



UC/FPCE_2007

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Mau – Trato Fetal:
Considerações clínicas e jurídicas**

Leandra Margarida Prata Cordeiro (e-mail: lcordeiro@live.com.pt)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde sob a
orientação do Professor Doutor Joaquim Eduardo Nunes Sá



Mau – Trato Fetal: considerações clínicas e jurídicas

Esta investigação desenvolve-se em torno do mau-trato fetal, abordado e analisado nos seus aspectos mais específicos. Neste sentido, este trabalho procura estudar os maus-tratos infligidos ao feto, tomando em consideração um conjunto de comportamentos de risco por parte da mulher grávida. O principal objectivo é, deste modo, tentar definir e compreender o mau-trato fetal analisando-o não só nos seus aspectos clínicos como também jurídicos.

Palavras chave: mau-trato; feto; direito; comportamento de risco; gestação; relação precoce

Fetal Maltreatment: approaches clinicals and juridicals

This research will be a full analysis on the fetal maltreatment.

Thus, this research will focus on the fetal maltreatment as a result of pregnancies risk behaviours. Therefore, our main goal is define and understand fetal maltreatment clinical as well as law implications.

Key Words: maltreatment; fetus; law; risk behaviour; pregnancy; early relationship

Agradecimentos

Agradeço

Aos meus pais,
Pelo exemplo de vida.
Por toda a coragem e confiança.
Por acreditarem mais no meu querer do que eu própria (algumas vezes).

À minha irmã,
Pelo apoio incondicional.
Pelo amparo e aconchego.
Pela forma como partilha comigo as minhas derrotas e as minhas vitórias, recebendo de igual modo os meus choros e os meus sorrisos.
Pelo redubrar de cuidados, carinhos e atenção.

Sim, obrigado. Por de todas as vezes que me deixaram ser mais eu.

À Cátia,
Pela amizade.
Por ser o porto seguro das minhas dúvidas e hesitações.
Pela cumplicidade e lealdade.
E, por me deixar pensar em voz alta.

À Ana Sofia e ao Paulo,
Pela seriedade.
Pela coerência.
E, pela amizade.

À Ana e à Cila,
Pela presença ao longo deste percurso.

A todos aqueles que me ajudaram na realização deste trabalho.

À Dr^a. Dulce,
Pela atenção e disponibilidade.

Ao Dr. Eduardo,
Pela orientação e,
Pela oportunidade de uma aprendizagem ímpar.

Índice

Introdução.....	1
I. Enquadramento conceptual (revisão da literatura).....	1
1. De Feto a Bebê: da Embriologia à Psicologia Fetal.....	1
1.1.Dados Históricos.....	1
1.2.O que é um feto?.....	3
1.3.Competências Fetais.....	4
1.3.1. O nascimento dos sentidos.....	5
1.3.2. Actividade motora e comportamental.....	6
1.3.3. Do Biológico ao Mental.....	6
1.4. Emoção materna.....	9
2. Maus – Tratos Fetais.....	11
2.1. Conceito de Maus – Tratos.....	12
2.2. Condutas de Risco.....	13
2.2.1. Consumo de Drogas: heroína e cocaína.....	13
2.2.2. Metadona.....	18
2.2.3. Psicofármacos.....	19
2.2.4. Consumo de Álcool.....	20
2.2.5.Tabaco.....	22
2.2.6. Cafeína.....	23
2.3. Considerações Psicopatológicas	24
3. Fundamentação Jurídica.....	26
3.1. Enquadramento Jurídico-Legal.....	26
3.2. Enquadramento Jurídico-Legal Europeu.....	28
3.3. Enquadramento Jurídico-Leagal Português.....	29
II. Objectivos.....	36
III. Metodologia.....	37
1.Caracterização da Amostra.....	37
2.Descrição do Instrumento.....	37
3.Procedimento.....	38
3.1 Procedimento de aplicação.....	38
3.2 Procedimento Estatístico.....	38
IV. Resultados.....	38
V. Discussão.....	47
Conclusões.....	54
Bibliografia.....	55
Anexos.....	59

Introdução

O maltrato fetal, abordado nas suas diferentes vertentes, foi objecto de análise e estudo no trabalho desenvolvido. Em torno dele, levantam-se várias questões que, além de interessantes, são igualmente pertinentes. Suscitar o debate, provocar a crítica e a discussão acerca desta problemática foi talvez a razão principal desta investigação.

Pensar-se no maltrato fetal, é pensar em matérias tão importantes como a vida humana, nos seus direitos fundamentais e na legitimidade com que é colocada em risco por condutas, consideradas de risco, por parte de quem à partida, deveria protegê-la: a mãe.

A estrutura do trabalho compreende uma perspectiva global do tema em análise, abordando primeiramente os aspectos psicológicos, incidindo o estudo na psicologia fetal e no desenvolvimento do feto. Posteriormente, é apresentado um conjunto de situações, consideradas de risco, que poderão colocar em causa o saudável crescimento do feto ou até mesmo a sua sobrevivência. Finalmente, é feita uma abordagem jurídica a estas situações, analisando o sistema jurídico-legal português onde são discutidos valores e direitos fundamentais que tutelam a vida humana. Uma questão polémica? Sim. Controversa? Talvez. No entanto, não deixará nunca de ser importante.

Na parte prática, o objectivo é perceber a noção que pessoas directamente relacionadas com esta problemática, por questões técnicas e de formação, percebem o maltrato fetal bem como as suas implicações interrogando se deveria ou não ter um enquadramento jurídico na legislação actual.

I – Enquadramento conceptual (revisão da literatura)

1. De Feto a Bebê: da Embriologia à Psicologia Fetal

“No que respeita a esse fundo misterioso do nosso ser do qual somos a manifestação...”

Nietzsche, O Nascimento da Tragédia

1.1. Dados Históricos

A análise e o interesse pela vida pré – natal na sua vertente multidimensional não são preocupações recentes. É referido por Rostand (1966)¹ que o documento mais antigo sobre a formação biológica do novo ser é o *Manava – Dharma – Sastra* dos hindus, no qual a mulher era apenas um campo onde se desenvolvia o sémen nele depositado e que só este continuava na vida da criança, dando portanto, uma visão soberana do homem.

¹ Cit in. Filomena Bayle, *À volta do Nascimento*, 2006, p. 75.

Remontando à antiguidade, citado por Reis², Negri (1997) menciona Hipócrates (seis séculos antes de Cristo) como o primeiro a referir a existência de actividade do feto perto do nascimento. Souza – Dias (1996)³ reforça este interesse, enquanto área que sempre despertou a atenção do Homem, ao citar Platão (429m – 347 A.C.) que afirma que o “*feto é uma criatura viva, que se nutre e move nas cavidades do corpo materno*”. O mesmo autor acrescenta ainda, que foram os chineses quem desenvolveu, os primeiros acompanhamentos pré-natais, “*há milénios*”, ao defenderem que as emoções da mãe influenciariam o desenvolvimento do feto. Num plano mais mítico e intuitivo, do que propriamente científico, este povo procurava prevenir doenças através da harmonização de trocas de energia física e psicológica entre a mãe e o feto.

Soulé (1999)⁴ recorda que a percepção pelo feto de sons exteriores à mãe, como por exemplo a voz humana, é descrita num texto célebre que se encontra no início do evangelho de São Lucas. O episódio acontece quando Maria visita a sua prima Isabel, casada com Zacarias que se encontra grávida de um bebé que se chamará João. Após a saudação de Maria, Isabel responde: “*Pois logo que chegou aos ouvidos a tua saudação o menino saltou de alegria no meu seio.*”

Até ao séc. XVII acreditava-se que só haveria embrião depois de ocorrer a «animação», ou seja a infusão da alma (*anima*) ou sopro vital. S. Tomás de Aquino (1124-1174), retomando Aristóteles, considerava que isso só aconteceria ao 40º dia para o embrião macho e ao 90º dia para o embrião fêmea. Barthélemy l’Anglais (1230), considera que o processo de «animação» acontece, sem diferenciação para os sexos, ao quadragésimo dia de gestação.

Só muito mais tarde, durante o século XIX, é que apareceram as primeiras obras dedicadas à actividade fetal e ao desenvolvimento da vida intra uterina, onde se destacam os trabalhos de Preyer, cujo método ainda se baseava na palpação directa da parede abdominal da mãe, muitas vezes acompanhada do uso do estetoscópio. Como refere Nuno Reis⁵, este autor acreditava que os movimentos do feto eram semelhantes àqueles que os recém-nascidos exibiam, tendo descrito, entre outras descobertas surpreendentes, a ingestão de líquido amniótico no ambiente intra-uterino.

Já no século XX, durante as décadas de sessenta e setenta, alguns autores, entre eles, Walters (1964), Edwards e Edwards (1970) e Sadowsky (1979), basearam-se nos relatos das mães acerca das sensações que tinham dos movimentos fetais, constatando que a percepção dos primeiros surge por volta da 16ª semana de gestação e que esse facto é associado ao seu bem-estar; a ausência de movimentos, pelo contrário, é encarada pelas mães como um sinal de alarme e de sofrimento (Reis, 2001 citando Piontelli, 1995)⁶.

² Cfr. Nuno Reis, “A Vida Fetal”, in Sá, E. (ed). *Psicologia do Feto e do Bebê*, 2001, p. 67

³ Cfr. Souza – Dias, *Considerações sobre o psiquismo fetal*, 1996

⁴ Cit in Volpi, J. H. & Souza, C. B, *Estresse na gestação e primeiros anos de vida e cancer infantil*, 2004.

⁵ Cfr. Nuno Reis, *Ob. Cit.*, 2001 p. 67

⁶ *Ibid*, p. 68

No entanto, só com o avanço da tecnologia, nomeadamente com o aparecimento da ecografia e da ultra – sonografia obstétrica, é que se verificou um crescimento assinalável da investigação e, actualmente, a objectivação de algumas respostas desfez dúvidas e derrubou alguns dos mitos construídos acerca da vida intra uterina, intensificando-se assim, as pesquisas em torno do desenvolvimento fetal possibilitando a descoberta de competências e, inclusivé, alguns elementos do seu psiquismo.

Autor	Ano	Conceitos - Chave
Rostand	1966	<i>Refere o Manava – Dharma – Sastra dos hindus como o documento mais antigo sobre a formação biológica do novo ser.</i>
Negri	1997	Menciona Hipócrates (seis séculos antes de Cristo) como o primeiro a referir a existência de actividade do feto.
Souza - Dias	1996	Cita Platão ao afirmar que o “ <i>feto é uma criatura viva, que se nutre e move nas cavidades do corpo materno</i> ”
Souza - Dias	1996	Menciona os chineses como os primeiros a fazer acompanhamentos pré-natais “há milénios”
Soulé	1999	Descreve um episódio do Evangelho de S. Lucas no qual é descrito actividade fetal
Reis	2001	Menciona os trabalhos de Preyer (sec.XIX)

1.2. O que é um feto?

O que é um feto? Nada de mais simples: é o ser que sucede ao embrião e que precede o recém-nascido ou, no caso de nascimento antecipado, o prematuro.⁷ Na verdade, nada é tão simples quanto esta definição sugere, como admite o próprio autor que a enuncia, já que a definição permanece abstracta e um pouco ambígua.

Na etimologia da palavra, “feto” é um termo que tem a sua origem na raiz indo-europeia *DHE*, que significa «chupar, mamar». Do latim, significa “pequena criança”, “pequenino” ou “descendência”.

Designadamente, a fase embrionária refere-se ao período de diferenciação orgânica que tem início logo após a fecundação. Apesar da dificuldade em se identificar um momento preciso, é reconhecido o “período fetal como aquele que tem início na nona semana e se estende até ao nascimento.⁸”

Do ponto de vista anatómico, enquanto embrião que se desenvolve, sendo posteriormente substituído quando se torna reconhecível por feto, subentende-se uma continuidade de desenvolvimento e de maturação. “ *O produto da concepção que começa a adquirir as aparências de um ser humano é, pois, objecto de um primeiro baptismo, recebendo o nome de*

⁷ Cfr. Jean-Marie Delassus, *O Génio do Feto*, 2002, p. 27

⁸ Vide. T. Sandler, *Langman’s Medical Embryology*, 2004

feto” (Delassus, 2002), nome que permanecerá enquanto este estiver no útero; se por sua vez, sair dele demasiado cedo, recebe o nome de prematuro.

Apesar de todas estas considerações, para os pais ou para os familiares mais próximos, o feto ultrapassa esta concepção anatómica. Para eles, o feto vive, existe, é sonhado. O feto existe no plano emocional como pessoa, como filho, ligado ao projecto parental e aos laços estabelecidos pelo simples pensamento que se tem dele.

O feto cresce e desenvolve-se num meio de comunicação por excelência, comunicando com o exterior, comunicação esta, que “*não necessita de palavras, nem de conceitos e nem de enunciados de sentimentos.*”⁹

Será talvez por todas estas razões que se questiona a palavra feto, como um termo depreciativo que apenas parece englobar o seu desenvolvimento morfológico, esquecendo toda uma linguagem, que embora com origem em torno dele, vem do coração.

Autor	Ano	Conceitos - Chave
Delassus	2002	“ <i>O produto da concepção que começa a adquirir as aparências de um ser humano é, pois, objecto de um primeiro baptismo, recebendo o nome de feto</i> ”

1.3.Competências Fetais

Para Nuno Reis é então, hoje, “*facto assente que o feto possui uma actividade própria, que se desdobra nas diferentes modalidades sensoriais, na sua actividade motora e nos seus estados de comportamento, actividade essa que lhe permite perceber e integrar dados referentes ao meio em que se encontra*”.¹⁰

Actualmente, o que se sabe é que o feto é um ser humano em formação, que reage a estímulos, chupa o dedo, dorme e acorda, tem movimentos respiratórios, movimenta-se à procura de posições que lhe sejam mais confortáveis, boceja e soluça, sorri e chora...

Wilheim (1997)¹¹ afirma que o feto, ainda nos primórdios da vida intra – uterina pode perceber som, engolir, reconhecer a voz da mãe, apresentando sinais de comportamento inteligente, expressando estados emocionais de agrado e desagrado através de movimentos como pontapés ou hiperactividade, começando a sonhar a partir da vigésima terceira semana de gestação, como forma de elaborar experiências vivenciais.

Estas inferências também são confirmadas por Piontelli¹² que afirma que, no segundo trimestre de gestação, o feto já responde a estímulos tácteis, de pressão, cinestésicos, gustativos e dolorosos; a experiência auditiva mostra que o feto prefere a voz familiar e que cada gravidez e cada parto se relacionam com comportamentos que continuam a ser observados no

⁹ Cfr. Delassus, *Ob. Cit*, 2002. p. 16.

¹⁰ Cfr. Nuno Reis, *Ob. Cit.*, 2001 pp. 68 – 69.

¹¹ Cfr. Wilheim, *O que é a Psicologia Fetal*, 1997.

¹² Cfr. A. Piontelli, *De Feto a Criança: um estudo observacional e psicanalítico*, 1995

período pós-natal, mostrando a existência das diferenças individuais de cada feto, na qual, cada um adopta posturas próprias e diferentes dos demais, relacionando-se de maneira peculiar com o mundo intra – uterino.

1.3.1. O nascimento dos sentidos

O ambiente intra – uterino não é escuro nem hermético, pelo contrário, está permeável às condicionantes exteriores e também a todas as alterações internas (ruídos viscerais e vasculares), o que por conseguinte mantém o feto desperto para todas as vicissitudes que marcam o seu desenvolvimento. Desta forma, o feto ao receber informações sensoriais intra e extra-uterinas, começa pouco a pouco a integrá-las, para posteriormente responder às mesmas.

A partir da 7ª semana de gestação, Piontelli¹³, reconhece ao feto a capacidade de responder a estimulações proprioceptíveis e tácteis. Por sua vez, à 10ª semana, o feto demonstra ter sensibilidade cutânea. Deste modo e como acrescenta Bayle (2006)¹⁴, o tacto é o primeiro sentido e, a partir dos quatro meses, pode-se ver o feto a apalpar o cordão umbilical ou a chuchar o dedo.

O sistema vestibular (desenvolvimento dos órgãos responsáveis pelo equilíbrio) inicia-se à 7/8ª semana gestacional e atinge a forma final por volta da 14ª semana.

Também o paladar se desenvolve relativamente cedo, assumindo-se como o “segundo canal sensorial”¹⁵. Entre a 9ª e a 12ª semana de gestação, desenvolvem-se as pupilas gustativas, tornando-se capaz a partir do 5.º mês de provar os diferentes sabores do líquido amniótico, aparecendo a deglutição e a sucção.

Por sua vez, os receptores olfactivos começam a diferenciar-se muito cedo, entre a 5ª e a 8/9ª semana¹⁶, iniciando a sua actividade por volta da 11ª semana de gestação, atingindo a maturação à 22ª.

No que respeita à audição, esta tem sido objecto de muitos estudos, tentando talvez responder à ansiedade da própria mãe quando questiona se o seu bebé é já capaz de ouvir, podendo assim, comunicar directamente com ele. O feto confronta-se com uma série de sons que têm duas origens: externa (destacam-se as vozes, em especial a voz da mãe) e interna (corpo da mãe). Os trabalhos de Casper e colaboradores¹⁷, sugerem que o feto memoriza a voz da mãe, apresentando respostas intencionais a este estímulo auditivo, evidenciando não só capacidades auditivas mas também capacidade em discriminar e preferir determinados sons. Para Delassus (2002)¹⁸, o desenvolvimento do sistema auditivo é suficiente para uma

¹³ Cfr. A. Piontelli, *Ob. Cit.*, 1995

¹⁴ Cfr. Filomena Bayle, *Ob. Cit.*, 2006, p. 78.

¹⁵ *Ibid*, p. 78.

¹⁶ Cfr. Delassus, *Ob. Cit.*, 2002, p. 73.

¹⁷ Cit in Nuno Reis, *Ob. Cit.*, 2001, p. 74

¹⁸ *Ibid*, p. 73

entrada em funções por volta da 20ª semana, ao passo que as estruturas auditivas estariam operatórias por volta da 28ª.

Finalmente, a visão também se desenvolve durante a vida intra-uterina, sendo o feto capaz de abrir e fechar as pálpebras à 20ª semana reagindo à luz que perpassa a parede abdominal.

Apesar de terem sido aqui evocados momentos, referidos com alguma precisão, a verdade é que tudo é feito por etapas, obedecendo a um sistema de maturação, o qual se desenrola numa sucessão de processos onde se torna complexo determinar o momento preciso de um começo.

Parece estar, desta forma, demonstrado que o feto humano em formação tem assim, “*a possibilidade de se sentir, de sentir as modalidades do seu meio e os seus efeitos sobre si mesmo*” (Delassus, 2002).

1.3.2. Actividade motora e comportamental

Os movimentos fetais foram sempre descritos pela mulher que os sentia. No entanto, a ecografia permitiu estudá-los de forma mais objectiva e muito precocemente.

Os primeiros movimentos de motilidade espontânea surgem por volta da 8ª semana de gravidez a nível da coluna, braços e pernas. Mas por volta da 12ª ou 13ª semana, os movimentos já são muito diversificados e não se tratam de simples actos reflexos. Estes compreendem “*movimentos bruscos, espreguiçadelas, movimentos respiratórios, movimentos de braços, das pernas e da cabeça, contacto das mãos com o rosto, e também movimentos dos lábios, sucções, deglutições, soluços e bocejos*” (Delassus, 2002)¹⁹.

O mesmo autor defende que no decorrer do segundo trimestre se verifica uma redução da actividade motora, limitada também pela redução progressiva do espaço uterino. No entanto, esta torna-se mais precisa, através de uma melhor coordenação dos movimentos e de uma maior integração dos mesmos, permitindo igualmente uma maior fluidez.

Bayle²⁰ refere que os primeiros movimentos de intencionalidade aparecem por volta da 18ª semana, inferindo uma relação directa entre o esquema motor e os desejos do bebé, desenhando-se assim, um padrão de actividade diária característico de cada feto.

O terceiro trimestre caracteriza-se por uma organização das actividades já definidas como comportamentos, incluindo-se já os estados de sono e os estados de choro, integrando funções neuronais e autónomas.

1.3.3. Do Biológico ao Mental

Para a Biologia a existência de cada "indivíduo" coincide com o seu "ciclo vital", isto é, a extensão no espaço e no tempo da vida de uma individualidade biológica. A origem de um organismo biológico ocorre em simultâneo com o início de seu ciclo vital: o início de um ciclo vital

¹⁹ Cfr. Delassus, *Ob. Cit.*, 2002, p. 78

²⁰ Cfr. Filomena Bayle, *Ob. Cit.*, 2006, p. 77

independente, que acaba por definir o princípio de uma nova existência biológica individual que se desenvolverá no tempo, atravessando várias etapas até atingir a maturidade e chegar depois ao fim do mesmo, isto é, terminar com a morte. Um novo indivíduo biológico humano, original em relação a todos os exemplares da sua espécie, inicia o seu ciclo vital no momento da penetração do espermatozóide no ovócito. A fusão dos gâmetas²¹ masculino e feminino (chamada também "singamia") marca o primeiro "passo generacional", isto é, a transição entre os gâmetas que podem considerar-se "uma ponte" entre as gerações - e o organismo humano não - formado. Esta fusão representa um evento "crítico" de "descontinuidade" porque marca a constituição de uma nova individualidade biológica, qualitativamente diferente dos gâmetas que a geraram. Esta noção acaba por ser confirmada por Regateiro (2003)²² ao afirmar que "o conjunto de acontecimentos que medeiam a vida humana unicelular, sob a forma de ovo ou zigoto, e um ser humano adulto designa-se, globalmente, como desenvolvimento ontogénico. Este processo inicia-se com a fecundação de um ovócito por um espermatozóide. Subsequentemente, os pró - núcleos masculino e feminino fundem-se, restaurando o complemento cromossómico diplóide²³ da espécie humana e forma-se o ovo ou zigoto".

Neste sentido e tomando como referência as considerações feitas, a entrada do espermatozóide no ovócito provoca uma série de acontecimentos, estimáveis do ponto de vista bioquímico, molecular e morfológico, que induzem a "ativação" de uma nova célula - o embrião unicelular - e estimulam a primeira cascata de sinais do desenvolvimento embrionário, organizando um novo genoma²⁴, que apesar de ter origem no património genético materno e paterno, é único e específico.

O novo genoma assume de imediato o controle do desenvolvimento embrionário, o que nos permite discordar daqueles que defendem a ideia de que os embriões, numa fase mais precoce do seu desenvolvimento, não são mais do que um amontoado indiferenciado de células.

O Relatório "Parecer 15/95" do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida depois de debater estas questões, define o embrião humano como "um estado inicial da vida humana, sendo que uma nova vida humana é marcada pela fecundação, devendo entender-se por esta singamia, ou seja, a fusão dos dois pronúcleos (de origem paterna e materna) e não a penetração do espermatozóide no óvulo", considerando, no entanto, que "mesmo antes da singamia, haveriam todas as condições para a formação de um ser humano". O Relatório acrescenta ainda que "a vida humana merece respeito, qualquer que seja o seu estágio ou fase". Neste sentido, o embrião é em qualquer fase e desde o início, o suporte físico e biológico

²¹ Denomina-se gâmetas a cada uma das células que se unem durante a fecundação para formar o ovo (zigoto). No macho, o gâmetas é o espermatozóide enquanto na fêmea, é o óvulo. Cfr. L. Manuila e tal, *Dicionário Médico*, 2000.

²² Cfr. Fernando Regateiro, *Manual de Genética Médica*, 2003

²³ Diz-se de uma célula que possui uma série dupla de cromossomas homólogos. Cfr. L. Manuila, *Dicionário Médico*, 2000.

²⁴ Em biologia, o genoma é toda a informação hereditária de um organismo que está codificada no nosso ADN.

indispensável ao desenvolvimento da pessoa humana e nele antecipamos tudo aquilo que há-de vir, razões que nos levam a não considerar uma escala de respeito.

Em conclusão, dos dados da biologia até hoje disponíveis evidencia-se que o zigoto²⁵ ou embrião unicelular se constitui como uma nova individualidade biológica já na fusão dos dois gâmetas, momento de ruptura entre a existência destes e a formação do novo indivíduo humano. Desde a formação do zigoto que se assiste a um constante e gradual desenvolvimento do novo organismo humano que evoluirá no espaço e no tempo seguindo uma orientação precisa sob o controle do novo genoma já activo no estágio pronuclear (fase precoce do embrião unicelular).

A partir do exposto, pode-se afirmar que existem desde os primórdios da vida intra uterina, a presença de padrões comportamentais e características de personalidade bem definidas, como aponta Souza – Dias (1996)²⁶, sobre a existência de vida emocional no feto, proveniente de um psiquismo arcaico em processo de desenvolvimento. Wilhelm²⁷ acaba por reforçar esta ideia ao afirmar que qualquer experiência biológica e psicológica ocorrida no feto, desde a formação de cada uma das suas células, ficam retidas numa matriz básica inconsciente; a memória celular, que processa vivências, transformando-as em experiências com representação mental, os chamados *imprint*, os quais podem armazenar afecto, angústia, vida ou morte, dependendo do modo como as experiências são vivenciadas pela qualidade do vínculo mãe – feto. Podemos então dizer que, certamente, a vida psíquica não se inicia com o nascimento, porém é uma continuidade da vida intra-uterina.

Bion (1992)²⁸ ao analisar a questão da personalidade, referindo que *não vê “razão para duvidar que o feto a termo tenha uma personalidade”*. Parece-lhe *“gratuito e sem sentido supor que o facto físico do nascimento seja algo que cria uma personalidade que não existia”*.

Sá (2001)²⁹ ao questionar quando é que um feto se torna bebé, acaba por concluir que se *“num plano jurídico-legal um bebé tem uma identidade jurídica que coincide com o início do trabalho de parto, num contexto psíquico um bebé nasce no momento em que ele representa uma realidade que interfere com a vida dos seus pais: nasce muito antes do nascer obstétrico.”* Acrescenta que *“isto quer dizer que antes de nascer um bebé, mesmo quando os pais não o aceitam, já condensa em si o modo como os pais se sentiram filhos e a forma como se imaginam pais, que serão os factores essenciais (semelhantes a abscessos) que, não sendo tratados, irão condicionar (infectar, se preferirem) a relação precoce e, em consequência disso, o desenvolvimento do bebé”*.

Ainda para o mesmo autor, as suas competências interactivas são muito expressivas a partir do quarto mês de gravidez. *“Emociona-se, angustia-se, constrange-se com as expressões mais rígidas da personalidade*

²⁵ Zigoto será a célula resultante da união dos dois gâmetas: óvulo fecundado.

²⁶ Vide Souza – Dias, *Ob. Cit.*

²⁷ Cfr. Wilhelm, *Ob. Cit.*, 1997.

²⁸ Cit in Sá, 2001, *Ob. Cit.*

²⁹ Cfr. Eduardo Sá, *Ob. Cit.*, 2001, pp. 90-91.

da mãe, alegra-se e aviva os seus ritmos, deprime-se, a ponto de inibir o seu crescimento". As depressões fetais graves podem ser observáveis em algumas situações de atraso de crescimento intra-uterino e, eventualmente, em alguns abortamentos de repetição sem causa ginecológica ou obstétrica aparentes.

