

## **EXPERIÊNCIAS RELACIONAIS PRECOSES, VULNERABILIDADE AO STRESS, ESTRATÉGIAS DE COPING E ADAPTAÇÃO À DECISÃO E EXPERIÊNCIA DE INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ**

Maryse Guedes, Sofia Gameiro & Maria Cristina Canavarro

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.  
Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) da Maternidade Doutor Daniel de Matos dos Hospitais  
da Universidade de Coimbra, Portugal.  
Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana, Portugal.

---

**RESUMO:** A decisão de interrupção voluntária da gravidez (IVG) constitui uma experiência emocionalmente exigente, que implica a mobilização de recursos pessoais por parte da mulher. É importante identificar os factores psicológicos que podem condicionar a forma como as mulheres se ajustam a esta resolução reprodutiva, de modo a preparar estratégias de intervenção psicológica adequadas. Este estudo prospectivo teve como objectivo investigar a relação entre a recordação dos estilos educativos dos pais, a vulnerabilidade ao stress e as estratégias de *coping* de 53 mulheres que procuraram a Consulta de Aconselhamento Reprodutivo da Maternidade Dr. Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra entre Dezembro de 2007 e Março de 2008 para interromper a gravidez, e a sua adaptação no período da decisão e após a IVG. Os estilos educativos parentais (EMBU – Memórias da Infância) e a vulnerabilidade ao stress (23QVS) foram avaliados no período da decisão. Os estilos de coping (COPE Inventory adaptado à experiência de IVG) foram avaliados após a IVG. A adaptação (Escala de Avaliação das Emoções, Inventário de Sintomas Psicopatológicos) foi avaliada nos dois momentos do estudo. Em ambos os momentos de avaliação, a sobreprotecção materna e a vulnerabilidade ao *stress* revelaram associações positivas com indicadores de psicopatologia e reactividade emocional negativa, à semelhança do uso de estratégias de *coping* religioso, ventilação emocional e negação, no período pós-IVG. São debatidas as implicações destes resultados para a investigação e prática clínica. *Palavras-chave:* Adaptação; decisão reprodutiva; determinantes psicológicos; interrupção voluntária da gravidez (IVG)

---

## **EARLY RELATIONAL EXPERIENCES, VULNERABILITY TO STRESS, COPING STYLES AND ADJUSTMENT TO THE DECISION AND EXPERIENCE OF INDUCED ABORTION**

**ABSTRACT:** The decision of induced abortion constitutes an emotionally exigent experience that implicates the mobilization of woman's personal resources. In this sense, it is important to identify the psychological factors that may influence women's adjustment to this reproductive resolution, in order to prepare appropriated psychological interventions. This prospective study aimed to investigate the relation between the memories of parental educative styles, vulnerability to stress and coping of 53 women who seeked for the Reproductive Counselling Consultation at the

Maternity Doctor Daniel de Matos of the University of Coimbra Hospitals, between December 2007 and March 2008 to abort, and their adjustment during the decision period and after the abortion. Parental educative styles (EMBU – Childhood Memories) and vulnerability to stress (23 QVS) were assessed at the moment of decision. Coping styles (COPE Inventory adapted for induced abortion) was assessed after the abortion. Adjustment (Emotional Assessment Scale, Brief Symptom Inventory) was assessed in both assessment moments. In both assessment moments, maternal overprotection and the vulnerability to stress revealed positive associations with indicators of psychopathology and negative emotional reactivity, as well as the use of religious coping, emotional ventilation and negation, in the post-abortion period. The implications of these results for research and clinical practice are discussed.

*Keywords:* Adaptation; psychological determinants; reproductive decision; voluntary termination of pregnancy

---

Recebido em 14 de Setembro de 2009/ Aceite em 3 de Setembro de 2010

Em Julho de 2007 entrou em vigor no nosso país a legislação que enquadra a despenalização da interrupção voluntária da gravidez (IVG) por opção da mulher, até às dez semanas de gestação, em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos (Lei 16/2007 de 17 de Abril). De acordo com a legislação em vigor, a mulher deve obrigatoriamente beneficiar de uma consulta médica prévia à IVG, seguida de um período de reflexão de três dias, podendo, se o desejar, solicitar acompanhamento psicológico antes, durante e após o processo de interrupção da gestação (Direcção Geral de Saúde, 2007).

