

Artigo Original/Original Article

Interrupção voluntária da gravidez: ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção

Voluntary termination of pregnancy: psychological adjustment to decision-making and experience of induced abortion

Maryse Guedes*, Sofia Gameiro**, Maria Cristina Canavarro***

*Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP),
Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana
Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra*

ABSTRACT

Introduction: Voluntary termination of pregnancy has for a long time been a controversial theme. Few studies have been conducted in this context and they are frequently contaminated by methodological, theoretical, ideological and legal biases, and no consensus exists regarding its psychological impact. This study aimed to evaluate the psychological adjustment to decision-making and to the experience of voluntary termination of pregnancy.

Methods: The sample was collected in the Maternity Doctor Daniel de Matos of University of Coimbra Hospitals a tertiary care university hospital, and consisted of 53 women who requested termination of pregnancy, between December 2007 and March 2008. Self-reporting instruments were used to assess women's feelings before termination, and two to four weeks later.

Results: The decision to terminate pregnancy involved many motivations, but the majority were of a socio-economical nature. It also generated negative emotional reactivity (anxiety and guilt) and psychopathology (somatization, anxiety, hostility and depression), that were significantly different to those of the general population. Respondents also experienced less happiness and more guilt than the general population. However, when compared to the moment of decision-making, responses after voluntary termination of pregnancy evidenced an increase in happiness and a decrease in anxiety.

Discussion: Our results tend to support the model of stress and coping as the predominant psychological adaptation to voluntary termination of pregnancy.

Keywords: voluntary termination of pregnancy; induced abortion; motivations; psychological adjustment

INTRODUÇÃO

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) tem sido um tema controverso nas sociedades economicamente desenvolvidas, discutido em vários domínios do saber, tais como a Medicina, a Sociologia, a Biologia ou a Psi-

cologia¹. De um ponto de vista psicológico, a IVG pode ser entendida como uma experiência com importantes significados e implicações emocionais², embora a investigação existente a este nível seja restrita e se encontre contaminada por enfiamentos ideológicos, legais e metodológicos^{3,4}. Em Portugal, a despenalização da IVG, por

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

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

*** Professora Doutora da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

opção da mulher, até às dez semanas de gestação, é uma consequência recente (Lei nº16/2007 de 17 de Abril), pelo que, além de escassos, os estudos nacionais existentes encontram-se contaminados pelo ambiente de condenação social até então existente em torno desta prática.

Neste enquadramento, a decisão de IVG tem sido conceptualizada como o resultado da interacção complexa de variáveis sociais, individuais e relacionais, complexidade essa que vai para além da descoberta de uma gravidez não planeada e indesejada e que se espelha numa vasta constelação de motivações desenvolvimentais, sócio-económicas e interpessoais⁵⁻⁷. A complexidade deste processo decisional parece igualmente traduzir-se ao nível do ajustamento psicológico, na medida em que a generalidade das mulheres tende a experimentar níveis de stresse psicológico aumentados antes da IVG^{3,8} e reacções emocionais negativas variadas, como a ansiedade, a tristeza/depressão, a culpa ou a revolta¹⁰.

No que respeita ao ajustamento psicológico pós-IVG, alguns autores com actividade clínica junto das mulheres que decidem pela IVG conceptualizam esta experiência reprodutiva com base no modelo do luto e da perda¹¹, definindo-a como geradora de sequelas emocionais significativas, desde reacções de luto ou de perturbação de adaptação, podendo, em determinados casos, cristalizar-se num quadro depressivo, numa perturbação pós-stresse traumático ou mesmo numa psicose pós-aborto¹². Contudo, a perspectiva fundamentada no modelo do stresse e do coping¹³ é aquela que tem prevalecido nos últimos anos, evidenciando que a IVG envolve respostas de adaptação comparáveis às experimentadas mediante acontecimentos indutores³, que se traduzem numa diminuição dos níveis de stresse psicológico do período decisório para o período pós-IVG¹⁴⁻¹⁶ e num predomínio das emoções de alívio e felicidade após a interrupção³.