Estes estados devem merecer uma cuidada atenção médica e torna-se determinante que o acompanhamento pré-natal se cumpra, abordando estas questões junto dos pais, trabalhando as expectativas e a representação simbólica que o bebé tem para eles e a forma como interfere na sua relação, transpondo todas estas contendas para um plano psicológico ou até psicopatológico.

“Quando este acompanhamento pré-natal não se realiza ou, por incompetência técnica, não tem êxito, o bebé nasce doente. São estes bebés que surgem na literatura com atrasos de desenvolvimento, com intolerância inata à frustração, com maior ou menor resiliência. Em rigor, nenhuma destas características se organiza à margem da relação com a mãe, durante a gravidez, todas são inequivocamente relacionais, todas ilustram a competência para aprender dos bebés, a forma discreta e discriminativa como se relaciona e, sobretudo, os maus-tratos do período gravídico de que foi vítima” (Sá, 2001).

Será certamente, por tudo o que foi anteriormente apresentado que Sá (2001) fala *“numa intuição inata a que podemos chamar inteligência fetal”*. Ao citar a genialidade de Freud, o mesmo autor considera que o sistema nervoso tem competências auto – organizadoras e associativas que estruturam e processam a informação, e estabilizam selectivamente as sinapses, mobilizadas pelos processos cognitivos mais estimulados. Assim, *“significa que os bebés têm uma realidade mental complexa e plástica mas harmónica, com que reagem e elaboram todas as condicionantes negativas e positivas que o meio desperta em si”* (Sá, 2001).

Reunidas todas estas razões e depois de analisado todo o conjunto de competências e habilidades do feto, lendo toda a especificidade da vida intra uterina e a descoberta de um psiquismo fetal com uma dinâmica própria e única que irá determinar o comportamento nos primeiros anos de vida, facilmente compreendemos porque é que para Sá (2001)³⁰ *“não seja legítimo que falemos de fetos mas bebés!”*

1.4. Emoção Materna

Vários estudos têm, recentemente, se debruçado sobre como é que a vivência emocional da mãe interfere com o desenvolvimento do seu bebé, merecendo no entanto, uma abordagem distinta das condutas de risco da mãe que irão ser objecto de análise no capítulo seguinte.

Verny & Kelly, 1993 (cit por Volpi, 2004³¹), acreditam que uma excessiva secreção neuro – hormonal na mãe, com origem num estado de

³⁰ Cfr. Eduardo Sá, *Ob. Cit.*, 2001, p. 97

³¹ Cfr. J. Volpi & C. Souza, *Estresse na gestação e primeiros anos de vida e cancer infantil*, 2004, pp. 2-13.

ansiedade, medo, instabilidade, nervosismo, insegurança, ou qualquer outro factor, poderá criar uma sobrecarga no sistema neurovegetativo da criança e ocasionar várias dificuldades, manifestadas depois do nascimento. Referem ainda que “o feto tentará compreender o significado dessas alterações fisiológicas fazendo com que, o que a princípio era apenas uma impressão confusa e desagradável, crie uma reserva de lembranças, às quais o bebe poderá recorrer mais tarde.” Boadella, 1992³² acrescenta, em continuidade com o que está a ser dito, que “sensações de tensão e desconforto da mãe podem ser comunicadas para o feto, assim como sentimento de rejeição, culpa ou hostilidade em relação ao bebé que se está a desenvolver.”

Navarro (1995) e Relier (1998)³³ defendem que o stress, quando muito intenso, poderá interferir com o feto ou embrião, “actuando sobre as células desse bebé, deixando registos negativos.” Neste sentido, e a partir do que os autores defendem parece ser possível que durante a gravidez, o bebé, tal como a mãe, se emocione, ficando agitado com as crises sofridas por esta, “o que oferece uma supressão do sistema imunológico, e uma maior permissividade ao organismo para que manifeste as doenças” (Volpi & Souza, 2004).

Nestas circunstâncias, recentemente, apareceram várias investigações que relacionam a vivência emocional durante a gravidez com o aparecimento de cancro infantil. Navarro (2001), admite a existência de tumores benignos antes do nascimento, o que segundo este autor, significa que durante a vida intra-uterina a pessoa apresentou uma boa reacção ao “stress emocional”. Por sua vez, esses mesmos tumores poderiam transformar-se em malignos com origem em “condições de imunodepressão causadas por estresse existencial profundo e/ou prolongado”, quando perante um desequilíbrio “entre os mecanismos de defesa do organismo e as forças que provocam a anarquia celular” (Volpi & Souza, 2004).

A reacção dos bebés à vida emocional da mãe permite, na opinião de Sá (2001)³⁴ compreendê-lo como um sujeito activo e que a relação se organiza, a esse nível, de ritmos e sinais (que desbloqueiam reflexos e estados emocionais, a partir do genoma) e da memória fetal (que prolonga, no pós-parto a qualidade relacional do útero).

O advento das tecnologias na área da ecografia e da ultra-sonografia permitem o reconhecimento dos movimentos fetais, o que possibilita também a visualização das lesões cerebrais fetais consecutivas de crises traumáticas da mãe.

Um estudo realizado por Connolly e Cullen em 1983, referido por Chamberlain (1995)³⁵ constatou a interferência no feto de “sentimentos maternos, atitudes, stress situacional e conflitos interpessoais durante a gravidez.”, inferindo repercussões na infância que iriam de deficiências motoras à morte neonatal.

Chamberlain (1995) demonstrou que a vivência de tensões graves e

³² Cit in J. Volpi & C.Souza, *Ob.Cit.*, 2004, p. 3.

³³ *Ibid*, p. 2

³⁴ Cfr. Eduardo Sá, *Ob. Cit.*, 2001, p. 118

³⁵ Cit in Satya Sousa, “A Saúde do Feto”, in Sá. E. (ed), 2001, *Ob. Cit.*, p. 46.

permanentes estavam directamente relacionadas com a fraca saúde da criança e com problemas de várias ordens que se manifestavam pelo disfuncionamento neurológico, atrasos de desenvolvimento e perturbações comportamentais.

As manifestações psicossomáticas tornam-se, neste contexto, a expressão preferencial do mal-estar vivido in útero. É então, através das suas funções corporais (alimentação, sono) que o bebé manifesta o seu mal-estar relacional e psicológico, dando origem a diversas doenças psicossomáticas e perturbações funcionais do recém-nascido que têm origem em vivências tidas ainda na gravidez.

O ambiente intra – uterino é deste modo, invadido por um conjunto de sons, agitações e hormonas que se tornam uma ameaça para o desenvolvimento do bebé, e os elementos que por sua vez, seriam primordiais ao estabelecimento de um laço vincutivo firme e consistente esbatem-se e tornam-se castradores de um desenvolvimento harmonioso.

Autor	Ano	Conceitos - Chave
Verny & Kelly	1991	Relação entre as secreções neuronais da mãe com o sistema neurovegetativo da criança
Navarro	1995	Efeitos do stress materno no feto
Relier	1998	Efeitos do stress materno no feto
Navarro	2001	Vivência emocional da gravidez relacionada com o aparecimento de cancro infantil
Volpi & Souza	2004	Vivência emocional da gravidez relacionada com o aparecimento de cancro infantil
Chamberlain	1995	Efetos do tabaco na gravidez

2. Maus-Tratos Fetais

“A mesma alma governa os dois corpos...”

Leonardo da Vinci, Quaderni

Durante muito tempo acreditava-se que o feto vivia num mundo isolado, impenetrável e inacessível. Desmistificada esta ideia, sabe-se hoje, que tanto o fumo, como o álcool ou as drogas e qualquer outro tipo de substâncias ingeridas pela mãe, atingem o feto. Por outro lado, e embora menos visível, a verdade é que as emoções vividas durante a gravidez podem também interferir com o desenvolvimento do pré-nato, sendo aqui também, objecto de análise.

No seu conjunto, representam um agregado de situações que vêm alterar o ambiente intra-uterino, no qual o bebé se está a desenvolver e a formar, com implicações, quer físicas como psicológicas, constituindo-se assim, como maus-tratos fetais.

2.1. Conceito de *maus-tratos*

O mau-trato bem como a negligência são construtos amplos que continuam a não encontrar consenso, quer entre os técnicos, quer entre os investigadores, o que tem dificultado a formulação e execução do trabalho nesta área.

Só a partir da década de 80, embora a investigação dos maus-tratos físicos prevaleça relativamente a outras formas de abuso, é que aparecem as primeiras definições de mau-trato psicológico, intensificando-se a investigação.

As controvérsias assentam no facto de as definições técnicas, quer sejam legais, sociais ou médicas, serem vagas, não só a nível das categorias que as compõem e das fronteiras que as limitam, como na avaliação da sua intencionalidade, e ainda nos critérios específicos relativamente ao que constitui os vários graus ou tipos de perigo (Giovannoni, 1989; Knutson, 1995 cit in Calheiros & Monteiro, 2000³⁶).

Neste sentido, prevalece a noção de que o mau-trato é um conceito mais relativo do que absoluto, na medida em que deriva do facto de que o *educar* e os cuidados necessários a ter, reflectem atitudes públicas e padrões institucionais, assumindo-se diferentes perspectivas no que concerne ao que é essencial para cada criança e o que prejudica o seu bem-estar e futuro desenvolvimento.

Desta forma, a definição e identificação do mau-trato e da negligência inscrevem-se numa área pouco definida cujas fronteiras são muito ténues e variam em função dos valores que regem os diferentes contextos onde o problema é abordado.

Pela perspectiva médica, o mau-trato define-se pela necessidade de se fazer um diagnóstico, mantendo-se central a ideia de que este é o sintoma de uma patologia dos pais. Assim, é comum incluir-se na definição, as consequências que os comportamentos parentais dirigidos à criança têm para esta.

O aspecto central da perspectiva sociológica é a noção de que o mau-trato e a negligência implicam um contexto e um julgamento social e por isso a definição inclui os actos parentais que são considerados inapropriados pelas práticas e padrões da comunidade.³⁷

A nível jurídico, a definição abrange as situações que possam causar perigo para a criança (integrando actos parentais e/ou situações de vida), incluindo, por conseguinte, os possíveis danos já observados na criança.

As conceptualizações da área da psicologia têm definido os construtos de mau-trato e negligência, quer através do julgamento dos comportamentos parentais — actos e omissões — respectivamente (Baily e Baily, 1986; McGee e Wolfe, 1991; Wolfe e McGee, 1994 cit in Calheiros & Monteiro, 2000), quer a partir das consequências resultantes desses mesmos comportamentos e omissões para a criança, integrando danos psicológicos

³⁶ Cfr. Manuela Calheiros e Benedita Monteiro, *Mau trato e negligência parental: contributos para a definição social dos conceitos*, 2000, p.145-176.

³⁷ *Ibid*, p. 4

e/ou físicos, o que vai de encontro à definição de violência apresentada na Recomendação n.º R (85) 4, do Conselho da Europa que a designa como “qualquer acto ou omissão que ponha em perigo a vida, a integridade corporal ou psíquica ou a liberdade de uma pessoa ou que comprometa gravemente o desenvolvimento da sua personalidade”.³⁸ São também considerados os efeitos decorrentes da interacção entre a criança, os pais e a comunidade, incluindo-se as dimensões em que se organizam as diferentes formas de mau-trato; os critérios a que se recorre quando as definimos e os objectivos que servem as próprias definições numa intervenção clínica, decisivos também na decisão judicial.

No entanto, nas situações de maus-tratos, admite-se a existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, de forma intencional e voluntária, contrariamente à vontade da vítima.³⁹

Aceita-se que o bem-estar do feto se traduz pela harmonia do seu crescimento e desenvolvimento, articulando a normal actividade de todos os órgãos e sistemas com a progressiva aquisição de novas capacidades que vão garantir uma transição tranquila para o ambiente extra-uterino. Contudo, este saudável desenvolvimento poderá ser comprometido por determinadas condutas de risco da mãe, que acabam por maltratar o feto. Talvez por isso seja legítimo falar de mau-trato fetal ou mau trato intra-uterino⁴⁰.

É nesta óptica que são analisados os maus-tratos ocorridos e defini-los tendo por linha de base a vida intra-uterina e todas as consequências futuras que poderão daí advir.

Autor	Ano	Conceitos - Chave
Calheiros & Monteiro	2000	Perspectiva multidisciplinar do mau-trato
Isabel Alberto	2004	Violência; mau-trato infantil;

2.2. Condutas de Risco

2.2.1. Consumo de Drogas: Heroína e Cocaína

Estão hoje sobejamente provados os efeitos nocivos, quiçá letais, do consumo de drogas ou outras substâncias, incluindo o tabaco, o álcool ou até mesmo a cafeína, sobre o harmonioso desenvolvimento do feto. Pelo extraordinário aumento, nos últimos anos, do consumo de drogas, nomeadamente por mulheres grávidas e pelas consequências inerentes ou uso e abuso destas substâncias durante este período, esta é uma temática que desperta um peculiar interesse e merece uma especial atenção.

A toxicod dependência, durante a gravidez, torna-se responsável e é factor preponderante nas complicações pré – natais não só para a mãe como também para o desenvolvimento do feto, sendo hoje em dia, apontada como

³⁸ Cfr. Isabel Alberto, *Maltrato e Trauma na Infância*, 2004, p. 26

³⁹ Vide Manuela Calheiros & Benedita Monteiro, *Ob. Cit.*, 2000

uma causa distinta de morbidade e mortalidade pré – natal.

São várias as substâncias que interferem decisivamente no desenvolvimento normal do feto causando danos que podem deixar sequelas que se poderão perpetuar não só durante o período de gestação como também após o nascimento, o que poderá acarretar problemas para o crescimento saudável da criança.

A utilização de drogas durante a gravidez traz diversas complicações perinatais que incluem o aborto espontâneo no primeiro trimestre, parto prematuro, coloração do mecónio⁴¹, infecções maternas/neonatais e carência neonatal (Woods, 1997⁴²).

O consumo de drogas, neste âmbito, merece especial atenção até porque *“o uso pré-natal de drogas em geral, e o consumo de cocaína, especificamente, são encontrados, muitas vezes, entre mulheres que procuram pouco ou nenhum tratamento pré – natal”* (Woods, 1997)⁴³.

A gravidez torna-se um palco privilegiado para as inerentes complicações ao uso de drogas, designadamente a cocaína, devido a um conjunto de particularidades deste período. *“As características cardiovasculares únicas da gravidez tornaram-na um alvo para os efeitos da cocaína. Durante a gravidez, os vasos sanguíneos uterinos dilatam-se para assegurar o fluxo sanguíneo apropriado na unidade uteroplacentária e a distribuição de oxigénio para o feto.”* No seu estado já dilatado, os vasos sanguíneos uterinos não se podem dilatar mais, mas sofrem vasoconstrição quando expostos à norepinefrina. Os aumentos de norepinefrina induzidos pela cocaína devem produzir a vasoconstrição dos vasos sanguíneos uterinos conduzindo à restrição da distribuição de oxigénio ao feto (Woods, 1997)⁴⁴, já que a disponibilização de oxigénio para o feto depende directamente da manutenção do fluxo sanguíneo uterino. Neste sentido, podemos dizer então, que, perante a administração de cocaína, a resposta fetal caracteriza-se por uma acentuada diminuição dos níveis de oxigénio, que é acompanhada por um aumento da tensão arterial e frequência cardíaca. Para Woods (1997), a cocaína atravessa a placenta, muito rapidamente, aproximando-se dos níveis maternos sendo depois metabolizada ou eliminada de novo para a circulação materna ou no líquido amniótico, o que explica todos estes efeitos sobre o feto. Para além disso, continua o autor *“a entrada na circulação fetal ocorre, mais provavelmente, através dos vasos placentários e cordão umbilical, o que sugere que o líquido amniótico pode ser um reservatório da cocaína e seus matabolitos e que a exposição fetal pode persistir, mesmo após a eliminação da cocaína do sangue da mulher.”*

“O feto é o alvo final dos efeitos do consumo de cocaína materno” (Woods, 1997). Assim sendo, parece que a falência do crescimento intra –

⁴¹ Matéria mole, pastosa, com coloração castanho-esverdeada, composta por gorduras, muco e bilis, contida no intestino do feto e que o recém-nascido expulsa pelo ânus nos primeiros dias que se seguem ao nascimento. Cfr. Manuila e tal, *Dicionário Médico*, 2003.

⁴² Cfr. James Woods, *Consumo de Cocaína: Riscos Únicos para a Mãe e Feto*, 1997, pp. 151 – 160.

⁴³ Cfr. James Woods, 1997, *Ob. Cit.*, p. 152.

⁴⁴ *Ibid*

uterino parece ser o aspecto central dos estudos realizados em grávidas toxicodependentes. Um outro estudo (Aragão & Sacadura, 1990)⁴⁵ vem confirmar estas inferências, concluindo que a cocaína materna está associada a um menor perímetro craniano, produzindo também um efeito indirecto pela subnutrição materna no peso, ao nascer.

As sequelas inerentes à exposição da droga englobam também anomalias das vias urinárias, isquemia intestinal⁴⁶, potenciais evocados visuais e auditivos anormais, electroencefalogramas anormais e padrões de actividade alterada, comprometendo assim o desenvolvimento global do feto. Num estudo recente, veio comprovar-se que, a exposição pré-natal à cocaína explica a hipertonia ao nascer e a inibição da capacidade dos recém-nascidos em se habituarem a novos estímulos, dificultando o processamento de informação e a consequente aprendizagem do meio envolvente. Será então legítimo afirmar que todos estes problemas são graves e expõem o bebé a riscos que poderão comprometer em absoluto o seu desenvolvimento, estando provado que em 97% dos casos, o impacto neurológico da exposição pré-natal à cocaína pode prolongar-se até à infância.

Little (1994)⁴⁷, resume os efeitos do consumo de cocaína sobre o desfecho da gravidez em abortos espontâneos; nados – mortos; retardamento do crescimento intra – uterino; ruptura prematura das membranas; prematuros; sofrimento fetal; abrupcio placentae; baixo peso ao nascer/pequenez relativamente à idade de gestação; alterações comportamentais e neurológicas desde cedo; sintomas autistas; maior incidência de malformações congénitas; complicações cardíacas; hemorragias intra – cerebrais; anomalias dos padrões cardiorespiratórios e enterocolite necrozante.

Ornoy (2002)⁴⁸ acrescenta a este conjunto de informações também corroborado por ele, que muitos estudos realizados têm vindo a provar a existência de anomalias comportamentais nestes bebés que se manifestam ao nível da atenção, afecto e da própria conduta. São comumente observados deficits na performance obtida em testes neurodesenvolvimentais e comportamentais, sendo igualmente observado o comprometimento da função visual e auditiva em crianças, filhas de mulheres que consumiram cocaína durante a gravidez.

É fundamental que se proceda a estratégias que venham minorar os riscos não só para a grávida como também que fomentem o desenvolvimento saudável do feto. Deve-se, então, explicar às grávidas, clara e concisamente, os benefícios que o abandono da cocaína proporciona em qualquer altura da gravidez. Outra estratégia passa por explicar os perigos a que elas mesmas ficam expostas, como mães, com o consumo da droga. *A abrupcio placentae*

⁴⁵ Cfr. Maria Aragão & Rui Sacadura, *Breve Revisão sobre cocaína: seus efeitos na mãe, no feto e no recém-nascido*, 1990, pp. 530 – 533.

⁴⁶ Paragem ou insuficiência do fornecimento de sangue ao intestino. Cfr. Manuila, *Ob. Cit.*, 2003.

⁴⁷ Cfr. David Little, *O consumo de cocaína durante a gravidez*. Médico – Cirúrgica, 14, 1994, pp. 104 – 107.

⁴⁸ Ornoy, *The Effects of Alcohol and Illicit Drugs on the Human Embryo and Fetus*, 2002, pp.120 – 132.

é um exemplo de uma complicação obstétrica capaz de lhes pôr a vida em perigo, provocada pela intoxicação da cocaína (Little, 1994).

Estas graves consequências para o feto e para a mulher grávida estendem-se a todas as outras substâncias ilícitas. Nomeadamente em relação à heroína, um estudo de Hagopian e colaboradores (1996)⁴⁹, realizado junto de grávidas dependentes desta droga, verificou-se que “18% dos recém-nascidos tinham perímetros cefálicos inferiores e que 27% dos bebés eram pequenos para a sua idade de gestação”. Com este estudo foi também possível constatar que a maior parte dos bebés tiveram síndromes moderadas de carência neonatal.

“A dependência materna de heroína associa-se a abortos espontâneos no primeiro trimestre, a partos pré-termo, a restrição do crescimento do feto, a infecções materno-neonatais, a aspiração do mecónio, à síndrome de abstinência neonatal e ao da morte súbita infantil” (Hagopian, G. e tal, 1996). Estas inferências são corroboradas por Ornoy (2002)⁵⁰ que associa o consumo de heroína durante a gravidez ao aumento da mortalidade neonatal e perinatal. O mesmo autor acrescenta que estes bebés serão crianças com problemas comportamentais, tais como falta de atenção, hiperactividade, comportamentos agressivos e alguma inibição social.

No entanto é considerado hipotético por este autor que todos estes sintomas observados nas crianças de mães heroíno – dependentes são influenciados pelos factores ambientais que irão potenciar ou por sua vez comprometer o saudável desenvolvimento da criança.

Os estudos realizados, ao compararem crianças de mães heroíno-dependentes que permaneceram com elas e outras, nas mesmas condições que foram imediatamente adoptadas após o seu nascimento concluem que a exposição pré-natal à heroína não parece ter graves efeitos no desenvolvimento neurocomportamental e que o ambiente, nomeadamente durante a primeira infância, assume um papel preponderante. Contudo, a heroína parece ser responsabilizada pelas consequências no desenvolvimento do cérebro do feto, o que inclui défices de atenção e hiperactividade, encontrados em ambos os grupos analisados.

Especificamente, em relação à síndrome de abstinência neonatal, a sua manifestação tem habitualmente início dentro de 72 horas após o nascimento e afecta o sistema gastrointestinal, o sistema pulmonar e os sistemas nervosos central e autónomo. “*Os sinais e os sintomas de carência subaguda podem persistir durante 4 a 6 meses. Se os sintomas não forem reconhecidos e tratados prontamente, pode verificar-se a morte*” (Hagopian, G. et al, 1996)⁵¹.

Lester em 1995 (cit por Sá, 2001)⁵² evidencia os efeitos da exposição pré-natal às drogas. “As suas conclusões remetem para dois padrões de comportamento diferentes: bebés descritos como irritáveis, hipertónicos,

⁴⁹ Cfr. George Hagopian et al., *Resultados Neonatais depois da Exposição In Útero À Metadona*, 1996, pp. 212 – 214.

⁵⁰ Cfr. Ornoy, 2002, *Ob. Cit.*

⁵¹ Cfr. George Hagopian & al, 1996, *Ob. Cit.*, p. 213.

⁵² Cfr. Satya Sousa, “A Saúde do Feto”, in Sá, E. (ed). *Psicologia do Feto e do bebé*, 2001, p. 44

hiperactivos e excitados, possivelmente apresentando sinais de privação; bebês referidos como hipotônicos, sonolentos, possuindo um fraco estágio de alerta, correndo o grave risco da negligência”.

Ao tomar-se consciência dos perigos inerentes ao uso de drogas durante a gravidez, já anteriormente expostos, será importante referir que em 2001, nos Estados Unidos, após a realização de um rastreio de consumo de cocaína por parte de uma unidade hospitalar às grávidas, o Hospital em conjunto com as autoridades policiais, adoptaram procedimentos no sentido de diminuir o consumo de cocaína por parte das grávidas. Os casos eram comunicados à polícia sendo que as grávidas que não se submetessem a tratamento corriam o risco de ver instaurado contra si um procedimento criminal.

Nos procedimentos adoptados, cumpre dizer que estavam descritas as ofensas que as condutas da mãe causavam no embrião, ofensas que variavam conforme o estado de desenvolvimento do feto.⁵³

Ainda nos Estados Unidos, concretamente no Estado da Carolina do Sul, na discussão de um caso⁵⁴, o Supremo Tribunal deste estado, decidiu que a ingestão de cocaína durante o terceiro trimestre de gravidez constitui maus-tratos infantis, criminalmente punidos, considerando que um “*feto viável*” é uma pessoa com menos de 18 anos para efeitos da lei de protecção de crianças.

Perante estes casos, de consumo de tóxicos durante a gravidez, cujo comportamento das mães, caóticos e contraditórios, põem em causa as competências dos profissionais, torna-se imperativo um trabalho em rede com uma actuação multidisciplinar concertada tendo em vista a continuidade e consistência da intervenção junto das grávidas toxicodependentes.

Brito (2001)⁵⁵, reúne um conjunto de características destas mães que condicionam a relação com o seu bebé. Esta autora enumera como primeiro elemento característico, “*o não reconhecimento da gravidez, com o conseqüente não seguimento desta*” a que está aliado “*o não reconhecimento dos movimentos do feto, nem da sua presença, não o projectando assim no futuro nem criando uma existência física e psíquica para a criança que vai nascer. A capacidade de “rêverie” materna estava anulada.*”

A dificuldade em se confrontarem com o bebé real, que sofre do síndrome de privação, que é irritável e difícil de confortar e portanto se confirmar as capacidades calmantes maternas, torna-se rapidamente pouco gratificante e muito culpabilizante. A mãe toxicodependente idealiza o seu

⁵³ Caso Ferguson et Al. v. City of Charleston – Supremo Tribunal dos Estados Unidos. Na sua declaração de voto, o juiz Kennedy faz referência ao facto de não poderem restar dúvidas da legitimidade do interesse do Estado pela vida do feto, nomeadamente protegendo-o de condutas de risco que podem por em causa o seu normal desenvolvimento, fazendo mesmo referência a problemas de saúde frequentes de que padecem crianças cujas mães, durante a gravidez, consumiram cocaína (Melo, 2004).

⁵⁴ Caso Whitner v. South Carolina – Supremo Tribunal do Estado da Carolina do Sul.

⁵⁵ Cfr. Isabel Brito, *Continuidades na Maternidade da Toxicodependente*, 2001, pp. 79 – 82.

bebé como um ente protector e gratificante que irá preencher as suas necessidades de afecto. A desilusão perante o bebé real, que chora e tem necessidades que exigem respostas imediatas e a total dependência que ele tem dela, vão-no tornando insuportável. A mãe vive então sentimentos violentos e contraditórios que conduzem a comportamentos de grande proximidade ou de total abandono transmitindo à criança uma vivência de descontinuidade (Brito, 2001) ”. A mesma autora defende ainda que mais tarde estas crianças manifestam uma pseudo – autonomia e um comportamento de indiferença perante episódios de separação da mãe, que são formas de defesa contra o abandono reiteradamente sentido, acrescentando que a dificuldade que estas mães têm em mentalizar, em reflectir sobre elas, impede-as de atribuir à criança uma dimensão própria e considerá-la como um ser individualizado, com desejos, emoções e intenções. À criança não é transmitido sentido aos seus comportamentos nem ela o consegue atribuir ao dos outros, onde nada é previsível, nem pode ser antecipado, pensado. Estas crianças ficam assim, na opinião desta autora, lesadas nas suas capacidades de mentalização.