A decisão da IVG apresenta-se, assim, como uma resolução carregada de uma forte dimensão moral e ética (Casey, Oates, Jones, & Cantwell, 2008), que ainda muito recentemente foi alvo de discussão cívica e social no nosso país. Neste contexto, a investigação existente demonstrou que as mulheres portuguesas que se vêem confrontadas com esta decisão reprodutiva experienciam níveis elevados de ansiedade e culpa, com expressão ao nível de sintomatologia psicopatológica (somatização, ansiedade, hostilidade e depressão) (Guedes, Gameiro, & Canavarro 2010). Embora se observe uma melhoria significativa do ajustamento psicológico do período decisório para o período pós-IVG (particularmente nos indicadores de ansiedade), Guedes et al. (2010) evidenciou que estas mulheres tendem a experienciar menos felicidade e mais culpa, comparativamente com a população geral, após a IVG.

Esta realidade não se limita ao nosso país. Com efeito, a literatura científica da área tem demonstrado que a decisão de IVG constitui um acontecimento de vida potencialmente stressante, exigindo, por isso, a mobilização de recursos pessoais por parte da mulher (Adler et al., 1992). Desta forma, é crucial identificar os factores psicológicos que podem condicionar a forma como as mulheres lidam com a decisão e experiência da IVG (Major et al., 2009, 2010), a fim que seja possível delinear estratégias de intervenção psicológica adequadas.

A literatura tem vindo a sugerir que algumas variáveis psicológicas como a recordação das práticas parentais na infância e na adolescência, os recursos está-

veis de personalidade definidores de maior ou menor vulnerabilidade ao *stress* e os estilos de *coping*, ao condicionarem a forma como as pessoas lidam com situações indutoras de stress, podem estar associadas a uma melhor ou pior adaptação (Lazarus & Folkman, 1984). No contexto específico da IVG, estas variáveis também têm sido investigadas, no entanto, os estudos têm-se focado essencialmente no período pós-IVG (e.g. Cozzarelli, 1993; Cozzarelli, Sumer, & Major, 1998; Major, Richards, Cooper, Cozzarelli, & Zubek, 1998), negligenciando o período decisório. A investigação deste período parece-nos essencial dado o cariz da decisão que a mulher tem de tomar e todas as implicações futuras que esta poderá ter na sua vida.

As memórias das práticas parentais na infância e na adolescência têm sido relacionadas com diferentes formas de lidar com os acontecimentos indutores de stress e conseqüentemente com o ajustamento psicológico à experiência de IVG (Cozzarelli et al., 1998). De facto, os estudos empíricos têm demonstrado que as recordações das práticas educativas parentais (Gould, 1980; Payne, Kravitz, Notman, & Anderson, 1976; Speckhard, & Rue, 1992) influenciam a percepção de auto-eficácia e de apoio social da mulher e, conseqüentemente, a sua adaptação no período pós-IVG (Cozzarelli et al., 1998).

De forma consistente com esta linha de raciocínio, a investigação mostrou que as mulheres que relatam memórias de rejeição parental (particularmente por parte da mãe) evidenciam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica e reactividade emocional negativa no período pós-IVG (Cozzarelli et al., 1998; Payne et al., 1976). Contrastadamente, as mulheres que recordam as figuras parentais como provedoras de suporte emocional ou como sobreprotectoras tendem a apresentar melhor adaptação após a IVG (Coleman, Rue, & Spence, 2007; Cozzarelli et al., 1998).

Definida como o sentimento ou crença de não possuir aptidões ou recursos pessoais e sociais para lidar com as exigências criadas por uma situação (Vaz-Serra, 2000a), a vulnerabilidade ao *stress* não tem sido estudada, de uma forma explícita, no seio da literatura do domínio. Contudo, a investigação da área tem identificado algumas dimensões estáveis de personalidade definidoras de menor “resistência” mediante os acontecimentos indutores de *stress* (i.e., baixos níveis de auto-estima, optimismo e locus de controlo; sentimentos de alienação; neuroticismo) (Major et al., 2009, 2010). Estas características de personalidade tendem a conduzir a avaliações mais negativas do acontecimento indutor de *stress* e dos recursos pessoais disponíveis para lidar com o mesmo, traduzindo-se na mobilização de estratégias de *coping* menos adaptativas e, conseqüentemente, em níveis mais elevados de perturbação emocional (depressão, ansiedade, hostilidade e somatização) no período pós-IVG (Athanasiou, Opper, Michaelson, Unger, & Yager, 1973; Cozzarelli, 1993; Major et al., 1998; Rizzardo, Magni, Desideri, Consentino, & Salmaso, 1992). Embora não exista uma correspondência conceptual perfeita, estas dimensões estáveis de personalidade parecem, em certa medida, espelhar parte do perfil do indivíduo vulnerável ao *stress*, descritas por Vaz Serra (2000a).