A recente alteração da lei que enquadra a IVG, por opção da mulher, até às dez semanas de gestação, em Portugal, proporciona um contexto privilegiado para conhecer a realidade psicológica das mulheres portuguesas que enveredam por esta resolução reprodutiva.

Desta forma, este estudo procurou contemplar os seguintes objectivos: (1) Conhecer as motivações subjacentes à decisão de IVG numa amostra de mulheres portuguesas; (2) Avaliar o ajustamento psicológico destas mulheres, no momento da decisão (primeira consulta médica) e após a IVG (terceira consulta mé-

dica), procurando identificar a presença de sintomas de perturbação emocional; (3) Avaliar a evolução do ajustamento psicológico destas mulheres do momento da decisão para o período pós-interrupção.

MÉTODOS

Participantes

A amostra foi constituída por 53 mulheres que procuraram a Consulta de Aconselhamento Reprodutiva da Maternidade Dr. Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, para interromper a gravidez, entre Dezembro de 2007 e Março de 2008.

105 mulheres foram recrutadas consecutivamente para colaborar no presente estudo, tendo-lhes sido feito um pedido de colaboração voluntária, explicado os objectivos do estudo e garantida a confidencialidade das respostas. Destas, 53 (taxa de não resposta de 49.5%) acederam participar no estudo e assinaram um consentimento informado, tendo a recolha de dados sido posteriormente efectuada, através da entrega dos protocolos correspondentes, em envelope fechado. Das 53 mulheres que acederam colaborar no momento da decisão, 21 (39.6%) também concordaram participar após a IVG.

As participantes que acederam colaborar no estudo revelaram ser maioritariamente solteiras (54.7%), ser detentoras de habilitações literárias equivalentes ao ensino secundário (41.5%) e estar actualmente envolvidas numa actividade profissional (54.7%), residindo numa área predominantemente urbana (71.7%) e auferindo, de acordo com a categorização de Simões⁷, um nível sócio-económico baixo (51.9%).

Não foram encontradas diferenças significativas ao nível das variáveis sócio-demográficas, da reactividade emocional e da sintomatologia psicopatológica (avaliadas no primeiro momento) entre o grupo de mulheres que colaborou em ambos os momentos de avaliação e o grupo de mulheres que participou apenas no primeiro momento.

Instrumentos

O ajustamento psicológico foi operacionalizado em relação a três eixos: a avaliação subjectiva do estado emocional, a reactividade emocional e a sintomatologia psicopatológica. Assim, no primeiro momento de avaliação, o nosso protocolo foi constituído por uma ficha de dados sócio-demográficos e clínicos e por três questionários de

auto-resposta: a Reasons for Abortion List (RAL)¹⁸, a Escala de Avaliação das Emoções – Emotional Assessment Scale (EAS)¹⁹ e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos – Brief Symptom Inventory (BSI)²⁰. Adicionalmente, incluímos um conjunto de escalas de adjetivos, destinadas a avaliar a percepção subjectiva do estado emocional e da tomada de decisão pela IVG.

No segundo momento de avaliação, o ajustamento psicológico foi igualmente conceptualizado com base num quarto eixo: a sintomatologia de pós-stresse traumático. Nesse sentido, o nosso protocolo foi composto por três questionários de auto-resposta: a Escala de Avaliação das Emoções (EAS)¹⁹ e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)²⁰; a Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT) adaptada à experiência de IVG²¹] Também foi inserido um conjunto de escalas de adjetivos, destinadas a avaliar a percepção subjectiva do estado emocional e da satisfação sentida em relação a esta decisão reprodutiva.