Autor	Ano	Conceitos - Chave
Little	1994	Efeitos do consumo de cocaína na gravidez
Ornoy	2002	Saúde fetal; consequências neonatais decorrentes do consumo de drogas durante a gravidez; alterações comportamentais;
James Woods	1997	Toxicodependência; Riscos fetais; Cocaína; Gravidez;
Hagopian et al	1996	Síndrome de Abstinência neonatal; Riscos da dependência materna de heroína; Saúde Fetal;
Lester	1995	Efeitos da exposição pré-natal às drogas
Brito	2001	Vivência da maternidade; emoção materna; Perfil de mães toxicodependentes

2.2.2. Metadona

O medicamento mais comumente usado no tratamento da dependência das diferentes drogas é a metadona. Os autores do estudo anteriormente referido no que concerne às implicações da heroína durante a gravidez, estudaram a relação entre as doses de metadona administradas nesta fase e os efeitos neonatais, acabando por se concluir que a dose relativamente alta de metadona (30,7 mg/dia) prolongava o tempo de gestação e estava associada a um aumento do crescimento do perímetro cefálico, existindo portanto, uma correlação positiva entre as doses de metadona e o aumento do peso materno. Contudo, observaram uma elevada taxa de carência neonatal que poderá ser explicada pelas elevadas taxas de metadona administradas, pois os bebés, cuja dose não ultrapassou os 15,4mg/dia parecem ter ficado protegidos de uma forte carência neonatal.

“A manutenção da metadona serve potencialmente muitos fins: pode

afastar a mulher do meio toxicodependente, satisfazer a sua necessidade de droga, diminuir a toma de drogas, melhorar o seu apetite e a sua alimentação, promover uma ida mais frequente a consultas de cuidados pré-natais e proporcionar-lhe mais apoio social e psicológico” (Hagopian, G. e al, 1996)⁵⁶, no entanto, as doses de metadona recomendadas devem ser as mais baixas possíveis (inferior a 20mg/dia), se considerarmos o receio da síndrome de abstinência neonatal.

Os estudos realizados por Ornoy (2002)⁵⁷ constataam que as crianças de mães que tomaram metadona durante a gravidez, têm habitualmente, menor peso ao nascer e menor perímetro encefálico, por comparação com os grupos de controlo. O mesmo autor refere ainda que o uso materno da metadona durante a gravidez está também associado à morte súbita infantil.

No entanto, torna-se complexo reconhecer se o comprometimento de um saudável desenvolvimento da criança está directamente relacionado com o uso da metadona, se com o baixo estatuto sócio-económico dos seus pais ou implicado com o consumo de heroína ou de outras drogas ilícitas.

Autor	Ano	Conceitos – Chave
Hagopian et al	1996	Metadona; Riscos do consumo da heroína durante a gravidez; Síndrome de Abstinência Neonatal;

2.2.3. Psicofármacos

A mulher grávida vive um período único na vida, onde se cruzam emoções, angústias e medos. É comum coabitarem ambivalências o que poderá marcar uma fase de maior instabilidade mental e emocional. O uso dos psicofármacos pode surgir, num primeiro momento, para a mulher grávida como a forma aparentemente fácil de trazer a estabilidade emocional almejada. Por sua vez, a toma destes medicamentos podem também decorrer de patologias anteriores que poderão permanecer ou até mesmo agravar-se com a vivência da expectativa da chegada de um filho. Não obstante, a toma destes fármacos acarretam riscos para a mãe e para o saudável desenvolvimento do bebé.

O contacto com os psicofármacos expõe o feto a três tipos de riscos: malformações congénitas (com um risco elevado durante as primeiras doze semanas da gestação), síndromes perinatais e alterações neurocomportamentais de surgimento tardio. As síndromes perinatais decorrem da exposição fetal aos psicofármacos, nomeadamente a utilização de antidepressivos tricíclicos que no final da gestação ou mesmo durante o parto, podem causar no recém-nascido sintomas de intoxicação ou abstinência. Por sua vez, as alterações neurocomportamentais poderão incluir atrasos no desenvolvimento psicomotor e défice no coeficiente de inteligência (Ward R., & Zamorski, M., 2002).

Uma investigação realizada com o fim de avaliar as implicações da

⁵⁶ Cfr. George Hagopian, *Ob. Cit.* 1996, p. 213

⁵⁷ Cfr. Ornoy, *Ob. Cit.* 2002

fluoxetina no desenvolvimento fetal, encontrou aumento do risco de malformações menores, prematuridade, menor peso ao nascer, menor ganho de peso materno na gestação e maior necessidade de internamento neonatal com cuidados especiais.

Os efeitos adversos potenciais da exposição ao lítio *in utero* evidenciam casos de toxicidade neonatal como distúrbios do ritmo cardíaco, dificuldade respiratória, cianose, diabetes *insipidus* nefrogênico, disfunção da tireóide, hipoglicemia, hipotonia, letargia, hiperbilirrubinemia e bebês grandes para idade gestacional (Iqbal M. et al, 2001).

Autor	Ano	Conceitos – Chave
Ward & Zamorski	2002	Consequências fetais que decorrem do consumo materno de psicofármacos;
Iqbal et al	2001	Efeitos da exposição ao lítio in útero; toxicidade neonatal

2.2.4. Consumo de Álcool

Lefever (1999)⁵⁸, considera que a exposição pré-natal das chamadas “*drogas boas*”, como o álcool e a nicotina têm, ao contrário do que se pensa, mais efeitos negativos no feto do que as “*drogas más*”.

São por demais conhecidos os efeitos deletérios do consumo do álcool no feto. Em 1967 e 1968, respectivamente, Lamache, Lemoine e colaboradores, realizaram os primeiros estudos que descreveram a “síndrome fetal alcoólico”(SFA). Esta síndrome inclui o atraso de crescimento, disfunção do sistema nervoso central, malformações físicas, especialmente no rosto, atraso da maturação psicomotora e diminuição do desenvolvimento intelectual (estas crianças têm um QI situado entre 60 e 70). É actualmente considerado nos países desenvolvidos como a causa ambiental mais comum de atraso mental sendo a frequência estimada, segundo K Strömmland e A Hellström, de 1 a 2 por mil nados-vivos.

A maior dificuldade reside em saber qual é o limite seguro até ao qual não há riscos para o feto, já que este ainda não foi determinado de uma forma consistente, além de que, frequentemente, as grávidas não estão devidamente informadas dos efeitos exercidos pelo álcool sobre o feto, a curto e a longo prazo.

Além da “síndrome fetal alcoólica” ser rara e de depender da capacidade muito variável de mulher para mulher, de metabolizar o álcool, temos ainda que acrescentar a dificuldade que existe na recolha de dados fiáveis sobre o consumo do álcool, como resultado de interdições sociais ao seu consumo.

“A exposição pré – natal ao álcool é uma das causas mais importante e potencialmente evitável de defeitos congénitos, défice cognitivo e perturbações do neuro – desenvolvimento” (Brito, N. e tal, 2006)⁵⁹.

⁵⁸ Cfr. R. Lefever, *Children of Prenatal substance abuse*, 1999, pp. 125 – 126.

⁵⁹ Cfr. Nádía Brito e al, *O síndrome fetal alcoólico e efeitos fetais do álcool*, 2006,

Associado ao consumo moderado e significativo de álcool durante a gravidez, aparece um padrão característico de alterações craniofaciais, do desenvolvimento do sistema nervoso central agrupado na Síndrome Fetal Alcoólico (SFA). Mais recentemente, a exposição *in útero* a níveis mais ligeiros de consumo de álcool tem sido relacionada com uma grande variedade de perturbações comportamentais, do desenvolvimento e de defeitos congénitos (Brito, N. et al, 2006). Os mesmos autores verificaram um maior risco de desenvolver alterações do comportamento como agressividade, delinquência, isolamento social, perturbação de hiperactividade, défice de atenção, dificuldades de aprendizagem, depressão e ansiedade.

Todas as células do organismo são sensíveis aos efeitos do álcool, mas as neuronais são, de todas, as mais susceptíveis à sua acção (Brito, N. et al, 2006).

Os efeitos relacionados com o álcool no período específico da gravidez variam segundo vários factores que vão desde a altura da exposição, ao nível de alcoolémia atingido até ao próprio padrão de consumo. Neste sentido, a exposição numa fase mais precoce do desenvolvimento embrionário – a organogénese – está sobretudo associada ao aparecimento de malformações major. Num período mais tardio – o período fetal (a partir das 9 semanas) – surgem sobretudo alterações funcionais ou malformações minor (Brito, N. et al, 2006). Já para os níveis de alcoolemia mais elevados, como parece óbvio, têm efeitos mais nefastos para o desenvolvimento saudável do feto. O padrão de consumo é também muito importante, sendo o episódico o que acarreta piores consequências em relação ao consumo regular/contínuo ligeiro a moderado. No entanto, durante a gravidez não é possível determinar um consumo mínimo de álcool que seja seguro para o feto. Foi observado que baixos níveis de exposição pré-natal ao álcool estão associados a uma incidência aumentada de alterações de comportamento, nomeadamente agressividade e, que consumos moderados a importantes aumentam o risco do aparecimento de comportamento delincente (Brito, N. et al, 2006⁶⁰).

Conclui-se portanto, que a ingestão de álcool durante a gravidez está relacionada com um vasto espectro de efeitos não só físicos como neuro – desenvolvimentais sobre o feto que irão mais tarde, comprometer o desenvolvimento normal da criança. Para Koupernik e Bourguignon (cit. por Sá, 2001⁶¹), parece verificar-se que o álcool, droga legal, é mais perigoso que as drogas ilegais, que o tabaco e, sem dúvida, que os medicamentos, ainda que, por vezes, se assemelhe o efeito dos benzodiazepinas ao do álcool. No entanto, a evolução do desenvolvimento da criança vai depender muito duma interacção permanente entre os múltiplos factores de risco e de protecção da criança bem como da dinâmica familiar da mesma, atendendo à especificidade e heterogeneidade da criança e do seu contexto.

pp. 11 – 18.

⁶⁰Cfr. Nádía Brito e al, *Ob. Cit.*, 2006,, p. 13

⁶¹ Cfr. Satya Sousa, “A Saúde do Feto”, in Sá. E. (ed), 2001, *Ob. Cit.*, p. 44

Ornoy (2002)⁶² reconhece que é possível prevenir o nascimento de crianças com a síndrome fetal alcoólica e os efeitos negativos do álcool através de rigorosas campanhas de sensibilização contra o consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez.⁶³

Autor	Ano	Conceitos – Chave
Lefever	1999	“Drogas Boas” vs “Drogas Más”
Brito et al	2006	Síndrome Fetal Alcoólica; Padrões de consumo de álcool;
Ornoy	2002	Campanhas de sensibilização

2.2.5. Tabaco

Relativamente ao consumo do tabaco, em 1957, WJ Simpson foi um dos primeiros autores a observar que as mulheres que fumam têm mais filhos com menos peso, tendo encontrado uma diminuição média de 200g no peso dos recém-nascidos, cujas mães fumavam dez ou mais cigarros por dia comparativamente com os das mulheres que não fumavam (Wilcox, 1993⁶⁴). Recentemente, Wilcox, com base na análise de uma amostra de perto de 260.000 nados – vivos do estado do Missouri nos E.U.A., demonstrou que há dois efeitos do uso do tabaco no decurso da gravidez (Wilcox, 1993). O primeiro diz respeito ao facto de as mulheres fumadoras apresentarem um maior risco de filhos prematuros com os problemas que daí podem resultar, conexão, aliás já demonstrada na década de setenta por vários autores; o segundo prende-se com esses recém-nascidos apresentarem uma mais elevada mortalidade perinatal, qualquer que seja o seu peso à nascença.

Existem divergências de opinião acerca do limiar do número de cigarros a partir do qual é visível a sua influência na morbilidade e na mortalidade do recém-nascido. Enquanto certos estudos avançam com o limiar de 5-10 cigarros por dia a partir do qual pode ser afectado o feto (Abell, 1991⁶⁵), outros são de opinião que menos de 10 detêm uma nula ou pequena acção sobre o produto da concepção.

⁶² Cfr. Ornoy, *Ob. Cit*, 2002

⁶³ Existem alguns programas de prevenção neste âmbito em alguns países, nomeadamente aqueles em que, o consumo de álcool é mais elevado. No nosso país, vão-se dando, lentamente, alguns passos neste sentido. Tomando como exemplo as marcas de cerveja “Super Bock” e “Cristal” que iniciaram uma campanha de sensibilização e prevenção, alertando os consumidores para os riscos que o consumo de bebidas alcoólicas tem durante a gravidez.

⁶⁴ Cfr. J. Wilcox, *Birth weight and perinatal mortality: the effect of maternal smoking*, 1993.

⁶⁵ Cfr. D. Abell et al., *The effects of maternal smoking on infant birth weigh*, 1991.

Autor	Ano	Conceitos – Chave
Abell et al	1991	Menor peso nos recém-nascidos de mães fumadoras
Wilcox	1993	Efetos do tabaco na gravidez

2.2.6. Cafeína

O consumo de substâncias ditas ilícitas não faz parte da conduta da maioria das mulheres grávidas, embora se assuma como um número crescente e preocupante. Não obstante, a cafeína acarreta, e apesar de ser uma substância mais comumente aceita e utilizada pela maioria das pessoas, riscos.

“É uma substância potencialmente prejudicial por ser rapidamente absorvida pelo tracto digestivo e difundida para quase todos os tecidos. É capaz de atravessar a placenta, podendo afectar o ovum antes e durante a gravidez, bem como o embrião e o feto, durante toda a gestação” (Rivard, C. et al, 1993).

Num estudo realizado nos EUA, os investigadores verificaram um aumento de 1,73 do risco de aborto espontâneo, no primeiro e segundo trimestres, em mulheres que tomavam diariamente 151mg ou mais de cafeína, risco que, no entanto, não aumentava com a dose. Um outro realizado em 1993 por Rivard, que teve como objectivo analisar a relação existente entre o consumo de cafeína, antes e durante a gravidez, e a perda do feto, acaba por verificar uma forte associação entre estas duas variáveis. Conclui-se, portanto, uma razão de probabilidade que aumentava de 1,22 por cada 100 mg de cafeína consumida por dia. O risco previsto para um consumo de 300 mg/dia (2 chávenas) foi de 1,82. O aborto espontâneo associava-se a um consumo de apenas 160 mg/dia de cafeína, durante o primeiro trimestre, enquanto um grande consumo (mais de 321 mg/dia, ou cerca de 3 chávenas de café por dia), mesmo durante o mês anterior à gravidez, quase duplicava o risco de aborto espontâneo.

No entanto, um outro trabalho realizado por Mills no mesmo ano com 431 grávidas concluiu que um consumo moderado de cafeína, inferior a 300 mg/dia, não aumentava, nem o risco de aborto espontâneo, nem o de atraso do crescimento intra-uterino ou de microcefalia.

Autor	Ano	Conceitos – Chave
Rivard et al	1993	Associação entre o consumo de cafeína e o aborto “espontâneo”.
Mills	1993	Consumo de cafeína sem correlação de riscos durante a gravidez

2.3. Considerações Psicopatológicas

Sigmund Freud quando diz que “*entre a vida intra-uterina e a primeira infância há mais continuidade do que a impressionante cesura do acto do nascimento nos permite saber*” reforça bem a ideia da contiguidade existente entre a vida intra uterina e a infância.

Neste sentido, a análise incide agora nas repercussões possíveis que condutas de risco têm na infância para a criança, abordando as suas implicações relacionais e indubitavelmente psicopatológicas.

Parece ser hoje inquestionável que não é só o trauma do nascimento que marca inconscientemente o individuo (para sempre), mas também o modo como o feto percebe e integra as suas experiências pré – natais o que poderá determinar o seu modelo de relação e as vivências emocionais na primeira infância.

Os problemas clínicos apresentados pelos bebés de mães alcoólicas e/ou toxicodependentes merecem especial atenção pela sua frequência e gravidade. Nomeadamente no consumo de álcool, quer haja ou não síndrome alcoólica fetal, podem aparecer algumas anomalias que compreendem uma síndrome de desmame com tremuras, má sucção e irritabilidade. Estas perturbações do comportamento tendem a diminuir a qualidade das interações mãe – bebé, tanto mais que as mães continuam muitas vezes a sua intoxicação depois do nascimento; daí um círculo vicioso que altera as interações (Mazet, P. & Stoleru, S., 2003). Os mesmos autores referem que, com a idade de um ano, uma maior percentagem de lactentes de mães alcoólicas apresenta, aquando da *strange situation*, uma insegurança no seu comportamento de ligação.⁶⁶ Os antecedentes de alcoolismo materno durante a gravidez são sinónimo de risco de instabilidade psicomotora, de diminuição das capacidades de atenção, de diminuição do quociente intelectual e de perturbações comportamentais e relacionais para a criança.

Posto isto, é imperativo uma resposta multidisciplinar e necessariamente um trabalho terapêutico que inclua mãe e filho. É igualmente importante que se pense de forma preventiva, olhando-se com atenção às perturbações susceptíveis de afectar os bebés nascidos de futuras gravidezes.

Os riscos que advém do consumo de drogas são igualmente graves como inclusivé, já ficou demonstrado no capítulo anterior.

Mazet, P. & Stoleru, S., 2003⁶⁷ admitem que os lactentes nascidos de mães heroinómanas apresentam vulgarmente sintomas de desmame, tais como vómitos, irritabilidade, tremuras, gritos sobreagudos, taquipneia e agitação motora.

Identificam-se, nestas situações, as dificuldades maternas pela depressão, a sua tendência para repetir de maneira transgeracional as suas próprias carências afectivas precoces e as suas frequentes dificuldades conjugais e socioeconómicas.

⁶⁶Cfr. Philippe Mazet & Serge Stoleru, *Psicopatologia do lactante e da criança pequena*, 2003, p. 327.

⁶⁷ *Ibid*, p. 328.

Os autores já referenciados descrevem a relação dual, estabelecendo que a muito curto prazo, nos dias que se seguem ao nascimento do bebê de uma mãe toxicodependente, está, como vimos, dominada pela existência da síndrome de abstinência. A médio e a longo prazo a tônica acentua-se no contexto psicossocial do desenvolvimento da mãe e do pai e ao seu investimento no bebê. “*A problemática narcísica dessa mãe ou do casal é em regra muito invasora*” (Mazet, P. & Stoleru, S., 2003), na medida em que, a criança assume-se para estes pais como «uma criança reparadora», «uma criança para começar tudo de novo», capaz de apagar as transformações que a toxicodependência acarretou para a vida dos progenitores, transformando-se na expressão viva de um desejo de vida, do vir preencher qualquer vazio, colmatar culpas e resgatar sonhos, já então perdidos.

As capacidades do feto, as suas competências e a extrema sensorialidade correlacionadas com a relação estabelecida com a sua mãe irá determinar a vivência intra-uterina num processo contínuo com a vida extra-uterina. Desta forma, a estrutura mental do feto organiza-se em função destas variáveis e consequentemente da qualidade desta vivência.

Está hoje estudado que o feto é capaz de se deprimir, de se angustiar perante os maus-tratos a que foi sujeito durante o momento gravídico, manifestações psicopatológicas que deverão funcionar como sinal de alerta para a mãe e para os técnicos de saúde, que em conjunto deverão exercer um trabalho rigoroso e multidisciplinar.

Daí a importância um trabalho multidisciplinar com técnicos especializados que em conjunto tentem avaliar os riscos que a criança terá de enfrentar e as capacidades parentais para tratar dela sem ingenuidade nem idealização dos seus próprios recursos nem, no oposto, numa posição pessimista sistemática. Pois, “*nem sempre a competência para o conhecimento da personalidade do bebé e da mãe que o acolhe para o conhecer, quando se cruzam, se transforma numa função de rêverie que contenha e transforme os pensamentos de cada um (Sá, 2001)*”. A mãe deverá dar ao seu bebé um lugar de parceiro privilegiado e investi-lo no dia-a-dia de maneira positiva, manifesto nos pequenos gestos que a tornem a ela, mãe, coprodutora de um projecto de vida que os inclua aos dois.

Na interacção precoce a tarefa da mãe não é tanto a de criar a ordem a partir do caos, mas sim, adequar o seu comportamento a uma situação que é desde logo pré-existente. Compreende-se, assim, que a interacção dual, sobretudo esta, ocupa um papel central na dimensão e natureza da psicopatologia no recém-nascido (de primeira infância).⁶⁸

Ao concluir-se este debate cita-se Brazelton⁶⁹ (2004), quando refere que “*o comportamento do recém – nascido já foi modelado ao longo dos nove meses de permanência no útero.*” Neste sentido, é necessário ter-se consciência e tomar em consideração todas as situações a que o feto foi exposto durante a gravidez. As situações aqui analisadas e muitos factores a

⁶⁸ Vide Rui Paixão, *Manual de Psicopatologia Infantil e Juvenil*, 2002

⁶⁹ Cfr. Berry Brazelton & Bertrand Cramer, *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interacção precoce*, 2004, p. 85

elas associados poderão afectar o desenvolvimento saudável da vida que está em formação.

Pese embora tudo isto, e de uma forma positiva, “o sistema nervoso do feto é extraordinariamente plástico e pode recuperar de uma lesão, dando a aparência de estar a funcionar normalmente. Todavia, através de uma observação mais atenta ou mais cuidada, podem identificar-se “sinais quase imperceptíveis, como reacções comportamentais de hipersensibilidade ou problemas de natureza estrutural, que requerem vigilância e cuidados especiais.”⁷⁰

É imperativo a articulação entre várias áreas complementares que fomentem medidas de promoção e protecção não só em relação à mãe, mas também à vida in útero, enquanto espaço potencial e privilegiado de expansão e de vida.

Autor	Ano	Conceitos – Chave
Mazet & Stoleru	2003	Qualidade das interacções mãe-bebé
Sá	2001	Competências da mãe
Brazelton	2004	Comportamento do recém-nascido modelado in útero

3. Fundamentação Jurídica

“Em matérias como a vida humana, a realidade é o Direito.”

Leite de Campos, Nós

3.1. Enquadramento Jurídico – Legal

Tendo em conta o comportamentos de risco por parte de mulheres grávidas que compromete o saudável desenvolvimento do feto que trazem consigo, questiona-se qual o enquadramento jurídico que existe para estas situações e quais os trâmites legais que têm que ser tomados em consideração.

A pessoa humana é então compreendida como um ser num contínuo processo de auto – realização pessoal e social, cujo valor não é susceptível de ser objectivado, facto no qual consiste a sua dignidade. A dignidade da pessoa exige, incondicionalmente, o respeito pelos seus direitos como refere Paixão⁷¹. Também Gomes Leandro⁷² defende que o direito coloca-se hoje, como um instrumento ao serviço da vida e tem como objectivo o respeito

⁷⁰ Cfr. Berry Brazelton & Bertrand Cramer, *Ob. Cit.*, 2004,p. 85

⁷¹ Cfr. Anabela Paixão, *Problemas éticos no principio da vida humana: cuidados intensivos neonatais*, 2000.

⁷² Cfr. Gomes Leandro, *O revisitar dos direitos da criança. A defesa da criança na lei portuguesa*, 2000 pp. 3-11.

pelo ser humano, ou seja, procura traduzir o reconhecimento da sua dignidade.

No entanto, o debate gerado em torno da vida intra – uterina não é pacífico. Deste modo, torna-se pertinente determinar a partir de que momento há uma vida humana; desde que momento esta vida humana se transforma num ser humano; desde quando a vida humana ou o ser humano devem ser protegidos pelo Direito e em que termos, perante os interesses contrários da mãe.

Para uns, a vida humana surge com o nascimento, para outros (para muitos), há vida humana já em algum momento, antes do nascimento.

Se existem uns, para quem a vontade da mãe é soberana, para outros, a criança uma vez concebida, torna-se a prioridade e o motivo de todas as lutas.

Esta é uma problemática que levanta alguma controvérsia, gerando pontos de vista antagónicos e posições muito díspares, atravessando ideologias políticas, grupos étnicos e diferentes crenças religiosas. É uma questão que diz respeito a todos. No fundo, questiona-se a nossa origem, o quem somos e o que fomos.

Apesar de toda a polémica gerada em torno destas questões, é hoje inquestionável e cientificamente admissível de que a vida se inicia antes do nascimento, desde a concepção, matéria inclusive, revista nos capítulos anteriores. Para mais, se assim não fosse, o objecto de análise desta dissertação, perderia nesta óptica, todo o sentido.

Ao citar-se Leite de Campos⁷³, “todos diferentes entre si, os chamados nascituros⁷⁴, todos diferentes dos já nascidos, também estes diferentes entre si. Mas todos iguais, na dignidade do ser humano”, é abordada a especificidade e unicidade de cada ser humano, fazendo recuar a vida/personalidade até ao momento da concepção.

A Constituição da República Portuguesa consagra no seu Artigo 24º⁷⁵, n.º1 que «a vida humana é inviolável», garantindo, deste modo, o direito à vida, como o primeiro dos direitos fundamentais⁷⁶ constitucionalmente enunciados. Protege não só o direito à vida como a própria vida humana, *como valor ou bem objectivo*. No entendimento dos

⁷³ Cfr. Diogo Leite de Campos, *Nós: Estudos sobre o Direito das Pessoas*, 2004, p. 73

⁷⁴ Recorrendo à definição dada pela “Grande Enciclopédia Universal”, vol 14, 2004, nascituro é “aquele que há-de nascer, ser humano concebido, mas ainda não nascido”.

⁷⁵ Cfr. art 24º da C.R. P (Título II- Direitos, liberdades e garantias; Cap. I – Direitos, liberdades e garantias pessoais);

⁷⁶ Para Gomes Canotilho, os *direitos fundamentais* são os direitos do homem, jurídico-institucionalmente garantidos e limitados espacio-temporalmente, isto é, seriam os direitos objectivamente vigentes numa ordem jurídica concreta. Subentendem um *dever ao Estado* no sentido de este *proteger* perante *terceiros* os titulares de direitos fundamentais. Neste sentido, o Estado tem o dever de proteger o direito à vida perante eventuais agressões de outros indivíduos. Sobre esta dimensão cfr. Gomes Canotilho, *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*, 2000, pp. 387 – 403.

professores Gomes Canotilho e Vital Moreira⁷⁷, o conceito constitucional de vida humana, enquanto bem ou valor constitucionalmente protegido, *parece abranger, não apenas a vida das pessoas, mas também a vida pré-natal, ainda não investida numa pessoa, a vida intra-uterina (independentemente do momento em que se entenda que esta tem início) e a vida do embrião fertilizado. Apesar desta consideração, os mesmos autores ressalvam que o regime de protecção da vida humana, enquanto simples bem constitucionalmente protegido, não é o mesmo que o direito à vida, enquanto direito fundamental das pessoas, no que respeita à colisão com outros direitos fundamentais ou interesses constitucionalmente protegidos (vida, saúde, dignidade, liberdade da mulher e direito dos progenitores a uma paternidade e maternidade consciente).*

No Artigo 68º/3⁷⁸ consagra-se que «as mulheres têm direito a especial protecção durante a gravidez». Para Gomes Canotilho e Vital Moreira⁷⁹, a norma do n.3 refere-se ao direito a especial protecção durante a gravidez e após o parto, direito que, pela sua própria natureza, é um direito informado pelos princípios da universalidade de todas as mulheres e análogo aos direitos, liberdades e garantias.

Ao proteger a «gravidez» a Constituição está a proteger, no entendimento de Nuno Melo⁸⁰, dois bens jurídicos inerentes. Não só o direito da mulher a esse estado mas também a vida do feto ou embrião que, na terminologia do direito se designa nascituro.