Por fim, as estratégias de *coping*, mobilizadas pelas mulheres no período pós-IVG, têm sido descritas como determinantes proximais do ajustamento pós-IVG (Major et al., 1998). Com efeito, as mulheres que recorrem preferencialmente a estratégias de evitamento e negação ou à ventilação emocional tendem a apresentar níveis mais elevados de ansiedade e depressão após a IVG; por sua vez, as mulheres que lidam com as emoções despoletadas pela IVG, com recurso as estratégias de confronto activo, aceitação e reenquadramento positivo ou de procura de apoio instrumental ou emocional apresentam maior bem-estar e satisfação, bem como níveis mais diminutos de perturbação emocional, no período pós-IVG (Cohen, & Roth, 1984; Dagg, 1991; Major et al., 1998). Embora relativamente infrequente entre as mulheres que enveredam por esta resolução reprodutiva, Major et al. evidenciaram que o *coping* religioso parece associar-se a reduzida satisfação com a decisão de interrupção, embora não sejam notórias diferenças significativas ao nível do ajustamento psicológico.

A presente investigação teve como principal objectivo o estudo da relação entre os estilos educativos parentais na infância e na adolescência, a vulnerabilidade ao *stress*, os estilos de *coping* pós-IVG e a adaptação da mulher. A adaptação da mulher em ambos os momentos de avaliação foi operacionalizada em relação a dois eixos: a reactividade emocional e a sintomatologia psicopatológica.

De forma mais específica, investigámos a relação entre: (1) a recordação de práticas educativas de suporte emocional, rejeição e sobreprotecção por parte do pai e da mãe e a adaptação da mulher, no período decisório e após a IVG; (2) a vulnerabilidade ao *stress* e a adaptação da mulher, no período decisório e após a IVG; (3) os estilos de *coping* (i.e. estratégias de procura de suporte emocional, procura de suporte instrumental, ventilação emocional, negação, distração mental, aceitação, reenquadramento positivo, *coping* religioso) avaliados no período pós-IVG e a adaptação da mulher após a IVG.

Deste modo e tendo em conta a revisão apresentada, hipotetizamos que as mulheres que percebem maior rejeição na infância e na adolescência (particularmente por parte da figura materna) e que se autodescrevem como mais vulneráveis ao *stress*, tenderão a apresentarem níveis aumentados de reactividade emocional negativa e psicopatologia, no momento da decisão e após esta experiência reprodutiva. Por outro lado, esperamos que as mulheres que percebem maior suporte emocional na infância e na adolescência (particularmente por parte da mãe) e que se autodescrevem como menos vulneráveis ao *stress*, tenderão a experimentar níveis mais baixos de reactividade emocional negativa e psicopatologia, no momento da decisão e após esta experiência reprodutiva. Hipotetizamos também que as mulheres que mobilizam estratégias de ventilação emocional e negação tenderão a experimentar níveis aumentados de reactividade emocional negativa e psicopatologia, após a IVG. Esperamos ainda que as mulheres que mobilizam estratégias de aceitação e reenquadramento positivo ou procura de suporte emocional e instrumental tenderão a experimentar níveis mais baixos de reactividade emocional negativa e psicopatologia, após a IVG.

## MÉTODO

*Participantes*

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

## Quadro 1

*Dados sócio-demográficos da amostra*

		Frequência	%
Idade	< 20	7	13.2
	20-24	10	18.9
	25-29	23	43.4
	30-34	8	15.1
	> 35	5	9.5
Habilitações literárias*	Ensino básico	17	32.1
	Ensino secundário	22	41.5
	Ensino superior	13	24.5
Estado civil	Solteira	29	54.7
	Casada/União de facto	16	30.2
	Separada/Divorciada	8	15.1
Nível sócio-económico*	Baixo	28	52.8
	Médio	25	47.2
	Elevado	0	0
Situação profissional	Com actividade profissional	31	54.7
	Desempregada	8	15.1
	Estudante	13	24.5
	Sem actividade profissional/Doméstica	1	1.9
Residência	Área predominantemente urbana	38	71.7
	Área maioritariamente urbana	6	11.3
	Área predominantemente rural	9	17.0
Distrito de residência	Coimbra	44	83.0
	Aveiro	7	13.2
	Viseu	2	3.8