De seguida, apresentamos sumariamente os instrumentos de avaliação, incluídos no nosso protocolo de investigação:

- Reasons for Abortion List (RAL): é um questionário de auto-resposta composto por 26 possíveis razões para abortar e uma 27ª linha, onde pode ser anotada outra razão não contemplada na lista anterior; o sujeito deve assinalar a(s) razão (ões) que melhor se coadunam às suas motivações para interromper a gravidez.
- Escala de Avaliação das Emoções (EAS): tem como principal objectivo medir a reactividade emocional e é constituída por 24 itens que correspondem a descrições de emoções fundamentais (medo, felicidade, ansiedade, culpa, cólera, surpresa e tristeza). Para cada um dos descritores indicados, o indivíduo deve posicionar-se no local da escala analógica visual (“o menos possível” ao “o mais possível”) que melhor representa a forma como se sente no momento actual.
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): é um inventário de auto-resposta, constituído por 53 itens, que avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos, Índice de Sintomas Positivos), que funcionam como avaliações

sumárias de perturbação emocional. Para cada item, o sujeito deve assinalar “a forma como aquele problema o afectou nos últimos sete dias”, numa escala de Lickert, cujas alternativas se dividem entre os extremos “Nunca” (0) e “Muitíssimas vezes” (4).

- Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumático adaptada à experiência de IVG (EARAT): é um questionário de auto-resposta composto por três partes, que avalia as respostas dos sujeitos mediante a experiência de IVG, em termos da presença de sintomatologia de pós-stresse traumático, tal como é descrita na DSM-IV (revivência do acontecimento; evitamento e embotamento da reactividade geral - resposta ao acontecimento; activação aumentada - resposta prolongada)²². O sujeito deve posicionar-se em relação aos descritores apresentados numa escala dicotómica (de tipo sim/não).
- Foram desenvolvidos pelos autores itens singulares com vista à avaliação dos seguintes aspectos: grau de dificuldade em relação à decisão de IVG (“qual o grau de dificuldade que sentiu em relação à decisão de interrupção voluntária da gravidez?”); percepção subjectiva do estado emocional no momento da decisão (“como se sentiu na altura em que decidiu interromper a gravidez?”) e após a IVG (“como se sentiu desde que interrompeu a gravidez?”); satisfação com esta decisão reprodutiva (“qual o seu grau de satisfação com a decisão de interrupção da gravidez?”). Foi pedido às participantes que seleccionassem o julgamento que melhor descrevia a sua experiência, posicionando-se numa escala de Lickert de um a sete, com as seguintes opções de resposta: (1) extremamente fácil/mal/insatisfeita, (2) muito difícil/mal/insatisfeita, (3) difícil/mal/insatisfeita, (4) razoavelmente fácil/bem/satisfeita, (5) fácil/bem/satisfeita, (6) muito fácil/bem/satisfeita e (7) extremamente fácil/bem/satisfeita.

Análise estatística dos dados

Numa primeira fase, para a caracterização sócio-demográfica das amostras e dos diferentes grupos que a compõem recorreremos sobretudo à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão). Para outras análises, recorreremos à estatística inferencial, aceitando como variáveis estatisticamente significativas todas as diferenças com um nível de significância inferior a 0.05. Neste sentido, foram realizados testes *t* de Student para uma amostra (one-sample *t* test), com o objectivo de ave-

riguar a existência de diferenças entre os valores médios da nossa amostra e os valores médios estabelecidos para amostras da população geral, no âmbito dos estudos de validação dos instrumentos utilizados, quer ao nível da reactividade emocional¹⁹, quer ao nível da sintomatologia psicopatológica²⁰. Adicionalmente, foram realizados testes *T* de Wilcoxon para grupos emparelhados, com o objectivo de averiguar a existência de diferenças ao nível do ajustamento psicológico, entre os nossos momentos de avaliação. Para a análise estatística dos resultados, utilizámos a versão 15.0 do programa estatístico *SPSS (Statistical Package for the Social Science)*.

RESULTADOS

Motivações para a decisão de IVG

As participantes assinalaram, em média, entre três e quatro razões para justificar a sua decisão de IVG ($M = 3.72$, $DP = 2.18$). Conforme apresentado no Quadro I, as razões mais frequentemente assinaladas para a procura da IVG, em todas as faixas etárias, relacionaram-se com motivos financeiros, com o emprego ou os estudos e com a indesejabilidade da gravidez.

