Na primeira consulta, o profissional de saúde deve esclarecer todas as dúvidas da mulher e fornecer a informação necessária tendo em vista uma tomada de decisão livre, informada e responsável (8). Neste momento é também determinado o tempo de gestação com base na data do último período menstrual e por meio de exame clínico e ecografia obstétrica (2).

Depois de serem explicados os diversos métodos de interrupção da gravidez, a mulher tem a possibilidade de selecionar o método que prefere, embora seja essencial que a decisão seja tomada em conjunto com o médico, que pode avaliar qual é o mais apropriado, sob o ponto de vista clínico, para a situação em questão (8).

O procedimento de interrupção da gravidez pode ser realizado por método medicamentoso ou cirúrgico, ambos possíveis de ser realizados em regime ambulatorio (7).

A técnica mais comum e recomendada para realizar o aborto cirúrgico durante o primeiro trimestre é a aspiração uterina. Existem duas técnicas principais de aspiração: a aspiração manual intrauterina (AMIU) e a aspiração elétrica a vácuo (AVE). Ambas envolvem a aspiração do conteúdo uterino utilizando uma cânula de plástico rígida ou flexível, inserida através do colo do útero e conectada a uma fonte de vácuo. Embora ambas sejam igualmente eficazes, a AMIU é geralmente mais silenciosa do que a AVE, o que a torna preferencial por muitas mulheres. Além disso, a AMIU pode contribuir para reduzir os níveis de ansiedade e dor associados ao procedimento (9).

À medida que a gestação avança, técnicas cirúrgicas mais complexas são necessárias além da simples aspiração. A dilatação e esvaziamento (D&E) é uma técnica que envolve principalmente o uso de pinças de preensão longas e robustas para remover o tecido gestacional. Para realizar o D&E, são utilizados agentes de *priming* cervicais, como o misoprostol, mifepristona ou dilatadores osmóticos. O objetivo é ajudar a relaxar e dilatar o colo do útero, reduzindo o risco de lesões cervicais ou uterinas e facilitando a extração fetal. Após a administração de anestesia ou sedação, o procedimento começa com a remoção do líquido amniótico. Em seguida, o útero contrai-se e são usados fórceps para remover o feto em partes, bem como a placenta. Após a remoção de todo o conteúdo da gravidez, é realizada uma aspiração final para

garantir a completa evacuação do útero. Normalmente, o procedimento leva entre 10 a 25 minutos e, após um curto período de recuperação, as mulheres podem regressar a casa no mesmo dia (9).

O método medicamentoso consiste na administração de mifepristona, um antagonista dos recetores de progesterona, em associação com o misoprostol, análogo da prostaglandina, que até às 9 semanas, se tem mostrado altamente eficaz, seguro e bem tolerado (9,10). O protocolo inclui a toma de mifepristona numa clínica e, posteriormente, de misoprostol em casa, seguido de uma consulta de *follow-up* 2 a 3 semanas depois para verificar a eficácia do método (7).

Complicações consequentes do aborto medicamentoso, como hemorragia abundante ou infeção grave, são extremamente raras (<0,6%) (9).

A informação disponível acerca da eficácia e segurança do aborto medicamentoso no final do primeiro trimestre é limitada. No entanto, uma revisão sistemática abordou este tema e concluiu que o aborto medicamentoso, em regime combinado de mifepristona e misoprostol, comparado com o método cirúrgico, revelou ser eficaz no final do primeiro trimestre (11). Embora o aborto medicamentoso apresente um potencial considerável que tem vindo a ser cada vez mais explorado, os métodos de aspiração uterina devem permanecer uma opção disponível para as mulheres, uma vez que estão associados a elevada satisfação e possivelmente a taxas inferiores de eventos adversos, como hemorragia excessiva (11).

6. Interrupção da Gravidez

O aborto refere-se à interrupção de uma gravidez até à 20^a semanas de gestação. O aborto considera-se espontâneo quando há perda involuntária da gravidez, acidental ou natural, geralmente resultante de uma replicação cromossómica incorreta ou fatores ambientais. O aborto espontâneo pode ser classificado como precoce se ocorrer até às 12 semanas de gestação, ou tardio se ocorrer após esse período (12,13).

Por sua vez, o aborto induzido, também denominado interrupção da gravidez (IG), é um procedimento realizado para terminar uma gravidez, seja através da administração de fármacos ou de uma intervenção cirúrgica (14). Atualmente em Portugal, a interrupção da gravidez é permitida legalmente em casos de perigo de vida da mulher, perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher, em casos de malformação fetal, gravidez resultante de crime contra a liberdade sexual, ou por opção da mulher. A idade gestacional limite para realização da interrupção não punível da gravidez é variável consoante a circunstância em questão (13).

O aborto induzido realizado com os métodos atualmente utilizados é considerado muito seguro. A probabilidade de morte como complicação, quando realizado por um médico qualificado, é significativamente menor do que o risco de morte associado à continuação de uma gravidez a termo. No entanto, quando o procedimento é feito por indivíduos não qualificados ou em ambientes sem condições devidamente apropriadas, o aborto apresenta elevadas taxas de mortalidade e complicações para a saúde materna (9).

Para efeitos de simplificação, no presente trabalho, os termos interrupção voluntária da gravidez (IVG) e aborto consideram-se relativos ao procedimento de término de gravidez por opção da mulher até às 10 semanas de gestação.

De acordo com o Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez (IG), elaborado, anualmente, pela Direção-Geral da Saúde (DGS) para o ano de 2022, foram realizadas 16.471 interrupções, em conformidade com o número 1 do artigo 142^o do Código Penal, que prevê cinco motivos para a legitimidade do aborto. A interrupção voluntária da gravidez (IVG), ou seja, por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gestação, representou 96,4% do total de interrupções realizadas nesse ano. Quanto à faixa etária das mulheres, a maioria, cerca de 49%, estava na faixa dos 20-29 anos, abrangendo quase metade do total das IVG (15).