\* N < 53 – revela dados em falta

105 mulheres foram recrutadas consecutivamente para colaborar no presente estudo, tendo-lhes sido feito um pedido de colaboração voluntária. Destas, 53 (taxa de não resposta de 49.5%) acederam participar no estudo no primeiro momento de avaliação. Das 53 mulheres que acederam colaborar no momento da decisão, 21 (39.6%) também concordaram participar no período pós-IVG.

As idades das participantes oscilavam entre os 17 e os 43 anos ( $M = 26.68$ ,  $DP = 5.57$ ), observando-se uma preponderância de mulheres (43.4%) com idade com-

preendida entre os 25 e os 29 anos ( $n = 23$ ). Relativamente ao estado civil, 54.7% eram solteiras ( $n = 29$ ), 30.2% eram casadas/unidas de facto ( $n = 16$ ) e 15.1% eram separadas/divorciadas ( $n = 8$ ). A maioria das participantes (71.7%) residia numa área predominantemente urbana ( $n = 38$ ) e no distrito de Coimbra (83.0%;  $n = 44$ ). No que diz respeito às habilitações literárias, 41.5% apresentava um nível de escolaridade equivalente ao ensino secundário ( $n = 22$ ), 32.1% ao ensino básico ( $n = 13$ ), 24.5% ao ensino superior ( $n = 8$ ). Relativamente à situação profissional, mais de metade das participantes (54.7%) estava envolvida numa actividade profissional ( $n = 31$ ), sendo que das restantes 24.5% eram estudantes ( $n = 13$ ), 15.1% estavam desempregadas ( $n = 8$ ) e 1.9% não tinha actividade profissional ( $n = 1$ ). De acordo com a categorização de Simões (1994), cerca de metade das participantes (51.9%) apresentava um nível sócio-económico baixo ( $n = 28$ ), sendo que as restantes participantes (47.2%) auferiam um nível sócio-económico médio ( $n = 25$ ).

### Material

No primeiro momento de avaliação, para efeitos de caracterização amostral, incluímos uma ficha de dados sócio-demográficos e clínico. Recorremos igualmente ao EMBU – Memórias da Infância para avaliar as memórias das práticas educativas parentais ocorridas durante a infância e a adolescência. De facto, além de ser um dos questionários mais referidos na literatura para avaliar esta variável, as dimensões por ele contempladas (suporte emocional, rejeição e sobreprotecção) de forma separada para o pai e para a mãe são também aquelas que têm merecido a atenção dos investigadores que se têm debruçado sobre a relação entre a recordação dos estilos educativos parentais e a adaptação à IVG. Para avaliar a vulnerabilidade ao *stress*, incluímos o 23 QVS, uma vez que este instrumento de avaliação proporciona uma medida global sumária da vulnerabilidade ao *stress* de um indivíduo. Além disso, as diferentes subescalas do 23QVS avaliam um conjunto de dimensões (e.g. percepção de controlo, tolerância à frustração, auto-afirmação, perfeccionismo, emocionalidade, etc.) que tendem a corresponder às dimensões de personalidade definidoras de maior ou menor resistência ao *stress* (e.g. auto-estima, optimismo e locus de controlo, etc.) apontadas na literatura.

No segundo momento de avaliação, recorreremos a uma versão do COPE Inventory, especificamente adaptada à experiência de IVG, de modo a contemplar os estilos de *coping* mais comumente identificados (i.e. procura de apoio emocional, procura de apoio instrumental, ventilação emocional, negação, distração mental, aceitação, reenquadramento positivo, *coping* religioso) entre esta população clínica, no período pós-IVG.

Em ambos os momentos de avaliação, para avaliação da adaptação das participantes, recorreremos à Escala de Avaliação das Emoções – Emotional Assessment Scale e ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos – Brief Symptom. Com efeito, a decisão e experiência de IVG têm sido conceptualizadas como acontecimentos indutores de *stress*, susceptíveis de gerar uma vasta constelação de manifestações de reactivi-

dade emocional positiva e negativa, com expressão ao nível da sintomatologia psicopatológica.