Ajustamento psicológico no momento da decisão de IVG

Além de terem definido a decisão de optar pela IVG como muito difícil/difícil ($M = 2.98$, $DP = 1.99$), as participantes relataram sentir-se muito mal/mal ($M = 2.60$; $DP = 1.61$), no primeiro momento de avaliação. Estes dados parecem reforçados pelos resultados observados, ao nível das medidas objectivas de ajustamento psicológico.

Assim, ao nível da reactividade emocional, observámos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de felicidade, ansiedade, culpa e surpresa, permitindo-nos inferir que as mulheres que decidiram interromper a gravidez experimentaram maior ansiedade e culpa e menor felicidade e surpresa, comparativamente com a população geral¹⁹.

No que diz respeito à sintomatologia

psicopatológica, verificámos que as participantes evidenciaram um índice geral de sintomas e um índice de sintomas positivos significativamente mais elevados que a população geral²⁰, embora apresentassem um total de sintomas positivos significativamente mais baixo, isto é apresentem menor diversidade de sintomatologia. Relativamente às dimensões de sintomatologia, encontrámos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de somatização, ansiedade, depressão e hostilidade, em que as participantes apresentaram resultados mais elevados, comparativamente com a população geral.

Quadro I – Motivações para a decisão de IVG (Frequências absolutas)

Razões para abortar	(N= 53)
Razões financeiras	31
Emprego/estudos	28
Filho não desejado	23
Condições habitacionais	12
Não queria ter mais filhos	9
Não conhecia o companheiro há tempo suficiente	7
Medo de não conseguir ser boa mãe	7
Era muito nova	6
Pai não era companheiro	6
Companheiro era contra ter um filho no momento	6
Medo de problema fetal	6
Outros planos (viajar)	6
Medo do parto	5
Não queria ser mãe solteira	5
Pressão por parte do companheiro	4
Não queria o meu companheiro como pai de um filho meu	4
Pressão por parte da família	3
Sentia-me esgotada/cansada	3
Não queria ter filhos	3
Era demasiado velha	3
Pressão por parte dos amigos	1
Pressão por parte de outros (sogra)	1
Perigo para a saúde física/mental materna	1
Medo que a segurança social me tirasse o filho	0
Violação	0
Anomalias fetais	0
Outros:	
- Ter tido um filho há pouco tempo/ter um filho pequeno	6
- Preconceitos familiares/desilusão para os pais	2
- Instabilidade profissional/desemprego	2
- Problemas na gravidez anterior	2
- Processo de divórcio	1
- Relacionamento recente, com filhos anteriores	1
- Altura não apropriada para ter um filho	1
- Instabilidade profissional e habitacional do companheiro	1
- Não poder dar o melhor à criança	1
- Não estar preparada para assumir esta responsabilidade	1
- Responsabilidade para com os outros filhos	1
- Perda da bolsa de estudos	1

Quadro II – Reactividade emocional e sintomatologia psicopatológica no momento da decisão de IVG (Teste *t* de Student).

EAS	Grupo clínico (N = 47)		População geral (N = 80)		t	p
	M	D.P	M	DP		
Medo	24.91	9.68	26.91	17.38	-1.417	.163
Felicidade	4.46	5.49	43.38	19.24	-48.620	.000
Ansiedade	19.44	15.15	11.99	12.34	4.579	.000
Culpa	20.44	11.02	10.64	9.68	6.099	.000
Cólera	13.22	8.35	12.60	12.10	0.507	.614
Surpresa	11.92	8.69	14.63	12.66	-2.081	.043
Tristeza	12.62	5.58	12.64	10.60	-0,022	.983