Conforme os dados apresentados pelo relatório, a maioria das mulheres não coabitava com o companheiro no momento da IVG. Em relação à situação laboral, o maior grupo

era composto por trabalhadoras não qualificadas (21,2%), seguido por trabalhadoras da área administrativa e outros serviços (17,9%) e estudantes (16,0%). Mais de metade (52,2%) já tinha pelo menos um filho e, para 71,5%, esta era a primeira IVG. O acesso a unidades de saúde públicas foi significativamente mais prevalente (68,6%), com o método medicamentoso sendo preferido nestes centros. Por outro lado, as IVG em unidades de saúde privadas foram quase exclusivamente realizadas cirurgicamente, sob anestesia geral. Por último, é importante notar que o tempo médio de espera para a marcação da consulta prévia e o período médio entre esta e a realização da IVG foram de 2,88 e 6,39 dias, respetivamente. A idade gestacional média da IVG permaneceu constante, em 7 semanas, comparativamente aos anos anteriores (15).

Em 2022, observou-se uma mudança na tendência do número total de interrupções de gravidez, que vinha a decrescer desde 2011. Nesse ano, registou-se um aumento de 15% a nível nacional em comparação com o ano anterior. É importante salientar que o intervalo até à consulta prévia pode não refletir com precisão o momento inicial em que a mulher procurou ativamente os cuidados de saúde. Adicionalmente, é fundamental investir na capacitação dos profissionais de saúde, que atuam na área da Saúde Sexual e Reprodutiva, abordando temas relacionados com diversas culturas, perspetivas e vivências em relação à fertilidade e contraceção, garantindo, desse modo, que o aconselhamento seja apropriado e eficaz. É relevante também realçar a importância de melhorar o acesso à contraceção para mulheres e homens, com o intuito de prevenir gestações não planeadas (15).

6.1. Contexto Psiquiátrico

Tem sido manifestada preocupação com a associação entre problemas da saúde mental das mulheres e o aborto induzido na sequência de uma gravidez indesejada, em comparação com outras mulheres (16).

Em 2011, um estudo concluiu que a taxa de incidência de problemas psiquiátricos era mais alta entre mulheres que interromperam a gravidez em comparação com aquelas que levaram a gravidez a termo, sendo que essa relação já estava presente previamente ao aborto ou ao parto. Com base nessas descobertas, parece provável que as mulheres que optaram pelo aborto constituíam uma população com maior morbidade psiquiátrica. Munk-Olsen *et al* interpretaram essa questão como um fenómeno de seleção e não como uma associação causal, uma vez que a diferença observada na morbidade psiquiátrica já existia antes do aborto ou do parto (17).

Mais tarde, em 2013 um estudo transversal sobre a população dos países baixos, examinou a história psiquiátrica das mulheres que interromperam uma gravidez

indesejada, comparando-as com mulheres que nunca fizeram um aborto, controlando assim a idade, a situação de vida, a situação profissional, o nível de educação, a etnia e a urbanidade. Para todas as categorias de perturbações e para a maioria das perturbações mentais separadas, a prevalência ao longo da vida foi mais elevada para as mulheres que fizeram um aborto. Os resultados desse estudo demonstraram claramente que as mulheres que fizeram um aborto têm maior probabilidade de ter um historial de perturbações mentais do que as mulheres que não fizeram um aborto (16).

Isso pode refletir: (a) uma maior probabilidade de gravidez indesejada entre as mulheres com antecedentes de perturbações mentais, em comparação com os controlos; ou (b) que as mulheres com antecedentes de problemas de saúde mental optam mais frequentemente por interromper gravidezes indesejadas. No primeiro caso, isto sugere que as mulheres com perturbações mentais podem ser mais propensas a outras situações problemáticas, tais como ter relações insatisfatórias, não utilizar métodos contraceptivos, ou consumir substâncias que propiciem comportamentos que aumentam o risco de gravidez não planeada. No segundo caso, por sua vez, para as mulheres com antecedentes psiquiátricos, uma gravidez não planeada pode ser mais frequentemente indesejada. Por conseguinte, pode ser mais provável que opte por interrompê-la do que as mulheres sem esse historial. Isto pode ser mediado por fatores relacionados com perturbações mentais. Por exemplo, uma baixa autoestima pode estar relacionada com uma perspetiva mais pessimista sobre a vida que poderiam oferecer a uma criança, ou com dúvidas sobre as suas capacidades parentais. De qualquer forma, estas duas situações referidas anteriormente não se excluem mutuamente (16).

Neste âmbito, a psiquiatria desempenha um papel crucial na compreensão e abordagem das complexas inter-relações entre saúde mental, gravidez e decisões reprodutivas. Os resultados de estudos, como o realizado na população dos Países Baixos, destacam a importância de uma abordagem holística da saúde, que leve em consideração não apenas a saúde física, mas também a saúde psicológica das mulheres (16). Assim, a identificação precoce e o tratamento adequado de problemas de saúde mental são fundamentais para garantir que as mulheres recebam o apoio necessário durante o processo de tomada de decisão sobre a gravidez. Ao reconhecer e abordar as necessidades psicossociais das mulheres, a psiquiatria desempenha um papel essencial na promoção da saúde reprodutiva e no bem-estar geral das mulheres.

6.2. Decisão

A concretização do desejo de uma mulher em interromper voluntariamente a gravidez não depende apenas da disponibilidade de recursos adequados, mas também da dinâmica dos processos de consulta e tomada de decisão. A visão predominante de uma tomada de decisão "*ideal*" pressupõe que o indivíduo aja de forma racional, compreendendo plenamente as opções disponíveis e sendo capaz de avaliar os resultados para alcançar seus objetivos desejados. No entanto, essa perspectiva está sendo cada vez mais considerada inadequada, exigindo ajustes para incorporar os fatores sociais e valores que influenciam o processo decisório (18).

No decorrer de um estudo realizado na região de Wessex, mulheres que procederam à interrupção voluntária da gravidez foram entrevistadas acerca do processo de discussão envolvida e tomada de decisão. A rede de apoio englobava, na sua maioria, os médicos de família, namorados ou maridos, amigas e mães. O estudo revelou que as doentes mais jovens recorreram a uma rede mais ampla de pessoas e precisaram de discutir o assunto com um maior número de pessoas antes de tomar uma decisão definitiva. Elas demonstraram uma atitude mais cautelosa ao abordar o tema do aborto com terceiros e encontraram mais dificuldades em lidar com a situação. Como resultado, essas mulheres levaram mais tempo para decidir sobre o questão e mostraram-se mais propensas à indecisão. Portanto, sugeriu-se a necessidade de desenvolver sistemas de aconselhamento e apoio alternativos para mulheres mais jovens com gravidezes não planeadas e que estejam a considerar o aborto (18).