3.2. Enquadramento Jurídico - Legal Europeu

O Tribunal Europeu faz notar que não existem, nas legislações europeias, consenso sobre o momento considerado como sendo de início da vida, podendo-se destacar duas posições: uma que diz que os embriões não são considerados como vida humana e uma outra que defende que os embriões têm o mesmo estatuto moral de qualquer humano já nascido (Sousa Melo, 2004)⁸¹. A mesma fonte refere ainda que a maior parte da legislação dos países membros, entre os quais Portugal, não contém qualquer definição sobre o que seja o embrião humano.

Tomemos como exemplo, algumas das principais posições europeias que irão ser sumariamente apresentadas.

Na **Alemanha**, em 1975, o Tribunal Constitucional considerou que “a consagração constitucional do direito à vida abrange a vida intra – uterina após a nidação (...)” pelo que o Estado estava obrigado a adoptar “medidas administrativas e legais que o protegessem, incluindo medidas de natureza penal, sempre que necessário (...)”; Em 1993 o mesmo Tribunal manteve esta posição, referindo a obrigação do Estado em proteger a vida humana,

⁷⁷ Cfr. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da Republica Portuguesa Anotada*, 2007, p. 449

⁷⁸ Cfr. art. 68º, n.º 3 do C. Civ.

⁷⁹ Cfr. Gomes Canotilho e Vital Moreira, 2007, *Ob. Cit.*, p. 865.

⁸⁰ Cfr. Nuno Sousa Melo, *Protecção do feto perante condutas de perigo por parte da mãe ou terceiros*, 2004, pp.15 -16.

⁸¹ *Ibid.*, p.18

mesmo que não nascida, e mesmo face à própria mãe não deixando de referir a necessidade de uma culpabilização entre os direitos do embrião e da mãe;

O **Tribunal Constitucional Austríaco**, por seu lado, considerou que apenas está protegida, quer constitucionalmente, quer pela Convenção Europeia dos Direitos do Homem, a vida nascida;

O **Tribunal Constitucional Espanhol** considerou em 1985, que o embrião “constitui um bem constitucionalmente protegido, mas não goza ainda, no entanto, do direito absoluto à vida”. Fez ainda referência à importância da gestação – “a qual origina um *tertium* relativamente à mãe, devendo ser dada importância ao momento do nascimento e também ao momento em que o nascituro é susceptível de vida independentemente da mãe”;

Em **França**, o Conselho Constitucional decidiu, em 1975, que a lei adoptada era constitucional, na medida em que não permitia “qualquer afronta ao princípio do respeito pelo ser humano, desde o início da vida (...) senão em caso de necessidade e nas condições e limites definidos por lei.”

O **Tribunal Constitucional Italiano** em 1975, decidiu que o embrião “constitui um interesse constitucionalmente protegido e tem direito à vida; todavia, não há equivalência entre o direito à vida ou à saúde da mulher, a qual é já uma pessoa humana, e a defesa do embrião, que ainda deverá tornar-se pessoa”, posição que se manteve em 1997,⁸²

3.3. Enquadramento Jurídico – Legal Português

Ao fazer-se a interpretação do enquadramento jurídico português no que concerne à protecção dos nascituros e em consideração aos maus-tratos, na punição do agente criminal, aqui em particular, a mãe, é analisado o quadro jurídico existente e, sem extrapolar para soluções ideais, é dada uma maior compreensibilidade da lei nacional no que respeita a esta problemática, fundamentando-a para melhor conhecer a sua lógica, identificando pequenas particularidades que abrem algumas brechas na prossecução dos objectivos que este trabalho determina.

Do ponto de vista do Direito Penal, O Código Penal Português pune crimes contra a vida intra – uterina (Livro II, Título I, Cap. II da parte especial), suscitando o debate se esta será ou não um bem jurídico. Assim sendo, torna-se pertinente compreender, antes de mais, o que é um bem jurídico, conceito que embora um pouco lato se assuma aqui preponderante na linha crítica que se desenvolve. “*A noção de bem jurídico (...) não pôde ser, até ao momento presente, ser determinada – e talvez jamais o venha a ser – com uma nitidez e segurança que permita convertê-la em conceito fechado e apto à subsunção...*”, no entanto pode *definir-se bem jurídico como a expressão de um interesse, da pessoa ou da comunidade, na manutenção ou integridade de um certo estado, objecto ou bem em si mesmo socialmente relevante e por isso juridicamente reconhecido como valioso*⁸³. É neste sentido que, os bens jurídicos não são realidades palpáveis,

⁸² Cfr. Nuno Sousa Melo, *Ob. Cit.*, 2004, p.16

⁸³ Cfr. Figueiredo Dias, *Direito Penal*, 2004

concretas, são antes valores da existência social.

*Os bens jurídicos protegidos pelo direito penal devem considerar-se concretizações dos valores constitucionais expressa ou implicitamente ligados aos direitos e deveres fundamentais e à ordenação social, política e económica. É por esta via – e só por ela, em definitivo – que os bens jurídicos se “transformam” em bens jurídicos dignos de tutela penal ou com dignidade jurídico – penal*⁸⁴.

Ao se ter em conta que se estabelece como princípio geral, e abrangida na secção atrás referida, a punição do aborto⁸⁵, prevista no artigo 140º, n.º3 do Código Penal (até Julho de 2007⁸⁶) onde é dito que *a mulher grávida que der consentimento ao aborto praticado por terceiro, ou que, por facto próprio ou alheio, se fizer abortar, é punida com pena de prisão até três anos*, o qual só não é considerado crime salvo circunstâncias especiais e consideradas legalmente⁸⁷; que por vezes, estas mesmas circunstâncias são tomadas como justificação, para em julgamento, não ser considerado crime o que leva, consequentemente, à absolvição; levando Lopes Cardoso (2001)⁸⁸

⁸⁴Cfr. Figueiredo Dias, Ob. *Cit*, 2004.

⁸⁵ Cfr. art. 140º, n.º 3, Código Penal. No crime do aborto, abrangido neste artigo, o bem jurídico protegido é a vida do feto, ou seja, a vida humana em gestação.

⁸⁶ No dia 11 de Fevereiro de 2007 a questão em torno da despenalização do aborto até às dez semanas de gravidez foi colocada em referendo nacional à população portuguesa, cujo resultado não sendo vinculativo, se direccionou no sentido da referida despenalização. Após ter sido discutida na Assembleia da República, o decreto-lei aguardou a promulgação ou o veto do Presidente da Republica Portuguesa, o que aconteceu a 10 de Abril de 2007. A nova lei do aborto foi publicada em Diário da Republica a 17 de Abril de 2007. A lei permite a interrupção da gravidez nas primeiras 10 semanas e estabelece um período de reflexão da mulher "não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta" (de acompanhamento), que é destinada a dar à grávida o acesso a "informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável". A regulamentação da lei pelo Governo é feita no prazo de 60 dias após a publicação em Diário da Republica.

⁸⁷ Em referência ao artigo 142.º (Interrupção da gravidez não punível) do Código Penal, não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com consentimento da mulher grávida, quando, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina:

- a) constituir 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 mostrar indicada 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 for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- c) houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de doença grave ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, comprovadas ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as *leges artis*, 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 interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas (Antunes, 1998).

⁸⁸ Vide Lopes Cardoso, *O estatuto jurídico do embrião e abortamento*, 2001, p. 208.

a concluir que, em principio, “a vida intra – uterina constitui um bem jurídico – criminal, pois doutra forma não se compreenderá que o aborto fosse crime como regra geral”.

Maia Gonçalves⁸⁹, ao comentar o artigo 140º, n.º3, do Código Penal, refere que *o objecto do crime de aborto é o feto ou embrião, enquanto no ventre materno e até ao início do nascimento: daí em diante não poderá verificar-se o crime de aborto, mas só eventualmente o de homicídio ou de infanticídio*. Este autor, ao enunciar a jurisprudência⁹⁰ afirma que a vida intra – uterina compartilha da protecção que a Constituição confere à vida humana enquanto bem constitucionalmente protegido (isto é, valor constitucional objectivo), mas não pode gozar da protecção constitucional do direito à vida propriamente dita que só cabe às pessoas, pois só estas podem ser titulares de direitos fundamentais (não há direitos fundamentais sem sujeito), pelo que o regime constitucional de protecção especial do direito à vida não vale directamente e de pleno para a vida intra – uterina.

É neste sentido, que se justifica que, o bem constitucionalmente protegido que é a vida pré – natal, enquanto valor objectivo, tenha de ceder, em caso de conflito, não apenas com outros valores ou bens constitucionais, mas sobretudo com determinados direitos fundamentais, designadamente os direitos da mulher à vida, *ao bom-nome e reputação, à dignidade, à maternidade consciente*.⁹¹

Face a este conflito de interesses, o Professor Vieira de Andrade (cit por Melo, 2004)⁹² considera que *“a solução dos conflitos e colisões não pode ser resolvida com o recurso à ideia de uma ordem hierárquica dos valores constitucionais. Não se pode sempre (ou talvez nunca) estabelecer uma hierarquia entre os bens para sacrificar os menos importantes”*, abordando assim, de forma diferente, a mesma questão.

A punição dos crimes contra a integridade física dos nascituros, a ser entendida, será no regime do Cap. III do Código Penal.⁹³ Neste âmbito, o nº 1 do art. 143º⁹⁴ refere que *quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa é punido com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa*. Neste sentido, a previsão legal abrange qualquer ofensa do corpo ou da saúde. Para Maia Gonçalves⁹⁵, *ofensa do corpo* é toda e qualquer alteração ou perturbação da integridade corporal, do bem-estar físico ou da morfologia do organismo. Por *ofensa da saúde* entende toda a alteração ou perturbação do normal funcionamento do organismo.

Nestas definições, é controverso o lugar das lesões psíquicas, no entanto, compreendidas para Maia Gonçalves, nas ofensas da saúde. Contudo, na jurisprudência há posições distintas, que as integram na *ofensa*

⁸⁹ Vide Maia Gonçalves, *Código Penal Português. Anotado e comentado: legislação complementar*, 16ª ed., 2004, p. 209

⁹⁰ Cfr. Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 85/86 de 29 de Maio de 1985

⁹¹ Cfr. Maia Gonçalves, 2004, *Ob. Cit.* p. 510

⁹² Cfr. Sousa Melo, 2004, *Ob. Cit.*

⁹³ Cfr. Cap. III (Dos Crimes contra a Integridade Física) do Código Penal que inclui art. 143º e seguintes.

⁹⁴ Cfr. Art. 143º do C. Civ. (Ofensa à Integridade Física Simples).

⁹⁵ Cfr. Maia Gonçalves, 2004, *Ob. Cit.* p. 518

*do corpo, por entender que esta se trata de toda a perturbação ilícita da integridade corporal morfológica ou do funcionamento normal do organismo ou das suas funções psíquicas; todo o mau trato através do qual a vítima é prejudicada no seu bem-estar físico de forma não insignificante.*⁹⁶

Nas ofensas à integridade física graves⁹⁷, é previsto que *quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a provocar-lhe doença particularmente dolorosa ou permanente, ou anomalia psíquica grave ou incurável* (alínea c do art. 144º, C. P.) ou *a provocar-lhe perigo de vida* (alínea d do art. 144º, C. P.), *é punido com pena de prisão de 2 a 10 anos.* Incluem-se portanto, as ofensas corporais de que resulte, com dolo⁹⁸, perigo para a vida, pena que é agravada quando daí resultar a morte⁹⁹, *crime preterintencional, em que o resultado, portanto, excede a intenção do agente.*¹⁰⁰

No entanto, é certo de que alguns dos maus-tratos infligidos ao feto pela mãe, em particular, se incluem nas ofensas à integridade física por negligência¹⁰¹. *Em matérias de crimes involuntariamente praticados com negligência consciente, o agente comete tantos crimes quantos os resultados que previu e injustificadamente confiou que se não produziriam*¹⁰², tal como acontece, muitas vezes, na adopção de comportamentos de risco por parte da mãe, durante a gravidez, na medida em que, embora sem um juízo penal, a mãe não prevê as consequências que os seus comportamentos têm para o feto que trazem consigo.

Qualquer indivíduo para poder accionar os direitos que a lei lhe concede tem que ter personalidade jurídica, enquanto *aptidão para se ser titular autónomo de relações jurídicas*¹⁰³. Esta aptidão, explica Mota Pinto¹⁰⁴, é, uma exigência do direito ao respeito e da dignidade que se deve reconhecer a todos os indivíduos e não uma mera técnica organizatória. O mesmo autor diz ainda, que a dimensão ética do irrecusável reconhecimento da personalidade jurídica de todos os indivíduos resulta de nascerem livres

⁹⁶ Cfr. Acórdão da RL de 19 de Junho de 2001; CJ, XXVI, tomo 3, 150);

⁹⁷ Cfr. art. 144º do Código Penal

⁹⁸ A noção de dolo consta do n.1 do art. 253º do C. Civ. Para Mota Pinto trata-se de um erro determinado por um certo comportamento da outra parte. Neste sentido, só existirá dolo quando se verifique o emprego de qualquer sugestão ou artifício com a intenção ou consciência de induzir ou manter um erro (embora com negligência). Cfr. Mota Pinto, *Teoria Geral do Direito Civil*, 2005, pp. 521 – 522.

⁹⁹ Cfr. art. 145º do Código Penal.

¹⁰⁰ Cfr. Maia Gonçalves, *Ob. Cit.*, 2004, p. 525

¹⁰¹ Cfr. art. 148º do Código Penal

¹⁰² Cfr. acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 8 de Julho de 1998, proc. 343/98.

¹⁰³ Entenda-se que o Direito só pode ser concebido, tendo como destinatários os seres humanos em convivência. A aplicação do direito civil a essa convivência, como nos explica Mota Pinto (*Teoria Geral do Direito Civil*, 2005, p. 98), desencadeia uma teia de relações jurídicas entre os homens, relações traduzidas em poderes (direitos) e deveres jurídicos *lato sensu*.

¹⁰⁴ Cfr. Mota Pinto, *Ob. Cit.*, 2005

iguais em dignidade e em direitos.¹⁰⁵

Ao se tomar por referência o artigo 66º, n.º1, do Código Civil, *a personalidade adquire-se no momento do nascimento completo e com vida*. Se o óbito ocorrer durante o parto, não há nascimento completo e não chega a haver personalidade jurídica ou capacidade para aquisição de direitos, o que tem importância decisiva quanto aos direitos que hajam de ser atribuídos aos nascituros. Estes direitos, nos termos, do n.º 2¹⁰⁶, estão dependentes da condição do nascimento¹⁰⁷. Basta, por isso, que a criança nasça completamente e com vida, ainda que seja viável a sua sobrevivência.¹⁰⁸

Neste sentido, questiona-se a condição jurídica dos nascituros, aqui objecto de análise e discussão, quer dos nascituros já concebidos (nascituros *tout court*), quer dos nascituros não concebidos¹⁰⁹.

No entendimento de Mota Pinto¹¹⁰, apesar de não terem ainda personalidade jurídica e, portanto, não serem sujeitos de direito¹¹¹, reconhece a nossa lei aos nascituros «direitos», embora dependentes do seu nascimento completo e com vida¹¹², isto, é, dispensa tutela jurídica à situação.

Está-se assim perante a problemática *dos direitos sem sujeito*, o que se revela aqui pertinente face aos determinantes já expostos. No entanto, seja qual for a posição a ser tomada em consideração na construção jurídica (direitos sem sujeito, estados de vinculação ou retroacção da personalidade ao momento da atribuição do sujeito), no entendimento de Mota Pinto¹¹³, *é de admitir a tutela jurídica do nascituro concebido, no que toca às lesões nele provocadas*, chegando mesmo a afirmar que *um filho poderá pedir indemnização pelas deformações físicas ou psíquicas que sofreu ainda no ventre da mãe, causadas por um medicamento ou qualquer acidente*, pedido este que não impõe forçosamente a atribuição de personalidade jurídica aos nascituros. Deste modo, entende-se que apesar de o direito surgir só no momento do nascimento, como nos diz a legislação (art. 66º, n.º2, C. Civ.), momento então em que o dano verdadeiramente se consuma, a acção que o começa a desencadear, porém, é-lhe anterior.

Face ao que foi apresentado, ainda para Lopes Cardoso¹¹⁴ (2001), *“a protecção exigível da vida humana como direito fundamental implica para o*

¹⁰⁵ Artigo 6º. da Declaração Universal dos Direitos do Homem: «Todos os indivíduos têm direito ao reconhecimento em todos os lugares da sua personalidade jurídica».

¹⁰⁶ Art. 66º, n.º 2, do C. Civ., segundo o qual *os direitos que a lei reconhece aos nascituros dependem do seu nascimento*.

¹⁰⁷ Vide Pires de Lima & Antunes Varela, com a colab. H. Mesquita, *Código Civil Anotado*, vol I. 4º ed., 1987, p. 102.

¹⁰⁸ Cfr. Mota Pinto, *Ob.* p. 202

¹⁰⁹ Nos termos do artigo 1798º do C. Civ., *«o momento da concepção do filho é fixado, para os efeitos legais, dentro dos primeiros cento e vinte dias dos trezentos que precedem o seu nascimento»*, salvas algumas excepções que se encontram descritas nos artigos seguintes (vide art. 1799º e 1800º)

¹¹⁰ Cfr. Mota Pinto, *Ob. Cit.* 2005, p. 203

¹¹¹ Vide Art. 66º, n.º1, C. Civ.

¹¹² Vide Art. 66º, n.º2, C. Civ.

¹¹³ Cfr. Mota Pinto, *Ob. Cit.* 2005, p. 203

¹¹⁴ Cfr. Lopes Cardoso, *Ob. Cit.*, 2001

Estado e para terceiros, também o dever de abster-se de condutas que a agridam”, ideia que acaba por ser reforçada nas palavras de Álvaro Dias¹¹⁵, ao afirmar que “*o reconhecimento do direito a ser indemnizado pelas lesões sofridas durante a fase pré-natal não parece hoje poder sofrer qualquer contestação séria, sem prejuízo das dificuldades de delimitação dos pressupostos legitimadores de tal ressarcimento.*”

O Direito Civil tutela a protecção dos nascituros através dos direitos de personalidade, salvaguardando, assim, os seus direitos.

É deste modo, ressalvado todo um conjunto de *poderes jurídicos pertencentes a todas as pessoas, por força do seu nascimento.*¹¹⁶ São verdadeiros Direitos do Homem, onde no direito público, correspondem tendencialmente a direitos fundamentais. A pessoa, é neste sentido, *titular de um certo número de direitos absolutos que se impõem ao respeito de todos os outros.*

Como está previsto nos termos do artigo 70º do Código Civil¹¹⁷, *a lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física ou moral*, o que tutela o direito à vida, à integridade física, à liberdade e à honra e um direito geral de personalidade.

Neste contexto, os direitos de personalidade abarcam todos os parâmetros da vida da pessoa, incidindo sobre a sua saúde física, a sua integridade física, a sua honra, a sua liberdade física e psicológica, o seu nome, a sua imagem, a reserva sobre a intimidade da sua vida privada. Reafirma Mota Pinto¹¹⁸, que *a violação de alguns desses aspectos da personalidade é mesmo um facto ilícito criminal, que desencadeia uma punição estabelecida no Código Penal em correspondência com o respectivo tipo legal de crime*, como atrás já foi exemplificado com o crime de aborto. Assim sendo, *este facto ilícito civil, traduzido na violação de um direito de personalidade desencadeia (n.º 2 do art. 70º do C. Civ.) a responsabilidade civil do infractor (obrigação de indemnizar os prejuízos causados)*, protegendo, desta forma, o bem jurídico correspondente aos direitos de personalidade, o que por analogia à questão em discussão seria a compensação indemnizatória (ou, mesmo a pena de prisão no crime de aborto) pelos danos infligidos à vida intra – uterina, na medida em que a reparação se assume como quase impossível.

A dificuldade em dar um enquadramento jurídico a estas situações adensa-se quando a criança acaba por morrer, ainda durante a fase intra – uterina, em consequência de lesões que lhe foram infligidas. Poderá a morte de um feto, causada por acto culposo dos pais ou de terceiros, estar na origem de um qualquer pedido de indemnização? E sendo a resposta positiva, quem serão os titulares do direito à indemnização e, em que termos?

Estas questões abram o debate e a discussão, caindo-se indubitavelmente num dilema na medida em que, a pretensão ressarcitória

¹¹⁵ Cfr. Álvaro Dias, Dias, J. Álvaro, *Dano corporal – lesões pré-natais e maus-tratos infantis*. Revista Portuguesa Danos Corporais, 13, 53 – 82, 2003

¹¹⁶ Cfr. Mota Pinto, *Ob. Cit.* 2005, p. 207

¹¹⁷ Vide arts 70º e segs. do Código Civil

¹¹⁸ Cfr. Mota Pinto, *Ob. Cit.* 2005, p. 209

em função da perda sofrida será destinada àqueles que supostamente reclamam essa perda, naturalmente os seus progenitores, o que irá coincidir com os agentes directos no dano infligido. Para Álvaro Dias¹¹⁹ (2003), torna-se claro que os progenitores podem ser afastados da corrida ressarcitória quando se conseguir provar que não sofreram nenhum dano moral em consequência da perda do filho que haveria de nascer.

Por conseguinte e na sequência do que tenho vindo a ser exposto, é agora abordada a legislação no que concerne à punição da mãe, enquanto agente criminal.

O Direito Penal, como o próprio nome indica (Direito das Penas) é o que se encarrega da punição. Fá-lo no sentido da protecção dos valores da comunidade. No entanto, e apesar de o fazer, fá-lo num sentido de protecção dos direitos do agente criminal.

O crime de aborto é a única tutela penal da vida intra – uterina, por ser o único que comporta uma acção motivada e intencional contra a vida pré – natal. No caso do uso de estupefacientes, no consumo de drogas, de álcool ou de tabaco, a lei entende não existir uma acção deliberada contra o embrião ou o feto, apesar de todas estas situações acarretarem riscos e consequências para o harmonioso desenvolvimento do feto, colocando mesmo em causa a sua sobrevivência. Esta questão afirma-se assim como um imperativo nas medidas tutelares e criminais aplicadas, colocando-se em causa a plena consciência dos actos praticados e dos consequentes riscos que acarreta para a vida pré – natal.

No entanto, este bem jurídico não é só protegido tendo em conta os interesses do pré-nato mas também dos interesses da comunidade.

Está a terminar-se o debate legal que se desenvolveu acerca dos direitos dos nascituros e de todas as problemáticas geradas em seu torno. O que se salienta, após a realidade apresentada nas páginas precedentes é que parece ser hoje inegável, quando se fala de vida intra – uterina, a premissa de que se fala de vida humana. De pessoas humanas, pessoas jurídicas, todos os que estão no ventre da mãe, tal como nos refere Leite de Campos¹²⁰, *ainda mais necessitados de protecção do que os que já abandonaram o sistema de apoio à vida que é o corpo da mãe.*

Abordada a questão com objectividade e justiça, compreende-se que é uma problemática complexa que chega mesmo a ser, transcendente a posições ditas ideais ou utópicas porque o Direito ao debruçar-se sobre a vida humana como direito fundamental, encontra limitações que colidem quando confrontadas com os mesmos direitos de outrem.

Na verdade, não se punem as condutas de risco da mãe, assumindo-se o crime de aborto como a única tutela penal da vida intra – uterina por este comportar uma acção intencional e motivada. Esta questão iria embater em trâmites legais complexos (normalmente, os crimes contra a integridade física¹²¹ dependem de queixa¹²²) que dificultariam a continuidade do

¹¹⁹ Cfr Álvaro Dias, *Ob. Cit.*, p. 64

¹²⁰ Diogo Leite de Campos, 2004, *Ob. Cit.*, p. 73.

¹²¹ Cfr. art. 143º e ss., do Código Penal.

¹²² Cfr. art. 148º, n.º4 do Código Penal. Ainda neste âmbito, cfr. art. 113º, n.º5 do Código Penal, em que se pode ler que « *quando o direito de queixa não puder ser*

processo e a sua praticabilidade.

No entanto, quer a ordem jurídica mantenha a tutela actual ou venha a ter uma tutela reforçada da posição dos nascituros será sempre indispensável o apoio multidisciplinar, que assumem aqui, uma grande preponderância.

II - Objectivos

Esta investigação apresenta-se como um estudo exploratório que surge como preliminar no que concerne às situações de maltrato fetal. Apresenta-se como um trabalho experimental cujo objectivo pressupõe perceber de que forma é que as pessoas percebem determinadas condutas, ditas de risco, por parte da mulher grávida, que colocam em causa o saudável desenvolvimento do feto.

Geral: analisar a percepção dos inquiridos relativamente ao Mau – Trato Fetal

Específicos:

1. Definir mau-trato fetal
2. Identificar que tipo de implicações é que situações de mau-trato fetal poderão ter no futuro desenvolvimento da criança
3. Analisar o enquadramento jurídico-legal para condutas de risco da mãe durante a gravidez
4. Perceber através de que formas é que poderão prevenir-se situações de mau-trato fetal

Por se tratar de um estudo descritivo – exploratório, não existem hipóteses previamente definidas¹²³. As hipóteses são como guias ou pistas de exploração de ideias e, embora redigidas na afirmativa, não são hipóteses no sentido tradicional do termo, porque não transformam os conceitos em variáveis operacionais. São, na prática, hipóteses que estão a meio termo entre a problemática e a operacionalização em termos de variáveis e limites entre as mesmas assim como no limite da sua previsão. Constituem-se como hipóteses a nível conceptual e não, em termos de operacionalização das variáveis e dos instrumentos de medida.

exercido (como é o caso) porque a sua titularidade caberia apenas, no caso, ao agente do crime, pode o Ministério Público, dar início ao procedimento se especiais razões de interesse público o impuserem» e o« interesse da vítima o impuser» (art. 148º, n.º6). Neste sentido, o único interesse a ponderar pelo Ministério Público é o interesse da vítima, não devendo ser consideradas razões de interesse público, pois o pensamento legislativo radica na protecção de vítimas particularmente indefesas, nomeadamente em razão de idade, deficiência, doença ou gravidez, cfr. Maia Gonçalves, 2004, *Ob. Cit.*, p. 405. Podíamos prever assim, que no caso dos maus-tratos fetais, seria o Ministério Público a dar início ao procedimento legal no que concerne a proteger o agente ofendido (feto) mas também a punir criminalmente o agente criminal).

¹²³Vide L. Almeida, & T. Freire, *Metodologia da investigação em psicologia e educação*, 2007, p. 43

III - Metodologia

*“É fácil mentir com a Estatística,
difícil é dizer a verdade sem ela!”*

Anónimo

1. Caracterização da Amostra

O estudo envolve o recurso a duas amostras. A primeira constituída por um grupo de 29 enfermeiros (28 do sexo feminino e 1 do sexo masculino), de uma população de 30, que integram a Pós – licenciatura de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. A segunda amostra é constituída por 129 sujeitos (108 do sexo feminino e 21 do sexo masculino), de uma população de 167 estudantes de Metodologia de Investigação, cátedra que integra o plano curricular do 3^a ano da licenciatura de Enfermagem do mesmo estabelecimento de ensino.

A escolha desta amostra prende-se com vários aspectos, entre eles a facilidade de acesso a este tipo de população e os conhecimentos teóricos da mesma em relação a esta problemática. Na generalidade, a formação dos técnicos de saúde é mais especializada na abordagem a estas situações, o que permite, à partida, respostas mais adequadas nas questões formuladas. Neste caso, optei pelos enfermeiros, uma vez que estes poderão estabelecer um contacto mais próximo e pessoal com os utentes, factor que se pode revelar favorável a esta investigação.