BSI	Grupo clínico (N = 53)		População geral (N = 404)		t	p
	M	D.P	M	D.P		
Somatização	1.18	0.40	0.573	0.916	5.265	.000
Obsessões-compulsões	1.24	0.755	1.290	0.878	-0.492	.625
Sensibilidade interpessoal	0.83	0.740	0.958	0.727	-1.211	.232
Depressão	1.24	0.777	0.893	0.722	3.214	.002
Ansiedade	1.38	0.838	0.942	0.766	3.839	.000
Hostilidade	1.25	0.868	0.894	0.784	2.977	.004
Ansiedade fóbica	0.51	0.562	0.418	0.663	1.184	.242
Ideação paranóide	0.95	0.797	1.063	0.789	-1.024	.311
Psicoticismo	0.82	0.714	0.668	0.614	1.539	.130
Índice Geral de Sintomas	1.09	0.607	0.835	0.480	3.098	.003
Total de Sintomas Positivos	10.29	16.160	26.993	11.724	-12.953	.000
Índice de Sintomas Positivos	1.85	0.482	1.561	0.385	4,326	.000

Ajustamento psicológico após a IVG

O ajustamento psicológico pós-IVG foi subjectivamente avaliado como razoável ($M = 4.14$; $DP = 0.96$); congruentemente, as participantes revelaram estar satisfeitas/muito satisfeitas com a decisão de interrupção ($M = 4.52$, $DP = 1.25$), embora a maioria (71.4 %) tenha referido que prosseguiria a gestação em condições similares no futuro.

Ao nível da reactividade emocional, observámos diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de felicidade, medo, culpa e surpresa, após a IVG, permitindo-nos inferir que as participantes relataram menor felicidade, medo e surpresa e maior culpa, no período pós-IVG, comparativamente com a população geral¹⁹

No que diz respeito à sintomatologia psicopatológica, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nos índices de psicossintomatologia geral, nem nas dimensões de sintomatologia, no período pós-IVG, comparativamente com a população geral²⁰.

Relativamente à sintomatologia de perturbação de pós-stresse traumático, os valores médios do total de sintomas de resposta ao acontecimento ($M = 2.52$, $DP = 1.81$) e do total de sintomas de resposta prolongada ($M =$

1.81 , $DP = 1.60$) ficaram ligeiramente abaixo do número de critérios mínimos estabelecidos (respectivamente três e dois sintomas) para a consideração da presença de sintomatologia clinicamente significativa²² contrastadamente, o valor médio do total de sintomas de revivência do acontecimento ($M = 2.33$, $DP = 1.74$) situou-se acima do ponto de corte estabelecido (um sintoma) para a consideração da presença de sintomatologia clinicamente significativa.

Comparação do ajustamento psicológico antes e depois da IVG

Observámos diferenças estatisticamente significativas na avaliação subjectiva do estado emocional, antes e após à IVG, permitindo-nos inferir que as mulheres que interromperam a gravidez perceberam uma melhoria significativa do seu estado emocional no período pós-aborto.

Ao nível da reactividade emocional, verificámos que as participantes evidenciaram resultados significativamente mais elevados na dimensão de felicidade, bem como resultados significativamente mais baixos

Quadro III - Reactividade emocional e sintomatologia psicopatológica após a IVG (Teste *t* de Student).

EAS	Grupo clínico (N = 20)		População geral (N = 80)		t	p
	M	D.P	M	DP		
Medo	17.47	11.43	26.91	17.38	-3.695	.002
Felicidade	8.24	6.51	43.38	19.24	-24.134	.000
Ansiedade	13.10	10.46	11.99	12.34	0,474	.641
Culpa	18.51	13.76	10.64	9.68	2.556	.019
Cólera	10.26	8.83	12.60	12.10	-1.186	.250
Surpresa	10.88	6.87	14.63	12.66	-2.441	.025
Tristeza	8.71	5.71	12.64	10.60	-3.079	.006