Em 1981, num estudo conduzido por Lupfer & Silber, as primeiras perguntas do inquérito abordavam o intervalo de tempo que as participantes levavam para decidir sobre um aborto, e o período decorrido entre a decisão e a realização do procedimento. A maioria das mulheres (59%) relatou optar por abortar dentro de 24 horas após confirmar a gravidez. Em contrapartida, dois grupos específicos – mulheres de raça negra e mães múltiparas – indicaram que, em média, levaram de 2 a 3 dias para tomar essa decisão. Adicionalmente, a grande maioria das mulheres (88%) mencionou ter discutido a questão com pelo menos uma pessoa, geralmente o parceiro ou um amigo próximo, antes de procurar aconselhamento clínico (19).

Há duas razões práticas subjacentes ao interesse na dinâmica da tomada de decisão sobre o aborto. Primeiro, está o atraso na obtenção dos procedimentos, muitas vezes decorrente de uma demora na decisão. Segundo, está a necessidade de criar condições favoráveis para que mulheres possam tomar decisões informadas sobre uma gravidez não planeada (18).

Estudos anteriores indicaram que muitas mulheres que optam pelo aborto experienciam alívio imediato após o procedimento. Num estudo com 165 pacientes no *Boston Hospital for Women*, o alívio foi uma reação comum, muitas vezes associada a uma decisão tomada com pouco conflito. Essas mulheres conseguiram assumir a responsabilidade de não querer outro filho, expressando que já haviam ponderado sobre a decisão e não desejavam a gravidez. Muitas relataram sentir-se "ótimas", "aliviadas" e "felizes por terem superado". Um número menor de mulheres apresentou sentimentos ambivalentes, mas acabaram por se sentir aliviadas após o procedimento (20).

Um pequeno número de mulheres, possivelmente menos de 10 por cento, poderá vir a desenvolver uma verdadeira doença psiquiátrica após o aborto. Prever com algum grau de certeza quais mulheres desenvolverão doença psiquiátrica pós-aborto seria desejável, porém difícil. Uma análise dos casos relatados na literatura americana indica diversos fatores que podem prever complicações pós-aborto, entre eles 1) presença de doença psiquiátrica grave; 2) ausência de apoio familiar à decisão; 3) realização do aborto por indicação médica; 4) ambivalência significativa; e 5) repressão por parte da família ou dos médicos (20).

Como previamente mencionado, muitos estados dos EUA têm requisitos de aconselhamento e um período de espera obrigatório antes do aborto, muitas vezes exigindo duas visitas separadas à clínica. Essas leis visam garantir que as pessoas tenham total certeza sobre sua decisão de interromper a gravidez. Um estudo investigou se a exposição a essas leis está relacionada com um aumento na certeza da decisão. Utilizando uma *Escala de Conflito Decisório*, representada na figura 1 (vide abaixo), na qual as pontuações variam de 0 a 100, com valores mais altos indicando menor certeza, constatou-se que a certeza da decisão permanece geralmente alta ao longo do tempo entre aqueles que optam por interromper a gravidez. Concluiu-se ainda que viver num estado com um período de espera ou requisito de duas visitas não se encontra associado a um aumento na certeza da decisão (21).

Decisional Conflict Scale

Now, thinking about the choice you (are about to make/just made), please look at the following comments some people make when deciding about (treatment, screening, etc.). Please, show how strongly you agree or disagree with these comments by **CIRCLING THE NUMBER** from 1 (strongly agree) to 5 (strongly disagree) that best shows how you feel about the decision you (are about to make/just made).

| | | | | | |
|--|---------------------|------------|---------------------------------|---------------|------------------------|
| Decision uncertainty | | | | | |
| This decision is hard for me to make | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| I'm unsure what to do in this decision | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| It's clear what choice is best for me | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| Factors contributing to uncertainty | | | | | |
| I'm aware of the choices I have to (specify purpose—to protect myself from 'flu) | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| I feel I know the benefits of (the 'flu shots) | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| I feel I know the risks and side effects of (the 'flu shot) | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| *I need more advice and information about the choices | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| *I know how important the benefits (of the flu shot) are to me in this decision | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| *I know how important the risks and side effects (of the 'flu shot) are to me in this decision | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| *It's hard to decide if the benefits are more important to me than the risks, or if the risks are more important than the benefits | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| *I feel pressure from others in making this decision | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| *I have the right amount of support from others in making this choice | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| Perceived effective decision making | | | | | |
| I feel I have made an informed choice | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| My decision shows what is most important for me | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| I expect to stick with my decision | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |
| *I am satisfied with my decision | 1 Strongly agree | 2 Agree | 3 Neither agree nor disagree | 4 Disagree | 5 Strongly disagree |

*Items are new and are currently being evaluated.

Figura 1. Escala de Conflito Decisório (22)

Uma análise recente do estudo *Turnaway* concentrou-se em mulheres que interromperam a gravidez próximo do limite legal de gestação e naquelas que tiveram abortos espontâneos no primeiro trimestre. O objetivo era avaliar as tendências e diferenças na certeza da decisão, bem como as emoções positivas e negativas experienciadas ao longo de um período de 5 anos após o evento. Rocca *et al.*, ao analisarem esses dados, descobriram que as mulheres estavam quase unanimemente seguras de sua decisão: 95% sentiam que tinham tomado a decisão correta durante a

avaliação após o aborto, com uma probabilidade prevista de 99% dessa certeza se manter após 5 anos. Uma vez mais, o sentimento mais frequentemente relatado por todas foi o alívio, mesmo entre aquelas que tiveram dificuldades na tomada de decisão. Isso enfatiza a questão de que ter dificuldade em decidir não implica necessariamente que a decisão foi errada e que uma escolha difícil pode ser percebida como correta para uma pessoa. Essas constatações refutam as alegações dos opositores ao aborto de que as mulheres não têm certeza acerca das suas decisões ou que se arrependem e experienciam predominantemente emoções negativas a longo prazo. É crucial ressaltar que não há ferramentas padronizadas para medir as emoções associadas ao aborto, o que significa que as escalas utilizadas podem não ter capturado de maneira precisa as emoções das mulheres (23).