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

- Ficha de dados sócio-demográficos e clínicos: é uma ficha informativa constituída por um conjunto de itens singulares, destinados a avaliar: (1) as características sócio-demográficas da mulher (idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional); (2) a história médica da mulher (problemas médicos/psicológicos anteriores, acompanhamento psicológico/psiquiátrico prévio); (3) o percurso reprodutivo da mulher (número de gestações/filhos anteriores; idade da menarca; idade de início da vida sexual activa; número de companheiros sexuais até ao momento; problemas/complicações ginecológicos/obstétricos anteriores; contraceção prévia; história de IVG anteriores).

- EMBU – Memórias da infância (Perris, Jacobsson, Lindstrom, Von Knorring, & Perris; 1984; Versão Portuguesa: Canavarro, 1996): é uma escala de auto-resposta que pretende avaliar a percepção dos adultos acerca das práticas educativas parentais (sobrep Protecção, rejeição, suporte emocional) na infância e adolescência, em relação ao pai e à mãe separadamente. Para cada um dos 23 itens que compõem a escala, o sujeito deve posicionar-se numa escala de tipo Lickert (desde “não, nunca” a “sim, a maior parte do tempo”), assinalando a opção que mais se adequa ao seu caso. A versão portuguesa da escala (Canavarro, 1996) apresenta, no seu conjunto, níveis adequados de consistência interna, embora os valores de alpha se encontrem ligeiramente abaixo do indicado, quer para o total dos itens (.54 para o pai e .66 para a mãe), quer para os itens considerados individualmente (entre .50 e .56 para o pai e entre .64 e .69 para a mãe). Foram igualmente encontrados dados abonatórios de boa estabilidade temporal e validade de constructo.

- 23 QVS (Vaz Serra, 2000): é um instrumento de auto-avaliação constituído por 23 itens, que se destina a avaliar a vulnerabilidade que um determinado indivíduo tem ao stress, de forma global e em função de sete dimensões (perfeccionismo e intolerância à frustração; inibição e dependência funcional; carência de apoio social; condições de vida adversas; dramatização da experiência; subjugação; deprivação de afecto e rejeição). Para cada um dos itens, o sujeito deve posicionar-se numa escala de Lickert (desde “concordo em absoluto” a “discordo em absoluto”), assinalando a opção que mais se aproxima da sua maneira de ser habitual. Os estudos psicométricos da escala (Vaz Serra, 2000b) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna, com um valor de alpha para todos os itens de .82 e um coeficiente de teste-reteste de .82. Foram igualmente encontrados dados abonatórios da validade de constructo e da validade discriminativa do instrumento.

- COPE Inventory adaptado à experiência de IVG (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Versão Adaptada: Major et al., 1998; Tradução: Carvalho & Maia, 2007): É um questionário de auto-resposta, constituído por 33 itens, adaptado do original de Carver et al. (1989), para a experiência de IVG. Avalia as estratégias de *coping* dos indivíduos no período pós-IVG, de acordo com oito subescalas (procura

de apoio emocional, procura de apoio instrumental, ventilação emocional, negação, distração mental, aceitação, reenquadramento positivo, *coping* religioso) e um item referente ao abuso de substâncias, organizados em função de cinco dimensões (procura de apoio, ventilação, evitamento/negação, aceitação/reenquadramento e *coping* religioso). Os respondentes devem indicar a forma como cada um dos 33 comportamentos descritos os tem ajudado a lidar com a IVG, numa escala de tipo Lickert (desde “definitivamente eu não fiz isto” a “fiz isto muitas vezes”). As características psicométricas da versão original e da versão portuguesa da escala adaptada à experiência de IVG não foram explicitadas pelos respectivos autores.

- Escala de Avaliação das Emoções [EAS; Emotional Assessment Scale] (Carlson et al., 1989; Versão Portuguesa: Moura-Ramos, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2005): É uma escala de auto-resposta que tem como principal objectivo medir a reactividade emocional, sendo especialmente útil na medida de níveis momentâneos e de mudança de emoções. Esta escala é constituída por 24 itens que correspondem a descrições de emoções consideradas 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. A versão portuguesa apresenta boas características psicométricas (Moura-Ramos, 2006), sendo sensível a variações na reactividade emocional em populações não clínicas. A análise factorial evidenciou sete dimensões principais, relacionadas com sete emoções fundamentais (ansiedade, felicidade, medo, culpa, cólera, surpresa e tristeza), com valores de alpha entre os .73 (cólera) e os .88 (felicidade), abonatórios de boa consistência interna. A escala revelou igualmente boa validade de constructo.