Profissão	Idade	Feminino	Masculino	Total Geral
Enfermeiro	24-29	5		5
	30-35	10		10
	36-41	10	1	11
	42-47	3		3
Enfermeiro Total		28	1	29
Estudante	18-23	104	21	125

Caracterização da Amostra

	24-29	3		3
	30-35	1		1
Estudante Total		108	21	129
Total Geral		136	22	158

2. Descrição do Instrumento

O instrumento utilizado no âmbito desta investigação envolve a realização e administração de um questionário (que se encontra em anexo), expressamente elaborado para este estudo, com o objectivo de recolher informação e dados que permitissem definir e caracterizar um maltrato fetal.

É um questionário misto uma vez que compreende questões abertas e fechadas elaboradas numa linguagem clara, embora específica e técnica, adequada aos inquiridos, constituintes das amostras.

3. Procedimento

3.1 Procedimento de Aplicação

No mês de Setembro foram realizados os primeiros contactos no sentido de obter autorização por parte da direcção da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para administrar o instrumento descrito.

Deste modo, depois de dada a autorização e de reunidas determinadas condições, procedi a aplicação do questionário a duas amostras distintas e em diferentes momentos. Num primeiro momento, administrou-se o questionário aos estudantes, no dia seguinte, o questionário foi aplicado aos alunos da pós-licenciatura em Saúde Infantil e Pediatria, já enfermeiros, considerados para tal, neste estudo.

3.2 Procedimento Estatístico

Os dados obtidos foram codificados e introduzidos no computador, sendo utilizados os procedimentos do *programa "Statistical Package for the social Sciences" – SPSS*.

Inicialmente, procedi à estatística descritiva dos dados, o que me possibilitou a análise e leitura das tabelas de frequências, fornecendo informação acerca do número de observações e respectivas percentagens, assim como uma compreensão global das respostas dadas por todos os inquiridos. Ao termos em conta a categoria que aparece mais vezes, foi também possível determinar a moda (medida de tendência central).

No que se refere à variável idade, apesar de ter sido colocada no questionário como sendo uma variável quantitativa discreta (idade, em anos), aquando da construção da base de dados, dada a dispersão dos seus valores, optei por agrupá-la em categorias/classes, que segundo diversos autores (Bryman & Cramer, 1993¹²⁴; Ramos, 2007/2008, entre muitos outros), o seu número deverá estar compreendido entre 5 e 15. Assumi, portanto, um intervalo de 5.

No cruzamento das variáveis sexo e profissão, foi utilizado o teste do qui-quadrado (X^2), um teste não paramétrico¹²⁵, que pretende avaliar a associação existente entre variáveis qualitativas.

¹²⁴ A. Bryman, D. Cramer. *Análise de dados em Ciências Sociais – Introdução às técnicas utilizando o SPSS*, 1993

¹²⁵ Não depende dos parâmetros populacionais, como média e variância.

Este teste acaba por comparar a distribuição de diversos acontecimentos em diferentes amostras a fim de avaliar se as proporções observadas mostram ou não diferenças significativas em relação às esperadas, o que deve ser, posteriormente, interpretado.

O nível de significância adoptado foi de $p \leq 0,05$.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	155	98,10%	98,10%	98,10%
Não	3	1,90%	1,90%	100%
Total	158	100%	100%	

IV - Resultados

Basei-me apenas na análise descritiva uma vez que a heterogeneidade das amostras não permitiu a utilização de instrumentos paramétricos robustos o que por sua vez, não conduziu a uma coerência estatística nem resultados suficientemente fortes que permitam retirar conclusões irrevogáveis. No entanto, o qui – quadrado possibilitou, no cruzamento da variável profissão, encontrar diferenças estatisticamente significativas (sempre que o nível de significância for inferior ou igual a 0.05, a hipótese nula é rejeitada) em determinadas questões do questionário (tabelas em anexo), o que contudo, não considerei relevantes pelos argumentos já referidos.

Tabela 1: Tabela de frequências da variável “Acha possível maltratar um feto?”

No que se refere à possibilidade de maltratar um feto, através da tabela 1, podemos afirmar que 155 sujeitos (98,1%) consideram que sim, enquanto os restantes 3 (1,9%) referem que não. A moda desta variável é, deste modo, “sim”.

Tabela 2: Tabela de frequências da variável “Depois de ponderadas as situações abaixo indicadas, assinale as que considera formas de maltrato fetal”

A tabela 2 dá-nos uma ideia da opinião do que os respondentes consideram ser formas de maltrato fetal.

Nesta variável, como os respondentes podiam escolher mais de uma opção de resposta, realizámos os vários agrupamentos evidenciados aquando da construção da base de dados.

Assim, podemos afirmar que os inquiridos consideram como formas de maltrato fetal, em primeiro lugar, os “consumos alcoólicos continuados durante a gravidez+consumos de drogas continuados durante a gravidez+consumos de psicofármacos durante a gravidez+ausência da expressão de emoções em relação ao bebé” (59 respostas=37,3%), seguindo-se os “consumos alcoólicos continuados durante a gravidez+consumos de drogas continuados durante a gravidez+consumos de psicofármacos durante

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Consumos alcoólicos + consumo de drogas + consumo de psicof. +ausência d emoções	59	37.34%	37.34%	37.34%
Consumo alcoólicos + consumo de drogas + consumo de psicof.	42	26.58%	26.58%	63.92%
Todas	35	22.15%	22.15%	86.07%
Consumo alcoólicos + consumo de drogas + ausência de emoções	13	8.24%	8.24%	94.31%
Consumos alcoólicos + consumo de drogas	8	5.06%	5.06%	99.37%
Consumo alcoólicos + consumo drogas + consumo de psicf. + ausência de comp. antecipatórios	1	0.63%	0.63%	100%
Total	158	100%	100%	

a gravidez” (42 respostas=26,58%). É de salientar que apenas 1 sujeito (0,63%) considera, como forma de maltrato fetal, os “consumos alcoólicos continuados durante a gravidez+consumos de drogas continuados durante a

gravidez+consumos de psicofármacos durante a gravidez+ausência de comportamentos de antecipação em relação ao bebé (nome, enxoval)”.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	133	84,20%	84,20%	84,20%
Não	25	15,80%	15,80%	100%
Total	158	100%	100%	

Tabela 3: Tabela de frequências da variável “Considera estas formas de maltrato/comportamentos de risco um gesto deliberado e consciente da mãe?”

Quando questionado(a)s acerca da forma deliberada e consciente com que a mãe inflige estas formas de maltrato/comportamentos de risco, a tabela 6 permite-nos afirmar que a grande maioria das respostas se situa na categoria “sim” (133=84,2% vs 25=15,8%), pelo que a moda desta variável é “sim”.

Implicações futuras do MTF

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Todas	47	29,7	29,7	29,7
Outras	1	,6	,6	30,4
depressão+ansiedade+c ompr.funções vitais+atraso	30	19,0	19,0	49,4
cognitivo+alterações comportamentais+síndro mes de abstinência+abort	16	10,1	10,1	59,5
depressão+compr. funções vitais+atraso cognitivo+alterações comportamentais+síndro mes de abstinência+abort	15	9,5	9,5	69,0
compr.funções vitais+atraso cognitivo+alterações comportamentais+síndro mes de abstinência+abort	1	,6	,6	69,6
autismo+ansiedade+com pr.funções vitais+atraso cognitivo+alterações comportamentais+síndro mes de abstinência	1	,6	,6	70,3
depressão+atraso cognitivo+síndromes de abstinência atraso cognitivo+alterações comportamentais+síndro mes de abstinência	4	2,5	2,5	72,8
autismo+compr.funções vitais+atraso cognitivo	1	,6	,6	73,4
autismo+ansiedade+atra so cognitivo+alterações comportamentais+abort alterações	2	1,3	1,3	74,7
comportamentais+síndro mes de abstinência+aborto+outra s	1	,6	,6	75,3
depressão+ansiedade+c ompr.funções vitais+atraso cognitivo+síndromes de abstinência+aborto	1	,6	,6	75,9
depressão+ansiedade+at raso cognitivo+alterações comportamentais	1	,6	,6	76,6
ansiedade+compro. funções vitais+atraso cognitivo+alterações comportamentais+síndro mes de abstinência	2	1,3	1,3	77,8
depressão+atraso cognitivo+alterações comportamentais+aborto	5	3,2	3,2	81,0
ansiedade+compr. funções vitais+atraso cognitivo+alterações comportamentais+aborto	9	5,7	5,7	86,7
depressão+autismo+ansi edade+compr. funções vitais+atraso cognitivo+alterações comportamentais+síndro mes de abstinência	4	2,5	2,5	89,2
compr.funções vitais+atraso cognitivo+alterações comportamentais	3	1,9	1,9	91,1
depressão+ansiedade+c ompr.funções vitais+atraso cognitivo+alterações comportamentais+aborto	10	6,3	6,3	97,5
depressão+ansiedade+c ompr.funções vitais+atraso cognitivo+síndromes de abstinência graves	2	1,3	1,3	98,7
depressão+compr. funções vitais+alterações comportamentais	1	,6	,6	99,4
depressão+autismo+atra so cognitivo+alterações comportamentais+aborto	1	,6	,6	100,0
Total	158	100,0	100,0	

Tabela 4: Tabela de frequências da variável “Que implicações é que julga que situações de mau-trato fetal, podem trazer, no futuro, ao desenvolvimento do bebé?”

Aquando da construção da base de dados, tivemos necessidades de fazer agrupamentos, uma vez que os sujeitos poderiam seleccionar diversas opções e, assim, originar diversas combinações; por este facto, apenas iremos salientar as mais relevantes.

Assim, de acordo com a tabela 4, em primeiro lugar, encontramos a opção de resposta “todas”, com 47 observações (=29,7%), a que se segue a combinação “sintomas depressivos+quadros ansiógenos+comprometimento das funções vitais+atraso cognitivo+alterações comportamentais+síndromes de abstinência graves+aborto espontâneo” (30 respostas=19,0%).

É de salientar que há várias combinações de resposta que têm apenas 1 observação (0,6%).

	Frequencia	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	118	74,7	74,7	74,7
Não	40	25,3	25,3	100%
Total	158	100%	100%	

Tabela 5: Tabela de frequências da variável “Considera que a população em geral, tem consciência que condutas menos adequadas durante a gravidez têm repercussões para o desenvolvimento saudável do feto?”

A tabela 5 indica-nos que 118 dos 158 respondentes (74,7%) considera que a população em geral, tem consciência que condutas menos adequadas durante a gravidez têm repercussões para o desenvolvimento saudável do feto, enquanto os restantes 40 inquiridos (25,3%) têm uma opinião oposta; assim a moda desta variável é “sim”.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Não sei	57	36,10%	36,10%	36,10%
Não	52	32,90%	32,90%	69%
Sim	49	31,00%	31,00%	100%
Total	158	100%	100%	

Tabela 6: Tabela de frequências da variável “Considera que se verifica um aumento das situações de maus-tratos ao feto?”

Quanto ao aumento das situações de maus-tratos ao feto, a tabela 6 permite-nos afirmar a existência de um equilíbrio de respostas para as três opções: “não sei” (57 respostas=36,10%), “não” (52 respostas=32,90%) e “sim” (49 respostas=31,0%).

	Frequencia	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acomulada
Acréscimo de problemas emocionais	2	4,08%	4,08%	4,08%
Acréscimo d problemas emocionais+ aumento gravidezes indesejadas	5	10,20%	10,20%	14,29%
Aumento de gravidezes indesejadas	3	6,12%	6,12%	20,41%
Incitamento de hábitos de consumo prejudiciais	8	16,33%	16,33%	36,73%
Incitamento de hábitos de consumo prejudiciais + acréscimo de problemas emocionais	6	12,24%	12,24%	48,98%
Incitamento de hábitos de consumo prejudiciais + aumento de gravidezes indesejadas	8	16,33%	16,33%	65,31%
Outros	3	6,12%	6,12%	71,43%
Todas	14	28,57%	28,57%	100%
Total	49	100%	100%	

Tabela 7: Tabela de frequências da variável “Se sim, o que pensa ter contribuído para esse facto?”

Mais uma vez, à semelhança das tabelas 2 e 4, agrupámos várias opções de resposta.

É de salientar o elevado número de resposta “todas” (14 respostas, 28.57%). Seguidamente, aparece-nos, com base na tabela 7, o “incitamento de hábitos de consumos prejudiciais” com 8 respostas (16.33%) e, depois, a combinação entre o “incitamento de hábitos de consumos prejudiciais+aumento de gravidezes indesejadas”, também com 8 respostas (16.33%).

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acomulada
Todas	62	39.2%	39.2%	39.2%
Médicas+ Sociais	42	26.6%	26.6%	
Legais+Médicas	17	10.8%	10.8%	
Sociais	11	7.0%	7.0%	
Legais	9	5.7%	5.7%	
Médicas	8	5.1%	5.1%	
Outras	5	3.2%	3.2%	
Legais+ Sociais	2	1.3%	1.3%	
Médicas+ Sociais +Outras	2	1.3%	1.3%	100%
Total	158	100%	100%	

Tabela 8: Tabela de frequências da variável “ Que medidas deveriam ser accionadas perante uma situação de maltrato fetal?”

Na análise à tabela 8, podemos constatar que uma significativa percentagem (39.2%) dos inquiridos responderam que perante uma situação de mau-trato fetal, deveriam ser accionadas todas as medidas, incluindo medidas médicas, legais e sociais. As medidas médicas foram as respostas mais obtidas, pois a tabela apresentada permite-nos concluir que aparecem sempre nos agrupamentos de respostas dados, sendo em conjunto com as “sociais” (26.6%), as medidas mais apontadas pela amostra.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	105	66,5%	66,5%	66,5%
Não	23	14,6%	14,6%	81,0%
Não Sei	30	19,0%	19,0%	100%
Total	158	100%	100%	

Tabela 9: Tabela de frequências da variável “É frequente a grávida procurar alguma consulta de aconselhamento?”

Quanto à grávida procurar alguma consulta de aconselhamento, a tabela 12 mostra-nos que há uma tendência clara para a escolha da opção de resposta “sim” (105 sujeitos=66,5%).

	Frequencia	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem Acomulada
Médico	68	64,76%	64,76%	64,76%
Outro	1	0,95%	0,95%	65,71%
Psicológico	2	1,90%	1,90%	67,62%
Psicológico+Médico	30	28,57%	28,57%	96,19%
Psicológico+Médico +Outro	4	3,81%	3,81%	100,00%
Total	105	100%	100%	

Tabela 10: Tabela de frequências da variável “Se sim, que tipo de aconselhamento?”

Quanto ao aconselhamento seleccionado, na tabela 10 podemos constatar que 68 respondentes (64.76%) escolheram a opção “médico” e 30 sujeitos (28.57%) seleccionaram a combinação “psicológico+médico”.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	102	64,60%	64,60%	64,60%
Não	56	35,40%	35,40%	100%
Total	158	100%	100%	

Tabela 11: Tabela de frequências da variável “Considera que deveriam existir medidas legais que punissem de alguma forma as condutas de risco da mãe?”

Relativamente às condutas de risco da mãe, directamente relacionadas com casos de maus-tratos sobre o feto, 102 respondentes (64,6%) consideram que deveriam existir medidas legais que punissem de alguma forma a conduta de risco da mãe, enquanto que os restantes 56 (35,4%) têm opinião contrária.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Não respondeu	110	69,62%	69,62%	69,62%
Outras	11	6,96%	6,96%	76,58%
Apoio psicológico e médico	9	5,70%	5,70%	82,28%
Pena de prisão + Trabalho comunitário	5	3,17%	3,16%	85,44%
Pena de prisão	4	2,53%	2,53%	87,97%
Trabalho comunitário	4	2,53%	2,53%	90,50%
Multas	3	1,90%	1,90%	92,40%
Trabalhos com crianças com problemas decorrentes de MTF	3	1,90%	1,90%	94,30%
Medidas de coacção	2	1,27%	1,27%	95,57%
Pena de prisão + Esterilização + trabalho comunitário	2	1,27%	1,27%	96,84%
Trabalho comunitário + apoio psicológico + planeamento familiar	2	1,27%	1,27%	98,11%
Inibição do poder paternal	1	0,63%	0,63%	98,74%
Exposição a videos que exponham casos de MTF	1	0,63%	0,63%	99,37%
Esterilização	1	0,63%	0,63%	100%
Total	158	100%	100%	

Tabela 12: Tabela de frequências da variável: “Quais as medidas legais que deveriam ser accionadas?”

A tabela 12 permite concluir, antes de mais, que 110 inquiridos (69.62%) não respondeu a esta questão, preferindo não apontar medidas legais que de alguma forma punissem a conduta de risco da mãe.

No entanto, de entre o variadíssimo leque de respostas apontadas, 9 pessoas apontaram o “apoio médico e psicológico” como medida que preferiam ver accionada. É de salientar que 11 pessoas (6.96%) apontaram a “pena de prisão” como medida legal que deveria ser accionada para punir o comportamento de risco materno; por sua vez, igual número referenciou o trabalho comunitário como medida legal possível de ser adoptada.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Todas	109	68,99%	68,99%	68,99%
Acompanhamento psicológico + consciencialização para os riscos	19	12,03%	12,03%	81,02%
Acompanhamento psicológico + apoio social	8	5,05%	5,05%	86,07%
Acompanhamento psicológico	7	4,43%	4,43%	90,50%
Consciencialização para os riscos que acarreta para o feto o consumo de tóxicos	7	4,43%	4,43%	94,03%
Apoio social + consciencialização dos riscos	5	3,17%	3,17%	98,10%
Acompanhamento psicológico + consciencialização dos riscos + Outras	3	1,90%	1,90%	100,00%
Total	158	100,00%	100,00%	

Tabela 13: Tabela de frequências da variável “Que medidas de protecção é que considera que deveriam ser tomadas para salvaguardar casos de mau-trato sobre um feto?”

Quanto às medidas de protecção que considera que deveriam ser tomadas para salvaguardar casos de mau-trato sobre um feto, a tabela 13 mostra-nos que a grande maioria das respostas pertence à categoria “todas” (109 respostas=68,99%), seguindo-se a combinação “acompanhamento psicológico+consciencialização para os riscos que acarreta para o feto o consumo de tóxicos durante a gravidez” (19 respostas=12,03%).

As restantes opções de resposta, quer isoladas, quer em combinação, apresentam percentagens relativamente baixas.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	137	86,71%	86,71%	86,71%
Não	21	13,29%	13,29%	100%
Total	158	100%	100%	

Tabela 14: Tabela de frequências da variável “Considera que o consumo de drogas (leves ou pesadas), por exemplo, durante a gravidez, pelas implicações que acarreta para o feto, deveria ser legalmente punido?”

Relativamente à punição que o consumo de drogas (leves ou pesadas), durante a gravidez, pelas implicações que acarreta para o feto, a grande maioria dos respondentes, segundo a tabela 16, considera que “sim” (137 respostas=86,71%).

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Campanhas de sensibilização + programas de aconselhamento	69	43,67%	43,67%	43,67%
Programas de aconselhamento sobre os riscos	28	17,72%	17,72%	61,39%
Não sei	28	17,72%	17,72%	79,11%
Campanhas de sensibilização	18	11,39%	11,39%	90,50%
Nada	12	7,60%	7,60%	98,10%
Outra	3	1,90%	1,90%	100,00%
Total	158	100,00%	100,00%	

Tabela 15: Tabela de frequências da variável “O que é feito, actualmente, ao nível da prevenção?”

Na tabela 15, á semelhança do procedimento adoptado na construção de outras tabelas de frequências, procedemos à combinação opções de resposta, uma vez que o sujeito podia seleccionar mais do que uma.

Sobre o que é feito ao nível da prevenção, os nossos inquiridos seleccionam como primeira categoria de resposta a combinação “campanhas de sensibilização públicas+programas de aconselhamento que incluam os riscos que condutas de perigo acarretam para a grávida e para o feto” (69 respostas=43,67%), seguindo-se as opções “não sei” e “campanhas de sensibilização públicas”, com o mesmo número de respostas (28= 17,72%).

V – Discussão

Ao longo do trabalho foram levantadas várias questões a que agora se tenta dar resposta, integrando a revisão teórica feita com os resultados obtidos através do questionário administrado. São questões pertinentes e que pela sua complexidade é imperativo relacionar constructos para deste modo e, sem se fazerem extrapolações utópicas, ganharem consistência a partir do cruzamento da informação disponível.

Neste contexto, a primeira questão analisada e, que no fundo é a razão de ser de todo este debate médico e jurídico, é saber se o feto é já considerado vida humana. É reconhecido que de um ponto de vista biológico “*um novo indivíduo biológico humano, original em relação a todos os exemplares da sua espécie, inicia o seu ciclo vital no momento da penetração do espermatozóide no ovócito*”(Regateiro, 2003)¹²⁶, o que permite primeiro, a formação do embrião e posteriormente o desenvolvimento do feto. Sob o prisma jurídico, compreende-se que a aquisição de direitos está dependente do acto do nascimento, condição para a personalidade jurídica¹²⁷. No entanto, a complexidade desta questão abre precedentes, anteriormente abordados, mas não coloca em causa a existência

¹²⁶ Cfr. Fernando Regateiro, *Ob. Cit.*, 2003

¹²⁷ Cfr. art. 66º, n. º1, do C. Civ.

de vida desde a concepção. Neste sentido, cita-se Leite de Campos¹²⁸ quando refere que “*todos diferentes entre si, os chamados nascituros, todos diferentes dos já nascidos, também estes diferentes entre si. Mas todos iguais, na dignidade do ser humano*”, atribuindo assim especial atenção à unicidade e especificidade de cada ser humano, determinada pela concepção. Nos questionários administrados, a percentagem de inquiridos que responderam “sim” (98%) quando interrogados acerca da existência de mau-trato fetal, e, por sua vez, a maioria dos memos (64,6%) ao considerar que deveriam existir medidas legais que punissem de alguma forma condutas de risco por parte da mulher grávida permite inferir que esta amostra admite a existência de vida humana, atribuindo-lhe, desde logo, direitos, posição, no entanto, contrária ao sistema jurídico-legal actual. Deste modo, e no que diz respeito às condutas de risco da mãe, o Código Penal Português não as abrange e, como tal, não são punidas legalmente, assumindo-se o crime de aborto¹²⁹ como a única tutela penal da vida intra – uterina, o que acaba por não ir de encontro à intenção de resposta dos inquiridos que consideram várias medidas legais que vão desde as designadas mais leves, como o trabalho comunitário, trabalho com crianças com problemas decorrentes do mau-trato fetal, acompanhamento médico e psicológico a medidas mais extremistas, como a pena de prisão, a inibição do poder parental e até mesmo a esterilização materna.

Para além destas posições, e a par com a perspectiva biológica, a posição médica, ao considerar o feto, um paciente, para o qual é desviada atenção e cuidados, desenvolvendo esforços no sentido de promover a sua saúde, reforça a ideia de que este é vida e, que merece desde o início, respeito.

A partir da informação recolhida através do questionário parece ser unânime, para os inquiridos, que o consumo de substâncias (alcoól, drogas, psicofármacos) durante a gravidez constitui formas de maltrato fetal. Não obstante, só um pequeno número (36 pessoas) considera a opção referente aos comportamentos antecipatórios em relação ao bebé (nome, enxoval...). Este resultado pode ser lido em função da desvolarização dos factores psicoafectivos na abordagem que se faz às mais diversas realidades, na qual está incluído a vivência da gravidez e o vínculo afectivo estabelecido entre mãe e filho. Neste sentido, é mais fácil identificar elementos concretos (consumo de álcool, drogas...) do que um “*outro tipo de mau-trato muito subtil de difícil detecção, que se circunscreve na esfera psicológica*” (Pinheiro de Melo, 1995).

Contrariando a resposta tendencialmente dada pela amostra, Bion¹³⁰ (2001) refere que “*quando observamos o desinvestimento agido de alguns processos gravídicos verificamos que ele se pode manifestar clinicamente através, por exemplo, de atrasos de crescimento intra-uterino, havendo, inclusive, casos em que esse atraso poderá representar uma depressão do feto*”, aludindo assim a um conjunto de consequências que poderão ter início

¹²⁸ Cfr. Diogo Leite de Campos, *Ob. Cit.*, 2004, p. 73

¹²⁹ Cfr. Art. 140º e seguintes do C. Penal

¹³⁰ Cit in Sá, *Ob. Cit.*, 2001, p. 117

numa forma de maltrato.

O maltrato fetal abarca, desta forma, todo o conjunto de comportamentos de risco que de forma deliberada são infligidos ao feto, o que é corroborado pelos dados fornecidos. Esta forma deliberada e intencional poderá encontrar fundamento no cruzamento dos comportamentos de risco com a vivência da maternidade. “*A maternidade não passa necessariamente por uma gravidez, como também desejar um filho não implica forçosamente ter desejos de maternidade*” (Leal, 1992).¹³¹ A gravidez e a vivência da mesma implica a actualização de afectos e representações, a gestão de angústias e de conflitos o que torna esta fase particular, designadamente no que respeita à organização psicológica. “*A manifestação de desejos contraditórios não assumidos pode dificultar posteriormente a aceitação do bebé*” (Bayle, 2006). A transição para a maternidade implica que a mãe se identifique com a sua própria mãe, com a relação precoce que teve com ela e a gravidez acaba por ser, deste modo, um meio de identificação e projecção. Poderá ser um momento de “*reconciliação com a mãe, protegendo a criança de factos maléficos e impedindo que ela tenha sentimentos negativos como ela própria teve quando crinaça, mas também dar vida é privar a sua mãe de fecundidade e empurrá-la para outra geração. Por vezes desejos de morte inconscientes podem manifestar-se, sobretudo se a rivalidade com a mãe ainda existe*” (Bayle, 2006).

A gravidez, como já foi dito, representa uma fase de profundas alterações, tanto biológicas como psicológicas. É hoje inequívoca a transmissão de representações psíquicas, concomitante à transmissão biológica. Neste sentido, a vida imaginária e fantasmática da mãe, nesta fase, representa uma base essencial das relações ulteriores que ela terá com o seu bebé.

O bebé ao funcionar em espelho, acaba por ser o alvo destas projecções, de todas as angústias e ambivalências, o que poderá justificar de algum modo os comportamentos deliberados da mãe em relação a ele.