6.3. Período de Espera

De acordo com a *Diretriz sobre Cuidados no Aborto*, publicada em 2022 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o período de espera obrigatório, também referido como período de reflexão, define-se como, uma exigência imposta por lei, política ou prática, de esperar um determinado tempo, entre solicitar e receber cuidados de aborto (2).

Este período não engloba os atrasos ou esperas inerentes aos serviços de prestação de cuidados de saúde não urgentes (2). No entanto, é crucial salientar que o aborto pode acarretar desafios logísticos para os profissionais, limitando assim o número de mulheres que podem ser atendidas. Isso pode resultar em dificuldades para as mulheres conseguirem uma consulta com o profissional da sua escolha (24).

A OMS reconhece que os princípios legais associados ao aborto e à sua interpretação representam um aspeto do contexto político que influencia o acesso das mulheres ao aborto seguro por receio de represálias ou sanções (25).

Os dados analisados mostram que os períodos de espera obrigatórios atrasam o acesso ao aborto, por vezes ao ponto de restringir o acesso das mulheres ao mesmo ou a escolha do método de aborto nesse contexto. Revelou-se ainda que estes períodos aumentam o custo do procedimento e podem tornar o aborto inatingível, resultando na continuação da gravidez contra a vontade da mulher que o solicita. Esta questão influencia especialmente as mulheres com menos recursos, como as adolescentes, as pertencentes a minorias raciais ou étnicas, e as que têm de fazer maiores deslocações para realizar o aborto (2).

A OMS recomenda, assim, que não se utilizem períodos de espera obrigatórios (2).

As leis de aconselhamento obrigatório exigem que os prestadores de serviços transmitam informação específica a todas as mulheres antes do seu procedimento de aborto. Na primeira consulta, geralmente a mulher grávida recebe informações sobre o desenvolvimento do feto (tempo de gestação, tamanho, peso, dor, viabilidade), riscos futuros para a saúde (infertilidade, cancro da mama, deformidade fetal), impacto psicológico (depressão, síndrome de stress traumático pós-aborto, impulsos suicidas) e alternativas que promovam a gravidez (como adoção, aulas para pais, cuidados infantis, assistência financeira disponível) (26).

Estas questões sugerem que um período de espera obrigatório pode resultar em atrasos para as mulheres que procuram interromper a gravidez devido: (i) ao tempo de espera após a primeira consulta; (ii) possíveis demoras adicionais devido a restrições de

capacidade nas instalações; (iii) e qualquer tempo extra necessário para providenciar outra visita à instalação. Estes atrasos são particularmente importantes porque podem limitar os tipos de procedimentos disponíveis que dependem da idade gestacional, e porque os riscos para a saúde tendem a ser mais elevados com o avanço da gestação (3).

Em Portugal o processo de interrupção voluntária da gravidez começa com uma consulta prévia, que deve ser agendada, telefonicamente, no hospital ou centro de saúde da área de residência da mulher. Nesta consulta obrigatória, que não pode ocorrer mais de cinco dias após a marcação, um profissional de saúde esclarece dúvidas e fornece informações sobre os métodos de IVG e contraceção. O tempo de gestação é determinado e são discutidas as opções de tratamento, embora a decisão final seja tomada em conjunto com o médico. Um formulário de *Consentimento Livre e Esclarecido* é entregue à mulher para leitura, assinatura e devolução antes da realização do aborto. No final da consulta prévia, é marcada a segunda consulta para a realização do procedimento (8).

6.3.1. Aborto Tardio

Mais de metade dos estados dos EUA têm atualmente leis que exigem que as mulheres esperem pelo menos 24 horas entre receberem informações sobre o aborto e o procedimento propriamente dito, com alguns a exigirem esperas mais prolongadas e outros a exigir que as mulheres recebam essas informações pessoalmente (27).

Em alguns casos, o período pode ser cumprido numa única visita, iniciando-se o processo quando é feito o contacto telefónico ou outro contacto remoto com um prestador. Noutros contextos os períodos de espera obrigatórios funcionam como requisitos de "*duas visitas*", sendo necessária uma visita presencial antes de o tempo começar a contar (28).

O estado de Utah, por exemplo, exige uma consulta de informação seguida de um período de espera de 72 horas antes de qualquer procedimento de aborto, o que significa que são necessárias duas consultas. Em 2017, foi realizado um estudo onde foram entrevistadas 20 mulheres recrutadas na *Planned Parenthood Association of Utah*, uma associação de telemedicina que permite às mulheres realizar a consulta de aconselhamento com um profissional de saúde através de videoconferência. O resultado do estudo revelou que o período de espera de 72 horas, a distância de viagem, o medo do julgamento e estereótipos negativos foram os principais obstáculos de carácter espacial e social à interrupção da gravidez. Assim, a telemedicina proporcionou alívio para as mulheres preocupadas com possíveis repercussões sociais ao serem vistas

em clínicas locais, ao oferecer-lhes a oportunidade de completar a consulta no conforto das suas casas (29).

Semelhante a Utah, a Carolina do Norte exige que as mulheres se submetam a aconselhamento obrigatório pelo estado 72 horas antes de realizar o aborto. Um estudo recolheu dados de inquéritos anónimos de mulheres que se apresentaram para abortar numa clínica de aborto. Dado que a maioria possuía baixos rendimentos, o período necessário para angariar os recursos necessários para o procedimento revelou-se como uma das principais razões para os atrasos. Agravando essa condição, as consideráveis distâncias até às clínicas também influenciaram os atrasos na obtenção dos cuidados de saúde necessários (30). Embora muitas mulheres tenham decidido realizar o aborto rapidamente, o período de espera ainda resultou em atrasos significativos, sendo que, no contexto clínico estudado, a espera foi de 10 a 15 dias. Esses resultados refletem os desafios enfrentados pelas mulheres, especialmente aquelas com recursos financeiros limitados e que residem em áreas rurais (30).

No estado de Alabama, a legislação estabelece a obrigatoriedade de aconselhamento presencial seguido de um período de espera de 48 horas. Um estudo realizado entre julho e setembro de 2014 investigou o impacto dessa política nas experiências de acesso aos cuidados de aborto para mulheres que viajaram longas distâncias até às clínicas. A pesquisa constatou que a maioria das mulheres não considerava a consulta presencial como essencial e a encarava como um problema devido às deslocações adicionais necessárias e às longas esperas na clínica (31).