BSI	Grupo clínico (N = 21)		População geral (N = 404)		t	p
	M	D.P	M	D.P		
Somatização	0.75	0.59	0.573	0.916	1.372	.185
Obsessões compulsões	0.96	0.72	1.290	0.878	-2.086	.05
Sensibilidade interpessoal	1.07	1.00	0.958	0.727	0.521	.608
Depressão	1.23	0.97	0.893	0.722	1.593	.127
Ansiedade	0.96	0.85	0.942	0.766	0.99	.922
Hostilidade	1.09	0.82	0.894	0.784	1.073	.296
Ansiedade fóbica	0.58	0.704	0.418	0.663	1.061	.301
Ideação Paranóide	1.20	1.02	1.063	0.789	0,616	.545
Psicoticismo	0.97	0.84	0.668	0.614	1.665	.111
Índice geral de sintomas	0.99	0.71	0.835	0.480	1.008	.326
Total de sintomas positivos	28.38	14.23	26.993	11.724	0,447	.660
Índice de sintomas positivos	1.71	0.53	1.561	0.385	1,285	.214

nas dimensões de ansiedade e medo, após a IVG.

No que se prende com a sintomatologia psicopatológica, os índices de psicossintomatologia geral e as dimensões de sintomatologia não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o segundo momento de avaliação, à excepção da ansiedade e da somatização em que observámos resultados significativamente mais baixos, no segundo momento de avaliação.

DISCUSSÃO

Os nossos resultados demonstraram que a decisão de IVG é uma decisão emocionalmente exigente, proeminentemente determinada por motivações sócio-económicas, observando-se uma melhoria significativa ao nível do

ajustamento psicológico do período decisório para o período pós-interrupção, embora prevaleçam algumas manifestações emocionais negativas após a IVG que não se revestem, contudo, de contornos traumáticos.

No que diz respeito à decisão de IVG, verificámos que as participantes atribuíram esta resolução reprodutiva a múltiplas razões, que ultrapassam a indesejabilidade da gravidez em curso, corroborando a investigação existente⁵⁻⁷, verificando-se, todavia, um predomínio dos motivos sócio-económicos (questões financeiras; situação académica/laboral), atribuível às características sócio-demográficas da nossa amostra (estatuto sócio-económico proeminentemente baixo; elevada proporção de estudantes e desempregadas). Além de complexa, a decisão de IVG revelou igualmente ser emocionalmente exigente congruentemente com a literatura^{3,8,9}, exigên-

Quadro IV - Avaliação subjectiva do ajustamento psicológico antes e depois da IVG (Teste *T* de Wilcoxon).

Escala de adjectivos (N = 21)	Momento da decisão		Pós-interrupção		Z	p
	M	D.P	M	DP		
Avaliação subjectiva do estado emocional	2.43	1.720	4.14	0.964	-3.245	.001

Quadro V – Reactividade emocional e sintomatologia psicopatológica antes e depois da IVG (Testes T de Wilcoxon).

EAS (N = 20)	Momento da decisão		Pós-interrupção		Z	p
	M	D.P	M	DP		
Medo	26.33	9.40	17.47	11.43	-2.535	.011
Felicidade	2.71	4.18	8.24	6.51	-2.984	.003
Ansiedade	21.72	11.52	13.10	10.46	-2.656	.008
Culpa	20.87	12.99	18.51	13.76	-1.207	.227
Cólera	13.99	9.16	10.26	8.83	-1.529	.126
Surpresa	15.21	9.32	10.88	6.87	-1.429	.153
Tristeza	15.21	5.19	8.71	5.71	- 2.213	.027

BSI (N = 21)	Momento da decisão		Pós-interrupção		Z	p
	M	D.P	M	D.P		
Somatização	1.22	0.74	0.75	0.59	-2.524	.012
Obsessões-compulsões	1.17	0.76	0.96	0.72	-0.972	.331
Sensibilidade interpessoal	0.90	0.86	1.07	1.00	-0.716	.474
Depressão	1.49	0.96	1.23	0.97	-1.533	.125
Ansiedade	1.50	0.92	0.96	0.85	-2.532	.011
Hostilidade	1.28	0.71	1.09	0.82	-1.696	.090
Ansiedade fóbica	0.52	0.60	0.58	0.704	-0.241	.810
Ideação paranóide	1.04	0.81	1.20	1.02	-0.262	.793
Psicoticismo	0.98	0.77	0.97	0.84	-0.263	.792
Índice Geral de Sintomas	1.18	0.61	0.99	0.71	-1.826	.068
Total de Sintomas Positivos	32.19	12.38	28.38	14.23	-1.627	.104
Índice de Sintomas Positivos	1.87	0.41	1.71	0.53	-1.651	.099

cia essa que se expressou preponderantemente em níveis aumentados de ansiedade.