- Inventário de Sintomas Psicopatológicos [BSI; Brief Symptom Inventory] (Derogatis, 1993; Versão Portuguesa: Canavarro, 1999): 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. A avaliação da sintomatologia psicopatológica, através deste inventário, restringe-se a um período temporal específico, devendo o sujeito assinalar “a forma como aquele problema o afectou nos últimos sete dias”, numa escala de tipo Lickert, cujas alternativas se dividem entre os extremos “Nunca” (0) e “Muitíssimas vezes” (4). Os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alpha entre .62 (psicoticismo) e .80 (somatização) e coeficientes de teste-reteste entre .63 (ideação paranóide) e .81 (depressão). Foram igualmente encontrados dados abonatórios da validade de constructo e da validade discriminativa do instrumento.



*Procedimentos*

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Previamente à recolha de dados foi pedida a colaboração voluntária no estudo, sendo explicado às participantes a natureza e os objectivos do estudo, garantida a confidencialidade e anonimato das respostas e assinado o consentimento informado.

Procedemos à recolha de dados em dois momentos de avaliação distintos: o primeiro, no momento da decisão de IVG, coincidente com a primeira Consulta de Aconselhamento Reprodutivo; o segundo, duas a quatro semanas após a experiência de IVG, na terceira Consulta de Aconselhamento Reprodutivo.

Tendo em conta as contingências da lei em vigor, o acesso às utentes foi feito indirectamente, com a colaboração das funcionárias da secretaria da Maternidade Doutor Daniel de Matos e dos médicos obstetras que constituem a equipa da Consulta de Aconselhamento Reprodutivo deste estabelecimento de saúde. Assim, a recolha de dados foi realizada através da entrega dos protocolos correspondentes, em envelope fechado, por parte das funcionárias da secretaria, a todas as utentes que procuravam este serviço de saúde. A entrega dos protocolos preenchidos pelas participantes era feita no gabinete médico no final da consulta, ou por correio, num envelope selado e endereçado para o efeito, caso não tivessem concluído o seu preenchimento durante a consulta.

*Tratamento estatístico dos dados*

Numa primeira fase, para a caracterização sócio-demográfica da amostra e dos diferentes grupos que a compõem recorremos à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão). Com o objectivo de averiguar a associação entre as variáveis em estudo, que são de natureza contínua, calculámos coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman (quando as variáveis em análise não seguem uma distribuição normal), considerando um nível de significação igual ou inferior a 0.05. Para o tratamento estatístico e análise dos resultados, utilizámos a versão 15.0 do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science).

## RESULTADOS

*Estilos educativos parentais na infância e na adolescência e adaptação da mulher no momento da decisão e após a IVG*

No momento da decisão de IVG, verificámos correlações positivas entre a sobreprotecção materna e com as dimensões de culpa, medo, ansiedade, cólera e surpresa da reactividade emocional. Ao nível da sintomatologia psicopatológica,

observámos uma associação positiva entre a rejeição paterna e a ideação paranóide, enquanto o suporte emocional paterno revelou correlacionar-se negativamente com a mesma dimensão de sintomatologia psicopatológica (cf. Quadro 2).

## Quadro 2

*Associação entre os estilos educativos parentais na infância e na adolescência e o ajustamento psicológico, no momento da decisão*

EAS	Figura materna (n = 46)			Figura paterna (n = 45)		
	Sup emoc <sup>a</sup>	Rej <sup>b</sup>	Sobreprot <sup>c</sup>	Sup emoc <sup>a</sup>	Rej <sup>b</sup>	Sobreprot <sup>c</sup>
Medo	-0.01	0.12	0.35*	0.13	0.07	0.28
Felicidade	0.05	-0.04	0.15	0.08	-0.08	0.19
Ansiedade	-0.26	0.16	0.33*	-0.10	0.06	0.25
Culpa	-0.01	0.05	0.43**	0.13	0.01	0.24
Cólera	0.08	0.04	0.33*	0.18	-0.14	0.19
Surpresa	-0.21	0.08	0.30*	-0.21	-0.01	0.16
Tristeza	0.09	0.04	0.11	0.20	-0.04	0.00