Um estudo realizado em 1981, no Tennessee, revelou que, após a implementação de uma lei exigindo um período de espera de 24 horas antes do aborto, as mulheres que não residiam na mesma comunidade onde se localizava a clínica enfrentavam custos mais elevados relacionados com transporte, cuidados infantis e organização do trabalho, em comparação com as mulheres que viviam na mesma cidade. Durante este estudo as mulheres entrevistadas foram questionadas sobre os benefícios e problemas associados ao período de espera. Em resposta à pergunta "*obteve algum benefício por ter esperado mais alguns dias para fazer o aborto?*", 77% não conseguiram identificar benefícios, enquanto 23% destacaram vantagens, como tempo para reflexão, adaptação psicológica e aquisição de conhecimento médico sobre o aborto. Em relação aos problemas resultantes do período de espera, 41% não conseguiram indicar nenhum, mas 59% mencionaram desafios, como angústia mental adicional e custos extras relacionados com transporte, cuidados infantis e conciliação com o emprego (19).

Karasek D *et al* analisaram as experiências de 379 mulheres que procuraram uma clínica no Arizona para IVG, antes da entrada em vigor do período de espera de 24 horas e da exigência de duas visitas. Relativamente à percepção do período de espera, quando questionadas sobre como a necessidade de retornar à clínica poderia afetar sua experiência de aborto, as participantes expressaram preocupações com custos adicionais, a necessidade de tirar mais um dia de folga do trabalho e a impossibilidade de serem acompanhadas pela pessoa de apoio. Uma minoria referiu ainda que isso as forçaria a procurar cuidados de aborto noutro estado ou no México. Isto poderia fazer com que mudassem de ideia sobre o aborto, poderia impedir a realização do procedimento ou atrasá-lo-ia ainda mais, e resultaria na perda de confidencialidade ao contar a alguém que não desejavam. Por fim, concluiu-se que menos de 10% das mulheres referiram que mudariam de ideias sobre a realização de um aborto ou que se sentiriam melhor com o período de espera de 24 horas (27).

Quando questionadas diretamente "*considerando que a lei exigiu que aguardasse alguns dias antes de prosseguir com o aborto, acha que foi uma medida acertada, ou teria sido melhor realizar o procedimento durante a primeira visita?*", segundo dados de outro estudo, 71% das mulheres responderam que a lei não foi uma boa ideia, enquanto 26% concordaram com ela (19).

Ainda no seguimento do estudo do Arizona, surgiu também a questão sobre a preferência entre realizar o aborto no mesmo dia da consulta de aconselhamento ou em dois dias diferentes. Os resultados indicaram que 88% preferiam realizar o procedimento no mesmo dia, sendo o período de espera e o requisito de duas visitas vistos como obstáculos à interrupção da gravidez (27).

Em suma, desde 1992, muitos estados passaram a exigir que as mulheres que procuram abortar aguardem um período determinado (normalmente 24 horas) entre uma consulta de aconselhamento obrigatória e o procedimento de aborto. Essas leis de período de espera obrigam as mulheres a realizar duas visitas separadas ao centro de saúde. Esse requisito é especialmente dispendioso para as mulheres que não residem próximas a uma clínica ou hospital, o que as obriga a percorrer longas distâncias para ter acesso aos serviços de saúde necessários (26).

6.3.2. Gravidez Indesejada

Os dados sobre o efeito dos períodos de espera obrigatório na continuação da gravidez são heterogêneos.

Em 2012, Medoff MH. pretendeu determinar a relação entre leis restritivas do aborto e a incidência de gravidezes indesejadas. Ao analisar dados de 2006 sobre a incidência de gravidezes indesejadas por estado, os resultados mostraram que as medidas impostas pelo governo, como a falta de financiamento pelo seguro de saúde, leis que exigem aconselhamento e período de espera obrigatório, não tiveram um impacto significativo na taxa de gravidezes não planeadas ou indesejadas (32).

A literatura tem constatado de forma consistente que estas restrições à interrupção da gravidez associam-se a um declínio significativo das taxas de aborto (26). Isso sugere que um dos efeitos não intencionais das leis restritivas possa ser o aumento das taxas de nascimentos fora do casamento (26).

Previamente em 2010, Medoff MH. já teria conduzido um estudo no qual investigou o impacto de diversas leis restritivas do aborto na incidência de gravidezes fora do casamento. Esta análise procurou prever como essas medidas afetariam o comportamento sexual de risco das mulheres solteiras. Embora se esperasse que as restrições ao aborto levassem a um aumento dos nascimentos fora do casamento, os resultados revelaram que o aumento dos custos associados ao aborto e as leis de período de espera resultaram, na verdade, numa diminuição das taxas de natalidade nessas circunstâncias. Uma teoria que reconcilia essas conclusões de forma lógica é a ideia de que as mulheres solteiras podem modificar o seu comportamento sexual de risco para diminuir a probabilidade de gravidez indesejada fora do casamento. Isto sugere um maior investimento na prevenção através da utilização de métodos contraceptivos (preservativos, pílulas combinadas hormonais, DIU) ou uma redução na frequência da atividade sexual (26).

Nos casos em que houve alterações nas taxas de gravidez associadas aos períodos de espera, os estudos identificaram impactos discrepantes consoante a idade, a raça ou etnia, os recursos e a distância percorrida necessária para aceder ao aborto (28).

Um estudo analisou os efeitos de períodos de espera obrigatórios, tendo em consideração as diferenças de legislação entre os diversos estados. Os resultados indicaram que os períodos de espera que requerem apenas uma viagem não têm um impacto significativo na taxa de aborto ou natalidade. No entanto, quando são necessárias duas deslocações, observa-se uma redução nas IVG e atrasos nas que ocorrem, resultando em mais abortos no segundo trimestre. Ainda assim, é importante salientar que estes efeitos são mais notórios em mulheres jovens e de minorias étnicas, e em áreas com menor acesso aos serviços de saúde ou com altos índices de pobreza e desemprego (33).