De forma consistente com o modelo do stress e do coping¹³, as respondentes revelaram uma melhoria significativa ao nível do ajustamento psicológico do período decisório para o período pós-IVG, principalmente nos indicadores de ansiedade. Todavia, os resultados do nosso estudo não corroboram este modelo, de forma inequívoca, na medida em que, no momento pós-IVG, se observaram ainda dificuldades de ajustamento (níveis mais baixos de felicidade e mais elevados de culpa comparativamente com a população geral) mais significativas do que os expectáveis de acordo com a investigação existente¹⁴⁻¹⁶.

Contudo, não tendo sido identificados outros indícios de reactividade emocional negativa (e.g. tristeza, revolta, ansiedade) ou de sintomatologia psicopatológica (e.g. depressão, ansiedade, hostilidade), não dispomos de dados suficientes que nos permitam concluir que esta experiência reprodutiva desencadeia uma resposta de luto ou de perturbação de adaptação, como descrito pelo modelo da perda e do luto¹². O distanciamento dos nossos resultados em relação a este modelo parece reforçado pelo facto da experiência de

IVG não se revestir de contornos traumáticos, na medida em que as participantes não preencheram critérios clinicamente significativos para a consideração de um diagnóstico de perturbação de pós-stresse traumático²². Contrastadamente desta forma, as reacções emocionais observadas parecem inserir-se no quadro de um processo de adaptação normativo, não se cristalizando em respostas de perturbação emocional de fundo.

Sendo pioneiro no nosso país, este estudo não se encontra isento de limitações, que implicam alguns cuidados na interpretação dos resultados apresentados. As condições de recolha da amostra foram restringidas pelos requisitos de anonimato e confidencialidade subjacentes às contingências legais em vigor que não possibilitaram que acedêssemos directamente às participantes, o que pode explicar que apenas cerca de metade das utentes que procuraram este serviço de saúde, no período em referência, tenha colaborado no nosso estudo, bem como a elevada taxa de atrito experimental observada já que não foram identificados outros factores de ordem social ou de ajustamento que a possam explicar. Esta elevada taxa de atrito experimental limitou as análises estatísticas passíveis de serem realizadas e pode ter influenciado os resultados obtidos, que se revestem, por isso,

apenas de um valor exploratório. Do mesmo modo, a recolha da amostra restringiu-se às utentes de um único estabelecimento de saúde nacional, o que compromete a generalização dos resultados, a nível nacional. Metodologicamente, embora tenhamos realizado um estudo prospectivo, o período temporal decorrido entre o primeiro e o segundo momento de avaliação (duas a quatro semanas) não foi definido com base em critérios fixos e pré-definidos, mas em função da marcação da consulta médica de controlo, o que pode ter condicionado os resultados obtidos, no segundo momento de avaliação.

Não obstante estas limitações, o presente trabalho reveste-se de algumas implicações teóricas e práticas.

Do ponto de vista teórico, os nossos resultados tendem a apoiar a perspectiva do stresse e do coping¹³, distanciando-se do modelo da perda¹². Todavia, estes dados necessitam de replicação, sobretudo no que respeita ao ajustamento psicológico pós-IVG, através do desenvolvimento de estudos longitudinais que possibilitem avaliar o ajustamento psicológico pós-IVG, após um período de tempo mais dilatado (seis a doze meses), comparando-o com o ajustamento psicológico de mulheres que decidem prosseguir a gestação.