  

BSI	Figura materna (n = 52)			Figura paterna (n = 49)		
	Sup emoc <sup>a</sup>	Rej <sup>b</sup>	Sobreprot <sup>c</sup>	Sup emoc <sup>a</sup>	Rej <sup>b</sup>	Sobreprot <sup>c</sup>
Somatização	-0.23	-0.02	0.14	-0.27	0.07	-0.12
Obs.comp <sup>d</sup>	-0.06	0.01	0.14	-0.08	-0.05	-0.18
Sens.interp <sup>e</sup>	-0.11	0.15	0.21	-0.12	0.13	0.08
Depressão	-0.15	0.13	0.00	-0.02	-0.03	0.06
Ansiedade	0.05	0.10	0.04	0.10	0.03	-0.15
Hostilidade	-0.08	0.07	-0.06	-0.11	-0.04	-0.16
Ans. fóbica <sup>f</sup>	-0.16	0.12	0.12	-0.23	0.06	0.09
Id. paran. <sup>g</sup>	-0.31*	0.31*	-0.01	-0.25	-0.08	-0.12
Psicoticismo	-0.09	0.05	-0.05	-0.04	0.03	-0.06
IGS <sup>h</sup>	-0.15	0.10	0.00	-0.13	0.17	-0.05
TSP <sup>i</sup>	-0.12	0.21	0.08	-0.09	0.17	-0.02
ISP <sup>j</sup>	-0.08	-0.10	-0.15	-0.06	-0.17	-0.11

<sup>a</sup> Sup emoc é a abreviatura de suporte emocional. <sup>b</sup> Rej é a abreviatura de rejeição. <sup>c</sup> Sobreprot é a abreviatura de sobreprotecção. <sup>d</sup> Obs. comp é a abreviatura de obsessões-compulsões. <sup>e</sup> Sens.interp é a abreviatura de sensibilidade interpessoal. <sup>f</sup> Ans.fóbica é a abreviatura de ansiedade fóbica. <sup>g</sup> Id. paran. é a abreviatura de ideação paranóide. <sup>h</sup> IGS é a abreviatura de índice geral de sintomas. <sup>i</sup> TSP é a abreviatura de total de sintomas positivos. <sup>j</sup> ISP é a abreviatura de índice de sintomas positivos.

*Correlações de Spearman* \*p < .05 \*\*p < .01

No período pós-IVG, destacaram-se os estilos educativos maternos, particularmente a sobreprotecção, que revelou associar-se positivamente com as dimensões de ansiedade, surpresa, culpa e medo da reactividade emocional. Do mesmo modo, a rejeição materna evidenciou correlações positivas com as dimensões de ideação paranóide, psicoticismo e sensibilidade interpessoal da sintomatologia psicopatológica,

enquanto o suporte emocional materno revelou associações negativas com as mesmas dimensões de sintomatologia psicopatológica.

No que respeita aos estilos educativos paternos, a rejeição revelou associações positivas com alguns indicadores de reactividade emocional negativa (tristeza e ansiedade) e associações negativas com a dimensão de felicidade da reactividade emocional. Do mesmo modo, a sobreprotecção paterna evidenciou correlações positivas com as dimensões de ansiedade da reactividade emocional e da sintomatologia psicopatológica (cf. Quadro 3).

### Quadro 3

*Associação entre os estilos educativos parentais na infância e na adolescência e o ajustamento psicológico, no período pós-IVG*

EAS	Figura materna (n = 20)			Figura paterna (n = 18)		
	Sup emoc <sup>a</sup>	Rej <sup>b</sup>	Sobreprot <sup>c</sup>	Sup emoc <sup>a</sup>	Rej <sup>b</sup>	Sobreprot <sup>c</sup>
Medo	-0.30	0.22	0.47*	-0.28	0.43	0.47
Felicidade	0.43	-0.12	0.15	0.17	-0.53*	-0.19
Ansiedade	-0.41	0.39	0.63**	-0.36	0.51*	0.53*
Culpa	-0.24	0.22	0.47*	-0.24	0.26	0.27
Cólera	-0.42	0.18	0.34	-0.35	0.39	0.34
Surpresa	-0.26	0.19	0.49*	-0.06	0.13	0.17
Tristeza	-0.30	0.09	0.17	-0.22	0.52*	0.35