Ao analisar os efeitos das políticas de saúde reprodutiva na adolescência, constatou-se que as restrições ao aborto resultam numa redução das taxas de IVG e num aumento da taxa de natalidade entre os adolescentes (34). Em consonância com os dados anteriores, os efeitos mostraram-se díspares entre os adolescentes pertencentes a minorias étnicas, com um impacto particularmente forte nas taxas de natalidade das adolescentes de raça negra e um efeito moderado a nulo nas adolescentes de raça hispânica e caucasiana, respetivamente (34).

Deste modo, podemos concluir que os efeitos dos requisitos de informação e períodos de espera obrigatórios sobre o aborto são contraditórios. Em 24 estados onde essas leis estão em vigor, 17 permitem que as informações sejam fornecidas remotamente (telefone, correio ou internet), enquanto sete exigem uma visita pessoal, resultando em duas visitas no mínimo. Estudos realizados no Mississippi, que requer uma sessão de informação presencial e um período de espera de 24 horas, constataram uma queda de cerca de 10% nas taxas de aborto após a implementação da lei, juntamente com um aumento de 40% na proporção de abortos realizados no segundo trimestre. Em contrapartida, há escassas evidências de que as leis que permitem a entrega remota de informações, como no estatuto do Texas, tenham algum impacto nas taxas de aborto (35).

6.4. Contexto Europeu

Vários países da Europa Central e Oriental foram pioneiros na legalização do aborto. Na verdade, há muito tempo que as leis e políticas nestes países garantem o acesso a serviços de aborto em diversas circunstâncias. Na maioria dos países da região, o aborto é permitido mediante solicitação da mulher até às 12 semanas de gravidez, sem restrições quanto ao motivo. Em fases mais avançadas, o acesso é apenas permitido em situações em que a vida ou saúde da mulher esteja em risco, ou em casos de comprometimento fatal ou grave do feto (35,36).

Uma exceção a destacar é a Polónia, que possui uma das regulamentações mais restritivas da Europa em relação ao aborto. Mesmo dentro do enquadramento legal, o acesso ao aborto é difícil. Como resultado, muitas mulheres são forçadas a recorrer a serviços clandestinos de aborto ou a viajar para o estrangeiro para realizar o procedimento. Da mesma forma, no início de 2013, a Macedónia do Norte introduziu restrições na sua nova lei. Nesse período, iniciativas para restringir o acesso ao aborto surgiram na Arménia, Azerbaijão, Bulgária, Hungria, Lituânia, Polónia, Rússia e Ucrânia. Isso evidencia as tentativas dos países da Europa Central e Oriental de limitar o direito das mulheres à livre escolha (37).

Leis e políticas adotadas em vários países da Europa Central e Oriental têm requisitos obrigatórios sobre o aborto, que geralmente estipulam que as mulheres devem passar por aconselhamento ou receber determinadas informações antes de acederem a serviços de IVG (38). Embora os novos requisitos apresentem variações na sua natureza, forma e conteúdo, todos foram estabelecidos com o propósito de restringir o acesso das mulheres à interrupção da gravidez. Para além disso, frequentemente incluem o fornecimento de informações médicas incorretas, enganosas ou estigmatizantes sobre o aborto (36).

Exemplos de aconselhamento e informação tendenciosos incluem profissionais de saúde que exageram os riscos associados aos procedimentos de aborto, conselheiros que rotulam o mesmo como homicídio ou a morte de um nascituro, ou mulheres que são obrigadas a visualizar imagens de um feto e a receber informações detalhadas sobre o seu estado de desenvolvimento (38).

Por conseguinte, embora alguns defensores destas medidas tenham argumentado que visam "*proteger*" a saúde das mulheres, a retórica subjacente à sua introdução e os contextos políticos e sociais em que foram propostas sugerem que, na realidade, pretendem dificultar o acesso das mulheres aos serviços de aborto legal (37).

Em 2010, o Ministério da Saúde e Desenvolvimento Social da Rússia emitiu diretrizes sobre *Aconselhamento Psicológico Pré-Aborto*, retratando o aborto como "*assassinato de uma criança viva*" e caracterizando mulheres com gravidezes indesejadas como irresponsáveis. Os conselheiros são orientados a despertar os sentimentos maternais da mulher, convencê-la da imoralidade e crueldade do aborto e incentivá-la a chegar independentemente à conclusão de que, se um bebé nasce, então é possível encontrar meios para criá-lo (36).

Os novos requisitos de aconselhamento obrigatório implementados na Macedónia do Norte em 2013 e 2014 estipulam que as mulheres devem realizar uma ecografia antes de prosseguirem com um aborto e deve ser-lhes mostrada a imagem ecográfica do feto. Estes requisitos também determinam que as mulheres devem receber informações detalhadas sobre todas as características anatómicas e fisiológicas do feto numa determinada idade gestacional, bem como sobre os potenciais efeitos do aborto sobre o feto. A legislação exige ainda que as instituições de saúde garantam que as mulheres que procuram interromper a gravidez recebam informações sobre os "*possíveis danos*" que o aborto pode provocar à sua saúde, incluindo à saúde mental, e sobre as "*possíveis vantagens*" de prosseguir com a gravidez. Adicionalmente, os prestadores de cuidados de saúde devem permitir que a mulher ouça os batimentos cardíacos do feto (39).

De forma semelhante, em 2009, a Eslováquia aprovou uma lei que estabelece que, antes de procederem ao aborto, uma vez mais, as mulheres devem receber informações sobre os riscos físicos e psicológicos associados ao procedimento, sobre a fase atual de desenvolvimento do embrião ou do feto e sobre alternativas ao aborto, como a adoção e o apoio durante a gravidez, fornecido por organizações cívicas e religiosas. Embora à primeira vista estes requisitos possam parecer menos invasivos do que os da Macedónia do Norte ou da Rússia, foram introduzidos com o mesmo propósito de dissuadir as mulheres de procurarem serviços de aborto *"em prol da vida de uma criança por nascer"* (36).

De acordo com a legislação internacional de direitos humanos, o direito das mulheres à saúde, incluindo a saúde reprodutiva, implica que tenham acesso a serviços e informações de qualidade no âmbito da saúde reprodutiva. Isso requer que os Estados garantam às mulheres acesso a informações científicas e clinicamente apropriadas sobre saúde reprodutiva, sem censura, retenção ou deturpação das mesmas (40). É ainda importante garantir que essa informação seja transmitida de modo a assegurar que a mulher dê o seu consentimento plenamente informado, respeitando a sua dignidade, garantindo a confidencialidade e sendo sensível às suas necessidades e perspectivas (35,40).