Como já foi devidamente exposto, qualquer forma de maltrato fetal irá ter implicações graves futuras, não só no desenvolvimento saudável do feto como também em manifestações durante a infância. Neste sentido, perante as competências do feto, já anteriormente descritas e do seu desenvolvimento neurobiológico, parece ser legítimo falar em conceptualização mental no feto. Para Damásio¹³² *as representações neurais disposicionais do genoma e da epigénese fetal, guardadas em estado de dormência são um padrão potencial de actividade sintonizável com a necessidade de configurar, na relação, um esboço de imagem guardado na memória com uma solicitação que o meio mobilizou*. Deste modo, pode-se falar de pensamento e memória fetal na medida em que esta última irá prolongar no pós-parto a qualidade relacional do útero. Mas poderá falar-se mesmo em pensamento fetal? Se considerarmos que os elementos psíquicos têm capacidade de se associarem entre si, o que se traduz em imagens

¹³¹ Cit in Filomena Bayle, *Ob. Cit.*, 2006, p. 44

¹³² Cit in Sá, *Ob. Cit.*, 2001, p.97

mentais, parece ter toda a validade falar em pensamento, no sentido de pensar o pensamento para lhe atribuirmos um significado, não no sentido cognitivo. Sá (2001) fala naquilo a que designou por “*função placentar*”, enquanto o “*mental que transcende e organiza o cerebral*”. Assim, a função de transformar informação nervosa em imagens é consolidada não só pela função materna mas também pelas experiências uterinas. Neste contexto, Sá (2001) refere que *a existência de sistema nervoso pressupõe alteridade e diferenciação, e uma consciência que se faz de imagens que permanecem guardadas na memória, organizando e condicionando o desenvolvimento.*

Parece prevalecer então, uma comunicação sem palavras, um diálogo tónico compreendido na comunicação analógica e digital. “Nela, a função placentária da intuição materna sobre as emoções do bebé organiza a pele psíquica (de que fala Bick)”, o que representa “a caixa craniana” do pensamento.¹³³ Sá (2003) refere-se à função placentária como uma *matriz psíquica essencial, anterior ao nascimento, organizada na relação protomental (de simbiose de facto) com o interior do útero da mãe* e recorre a Bion ao falar de um pensamento embrionário que forma a ligação entre as impressões sensoriais e consciência.¹³⁴

Ao considerar-se pensamento e memória (estritamente relacionada com o sistema límbico) no feto e, em continuidade com o que estava a ser desenvolvido, analisa-se agora a questão das implicações futuras da vivência de maus-tratos pelo feto.

“*Os pensamentos do feto fazem-se de reacções a estímulos hormonais e sensoriais do meio intra e extra – uterino, que se traduzem em alterações dos seus ritmos biológicos, podendo traduzir-se em depressões fetais graves (observáveis em algumas situações de atraso de crescimento intra-uterino e, eventualmente, em alguns abortamentos de repetição sem causa ginecológica ou obstétrica aparente).*¹³⁵” A angústia fetal conduz frequentemente à depressão no feto que por sua vez, se manifesta através de agitação motora distónica acabando por estar directamente relacionada com os estados emocionais observáveis aquando do nascimento. Neste sentido, a angústia e a depressão maternas, como elementos traumáticos, poderão interferir na estabilidade fetal e inibir a filogénese.

Se tivermos em conta que a vinculação começa ainda antes do nascimento e “*alicerça-se em relações anteriores com o feto em desenvolvimento*”¹³⁶, é compreensível que o bebé se proteja e reaja a um conjunto de agentes agressores, manifestando-se somaticamente através da inibição de funções biológicas o que está directamente relacionado com a expressão dos estados emocionais observáveis com o nascimento. Neste sentido, acaba por se verificar um conjunto de consequências futuras, orgânicas e comportamentais, que colocam em causa um crescimento harmonioso.

Como já foi dito, aquando das considerações psicopatológicas, a

¹³³ Vide Eduardo Sá, *Patologia Borderline e Psicose na Clínica Infantil*, 2003, p. 132

¹³⁴ *Ibid*, p. 125

¹³⁵ Cfr. Eduardo Sá, *Ob. Cit.*, 2001, p. 97

¹³⁶ Vide, T. Brazelton, *Ob. Cit.*, 2004, p. 17

relação dual assume um papel central na compreensão da psicopatologia da primeira infância, interacção que, em continuidade com o que vinha a ser dito, tem o seu início durante a gestação. A perturbação do bebé, em resposta a uma situação complexa e desorganizada do ambiente, nomeadamente da mãe, vai modificar necessariamente o sistema interactivo na díade. Assim, como diz Paixão (2002) a modificação das respostas por parte do bebé constitui-se como um compromisso entre a necessidade e a dificuldade de estar em relação e de a manter. A dificuldade manifesta-se pelo sintoma, que pode assim ser entendido como um sinalizador das dificuldades.¹³⁷

O desenvolvimento saudável requer um meio ambiental perfeito, o que significa para Winnicott, uma mãe cuja preocupação maternal torne possível uma sensibilidade exacta e profunda relativamente às necessidades e aos gestos do bebé.¹³⁸ Para este autor, a mãe funciona como um espelho e fornece à criança um reflexo exacto da sua própria experiência e gestos, apesar das qualidades informes e fragmentadas que estas, por vezes, apresentam, como se verifica nas situações aqui em análise. Neste sentido, *“imperfeições no que é reflectido estragam e inibem a capacidade da criança pequena para a auto – experiência e para a integração e, interferem com o processo de «personalização»”*¹³⁹.

Neste contexto, pode-se afirmar que perante a não comunhão na díade maternal, o bebé é obrigado a aceitar prematuramente a natureza frágil e irrealista das suas exigências, tentando moldar-se ao que lhe é dado, o que invariavelmente, acarreta perdas e danos, muitas vezes, insupríveis.

Em situações de mau-trato, aqui objecto de análise, pressupondo-se uma continuidade entre a gravidez e a primeira infância, facilmente se compreende que não existe a sincronização desejável nos comportamentos mãe-bebé durante as sequências interactivas, o que transporta consigo implicações para a saúde mental do bebé.

Do ponto de vista psicológico, em casos de maltrato, o padrão de vinculação estabelecido é inseguro no qual o agente de vinculação é o agressor, o que leva a que o bebé, como forma de se defender, se vire sobre si próprio, podendo desenvolver quadros do espectro do autismo em função da exposição de repetidas experiências traumáticas, constituindo-se, face ao sofrimento, como *“um grito exuberante de silêncio”*¹⁴⁰. Serão, no futuro, bebés que numa tentativa última de se tranquilizarem (função não cumprida pela mãe), manifestam comportamentos embalatórios e ritualizados, desviando deste modo a atenção para uma parte específica do corpo. Recorde-se que *“a tranquilidade da relação mãe-bebé não advém da capacidade da mãe se adaptar às necessidades do bebé mas da continuidade dos diálogos, muitos vezes filogenéticos, que se passam entre ambos”* (Sá, 2001). Faz-se referência a um estudo mencionado atrás, o qual refere os quadros autistas como um dos efeitos do consumo de cocaína durante a gravidez (Little, 1994). Na análise aos resultados obtidos podemos

¹³⁷ Cfr. Rui Paixão, *Ob. Cit.*, p. 73

¹³⁸ Vide Jay Greenberg & Stephen Mitchell, *Relações de Objecto na Teoria Psicanalítica*, 2003, p. 232

¹³⁹ *Ibid*, p. 232

¹⁴⁰ Cfr. Eduardo Sá, *Ob. Cit.*, 2001, p. 89

igualmente constatar que, apenas 8 indivíduos, para além daqueles que assinalaram todas as opções de resposta, consideraram os quadros do espectro do autismo como possível implicação (sendo uma das respostas menos dada) o que poderá mais uma vez, relacionar-se com a não valorização feita aos factores psicológicos e como é óbvio, à implicação de perturbações a estes relacionados.

Em contrapartida, as respostas mais dadas situaram-se no comprometimento das funções vitais, no atraso cognitivo, nas síndromes de abstinência e nas alterações comportamentais o que mais uma vez nos leva a concluir que poderá existir aqui uma interpretação do que é objectivamente observável e mais facilmente detectável, embora não deixem de ser implicações de formas de maltrato, inferência feita por diversos estudos atrás citados.

Ao considerarem-se as situações de mau-trato fetal como um gesto deliberado face à consciência dos riscos emergentes de condutas menos adequadas durante a gravidez, parece ser legítimo inferir-se uma rejeição global do estado e por conseguinte, da experiência da maternidade e da criança. René Spitz (1979)¹⁴¹ fala, neste contexto, da «Rejeição Primária Manifesta». A reacção do recém-nascido, em relação à mãe que não o aceita foi, originalmente, descrita por Margaret Ribble (1938) apontando que, em casos extremos, o recém-nascido torna-se comatoso, com dispneia, palidez extrema e sensibilidade reduzida.

Spitz assume que as atitudes maternas de hostilidade generalizada à maternidade originam-se na sua história individual, na relação com o pai da criança e na forma pela qual elas mesmas resolveram ou não os seus conflitos edipianos e a sua ansiedade de castração.

Perante a hostilidade da mãe e o seu sentimento de rejeição, o bebé defende-se e reaje. Como postula Freud, a criança nasce desamparada e ao encontrar-se no estágio narcisista primário, evolui lentamente para as primeiras formas de comportamento oral. Neste período arcaico, a relação da criança com o meio envolvente foi completamente transferida do cordão umbilical para a boca, e passaram da transfusão para a incorporação. Neste sentido, os sintomas manifestos do distúrbio da criança expressam-se através de sintomas orais como a *paralisia de incorporação* durante os primeiros dias de vida.

Parecem estar, desta forma, inequivocamente provadas as consequências que a vivência de experiências negativas na realção dual tem no aparecimento da psicopatologia na criança. Para Daniel Stern (1985)¹⁴² *o «sentimento do self» é o princípio organizador da experiência subjectiva do bebé, o que fica comprometido quando a mãe não é capaz de tratar a informação que o bebé recebe, transformando-a, reduzindo os estados de tensão e mal-estar, facilitando, por sua vez, o bem estar do bebé e a sua adaptação a um meio completamente novo, competências colocadas em causa, pelas situações de maus-tratos durante a gravidez com repercussões*

¹⁴¹ Cfr. René Spitz, *O primeiro ano de vida*, 1979, p. 188

¹⁴² Cit in Maria Gonçalves, *Uma nova perspectiva em saúde mental do bebé*, 2003, p. 8.

no pós-parto.

Quando analisadas todas estas situações e feitas as considerações finais, cita-se Kohut (1980)¹⁴³ quando este refere que “a criança pequena não é dependente, pegajosa ou frágil, mas independente, assertiva e forte – é psicologicamente completa, desde que respire o oxigénio psicológico dado pelo contacto com objectos do Eu empaticamente responsivos e, a este respeito, não é diferente do adulto que só é completo, independente e forte desde que sinta que lhe respondem”.

A abordagem da saúde mental do bebé, a determinação de riscos e a caracterização tão precisa quanto possível das perturbações da vida in útero e da primeira infância tornam-se então, elementos fundamentais na afirmação dos direitos das crianças e na protecção das mesmas pelo Estado (seja tribunal, serviço social ou políticas de adopção).¹⁴⁴ Gonçalves (2003)¹⁴⁵ afirma mesmo que ao se fazer o diagnóstico das perturbações precoces e consecutivamente dar-lhes tratamento, é fazer-se a prevenção da doença mental futura.

Ao olhar-se para as situações de maltrato fetal será legítimo questionar as suas possíveis causas e se estas estão ou não correlacionadas com os estilos de vida que hoje em dia imperam nas sociedades ocidentais. Neste contexto, um dado interessante que foi permitido apurar foi o facto de os inquiridos se encontrarem praticamente divididos quando questionados, se houve ou não um aumento das situações de mau-trato fetal (questão 6), comparativamente ao passado. No entanto, a resposta foi tendencialmente positiva com 52 pessoas a considerarem que sim, embora a maioria tenha reconhecido que não sabe responder a esta questão. Estes dados acabam por ter alguma sustentação na resposta dada às razões apontadas para este aumento, pois ao considerarem o incitamento de hábitos de consumo prejudiciais corroboram os resultados de estudos realizados¹⁴⁶ que apontam para um acréscimo do consumo de álcool e tabaco pelas mulheres portuguesas, nos últimos sete anos.

O maior número de gravidezes indesejadas, apontado como uma das razões para o aumento das situações de maltrato fetal, pode estar associado ao estilo de vida adoptado actualmente. Esta sociedade consumista, ao valorizar os bens económicos produz uma evidente mutação de valores sociais, traduzida no desinvestimento das relações intra-familiares. O investimento por parte dos pais na sua carreira profissional e a ascensão sócio-económica conduz a uma crescente desvalorização da maternidade.¹⁴⁷

Perante este quadro, torna-se pertinente perguntar o que é que pode ou deve ser feito no sentido da prevenção. É fundamental que se cumpra um acompanhamento pré-natal técnico e especializado que englobe não só factores médicos (o aconselhamento médico foi a resposta dada por 104

¹⁴³ Cit in Jay Greenberg & Stephen Mitchell, *Ob. Cit.*, 2003, p. 428

¹⁴⁴ Vide Maria Gonçalves & Pedro Caldeira da Silva, *A classificação diagnóstica das perturbações da saúde mental da primeira infância: uma experiência clínica*, 2003, p. 14

¹⁴⁵ Vide Maria Gonçalves, *Ob. Cit.*, p.6.

¹⁴⁶ Inquérito Nacional de Saúde 2005/06.

¹⁴⁷ Vide Elsa Pinheiro de Melo, *Maus – Tratos Psicológicos na Criança*, 1995.

inquiridos) mas também psicológicos (resposta considerada por 37 sujeitos), na medida em que, tudo o que está envolvido na abordagem a esta problemática é relacional, isto é, acontece na interação com a mãe e nada se organiza à margem da relação com ela. É imprescindível que o bebé seja “*«trabalhado» na cabeça e na relação dos pais, o que exige muita segurança clínica, uma grande fineza técnica, e uma formação psicopatológica consistente* (Sá, 2001)¹⁴⁸.”

A mudança na forma como se encara a gravidez e a ênfase na importância que ela assume como fase por excelência para o desenvolvimento de competências essenciais à promoção da saúde de uma criança deverá tornar-se o primeiro objectivo no que diz respeito à abordagem da vivência desta fase de modo a limitarem-se os riscos para a vida que está em formação.

A par com esta mudança de atitude, poderá estar a adopção de políticas que fomentem a promoção da saúde durante a gravidez, assegurando a mãe e o feto, bem como a aposta em campanhas de sensibilização e programas de aconselhamento para os riscos que comportamentos menos adequados têm para o saudável desenvolvimento do feto (respostas dadas por 105 dos inquiridos).

Neste contexto, Mazet (2003) enfatiza mesmo, o período da gestação como o momento propício para se instituir a chamada prevenção primária, para a partir de uma colaboração transdisciplinar, se elaborarem estratégias eficazes de prevenção na saúde mental infantil, com destaque, da primeira infância.

VI – Conclusões

Com a conclusão desta investigação e depois de analisado e devidamente debatido um tema pertinente e interessante, é dado um contributo importante para a reflexão sobre o maltrato fetal. Esta acaba por ser uma problemática amplamente discutida, no entanto, nem sempre da forma mais correcta ou pelo menos, onde são muitas vezes, esquecidos, elementos que se consideram fundamentais nesta abordagem. Ir de encontro aos aspectos mais específicos do maltrato fetal, considerando componentes médicos, sociais, psicológicos e jurídicos foi talvez a razão de ser desta investigação com o objectivo de dar uma visão holística e integradora do maltrato fetal, o que se pensa ter sido alcançado.

Neste sentido, é possível inferir uma definição de maltrato fetal ao considerar todo o maltrato que é infligido pela mãe através de comportamentos de risco que esta tem, deliberadamente, durante a gravidez. Explicar formas, apurar implicações e consequências foi também um objectivo tomado em conta, designadamente na parte prática deste documento. Deste modo, e depois de analisados todos os aspectos intrinsecamente relacionados com esta problemática, e sem enquadramento jurídico-legal para ela, foi apresentado de forma sumária o sistema jurídico

¹⁴⁸ Cfr. Eduardo Sá, *Ob. Cit.*, 2001

nacional e a posição de alguns juristas sobre os direitos que contemplam a vida intra-uterina. Quadro claramente refutado pela investigação realizada, na medida em que, a maioria dos inquiridos defende a adoção de medidas legais para comportamentos de risco que coloquem em causa o saudável desenvolvimento do feto.

A administração do questionário e encontradas as suas limitações veio possibilitar uma leitura, talvez um pouco redutora e limitada, pois a heterogeneidade das amostras não permitiu a utilização de testes paramétricos e como tal, a obtenção de resultados com forte poder estatístico que pudessem dar um maior contributo a esta investigação. Para colmatar estas limitações seria necessário reformular algumas questões do questionário e homogeneizar as amostras, condição indispensável na recolha de informação estatisticamente significativa.

No entanto, a análise descritiva realizada neste estudo exploratório será um bom ponto de partida para o aprofundamento desta realidade. Assim sendo, futuras investigações poderão ter aqui o início de um percurso, incluindo novas variáveis que possibilitem interpretações diferenciadas. Fazer uma análise a partir da faixa etária ou tomar em consideração as áreas geográficas de origem da amostra podem ser indicadores interessantes a serem tomados em conta e que possibilitem uma perspectiva mais ampla e, de um ponto de vista estatístico, mais significativa e consistente.

Para finalizar, constata-se a importância de uma abordagem multidisciplinar a par com políticas de sensibilização mais eficazes para os riscos de determinados comportamentos durante a gravidez.

Bibliografia

Abell, T. D. et al. (1991) *The effects of maternal smoking on infant birth weigh.* Family Medicine, 23, 103 – 107.

Alberto, Isabel (2004) *Maltrato e Trauma na Infância.* Coimbra Almedina

Alferes, Valentim (1997) *Investigação Científica em Psicologia. Teoria e Prática.* Coimbra, Livraria Almedina

Almeida, L. & Freire, T. (2007) *Metodologia da investigação em psicologia e educação.* Braga: Psiquilíbrios edições.

American Academy of Pediatrics Committee on Drugs (2000) *Use of psychoactive medication during pregnancy and possible effects on the fetus and newborn.* Pediatrics, 105(4):880-887.

Antunes, M. J. (1998) *Código Penal.* Coimbra Editora.

Aragão, M. & Sacadura, R. (1990) *Breve Revisão sobre cocaína: seus efeitos na mãe, no feto e no recém-nascido.* Jornal do Médico, 129, 530 – 533.

Araújo, F. (1999) *Procriação assistida e o problema da santidade da vida.* Coimbra, Almedina

Bayle, Filomena (2006) *À volta do nascimento.* Climepsi Editores

Bernardo, F. (1989) *Direito dos Embriões ou Fetos Humanos.* Hospitalidade, 53, 6 – 8.

- Bernardo, F. (1995) *Estatuto do Embrião*. *Acção Médica*, 59, [2], 81 – 87.
- Brazelton, T. & Cramer, B. (2004) *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brito, Isabel (2001) *Continuidades na Maternidade da Toxicodependente*. *Toxicodependências*, 7, [3], 79 – 82.
- Brito, Nádía (2006) *O síndrome fetal alcoólico e efeitos fetais do álcool*. *Saúde Infantil*, 28/1, 11 – 18.
- Bryman, A. & Cramer, D. (1993) *Análise de dados em Ciências Sociais – Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. (2ª ed.) Oeiras: Celta Editora.
- Calheiros, Manuela & Monteiro, M. Benedicta (2000) *Mau trato e negligência parental: contributos para a definição social dos conceitos*. *Sociologia*, 34, 145-176.
- Canotilho, J.J. Gomes. (2006) *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7ª. ed. Coimbra Almedina
- Canotilho, J.J. Gomes & Moreira, Vital. (2007) *Constituição da República Portuguesa Anotada*. Vol. I. (4ª ed. rev.). Coimbra Almedina
- Cardoso, A. L. (2001) *O estatuto jurídico do embrião e abortamento*. *Acção Médica*, 65 [4], 5 – 20.
- Código Civil Português (2006) Coimbra, Almedina
- Cohen- Solal, Julien & Golse, Bernard. (2002) *No início da vida psíquica. O Desenvolvimento na Primeira Infância*. Epigénese, Desenvolvimento e Psicologia. Instituto Piaget.
- Constituição da República Portuguesa. (2006) Coimbra, Almedina
- Debauchez, C. (1995) *O embrião... 20 anos depois*. *Acção Médica*, 59, [2], 77 – 80.
- Delassus, Jean-Marie (2002) *O Génio do Feto. A vida pré-natal e origem do homem*. Epigénese Desenvolvimento e Psicologia. Instituto Piaget.
- Dias, J. A. (2003) *Dano corporal – lesões pré-natais e maus-tratos infantis*. *Revista Portuguesa Danos Corporais*, 13, 53 – 82.
- Dias, J. Figueiredo (2004) *Direito Penal*. Vol. 1.Coimbra Editora.
- Dworetzky, J. (1996) *Introduction to Child Development*. 6ª. Edition. San Francisco, West Publishing Company.
- Fishman, R. (1996) *Normal development after prenatal heroin*. *The Lancet*, 18, 347, 1397.
- Gallardo, A. J. (1994) *Maus Tratos à Criança*. Porto Editora.
- Gaultney, J. F. et al. (2005) *Prenatal Cocaine Exposure and Infants' Preference for Novelty and Distractibility*. *The Journal of Genetic Psychology*, 166, [4], 385 – 406.
- Geissman & Houzel, Didier. (2000) *L'enfant, ses Parents et le Psychanaliste*. Allemagne : Presses de Chausen & Bosse à Leck.
- Gonçalves, M. Maia (2004) *Código Penal Português. Anotado e comentado: legislação complementar*. (16ª ed.) Coimbra: Almedina.
- Gonçalves, M. José (2003) *Uma perspectiva em saúde mental do bebé: a experiência da Unidade da Primeira Infância*. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), pp. 5-12.
- Gonçalves, M. & Caldeira da Silva, P. (2003) *A classificação*

diagnostica das perturbações da saúde mental da primeira infância: uma experiência clínica. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), pp. 13-21.

Greenberg, Jay & Mitchell, Stephen. (2003) *Relações de Objecto na Teoria Psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores

Guéguen, Nicolas (1999) *Manual de Estatística para psicólogos*. Lisboa, Climepsi Editores.

Hagopian, S. George et al. (1996) *Resultados Neonatais depois da Exposição In Útero À Metadona*. *Obstetria – Ginecológica*, 21, [7], 212 – 214.

Henrion, R. et al. (1990) *Diagnóstico prenatal y medicina fetal*. Masson, s.a.

Iqbal M. et al. (2001) *The effects of lithium, valproic acid and carbamazepine during pregnancy and lactation*. *Clinical Toxicology*, 39(4),381-392.

Leandro, A. Gomes (2000) *O revisitar dos direitos da criança. A defesa da criança na lei portuguesa*. *Cadernos de Bioética*. Ano XI, nº 24, pp. 3-11.

Lefever, R. (1999) *Children of Prenatal substance abuse*. *Drugs, Education, Prvention and Policy*, 6, [1], 125 – 126.

Leite de Campos, Diogo (2004) *Nós: Estudos sobre o Direito das Pessoas*. Coimbra: Almedina.

Little, D. R. (1994) *O consumo de cocaína durante a gravidez*. *Médico – Cirúrgica*, 14, 104 – 107.

Manuila, L. et al. (2003) *Dicionário Médico*. (3ª ed.) Lisboa, Climepsi Editores

Martins, A. C. (1985) *O Aborto e o Problema Criminal*. Coimbra Editora.

Mazet, P. & Stoleru, S. (2003) *Psicopatologia do lactante e da criança pequena*. Climepsi Editores.

Melo, N. (2004) *Protecção do feto perante condutas de perigo por parte da mãe ou terceiros*. VII Curso de Pós – Graduação em Direito dos Menores. Faculdade de Direito. Universidade de Coimbra.

Montenegro, N. (1990) *Comportamento Fetal: novas perspectivas no estudo do bem-estar fetal*. *Arquivo Medicina*, 3, 259 – 263.

Mota Pinto, C. (2005) *Teoria Geral do Direito Civil*. (4.ª ed.) Coimbra Editora.

Neto, A. (2006) *Código Civil Anotado*. (15ª ed.) Lisboa: Ediforum.

Ornoy, A. (2002) *The Effects of Alcohol and Illicit Drugs on the Human Embryo and Fetus*. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 39, [2],120 – 132.

Paixão, Anabela (2000) *Problemas éticos no principio da vida humana: cuidados intensivos neonatais*. *Cadernos de Bioética*. Ano XI, nº24, pp. 41-49.

Paixão, Rui (2002) *Manual de Psicopatologia Infantil e Juvenil*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Pinheiro de Melo, E. (1995) *Maus-Tratos Psicológicos na Criança*. *Revista Sinais Vitais*, 5, 25-28.

Piontelli, A. (1995) *De Feto a Criança: um estudo observacional e*

psicanalítico. Rio de Janeiro, Imago.

Pires de Lima & Antunes Varela (1987) *Código Civil Anotado*. Vol. I. Coimbra Editora, Limitada

Pires de Lima & Antunes Varela (1987) *Código Civil Anotado*. Vol. V. Coimbra Editora, Limitada

Regateiro, F. (2003) *Manual de Genética Médica*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Reis, N. (2001), “A Vida Fetal”, in Sá, E. (ed). *Psicologia do Feto e do Bebê*, pp.67 – 86, Lisboa: Fim de Século.

Remoaldo, P. C. (2000) *Desigualdades territoriais relacionadas com o consumo de álcool e do tabaco no decurso da gravidez*. Saúde Infantil, 22/2, 21 – 28.

Sá, Eduardo (2001) *A Psicologia do Feto e do Bebê*. (2.^a ed.). Fim de Século.

Sá, Eduarado (2003) *Patologia Borderline e Psicose na Clínica Infantil*. Lisboa: ISPA

Sá, Eduardo (2004) *A Maternidade e o Bebê*. Fim de Século.

Sandler, T. (2004) *Langman's Medical Embryology*. (9^a ed.). Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins

Soulé, Michel et al. (1992) *Introduction a la psychiatrie foetale*. Paris : ESF Éditeur.

Souza – Dias, T. G. (1996) *Considerações sobre o psiquismo fetal*. São Paulo, Escuta.

Sousa, Satya (2001) “A Saúde fo Feto”, in Sá. E. (ed). *Psicologia do Feto e do bebê*, pp. 39-66, Lisboa: Fim de Século.

Spitz, Réne (1979) *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltd

Steinbock, B. (1996) *Live Before Birth, the moral and legal status of embryos and fetuses*. Oxford University Press.

Stromland, K. & Hellström, A. (1996) *Fetal alcohol syndrome – an ophthalmological and socioeducational prospective study*. Pediatrics, 97, 847.

Tomatis, A. (1972) *De la communication intra-utérine au langage humain. La libération d' Œdipe*. (6^a ed.). Paris: ESF Éditeur.

Volpi, J. H. & Souza, C. B. (2004) *Estresse na gestação e primeiros anos de vida e cancer infantil*. Curitiba: Centro Reichiano. Disponível em: www.centroreichiano.com.br.

Ward R., & Zamorski, M. (2002) *Benefits and risks of psychiatric medications during pregnancy*. American Family Physician, 66(4):629-635.

Wilcox, A. J. (1993) *Birth weight and perinatal mortality: the effect of maternal smoking*. A Journal of Epidemiology, 137: 1098.

Wilheim, J. (1997) *O que é a Psicologia Fetal*. (2.^a ed.). São Paulo, Casa do Psicólogo.

Woods, R. J. (1997) *Consumo de Cocaína: Riscos Únicos para a Mãe e Feto*. Médico – Cirúrgicas, 7/8, 151 – 160.

Anexos

Anexo 1 – Questionário

Anexo 2 – Tabelas do Qui – Quadrado

Anexo 1 - Questionário

Consentimento informado:

Este questionário insere-se numa investigação que pretende estudar situações de maus-tratos fetais. Neste sentido, o presente estudo procura analisar os maus-tratos infligidos ao feto, tentando defini-los, compreendê-los e integrá-los nos seus aspectos clínicos mas também jurídicos.