Ao nível prático, a supremacia das motivações sócio-económicas na decisão de IVG aponta para a importância de fomentar apoios e políticas sociais protectoras dos projectos de parentalidade. Do mesmo modo, torna-se imprescindível preparar respostas adequadas para as mulheres que venham a evidenciar dificuldades emocionais perante esta decisão e experiência reprodutiva, atendendo à vasta amplitude de manifestações emocionais negativas que caracterizam o período decisório e à persistência de sentimentos de culpa no período pós-IVG. Tendo em conta que o contacto dos profissionais da área da Psicologia com as mulheres que procuram esta resolução reprodutiva se encontra restringido pelos termos da lei em vigor, parece-nos importante fomentar a colaboração com as equipas médicas dos estabelecimentos de saúde nacionais, na medida em que as atitudes da equipa médica, a qualidade do aconselhamento médico e a sua atenção ao estado emocional da mulher podem influenciar o ajustamento psicológico a esta resolução reprodutiva²³. Assim, além de trabalhar alguns aspectos da relação médico-utente, parece-nos relevante sensibilizar as equipas médicas para possíveis indicadores de perturbação emocional, susceptíveis de legitimar o acompanhamento psicológico no decorrer do processo de IVG.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pais-Ribeiro, J. L., Araújo, T. Atitudes de técnicos de saúde e interrupção voluntária da gravidez. *Análise Psicológica*, 1998; 3(XVI): 469-479.
2. Stotland, N. L. Induced abortion in the United States. In *Psychological aspects of women and health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology* (2nd ed.). N. L. Stotland, D. E. Stewart (Eds.). Washington, DC: American Psychiatric Press 2000: 219-239.
3. Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., Wyatt, G. E. Psychological factors in abortion: A review. *Am Psychol*, 1992; 47(10): 1194-1204.
4. Willmoth, G. R., De Alteris, M. Prevalence of psychological risks following legal abortion in U.S.: Limits of the evidence. *J Soc Issues*, 1992; 48(3): 37-66.
5. Bankole, A., Singh, S., Haas, T. Reasons who women have induced abortion: Evidence from 27 countries. *Int Fam Plann Perspect*, 1998; 24(3): 117-127.
6. Finer, L. B., Frohworth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., Moore, A. M. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in United States. *Contraception*, 2006; 74: 334-344.
7. Santelli, J. S., Speizer, I. S., Avery, A., Kendall, C. An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. *Am Journal Public Health*, 2006; 96: 2009-2015.
8. Bradshaw, Z., Slade, P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of literature. *Clin Psych Rev*, 2003; 23: 929-958.
9. Stotland, N. L. *Abortion: facts and feelings. A handbook for women and the people who care about them.* Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc 1998.
10. Bracken, M.B. A causal model of psychosomatic reaction to vacuum aspiration abortion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1978; 13(3): 135-145.
11. Bowlby, J. *Attachment and loss: Vol. III. Loss, sadness and depression.* New York: Basic Books 1980.
12. Speckhard, A., Rue, V. Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *J Soc Issues*, 1992; 48(3): 95-119.
13. Lazarus, R. S., Folkman, S. *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer 1984.
14. Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., Zubek, J. Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *J Pers Soc Psychol*, 1998; 74(3): 735-752.
15. Cozzarelli, C. Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *J Pers Soc Psychol*, 1993; 65: 1224-1236.
16. Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., Gramzow, R. H. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch of Gen Psych*, 2000; 57(8): 777-784.
17. Simões, M. R. Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.). Dissertação de Doutoramento, especialização em Avaliação Psicológica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra 1994.
18. Broen, A. N., Mourn, T., Bödtker, A. S., Ekeberg, O. Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: A prospective two-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry*, 2005; 27: 36-43.
19. Moura-Ramos, M.C. Adaptação maternal e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos da infância. Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra 2006.
20. Canavarro, M. C. Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (II vol.). M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Coords.). Braga: SHO-APPOR 1999.
21. McIntyre, T., & Ventura, M. Escala de avaliação da resposta ao acontecimento traumático: Versões adolescentes. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 1996; IV: 567-576.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV.* Washington: American Psychiatric Association 1994.
23. Minden, S. L., Notman, M. T. Psychotherapeutic issues related to abortion. In *Psychiatric aspects of abortion* (pp. 119-133). N. L. Stotland (Coord.). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc 1991.