Deste modo, a imposição de aconselhamento ou informação antes de uma interrupção voluntária da gravidez, compromete, por inerência, os direitos humanos e a capacidade de decisão das mulheres. Quando as mulheres desejam ou estão a considerar recorrer a serviços de aborto legal, as suas decisões e a capacidade para tomá-las devem ser respeitadas. Embora os Estados devam oferecer informações de qualidade e não diretivas, bem como apoio de aconselhamento antes do aborto, as leis e políticas que procuram interferir nos processos de tomada de decisão, exigindo sessões de aconselhamento com informações obrigatórias e uniformizadas, independentemente dos seus desejos e necessidades, comprometem a autonomia e a capacidade de decisão das mulheres (36).

Além da implementação de requisitos de aconselhamento e informação tendenciosos, vários países da Europa Central e Oriental também implementaram novos períodos de espera obrigatórios. Geralmente, são aplicáveis apenas aos abortos solicitados por opção da mulher, não sendo exigidos em casos terapêuticos ou de gravidez resultante de agressão sexual. A duração desses períodos varia de acordo com o país. Por exemplo, na Eslováquia, as mulheres devem esperar 48 horas para obter um aborto a pedido da mulher, enquanto na Rússia o período de espera é de 48 horas ou 7 dias, dependendo da duração da gravidez, e na Macedónia do Norte o período de espera é de 3 dias (36).

A introdução destes requisitos na legislação não só tem repercussões práticas no acesso das mulheres aos serviços de aborto, como também promove estereótipos de gênero prejudiciais e pressupostos discriminatórios sobre as capacidades e o comportamento das mulheres (42). Por exemplo, os períodos de espera obrigatórios e os requisitos de aconselhamento refletem pressupostos comuns: que as mulheres são inerentemente emocionais e reativas, que são menos capazes do que os homens de pensar racionalmente, tomar decisões ponderadas ou fazer escolhas morais responsáveis, e que sempre precisam de assistência para se protegerem das suas próprias reações impulsivas e emocionais ao tomar decisões importantes (43).

Em suma e no seguimento do que já foi mencionado anteriormente, não há evidência científica que sugira que a implementação de períodos de espera obrigatórios e requisitos de aconselhamento e informação, antes da interrupção voluntária da gravidez, beneficie a saúde das mulheres. Pelo contrário, tais exigências entram em conflito com as diretrizes da OMS para o aborto e comprometem o cumprimento das normas internacionais de direitos humanos. Ao estabelecerem obstáculos ao acesso das mulheres ao aborto legal, essas medidas prejudicam a saúde e o bem-estar femininos, violam os direitos humanos das mulheres e perpetuam estereótipos de gênero prejudiciais e o estigma em torno do aborto (36).

7. Conclusão

Os períodos de espera obrigatórios, de acordo com as autoridades governamentais, foram instituídos para garantir a segurança e criar condições propícias para que as mulheres possam tomar decisões informadas sobre uma gravidez não planejada, com o intuito de minimizar o arrependimento após o aborto.

No entanto, em geral, as mulheres que optam por interromper a gravidez tomam essa decisão rapidamente e demonstram um alto nível de certeza, de modo que a imposição de um período de espera obrigatório não resulta num aumento significativo dessa certeza decisória.

As evidências demonstram que a maioria das mulheres tende a decidir sobre interromper a gravidez dentro de um curto espaço de tempo, muitas delas tomando essa decisão nas primeiras 24 horas após confirmar a gravidez. No entanto, grupos específicos, como mulheres negras e mães múltiparas, podem levar mais tempo, geralmente 2 a 3 dias, para chegar a uma conclusão.

Com base na revisão dos artigos, conclui-se que a implementação de períodos de espera obrigatórios antes da realização de um aborto tem impactos significativos no acesso das mulheres aos cuidados de saúde necessários. Esses períodos de espera podem resultar em atrasos consideráveis, especialmente para mulheres de níveis socio-econômicos mais baixos e residentes em áreas rurais, devido às barreiras financeiras e geográficas que enfrentam para chegar às clínicas. Além disso, o requisito de duas visitas pode aumentar ainda mais os custos e a inconveniência para as mulheres.

Embora alguns estudos sugiram que períodos de espera podem fornecer tempo para reflexão, a maioria das mulheres não identifica benefícios significativos nesse sentido. Pelo contrário, elas relatam angústia mental adicional e desafios logísticos, sem necessariamente sentir-se mais confiantes na sua decisão após o período de espera.

Relativamente aos efeitos dos períodos de espera obrigatórios na continuação da gravidez, os dados são heterogêneos e podem variar significativamente dependendo de vários fatores, incluindo idade, raça ou etnia, recursos financeiros e distância de deslocamento até às clínicas de aborto. Apesar de algumas pesquisas sugerirem que essas leis restritivas estão associadas a uma diminuição das taxas de aborto, outras evidências indicam que podem resultar em atrasos nas interrupções da gravidez, e conseqüentemente levar a um número acrescido de abortos realizados no segundo trimestre.

Além disso, há indícios de que essas políticas possam influenciar o comportamento sexual de risco das mulheres solteiras, com potenciais efeitos na taxa de natalidade fora do casamento. No entanto, os impactos específicos dessas leis variam entre os estados e podem ser influenciados pelo tipo de acesso à informação e aos serviços de saúde reprodutiva disponíveis.

Em suma, podemos concluir que não há evidências científicas que sustentem os benefícios para a saúde das mulheres decorrentes dessas políticas, enquanto são inconsistentes com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e com as normas internacionais de direitos humanos. Essas medidas, muitas vezes, são implementadas com o propósito de restringir o acesso das mulheres ao aborto legal, dificultando assim o exercício dos seus direitos reprodutivos e comprometendo a sua autonomia e capacidade de decisão.