A sua participação é fundamental tendo em conta que quanto maior o número de participantes mais credível será o estudo, além de que os dados serão sempre confidenciais. De qualquer modo a sua colaboração é voluntária não havendo quaisquer consequências em caso de recusa.

Além da utilidade que esta investigação terá em termos sociais, a mesma importância lhe será atribuída em termos académicos, dado que se encontra inserida num trabalho de investigação, realizado pela aluna Leandra Margarida Prata Cordeiro, no âmbito de uma Dissertação de Mestrado sob orientação do Professor Doutor Eduardo Sá, integrada na Licenciatura em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Poderá ter acesso aos seus resultados dirigindo-se à instituição acima referida.

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

Eu, _____ tomei conhecimento do objectivo da investigação e do que tenho que fazer para participar no estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em participar não terá consequências para mim.

Assim declaro aceito participar na investigação

Assinatura _____ data _____

Questionário

Dados Biográficos

Sexo

F

M

Idade

Profissão

Enfermeiro

Estudante

Ano e Área _____

1. Acha possível maltratar um feto?

Sim

Não

2. Depois de ponderadas as situações abaixo indicadas, assinale as que considere formas de maltrato fetal?

a) Consumos alcoólicos continuados durante toda a gravidez

b) Consumos de drogas continuados durante toda a gravidez

c) Consumos de psicofármacos durante toda a gravidez

d) Ausências de comportamentos de antecipação em relação ao bebé (nome, enxoval...)

e) Ausência da expressão de emoções em relação ao bebé

3. Considera estas formas de maltrato/comportamentos de risco um gesto deliberado e consciente da mãe?

Sim

Não

4. Que tipo de implicações é que julga que situações de mau – trato fetal, podem trazer, no futuro, ao desenvolvimento do bebé?

- a) Sintomas depressivos
 - b) Quadros do espectro do autismo
 - c) Quadros Ansiógenos
 - d) Comprometimento das funções vitais
 - e) Atraso cognitivo
 - f) Alterações comportamentais
 - g) Síndromes de abstinência graves
 - h) Aborto “espontâneo”
 - i) Outras / Quais?
-
-

5. Considera que a população em geral, tem consciência que condutas menos adequadas durante a gravidez têm repercussões para o desenvolvimento saudável do feto?

- Sim
- Não

6. Considera que se verifica um aumento das situações de maus-tratos ao feto?

Sim

Não

Não sei

7. Se sim, o que pensa ter contribuído para esse facto?

a) Incitamento de hábitos de consumo prejudiciais

b) Acréscimo de problemas emocionais

c) Aumento de gravidezes indesejadas

d) Outros / Quais?

8. Quando se tem conhecimento de que o feto está a ser maltratado, que medidas é que deveriam ser accionadas?

a) Legais

b) Médicas

c) Sociais

d) Outras / Quais?

9. É frequente a grávida procurar alguma consulta de aconselhamento?

Sim

Não

Não sei

10. Se sim, que tipo de aconselhamento?

a) Psicológico

b) Médico

c) **Outro /Qual?**

11. Considera que deveriam existir medidas legais que punissem de alguma forma a conduta de risco da mãe?

Sim

Não

12. Se sim, quais?

a) **Pena de Prisão**

b) **Esterilização**

c) **Trabalho Comunitário**

d) **Inibição do Poder Paternal**

e) **Trabalho com crianças com problemas de desenvolvimento**

f) **Multas**

g) **Visualização de vídeos que exponham casos de maus tratos fetais**

h) **Medidas de Coacção**

- i) Apoio médico e psicológico
- j) Outras _____

13. Que medidas de protecção é que considera que deveriam ser tomadas para salvaguardar casos de mau – trato sobre um feto?

- a) Acompanhamento psicológico
- b) Apoio social
- c) Consciencialização para os riscos que acarreta para o feto o consumo de tóxicos durante a gravidez
- d) Outras
-

14. Considera que o consumo de drogas (leves ou pesadas), por exemplo, durante a gravidez, pelas implicações que acarreta para o feto, deveria ser legalmente punido?

- Sim
- Não

15. O que é feito, actualmente, ao nível da prevenção?

a) Campanhas de sensibilização públicas

b) Programas de aconselhamento que incluam os riscos que condutas de perigo acarretam para a grávida e para o feto

c) Nada

d) Não sei

e) Outra

Agradecemos-lhe a disponibilidade e atenção dispensada no preenchimento deste questionário.

Muito Obrigado

Anexo 2 – Tabelas do Qui-Quadrado

TESTE DO QUI-QUADRADO

Seguidamente, procedemos ao cruzamento das variáveis sexo (masculino e feminino) e profissão (estudante e enfermeiro) com cada uma das outras variáveis do questionário.

Em termos de resultados, numa primeira tabela, podemos observar os valores observados e os valores de frequência esperados, bem como os totais por linha e por coluna. Numa segunda tabela, encontramos o valor do qui-quadrado observado, o número de graus de liberdade e o respectivo nível de significância. Assim, se $p < 0,05$ podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas entre as frequências observadas e as frequências esperadas (aceitamos a hipótese alternativa); se $p > 0,05$ dizemos que não há diferenças estatisticamente significativas entre as frequências observadas e as frequências esperadas (aceitamos a hipótese nula).

Acha possível maltratar um feto? * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Acha possível maltratar um feto?	Sim	Count	134	21	155
		Expected Count	133,4	21,6	155,0
	Não	Count	2	1	3
		Expected Count	2,6	,4	3,0
Total	Count	136	22	158	
	Expected Count	136,0	22,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,961 ^b	1	,327		
Continuity Correction ^a	,019	1	,890		
Likelihood Ratio	,742	1	,389		
Fisher's Exact Test				,364	,364
Linear-by-Linear Association	,955	1	,328		
N of Valid Cases	158				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42.

Como podemos observar nas tabelas acima apresentadas, a tabela 1 mostra-nos que dos inquiridos, 134 mulheres consideram ser possível maltratar um feto, corroborando esta opção 21 homens. Duas respondentes referem não achar possível maltratar um feto, enquanto 1 homem partilha desta opinião.

A partir da tabela 2, podemos verificar que o valor do X^2 é de 0,961 com um nível de significância de 0,327; uma vez que o nível de significância é superior a 0,05 ($p=0,327$) podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas entre as frequências observadas e esperadas.

Formas de maltrato * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Formas de maltrato	consumos alcoólicos+consumos de drogas+consumos de psicofármacos	Count	36	6	42
		Expected Count	36,2	5,8	42,0
	todas	Count	25	10	35
		Expected Count	30,1	4,9	35,0
	consumos alcoólicos+consumos de	Count	13	0	13
		Expected Count	11,2	1,8	13,0
	consumos alcoólicos+consumo de	Count	53	6	59
		Expected Count	50,8	8,2	59,0
	consumos alcoólicos+consumo de	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
	consumos alcoólicos+consumo de	Count	8	0	8
		Expected Count	6,9	1,1	8,0
Total	Count	136	22	158	
	Expected Count	136,0	22,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,523 ^a	5	,062
Likelihood Ratio	12,406	5	,030
Linear-by-Linear Association	2,113	1	,146
N of Valid Cases	158		

a. 5 cells (41,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

Depois da análise às tabelas, podemos inferir que 53 sujeitos do sexo feminino (dos 158 inquiridos), consideram que as principais formas de maltrato fetal são consumo alcoólicos continuados durante a gravidez, consumo de drogas, consumo de psicofármacos e ausência de

expressão de emoções em relação ao bebe, resposta igualmente dada por 6 elementos do sexo masculino. No entanto, 36 mulheres consideram que só são formas de maltrato fetal o consumo de álcool, o consumo de drogas e o consumo de psicofármacos, o que é corroborado também por 6 homens. Todas as alternativas dadas foram assinaladas por 25 inquiridas e por 10 inquiridos. A combinação de resposta que inclui o consumo de álcool, de drogas, de psicofármacos e a ausência de comportamentos de antecipação em relação ao bebé, como forma de maltrato fetal é apenas dada por uma mulher. Também outras 8 mulheres assinalam apenas o consumo de álcool e de drogas como formas de maltrato.

Na segunda tabela obtida, podemos constatar que o valor de X^2 é de 10,523 com um nível de significância de 0,062 o que nos permite afirmar que não há diferenças estatisticamente significativas uma vez que este valor ($p=0.062$) é superior a 0.05.

As formas de maltrato são um gesto deliberado e consciente da mãe? * Sexo
Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
As formas de maltrato são um gesto deliberado e consciente da mãe?	Sim	Count	116	17	133
		Expected Count	114,5	18,5	133,0
	Não	Count	20	5	25
		Expected Count	21,5	3,5	25,0
Total	Count	136	22	158	
	Expected Count	136,0	22,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,915 ^b	1	,339		
Continuity Correction ^a	,412	1	,521		
Likelihood Ratio	,841	1	,359		
Fisher's Exact Test				,349	,251
Linear-by-Linear Association	,909	1	,340		
N of Valid Cases	158				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,48.

Perante as tabelas acima apresentadas, podemos constatar que dos 158 inquiridos, 116 elementos do sexo feminino considera que as formas de maltrato são um gesto deliberado e consciente da mãe, ideia também partilhada por 17 homens. No entanto, 20 das mulheres inquiridas, respondem negativamente à questão, assim como 5 indivíduos do sexo masculino

que não consideram assim, as formas de maltrato um gesto deliberado e consciente da mãe.

Perante um valor de X^2 de 0.915 a que corresponde um nível de significância de 0.339, podemos afirmar com segurança que não há diferenças estatisticamente significativas, visto que o valor referido ($p=0.339$) é superior a 0.05.

Implicações futuras do MTF * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Implicações futuras do MTF	Todas	Count	44	3	47
		Expected Count	40,5	6,5	47,0
	Outras	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
	depressão+ansiedade+c ompr.funções	Count	25	5	30
		Expected Count	25,8	4,2	30,0
	depressão+compr. funções vitais+atraso	Count	11	5	16
		Expected Count	13,8	2,2	16,0
	compr.funções vitais+atraso	Count	13	2	15
		Expected Count	12,9	2,1	15,0
	autismo+ansiedade+com pr.funções vitais+atraso	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
	depressão+atraso cognitivo+síndromes de	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
	atraso cognitivo+alterações	Count	3	1	4
		Expected Count	3,4	,6	4,0
	autismo+compr.funções vitais+atraso cognitivo	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
	autismo+ansiedade+atra so cognitivo+alterações	Count	2	0	2
		Expected Count	1,7	,3	2,0
	alterações comportamentais+síndro	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
	depressão+ansiedade+c ompr.funções	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
	depressão+ansiedade+at raso cognitivo+alterações	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
	ansiedade+compro. funções vitais+atraso	Count	2	0	2
		Expected Count	1,7	,3	2,0
	depressão+atraso cognitivo+alterações	Count	3	2	5
		Expected Count	4,3	,7	5,0
	ansiedade+compr. funções vitais+atraso	Count	8	1	9
		Expected Count	7,7	1,3	9,0
	depressão+autismo+ansi edade+compr. funções	Count	3	1	4
Expected Count		3,4	,6	4,0	
compr.funções vitais+atraso	Count	2	1	3	
	Expected Count	2,6	,4	3,0	
depressão+ansiedade+c ompr.funções	Count	9	1	10	
	Expected Count	8,6	1,4	10,0	
depressão+ansiedade+c ompr.funções	Count	2	0	2	
	Expected Count	1,7	,3	2,0	
depressão+compr. funções vitais+alterações	Count	1	0	1	
	Expected Count	,9	,1	1,0	
depressão+autismo+atra so cognitivo+alterações	Count	1	0	1	
	Expected Count	,9	,1	1,0	
Total	Count	136	22	158	
	Expected Count	136,0	22,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,643 ^a	21	,884
Likelihood Ratio	14,203	21	,861
Linear-by-Linear Association	,200	1	,655
N of Valid Cases	158		

a. 37 cells (84,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

Na análise às tabelas que descrevem a intenção dos inquiridos em relação às implicações futuras do maltrato fetal, podemos verificar que 44 mulheres consideram todas as opções de resposta dada, que incluem sintomas depressivos, quadros do espectro do autismo, quadros ansiógenos, comprometimento das funções vitais, atraso cognitivo, alterações comportamentais, síndromes de abstinência graves e aborto “espontâneo”, resposta também partilhada por 3 homens. A diversidade de combinações de resposta foi grande e como tal, vou analisar apenas aquelas que me fornecem dados mais pertinentes. Neste sentido, 25 mulheres e 5 homens não consideram os quadros do espectro do autismo como uma implicação futura das situações de maltrato fetal. Já 13 mulheres e 2 homens apenas consideram o comprometimento das funções vitais, o atraso cognitivo, as alterações comportamentais, os síndromes de abstinência graves e o aborto “espontâneo”. No entanto, 11 mulheres e 5 homens omitem os quadros do espectro do autismo e os quadros ansiógenos como possíveis implicações. Há também quem não considere os quadros do espectro do autismo e os síndromes de abstinência graves (9 mulheres e 1 homem). É de referir que nas respostas dadas em alternativa, pelos inquiridos, entre elas, encontraram-se as malformações fetais, o que considero pertinente, e assumo como lacuna nas opções de respostas dadas.

Na leitura da segunda tabela, verificamos que o valor do qui-quadrado é de 13.643 e o nível de significância de 0.884 o que nos permite concluir que não há diferenças estatisticamente significativas ($p=0.884$ é superior a 0.05).

A população em geral tem consciências que condutas menos adequadas durante a gravidez têm repercussões para o desenvolvimento saudável do feto? * Sexo
Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
A população em geral tem consciências que condutas menos adequadas durante a gravidez têm repercussões para o desenvolvimento saudável do feto?	Sim	Count	103	15	118
		Expected Count	101,6	16,4	118,0
	Não	Count	33	7	40
		Expected Count	34,4	5,6	40,0
Total	Count	136	22	158	
	Expected Count	136,0	22,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,571 ^b	1	,450		
Continuity Correction ^a	,242	1	,623		
Likelihood Ratio	,548	1	,459		
Fisher's Exact Test				,439	,303
Linear-by-Linear Association	,568	1	,451		
N of Valid Cases	158				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,57.

Perante as tabelas apresentadas, podemos constatar que 103 inquiridos do sexo feminino consideram que a população em geral tem consciência que condutas menos adequadas durante a gravidez têm repercussões no desenvolvimento saudável do feto, o que é afirmado também por 15 elementos do sexo masculino. No entanto, 33 mulheres e 7 homens respondem negativamente à questão.

Ao analisar a segunda tabela, podemos inferir que o valor do X^2 é de 0,571 com um grau de significância de 0.450, sendo este valor superior a 0.05 podemos afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Há um aumento das situações de mau-trato ao feto? * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Há um aumento das situações de mau-trato ao feto?	Sim	Count	43	6	49
		Expected Count	42,2	6,8	49,0
	Não	Count	48	4	52
		Expected Count	44,8	7,2	52,0
	Não sei	Count	45	12	57
		Expected Count	49,1	7,9	57,0
Total	Count	136	22	158	
	Expected Count	136,0	22,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,217 ^a	2	,121
Likelihood Ratio	4,224	2	,121
Linear-by-Linear Association	1,874	1	,171
N of Valid Cases	158		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,82.

Quando questionadas se comparativamente ao passado, consideram existir um aumento das situações de maltrato fetal, 48 mulheres e 4 homens respondem negativamente. Já 43 mulheres e 6 homens consideram existir um aumento das situações de maltrato fetal. Os restantes inquiridos (45 mulheres e 12 homens) afirmam não saber se há de facto um aumento das situações aqui em debate.

Na leitura à segunda tabela, e perante um valor de X^2 de 4,217 para um nível de significância de 0,121, podemos afirmar que não há diferenças significativas, uma vez que este valor ($p=0.121$) é superior a 0.05.

Se sim, o que pensa ter contribuído para esse facto? * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Se sim, o que pensa ter contribuído para esse facto?	Incitamento de hábitos de consumo prejudiciais	Count	7	2	9
		Expected Count	7,7	1,3	9,0
	Acréscimo de problemas emocionais	Count	2	0	2
		Expected Count	1,7	,3	2,0
	Aumento de gravidezes indesejadas	Count	2	1	3
		Expected Count	2,6	,4	3,0
	Outros	Count	3	0	3
		Expected Count	2,6	,4	3,0
	Incitamento de hábitos de consumo	Count	5	1	6
		Expected Count	5,2	,8	6,0
	Incitamento de hábitos de consumo	Count	7	1	8
		Expected Count	6,9	1,1	8,0
	Acréscimo de problemas emocionais+aumento de	Count	6	0	6
		Expected Count	5,2	,8	6,0
Não respondeu	Count	91	16	107	
	Expected Count	92,1	14,9	107,0	
Todas	Count	13	1	14	
	Expected Count	12,1	1,9	14,0	
Total	Count	136	22	158	
	Expected Count	136,0	22,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,922 ^a	8	,864
Likelihood Ratio	5,252	8	,730
Linear-by-Linear Association	,348	1	,555
N of Valid Cases	158		

a. 11 cells (61,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,28.

Nas razões apontadas por aqueles que consideram existir um aumento das situações de maltrato fetal (49 inquiridos), 13 mulheres e 1 homem, assinalaram todas as opções de resposta que incluíam incitamento de hábitos de consumo prejudiciais, acréscimo de problemas emocionais e aumento de gravidezes indesejadas. No entanto, 7 mulheres e 2 homens apenas responderam o incitamento de hábitos de consumo prejudiciais. Por sua vez, apenas 2 mulheres assinalaram o acréscimo de problemas emocionais como a única causa possível para o aumento das situações de maltrato fetal, assim como outras 2 mulheres e 1 homem assinalaram

unicamente o aumento de gravidezes indesejadas. Contudo, 5 mulheres e 1 homem optaram por em conjunto responder o incitamento de hábitos de consumo prejudiciais e o acréscimo de problemas emocionais. Já 6 mulheres apontaram que seria o acréscimo de problemas emocionais e o aumento de gravidezes indesejadas como as principais causas de maltrato fetal.

Na leitura realizada à segunda tabela, constatamos que o valor do qui-quadrado é de 3.922 e o nível de significância de 0.864 o que nos permite afirmar que não há diferenças estatisticamente significativas, uma vez, o valor ser superior a 0.05.

**Perante o conhecimento de uma situação de mau-trato fetal, que medidas é que podem ser accionadas? *
Sexo Crosstabulation**

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Perante o conhecimento de uma situação de mau-trato fetal, que medidas é que podem ser accionadas?	Legais	Count	7	2	9
		Expected Count	7,7	1,3	9,0
	Médicas	Count	7	1	8
		Expected Count	6,9	1,1	8,0
	Sociais	Count	10	1	11
		Expected Count	9,5	1,5	11,0
	Outras	Count	5	0	5
		Expected Count	4,3	,7	5,0
	Todas	Count	54	8	62
		Expected Count	53,4	8,6	62,0
	Legais+Médicas	Count	14	3	17
		Expected Count	14,6	2,4	17,0
	Legais+Sociais	Count	2	0	2
		Expected Count	1,7	,3	2,0
	Médicas+Sociais	Count	35	7	42
		Expected Count	36,2	5,8	42,0
	Médicas+Sociais+Outras	Count	2	0	2
		Expected Count	1,7	,3	2,0
Total	Count	136	22	158	
	Expected Count	136,0	22,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,715 ^a	8	,951
Likelihood Ratio	3,893	8	,867
Linear-by-Linear Association	,029	1	,865
N of Valid Cases	158		

a. 10 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,28.

Na análise às tabelas acima apresentadas, podemos constatar que 54 mulheres e 8 homens consideram que perante o conhecimento de uma situação de maltrato fetal deveriam ser accionadas medidas legais, médicas e sociais. No entanto, 35 mulheres e 7 homens excluem as medidas legais e apenas consideram que só deveriam ser accionadas medidas sociais e médicas, enquanto 14 mulheres e 3 homens ignoram as medidas sociais e consideram as medidas médicas e legais. Isoladamente, 10 mulheres e 1 homem respondem unicamente medidas sociais, 7 mulheres e 1 homem consideram como única resposta medidas médicas e finalmente, 7 mulheres e 2 homens consideram as medidas legais como as únicas que deveriam ser accionadas. Há ainda 7 mulheres que dão outras respostas diferenciadas.

Na segunda tabela podemos ler o valor de qui-quadrado que é de 2.715 e o nível de significância que é de 0.951 o que nos deixa inferir que não há diferenças estatisticamente significativas ($p=0.951$ é superior a 0.05).

É frequente a grávida procurar alguma consulta de aconselhamento? * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
E frequente a grávida procurar alguma consulta de aconselhamento?	Sim	Count	91	14	105
		Expected Count	90,4	14,6	105,0
	Não	Count	21	2	23
		Expected Count	19,8	3,2	23,0
	Não Sei	Count	24	6	30
		Expected Count	25,8	4,2	30,0
Total	Count	136	22	158	
	Expected Count	136,0	22,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,479 ^a	2	,477
Likelihood Ratio	1,456	2	,483
Linear-by-Linear Association	,498	1	,480
N of Valid Cases	158		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,20.

Na análise às tabelas acima representadas, podemos afirmar que, perante a questão se é ou não frequente a grávida procurar alguma consulta de aconselhamento, dos 158 inquiridos, 91 mulheres e 14 homens respondem afirmativamente, enquanto 21 mulheres e 2 homens respondem negativamente. Já 24 mulheres e 6 homens assumem não saber se é frequente a grávida procurar alguma consulta de aconselhamento.

Para um valor de X² de 1,479 e um nível de significância de 0,477, valores observados na segunda tabela, podemos dizer que não há diferenças estatisticamente significativas porque o nível de significância (p=0.477) é superior a 0.05.

Se sim, que tipo de aconselhamento? * Sexo Crosstabulation

		Sexo		Total	
		Feminino	Masculino		
Se sim, que tipo de aconselhamento?	Psicológico	Count	2	0	2
		Expected Count	1,7	,3	2,0
	Médico	Count	61	8	69
		Expected Count	59,4	9,6	69,0
	Outro	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
	Psicológico+Médico	Count	27	4	31
		Expected Count	26,7	4,3	31,0
	Não respondeu	Count	43	8	51
		Expected Count	43,9	7,1	51,0
	Psicológico+Médico+ Outro	Count	2	2	4
		Expected Count	3,4	,6	4,0
	Total	Count	136	22	158
		Expected Count	136,0	22,0	158,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,300 ^a	5	,380
Likelihood Ratio	4,324	5	,504
Linear-by-Linear Association	1,673	1	,196
N of Valid Cases	158		

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

Quando questionados acerca do tipo de aconselhamento, dos 105 inquiridos que responderam positivamente à questão acerca da procura de aconselhamento, 61 mulheres e 8 homens são peremptórios em responder aconselhamento médico. No entanto, 27 mulheres e 4 homens conjugam o aconselhamento médico com o psicológico, apesar de só 2 mulheres apontarem o aconselhamento psicológico como resposta única. Uma mulher dá ainda uma outra alternativa de resposta. Houve ainda quem assinalasse todas as opções de resposta (2 mulheres e 2 homens). Não obstante, 43 mulheres e 8 homens não responderam a esta questão.

Na leitura da segunda tabela acima apresentada, sabemos que o qui-quadrado é de 5.300

e o nível de significância de 0.380, o que nos permite afirmar que não há diferenças significativas entre as frequências observadas e esperadas ($p=0.380$ é superior a 0.05).

Considera que deveriam existir medidas legais que punissem de alguma forma a conduta de risco da mãe? * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Considera que deveriam existir medidas legais que punissem de alguma forma a conduta de risco da mãe?	Sim	Count	87	15	102
		Expected Count	87,8	14,2	102,0
	Não	Count	49	7	56
		Expected Count	48,2		56,0
Total	Count	136	22	158	
	Expected Count	136,0		158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,147 ^b	1	,702		
Continuity Correction ^a	,020	1	,886		
Likelihood Ratio	,149	1	,700		
Fisher's Exact Test				,813	,450
Linear-by-Linear Association	,146	1	,703		
N of Valid Cases	158				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,80.

Perante a questão se a conduta de risco da mãe deveria ser ou não punida legalmente, pudemos, através da leitura destas tabelas, constatar que 87 mulheres e 15 homens respondem afirmativamente, enquanto 49 mulheres e 7 homens, respondem negativamente.

A partir da segunda tabela, podemos inferir o valor do qui quadrado que é de 0,147 a que corresponde um nível de significância de 0.702, o que nos permite dizer que não existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que este valor é superior a 0.05.

Quais medidas? * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Quais medidas?	Pena de prisão	Count	2	2	4
		Expected Count	3,4	,6	4,0
	Esterilização	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
	Trabalho Comunitário	Count	3	1	4
		Expected Count	3,4	,6	4,0
	Exposição a videos que exponham casos de MTF	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
	Não respondeu	Count	98	12	110
		Expected Count	94,7	15,3	110,0
	Multas	Count	2	1	3
		Expected Count	2,6	,4	3,0
	Medidas de coacção	Count	2	0	2
		Expected Count	1,7	,3	2,0
	Trabalho com crianças com problemas	Count	3	0	3
		Expected Count	2,6	,4	3,0
	Apoio Psicológico e Médico	Count	6	3	9
		Expected Count	7,7	1,3	9,0
	Pena de prisão+Esterilização+	Count	2	0	2
		Expected Count	1,7	,3	2,0
	Trabalho Comunitário+Apoio	Count	2	0	2
		Expected Count	1,7	,3	2,0
	Pena de Prisão+Trabalho Comunitário	Count	5	0	5
		Expected Count	4,3	,7	5,0
	Outras	Count	8	3	11
		Expected Count	9,5	1,5	11,0
	Inibição do poder paternal	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
Total		Count	136	22	158
		Expected Count	136,0	22,0	158,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,745 ^a	13	,392
Likelihood Ratio	13,507	13	,409
Linear-by-Linear Association	,033	1	,855
N of Valid Cases	158		

a. 24 cells (85,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

Quando questionados acerca das medidas legais que deveriam ser tomadas, os 48 inquiridos que responderam a esta questão dividiram-se nas várias alternativas de resposta possíveis. No entanto a alternativa que reuniu maior consenso foi o apoio psicológico e médico da mulher grávida, resposta dada por 6 mulheres e 3 homens. Preferencialmente a pena de

prisão foi a resposta atribuída por 9 mulheres e 2 homens, 5 das quais assinalaram igualmente o trabalho comunitário, resposta igualmente dada por mais 7 mulheres e 1 homem. A esterilização recolheu 3 respostas femininas entre muitas outras respostas que foram dadas na variedade possível. Já 8 mulheres e 3 homens deram novas alternativas de resposta.

Na segunda tabela podemos retirar o valor de qui-quadrado que é de 13.745 e o nível de significância de 0.392 o que nos deixa inferir que não há diferenças estatisticamente significativas, na medida em que este valor é superior a 0.05.

Considera que o consumo de drogas, durante a gravidez, pelas implicações que acarreta, deveria ser legalmente punido? * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Considera que o consumo de drogas, durante a gravidez, pelas implicações que acarreta, deveria ser legalmente punido?	Sim	Count	115	21	136
		Expected Count	117,1	18,9	136,0
	Não	Count	20	1	21
		Expected Count	18,1	2,9	21,0
	Não respondeu	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
Total	Count	136	22	158	
	Expected Count	136,0	22,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,894 ^a	2	,388
Likelihood Ratio	2,454	2	,293
Linear-by-Linear Association	1,858	1	,173
N of Valid Cases	158		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.