Referências Bibliográficas

1. República A da. Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril. Diário da República. 2007;2417–8.
2. World Health Organization. Abortion care guideline [Internet]. 2022. 170 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>
3. Lindo JM, Pineda-Torres M. New Evidence on the Effects of Mandatory Waiting Periods for Abortion. *Journal of Health Economics* [Internet]. 2021;80(September):102533. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102533>
4. Vilar D. Abortion: The portuguese case. *Reproductive Health Matters*. 2002;10(19):156–61.
5. Gonçalves-Pinho M, Santos J V., Costa A, Costa-Pereira A, Freitas A. The impact of a liberalisation law on legally induced abortion hospitalisations. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016;203:142–6.
6. Oliveira Da Silva M. Reflections on the legalisation of abortion in Portugal. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2009;14(4):245–8.
7. APF. Métodos Previstos [Internet]. Available from: <https://apf.pt/informacao-tematica/aborto-e-interruptao-da-gravidez/metodos-previstos/>
8. APF. Etapas no processo de IVG [Internet]. Available from: <https://apf.pt/informacao-tematica/aborto-e-interruptao-da-gravidez/etapas-no-processo-de-ivg/>
9. Kapp N, Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2020;63:37–44. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.11.008>
10. Direção-Geral da Saúde. Interrupção Medicamentosa da Gravidez. *Circ Norm*. 2007;(N.º 9/SR de 21/06/2007):1–4.
11. Kapp N, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception* [Internet]. 2019;99(2):77–86. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.11.002>
12. NHS. Miscarriage [Internet]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/miscarriage/>
13. APF. Aborto e Interrupção da Gravidez [Internet]. Available from: <https://apf.pt/informacao-tematica/aborto-e-interruptao-da-gravidez/>
14. NHS. Abortion [Internet]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/abortion/>
15. Direção-Geral da Saúde. Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez - dados de 2022. 2022; Available from: www.dgs.pt
16. Van Ditzhuijzen J, ten Have M, de Graaf R, van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. Psychiatric history of women who have had an abortion. *Journal of Psychiatric Research* [Internet]. 2013;47(11):1737–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.07.024>
17. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard Ø, Mortensen PB. Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2011;364(4):332–9.
18. Ashton JR. Patterns of discussion and decision-making amongst abortion patients. *Journal of Biosocial Science*. 1980;12(3):247–60.
19. Lupfer M, Silber BG. How patients view mandatory waiting periods for abortion. *Family Planning Perspectives*. 1981 Mar-Apr;13(2):75–9
20. Friedman CM, Greenspan R, Mittleman F. The decision making process and the outcome of therapeutic abortion. *The American Journal of Psychiatry*. 1974;131(12):1332–7.
21. Jovel I, Cartwright AF, Ralph L, Upadhyay UD. Abortion Waiting Periods and Decision Certainty among People Searching Online for Abortion Care. *Obstetrics & Gynecology*.

- 2021;137(4):597–605.
22. O’connor AM. Validation of a Decisional Conflict Scale. *Medical Decision Making*. 1995;15(1):25–30.
 23. Steinberg JR. Decision rightness and relief predominate over the years following an abortion. *Social Science and Medicine* [Internet]. 2020;248:112782. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112782>
 24. Roberts SCM, Turok DK, Belusa E, Combellick S, Upadhyay UD. Utah’s 72-Hour Waiting Period for Abortion: Experiences Among a Clinic-Based Sample of Women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2016;48(4):179–87.
 25. World Health Organization. Safe abortion. *Who*. 2012;64.
 26. Medoff MH. Nonmarital births and state abortion policies. *Social Work in Public Health*. 2010;25(5):454–69.
 27. Karasek D, Roberts SCM, Weitz TA. Abortion Patients’ Experience and Perceptions of Waiting Periods: Survey Evidence before Arizona’s Two-visit 24-hour Mandatory Waiting Period Law. *Women’s Health Issues* [Internet]. 2016;26(1):60–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2015.10.004>
 28. de Londras F, Cleeve A, Rodriguez MI, Farrell A, Furgalska M, Lavelanet A. The impact of mandatory waiting periods on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. *BMC Public Health* [Internet]. 2022;22(1):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13620-z>
 29. Ehrenreich K, Marston C. Spatial dimensions of telemedicine and abortion access: A qualitative study of women’s experiences. *Reproductive Health*. 2019;16(1):1–10.
 30. Morse JE, Charm S, Bryant A, Ramesh S, Krashin J, Stuart GS. The Impact of a 72-hour Waiting Period on Women’s Access to Abortion Care at a Hospital-Based Clinic in North Carolina. Vol. 79, *North Carolina Medical Journal*. 2018. p. 205–9.
 31. White K, deMartelly V, Grossman D, Turan JM. Experiences Accessing Abortion Care in Alabama among Women Traveling for Services. *Women’s Health Issues* [Internet]. 2016;26(3):298–304. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2016.01.003>
 32. Medoff MH. Unintended Pregnancy and Abortion Access in the United States. *International Journal of Population Research*. 2012;2012:1–9.
 33. Myers CK. Cooling Off or Burdened? The Effects of Mandatory Waiting Periods on Abortions and Births. *SSRN Electronic Journal*. 2021;(14434).
 34. Tosh J. State Adolescent Reproductive Health Policies and their Impact on Teen Pregnancy Outcomes. 2015;
 35. Steele JL, Murnane RJ, Willett JB. Low-Performing Schools Attract and Keep Academically Talented Teachers ? Evidence. *Journal of Policy Analysis and Management*. 2010;29(3):451–78.
 36. Hoctor L, Lamačková A. Mandatory waiting periods and biased abortion counseling in Central and Eastern Europe. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2017;139(2):253–8.
 37. ASTRA Network. Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Central and Eastern Europe. 2014;(July 2013). Available from: http://www.astra.org.pl/pdf/publications/ASTRA_Factsheet_2014.pdf
 38. Center for Reproductive Rights. Mandatory Waiting Periods and Biased Counseling Requirements in Central and Eastern Europe. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;41(22).
 39. UPR Submission on Reproductive Rights in the Russian Federation - 16th session of the Universal Periodic Review. 2013; Available from: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/lib-docs/HRBodies/UPR/Documents/session12/TJ/JS4-JointSubmission4-eng.pdf>
 40. Committee on Economic Social and Cultural Rights. General Comment No. 22 (2016) on

the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). 2016;

41. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women. CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health). 1999;
42. OHCHR Commissioned Report. Gender Stereotyping As a Human. 2013;(October). Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/2013-Gender-Stereotyping-as-HR-Violation.docx>
43. Cook RJ, Cusack S, Dickens BM. Unethical female stereotyping in reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2010;109(3):255–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.02.002>