A partir destas tabelas podemos inferir que dos 158 inquiridos, 115 mulheres consideram que o consumo de drogas, durante a gravidez deveria ser legalmente punido, o que é igualmente confirmado por 21 indivíduos do sexo masculino. No entanto, 20 mulheres e um homem respondem negativamente a esta questão. Houve ainda uma mulher que preferiu não responder a esta questão.

Na análise à segunda tabela, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas uma vez que o nível de significância é de 0.388, mantendo-se assim, superior a 0.05. O valor de X² é de 1.894.

O que é feito, actualmente, ao nível da prevenção? * Sexo Crosstabulation

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
O que é feito, actualmente, ao nível da prevenção?	Campanhas de sensibilização	Count	17	1	18
		Expected Count	15,5	2,5	18,0
	Programas de aconselhamento sobre os riscos	Count	22	6	28
		Expected Count	24,1	3,9	28,0
	Nada	Count	9	3	12
		Expected Count	10,3	1,7	12,0
	Não sei	Count	25	3	28
		Expected Count	24,1	3,9	28,0
	Outra	Count	3	0	3
		Expected Count	2,6	,4	3,0
	Campanhas de sensibilização+	Count	60	9	69
		Expected Count	59,4	9,6	69,0
	Total	Count	136	22	158
		Expected Count	136,0	22,0	158,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,366 ^a	5	,498
Likelihood Ratio	4,712	5	,452
Linear-by-Linear Association	,103	1	,748
N of Valid Cases	158		

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42.

Perante a questão sobre o que é feito, actualmente, ao nível da prevenção, 60 mulheres e 9 homens consideram a combinação de resposta que inclui as campanhas de sensibilização e programas de aconselhamento sobre os riscos. Por sua vez, 22 elementos do sexo feminino e 6 elementos do sexo masculino só assinalaram os programas de aconselhamento como a única coisa que é feito ao nível de prevenção e 17 mulheres e 1 homem responderam campanhas de sensibilização. Contudo, 9 mulheres e 3 homens consideram que actualmente nada é feito ao nível da prevenção e 25 mulheres dizem não ter conhecimento do que é feito, assim como 3 homens. Por sua vez, três mulheres deram outras alternativas de resposta.

Na leitura à segunda tabela, inferimos o valor de qui-quadrado que é de 4.366 a que corresponde um nível de significância de 0.498, o que nos permite afirmar que não há diferenças estatisticamente significativas entre as frequências observadas e esperadas, uma vez que o nível de significância é superior a 0.05.

Acha possível maltratar um feto? * Profissão Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
Acha possível maltratar um feto?	Sim	Count	127	28	155
		Expected Count	126,6	28,4	155,0
	Não	Count	2	1	3
		Expected Count	2,4	,6	3,0
Total	Count	129	29	158	
	Expected Count	129,0	29,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,458 ^b	1	,499		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,391	1	,532		
Fisher's Exact Test				,458	,458
Linear-by-Linear Association	,455	1	,500		
N of Valid Cases	158				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,55.

Tomando agora por consideração a variável sexo, através da leitura destas tabelas, podemos inferir que 127 estudantes consideram ser possível maltratar um feto, resposta também dada por 28 enfermeiros. Responderam negativamente à questão 2 estudantes e 1 enfermeiro.

O valor do qui-quadrado é de 0.458 e o nível de significância de 0.499 o que nos permite afirmar que não há diferenças estatisticamente significativas visto que este valor ($p=0.499$) é superior a 0.05.

Formas de maltrato * Profissão Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
Formas de maltrato	consumos alcoólicos+consumos de drogas+consumos de psicofármacos	Count	35	7	42
		Expected Count	34,3	7,7	42,0
	todas	Count	23	12	35
		Expected Count	28,6	6,4	35,0
	consumos alcoólicos+consumos de	Count	11	2	13
		Expected Count	10,6	2,4	13,0
	consumos alcoólicos+consumo de	Count	52	7	59
		Expected Count	48,2	10,8	59,0
	consumos alcoólicos+consumo de	Count	0	1	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
	consumos alcoólicos+consumo de	Count	8	0	8
		Expected Count	6,5	1,5	8,0
	Total	Count	129	29	158
		Expected Count	129,0	29,0	158,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,989 ^a	5	,016
Likelihood Ratio	13,655	5	,018
Linear-by-Linear Association	1,310	1	,252
N of Valid Cases	158		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

Depois da análise às tabelas, podemos inferir que 52 estudantes, consideram que as principais formas de maltrato fetal são consumo alcoólicos continuados durante a gravidez, consumo de drogas, consumo de psicofármacos e ausência de expressão de emoções em relação ao bebe, resposta igualmente dada por 7 enfermeiros. No entanto, 35 estudantes consideram que só são formas de maltrato fetal o consumo de álcool, o consumo de drogas e o consumo de psicofármacos, o que é corroborado também por 7 enfermeiros. Todas as alternativas dadas foram assinaladas por 23 estudantes e 12 enfermeiros. A combinação de resposta que inclui o consumo de álcool, de drogas, de psicofármacos e a ausência de comportamentos de antecipação em relação ao bebé, como forma de maltrato fetal é apenas dada por uma enfermeira. Também 8 estudantes assinalam apenas o consumo de álcool e de drogas como formas de maltrato.

Na segunda tabela obtida, podemos constatar que o valor de X^2 é de 13,989 com um nível

de significância de 0,016 o que nos permite afirmar que há diferenças estatisticamente significativas uma vez que este valor ($p=0.062$) é inferior a 0.05.

As formas de maltrato são um gesto deliberado e consciente da mãe? * Profissão
Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
As formas de maltrato são um gesto deliberado e consciente da mãe?	Sim	Count	113	20	133
		Expected Count	108,6	24,4	133,0
	Não	Count	16	9	25
		Expected Count	20,4	4,6	25,0
Total	Count	129	29	158	
	Expected Count	129,0	29,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,171 ^b	1	,013		
Continuity Correction ^a	4,851	1	,028		
Likelihood Ratio	5,360	1	,021		
Fisher's Exact Test				,022	,018
Linear-by-Linear Association	6,132	1	,013		
N of Valid Cases	158				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,59.

A tabela 1 permite-nos afirmar que dos 158 sujeitos respondentes, 113 estudantes consideram que as formas de maltrato são um gesto consciente e deliberado da mãe, enquanto que 20 enfermeiros também seleccionam esta opção de resposta. Por outro lado, 16 enfermeiros e 9 estudantes não consideram que as formas de maltrato são um gesto consciente e deliberado da mãe

A partir da tabela 2, podemos verificar que o valor do X^2 é de 6,171 com um nível de significância de 0,013; uma vez que o nível de significância é inferior a 0,05 ($p=0,013$) podemos afirmar que há diferenças estatisticamente significativas entre as frequências observadas e esperadas.

Implicações futuras do MTF * Profissão Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
Implicações futuras do MTF	Todas	Count	36	11	47
		Expected Count	38,4	8,6	47,0
	Outras	Count	0	1	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
	depressão+ansiedade+c ompr.funções	Count	26	4	30
		Expected Count	24,5	5,5	30,0
	depressão+compr. funções vitais+atraso	Count	14	2	16
		Expected Count	13,1	2,9	16,0
	compr.funções vitais+atraso	Count	11	4	15
		Expected Count	12,2	2,8	15,0
	autismo+ansiedade+com pr.funções vitais+atraso	Count	0	1	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
	depressão+atraso cognitivo+síndromes de	Count	0	1	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
	atraso cognitivo+alterações	Count	2	2	4
		Expected Count	3,3	,7	4,0
	autismo+compr.funções vitais+atraso cognitivo	Count	0	1	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
	autismo+ansiedade+atra so cognitivo+alterações	Count	1	1	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
	alterações comportamentais+síndro	Count	0	1	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
	depressão+ansiedade+c ompr.funções	Count	1	0	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
	depressão+ansiedade+at raso cognitivo+alterações	Count	1	0	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
	ansiedade+compro. funções vitais+atraso	Count	2	0	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
	depressão+atraso cognitivo+alterações	Count	5	0	5
		Expected Count	4,1	,9	5,0
	ansiedade+compr. funções vitais+atraso	Count	9	0	9
		Expected Count	7,3	1,7	9,0
	depressão+autismo+ansi edade+compr. funções	Count	4	0	4
Expected Count		3,3	,7	4,0	
compr.funções vitais+atraso	Count	3	0	3	
	Expected Count	2,4	,6	3,0	
depressão+ansiedade+c ompr.funções	Count	10	0	10	
	Expected Count	8,2	1,8	10,0	
depressão+ansiedade+c ompr.funções	Count	2	0	2	
	Expected Count	1,6	,4	2,0	
depressão+compr. funções vitais+alterações	Count	1	0	1	
	Expected Count	,8	,2	1,0	
depressão+autismo+atra so cognitivo+alterações	Count	1	0	1	
	Expected Count	,8	,2	1,0	
Total	Count	129	29	158	
	Expected Count	129,0	29,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,380 ^a	21	,015
Likelihood Ratio	38,166	21	,012
Linear-by-Linear Association	5,985	1	,014
N of Valid Cases	158		

a. 36 cells (81,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

Na análise às tabelas que descrevem a intenção dos inquiridos em relação às implicações futuras do maltrato fetal, podemos verificar que 36 estudantes consideram todas as opções de resposta dada, que incluem sintomas depressivos, quadros do espectro do autismo, quadros ansiógenos, comprometimento das funções vitais, atraso cognitivo, alterações comportamentais, síndromes de abstinência graves e aborto “espontâneo”, resposta também partilhada por 11 enfermeiros. A diversidade de combinações de resposta foi grande e como tal, vou analisar apenas aquelas que me fornecem dados mais pertinentes. Neste sentido, 26 estudantes e 4 enfermeiros não consideram os quadros do espectro do autismo como uma implicação futura das situações de maltrato fetal. Já 11 estudantes e 4 enfermeiros apenas consideram o comprometimento das funções vitais, o atraso cognitivo, as alterações comportamentais, as síndromes de abstinência graves e o aborto “espontâneo”. No entanto, 14 estudantes e 2 enfermeiros omitem os quadros do espectro do autismo e os quadros ansiógenos como possíveis implicações. Há também quem não considere os quadros do espectro do autismo e as síndromes de abstinência graves (10 estudantes).

Na leitura da segunda tabela, verificamos que o valor do qui-quadrado é de 37.380 e o nível de significância de 0.015 o que nos permite concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre as frequências esperadas e as observadas ($p=0.015$ é inferior a 0.05).

A população em geral tem consciências que condutas menos adequadas durante a gravidez têm repercussões para o desenvolvimento saudável do feto? * Profissão
Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
A população em geral tem consciências que condutas menos adequadas durante a gravidez têm repercussões para o desenvolvimento saudável do feto?	Sim	Count	102	16	118
		Expected Count	96,3	21,7	118,0
	Não	Count	27	13	40
		Expected Count	32,7	7,3	40,0
Total	Count	129	29	158	
	Expected Count	129,0	29,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,152 ^b	1	,007		
Continuity Correction ^a	5,944	1	,015		
Likelihood Ratio	6,535	1	,011		
Fisher's Exact Test				,016	,009
Linear-by-Linear Association	7,106	1	,008		
N of Valid Cases	158				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,34.

Quando questionados se a população em geral tem consciência que as condutas menos adequadas durante a gravidez têm repercussões no desenvolvimento saudável do feto, 102 estudantes respondem afirmativamente, questão corroborada por 16 enfermeiros. Contudo, 27 estudantes negam que a população em geral tenha consciência que a adoção de determinadas condutas colocam em risco o desenvolvimento do feto, assim como 13 enfermeiros.

A segunda tabela permite-nos saber o valor do qui-quadrado que é de 7,152 e o nível de significância, cujo valor é de 0,007, que ao ser inferior a 0.05, inferimos que há diferenças estatisticamente significativas.

Há um aumento das situações de mau-trato ao feto? * Profissão Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
Há um aumento das situações de mau-trato ao feto?	Sim	Count	41	8	49
		Expected Count	40,0	9,0	49,0
	Não	Count	41	11	52
		Expected Count	42,5	9,5	52,0
	Não sei	Count	47	10	57
		Expected Count	46,5	10,5	57,0
Total	Count	129	29	158	
	Expected Count	129,0	29,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,431 ^a	2	,806
Likelihood Ratio	,426	2	,808
Linear-by-Linear Association	,018	1	,894
N of Valid Cases	158		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,99.

Na análise feita às tabelas acima representadas, podemos constatar que 41 estudantes e 8 enfermeiros consideram que há um aumento das situações de maltrato fetal. O mesmo número de estudantes (41) e 11 enfermeiros negam este aumento. No entanto, 47 estudantes e 10 enfermeiros dizem não saber se existe ou não um aumento das situações de maltrato fetal.

A partir da segunda tabela, sabemos o valor do qui-quadrado que é de 0.431 e o nível de significância que é de 0.806 o que nos permite afirmar que não há diferenças estatísticas significativas, uma vez que o valor de significância ($p=0.806$) é superior a 0.05.

Se sim, o que pensa ter contribuído para esse facto? * Profissão Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
Se sim, o que pensa ter contribuído para esse facto?	Incitamento de hábitos de consumo prejudiciais	Count	7	2	9
		Expected Count	7,3	1,7	9,0
	Acréscimo de problemas emocionais	Count	1	1	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
	Aumento de gravidezes indesejadas	Count	3	0	3
		Expected Count	2,4	,6	3,0
	Outros	Count	1	2	3
		Expected Count	2,4	,6	3,0
	Incitamento de hábitos de consumo	Count	4	2	6
		Expected Count	4,9	1,1	6,0
	Incitamento de hábitos de consumo	Count	8	0	8
		Expected Count	6,5	1,5	8,0
	Acréscimo de problemas emocionais+aumento de	Count	4	2	6
		Expected Count	4,9	1,1	6,0
	Não respondeu	Count	87	20	107
		Expected Count	87,4	19,6	107,0
	Todas	Count	14	0	14
		Expected Count	11,4	2,6	14,0
	Total	Count	129	29	158
Expected Count		129,0	29,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,524 ^a	8	,095
Likelihood Ratio	16,154	8	,040
Linear-by-Linear Association	1,625	1	,202
N of Valid Cases	158		

a. 13 cells (72,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

Nas razões apontadas por aqueles que consideram existir um aumento das situações de maltrato fetal, 14 estudantes, assinalaram todas as opções de resposta que incluíam incitamento de hábitos de consumo prejudiciais, acréscimo de problemas emocionais e aumento de gravidezes indesejadas. No entanto, 7 estudantes e 2 enfermeiros apenas responderam o incitamento de hábitos de consumo prejudiciais. Por sua vez, apenas 1 estudante e 1 enfermeiro assinalaram o acréscimo de problemas emocionais como a única causa possível para o aumento das situações de maltrato fetal, assim como outras 3 estudantes assinalaram unicamente o aumento de gravidezes indesejadas. Contudo, 4 estudantes 2 enfermeiros optaram por em conjunto responder o incitamento de hábitos de consumo prejudiciais e o acréscimo de problemas emocionais. Já 4 estudantes e 2 enfermeiros apontaram que seria o acréscimo de problemas emocionais e o aumento de gravidezes indesejadas como as principais causas de maltrato fetal.

Na leitura realizada à segunda tabela, constatamos que o valor do qui-quadrado é de 13.524 e o nível de significância de 0.095 o que nos permite afirmar que não há diferenças estatisticamente significativas, uma vez, o valor ser superior a 0.05.

**Perante o conhecimento de uma situação de mau-trato fetal, que medidas é que podem ser accionadas? *
Profissão Crosstabulation**

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
Perante o conhecimento de uma situação de mau-trato fetal, que medidas é que podem ser accionadas?	Legais	Count	8	1	9
		Expected Count	7,3	1,7	9,0
	Médicas	Count	8	0	8
		Expected Count	6,5	1,5	8,0
	Sociais	Count	7	4	11
		Expected Count	9,0	2,0	11,0
	Outras	Count	2	3	5
		Expected Count	4,1	,9	5,0
	Todas	Count	50	12	62
		Expected Count	50,6	11,4	62,0
	Legais+Médicas	Count	16	1	17
		Expected Count	13,9	3,1	17,0
	Legais+Sociais	Count	2	0	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
	Médicas+Sociais	Count	34	8	42
		Expected Count	34,3	7,7	42,0
	Médicas+Sociais+Outras	Count	2	0	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
	Total	Count	129	29	158
		Expected Count	129,0	29,0	158,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,000 ^a	8	,112
Likelihood Ratio	13,784	8	,088
Linear-by-Linear Association	,061	1	,805
N of Valid Cases	158		

a. 10 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

Na análise às tabelas acima apresentadas, podemos constatar que 50 estudantes e 12 enfermeiros consideram que perante o conhecimento de uma situação de maltrato fetal deveriam ser accionadas medidas legais, médicas e sociais. No entanto, 34 estudantes e 8 enfermeiros excluem as medidas legais e apenas consideram que só deveriam ser accionadas medidas sociais e médicas, enquanto 16 estudantes e 1 enfermeiro ignoram as medidas sociais e consideram as medidas médicas e legais. Isoladamente, 7 estudantes e 4 enfermeiros respondem unicamente medidas sociais, 8 estudantes consideram como única resposta medidas médicas e finalmente, resposta que não é dada por nenhum enfermeiro, 8 estudantes e 1 enfermeiro consideram as medidas legais como as únicas que deveriam ser accionadas.

Na segunda tabela podemos ler o valor de qui-quadrado que é de 13.000 e o nível de significância que é de 0.112 o que nos deixa inferir que não há diferenças estatisticamente significativas ($p=0.112$ é superior a 0.05).

É frequente a grávida procurar alguma consulta de aconselhamento? * Profissão Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
É frequente a grávida procurar alguma consulta de aconselhamento?	Sim	Count	96	9	105
		Expected Count	85,7	19,3	105,0
	Não	Count	11	12	23
		Expected Count	18,8	4,2	23,0
	Não Sei	Count	22	8	30
		Expected Count	24,5	5,5	30,0
Total	Count	129	29	158	
	Expected Count	129,0	29,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,644 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	22,582	2	,000
Linear-by-Linear Association	10,871	1	,001
N of Valid Cases	158		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,22.

Perante a questão se é frequente a grávida procurar alguma consulta de aconselhamento, 96 estudantes respondem afirmativamente, resposta igualmente dada por 9 enfermeiros. Contudo, 11 estudantes e 12 enfermeiros discordam desta inferência e negam que a grávida frequentemente procura uma consulta de aconselhamento. Outros 22 estudantes e 8 enfermeiros afirmam não saber responder a esta realidade.

Na análise da segunda tabela podemos constatar que o valor do qui-quadrado é de 25.644 e o nível de significância é de 0.000 o que nos permite afirmar com seguranças que existem diferenças estatisticamente significativas entre as frequências observadas e as esperadas, uma vez que este valor é inferior a 0.05.

Se sim, que tipo de aconselhamento? * Profissão Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
Se sim, que tipo de aconselhamento?	Psicológico	Count	2	0	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
	Médico	Count	61	8	69
		Expected Count	56,3	12,7	69,0
	Outro	Count	1	0	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
	Psicológico+Médico	Count	29	2	31
		Expected Count	25,3	5,7	31,0
	Não respondeu	Count	33	18	51
		Expected Count	41,6	9,4	51,0
	Psicológico+Médico+Outro	Count	3	1	4
		Expected Count	3,3	,7	4,0
Total		Count	129	29	158
		Expected Count	129,0	29,0	158,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,593 ^a	5	,008
Likelihood Ratio	15,583	5	,008
Linear-by-Linear Association	8,235	1	,004
N of Valid Cases	158		

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

Quando questionados acerca do tipo de aconselhamento, 61 estudantes e 8 enfermeiros são preemptórios em responder aconselhamento médico. No entanto, 29 estudantes e 2 enfermeiros conjuga o aconselhamento médico com o psicológico, apesar de só dois estudantes apontarem o aconselhamento psicológico como resposta única. Um estudante dá ainda uma outra alternativa de resposta. Houve ainda quem assinalasse todas as opções de resposta (3 estudantes e 1 enfermeiro). Não obstante, 33 estudantes e 18 enfermeiros não responderam a esta questão.

Na leitura da segunda tabela acima apresentada, sabemos que o qui-quadrado é de 15.593 e o nível de significância de 0.008, o que nos permite afirmar que há diferenças significativas entre as frequências observadas e esperadas ($p=0.008$ é inferior a 0.05).

Considera que deveriam existir medidas legais que punissem de alguma forma a conduta

* Profissão Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
Considera que deveriam existir medidas legais que punissem de alguma forma a conduta de risco da mãe?	Sim	Count	83	19	102
		Expected Count	83,3	18,7	102,0
	Não	Count	46	10	56
		Expected Count	45,7	10,3	56,0
Total	Count	129	29	158	
	Expected Count	129,0	29,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,014 ^b	1	,905		
Continuity Correction ^a	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,014	1	,905		
Fisher's Exact Test				1,000	,543
Linear-by-Linear Association	,014	1	,905		
N of Valid Cases	158				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,28.

Perante a questão se a conduta de risco da mãe deveria ser ou não punida legalmente, tomando por base os casos em que surgem aborto “espontâneo”, através da leitura destas tabelas, constatamos que 83 estudantes e 19 enfermeiros respondem afirmativamente. Por sua vez, 46 estudantes e 10 enfermeiros, respondem negativamente.

A partir da segunda tabela, podemos inferir o valor do qui quadrado que é de 0,14 a que corresponde um nível de significância de 0.905, o que nos permite dizer que não existem diferenças estatisticamente significativas, uma vez que este valor é superior a 0.05.

Quais medidas? * Profissão Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
Quais medidas?	Pena de prisão	Count	4	0	4
		Expected Count	3,3	,7	4,0
	Esterilização	Count	1	0	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
	Trabalho Comunitário	Count	3	1	4
		Expected Count	3,3	,7	4,0
	Exposição a videos que exponham casos de MTF	Count	1	0	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
	Não respondeu	Count	87	23	110
		Expected Count	89,8	20,2	110,0
	Multas	Count	2	1	3
		Expected Count	2,4	,6	3,0
	Medidas de coacção	Count	0	2	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
	Trabalho com crianças com problemas	Count	2	1	3
		Expected Count	2,4	,6	3,0
	Apoio Psicológico e Médico	Count	8	1	9
		Expected Count	7,3	1,7	9,0
	Pena de prisão+Esterilização+	Count	2	0	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
	Trabalho Comunitário+Apoio	Count	2	0	2
		Expected Count	1,6	,4	2,0
	Pena de Prisão+Trabalho Comunitário	Count	5	0	5
		Expected Count	4,1	,9	5,0
	Outras	Count	11	0	11
		Expected Count	9,0	2,0	11,0
	Inibição do poder paternal	Count	1	0	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
Total		Count	129	29	158
		Expected Count	129,0	29,0	158,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,777 ^a	13	,210
Likelihood Ratio	19,425	13	,111
Linear-by-Linear Association	2,786	1	,095
N of Valid Cases	158		

a. 24 cells (85,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

Quando questionados acerca das medidas legais que deveriam ser tomadas, e tomando agora em consideração a profissão dos respondentes, os 48 inquiridos que responderam a esta questão dividiram-se nas várias alternativas de resposta possíveis. No entanto a alternativa que reuniu maior consenso foi o apoio psicológico e médico da mulher grávida, resposta dada por 8 estudantes e 1 enfermeiro. Preferencialmente a pena de prisão foi a resposta atribuída por 11 estudantes, 5 dos quais assinalaram igualmente o trabalho comunitário, resposta igualmente dada por mais 7 estudantes e 1 enfermeiro. A esterilização recolheu 3 respostas dadas por estudantes, entre muitas outras respostas que foram dadas na variedade possível. Já 11 estudantes deram novas alternativas de resposta.

Na segunda tabela podemos retirar o valor de qui-quadrado que é de 16.777 e o nível de significância de 0.210 o que nos deixa inferir que não há diferenças estatisticamente significativas, na medida em que este valor é superior a 0.05.

Considera que o consumo de drogas, durante a gravidez, pelas implicações que acarreta, deveria ser legalmente punido? * Profissão Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
Considera que o consumo de drogas, durante a gravidez, pelas implicações que acarreta, deveria ser legalmente punido?	Sim	Count	111	25	136
		Expected Count	111,0	25,0	136,0
	Não	Count	18	3	21
		Expected Count	17,1	3,9	21,0
	Não respondeu	Count	0	1	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
Total	Count	129	29	158	
	Expected Count	129,0	29,0	158,0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,680 ^a	2	,096
Likelihood Ratio	3,638	2	,162
Linear-by-Linear Association	,186	1	,667
N of Valid Cases	158		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.

A partir da análise destas tabelas podemos inferir que, 111 estudantes consideram que o consumo de drogas, durante a gravidez deveria ser legalmente punido, o que é igualmente confirmado por 25 enfermeiros. No entanto, 18 estudantes e 3 enfermeiros respondem negativamente a esta questão. Houve ainda 1 enfermeiro que preferiu não responder a esta questão.

Na análise à segunda tabela, constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas uma vez que o nível de significância é de 0.096, mantendo-se assim, superior a 0.05. O valor de X² é de 4.680.

O que é feito, actualmente, ao nível da prevenção? * Profissão Crosstabulation

			Profissão		Total
			Estudante	Enfermeiro	
O que é feito, actualmente, ao nível da prevenção?	Campanhas de sensibilização	Count	14	4	18
		Expected Count	14,7	3,3	18,0
	Programas de aconselhamento sobre os riscos	Count	26	2	28
		Expected Count	22,9	5,1	28,0
	Nada	Count	10	2	12
		Expected Count	9,8	2,2	12,0
	Não sei	Count	19	9	28
		Expected Count	22,9	5,1	28,0
	Outra	Count	0	3	3
		Expected Count	2,4	,6	3,0
	Campanhas de sensibilização+	Count	60	9	69
		Expected Count	56,3	12,7	69,0
Total		Count	129	29	158
		Expected Count	129,0	29,0	158,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,747 ^a	5	,001
Likelihood Ratio	17,752	5	,003
Linear-by-Linear Association	,003	1	,958
N of Valid Cases	158		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,55.

Perante a questão sobre o que é feito, actualmente, ao nível da prevenção, 60 estudantes e 29 enfermeiros consideram a combinação de resposta que inclui as campanhas de sensibilização e programas de aconselhamento sobre os riscos. Por sua vez, 26 estudantes e 2 enfermeiros só assinalaram os programas de aconselhamento como a única coisa que é feito ao nível de prevenção e 14 estudantes e 4 enfermeiros responderam campanhas de sensibilização. Contudo, 10 estudantes e 2 enfermeiros consideram que actualmente nada é feito ao nível da prevenção e 19 estudantes dizem não ter conhecimento do que é feito, assim como 9 enfermeiros. Por sua vez, três enfermeiros deram outras alternativas de resposta.

Na leitura à segunda tabela, inferimos o valor de qui-quadrado que é de 20,747 a que

corresponde um nível de significância de 0.001, o que nos permite afirmar que há diferenças estatisticamente significativas entre as frequências observadas e esperadas, uma vez que o nível de significância é inferior a 0.05.