  

BSI	Figura materna (n = 21)			Figura paterna (n = 18)		
	Sup emoc <sup>a</sup>	Rej <sup>b</sup>	Sobreprot <sup>c</sup>	Sup emoc <sup>a</sup>	Rej <sup>b</sup>	Sobreprot <sup>c</sup>
Somatização	-0.15	-0.17	0.41	-0.42	0.44	0.30
Obs. compd	-0.37	0.38	0.28	-0.11	0.22	0.22
Sens. interpe	-0.51*	0.44*	0.31	-0.37	0.35	0.29
Depressão	-0.50*	0.27	0.09	-0.30	0.17	0.14
Ansiedade	-0.15	0.14	0.39	-0.04	0.27	0.48*
Hostilidade	-0.29	0.38	-0.34	-0.40	0.37	0.35
Ans. fóbicaf	-0.26	0.06	0.38	-0.23	0.32	0.43
Id. parang	-0.48*	0.51*	0.18	-0.26	0.34	0.18
Psicoticismo	-0.50*	0.45*	0.32	-0.37	0.40	0.34
IGSh	-0.38	0.38	0.38	-0.32	0.40	0.34
TSPi	-0.43	0.42	0.41	-0.23	0.34	0.34
ISPj	-0.22	0.18	0.26	-0.41	0.38	0.31

<sup>a</sup> Sup emoc é a abreviatura de suporte emocional. <sup>b</sup> Rej é a abreviatura de rejeição. <sup>c</sup> Sobreprot é a abreviatura de sobreprotecção. <sup>d</sup> Obs. comp é a abreviatura de obsessões-compulsões. <sup>e</sup> Sens.interpe é a abreviatura de sensibilidade interpessoal. <sup>f</sup> Ans.fóbica é a abreviatura de ansiedade fóbica. <sup>g</sup> Id. paran. é a abreviatura de ideação paranóide. <sup>h</sup> IGS é a abreviatura de índice geral de sintomas. <sup>i</sup> TSP é a abreviatura de total de sintomas positivos. <sup>j</sup>ISP é a abreviatura de índice de sintomas positivos.

*Correlações de Spearman* \*p < .05 \*\*p < .01

*Vulnerabilidade ao stress e adaptação da mulher no momento da decisão e após a IVG*

No momento da decisão de IVG, não observámos associações significativas entre a vulnerabilidade ao *stress* e a reactividade emocional. No que diz respeito à sintomatologia psicopatológica, verificámos correlações positivas entre a vulnerabilidade ao *stress* e o índice geral de sintomas e total de sintomas positivos, bem como com todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica, à excepção da ansiedade (cf. Quadro 4).

Quadro 4

*Associação entre a vulnerabilidade ao stress e o ajustamento psicológico, no momento da decisão e no período pós-IVG*

Vulnerabilidade ao <i>stress</i>		
Reactividade emocional (EAS)	Momento da decisão (N =47)	Período pós-IVG (N = 20)
Medo	0.18	0.05
Felicidade	-0.09	-0.21
Ansiedade	0.27	0.26
Culpa	0.16	0.12
Cólera	0.09	0.05
Surpresa	0.27	0.23
Tristeza	0.03	0.13
Sintomatologia psicopatológica (BSI)	Momento da decisão (N = 53)	Período pós-IVG (N = 21)
Somatização 0.33*	0.18	
Obsessões-compulsões	0.39**	0.30
Sensibilidade interpessoal	0.54**	0.44*
Depressão	0.50**	0.36
Ansiedade	0.23	0.36
Hostilidade	0.30*	0.08
Ansiedade fóbica	0.50**	0.15
Ideação paranóide	0.58**	0.49*
Psicoticismo	0.49**	0.37
Índice Geral de Sintomas	0.52**	0.33
Total de Sintomas Positivos	0.60**	0.39
Índice de Sintomas Positivos	0.11	0.20

*Correlações de Pearson e de Spearman \*p < .05 \*\*p < .01*

No período pós-IVG, não observámos associações significativas entre as dimensões da reactividade emocional e a vulnerabilidade ao *stress*. No que diz respeito à sintomatologia psicopatológica, verificámos associações positivas entre a vulnerabilidade ao *stress* e as dimensões de sensibilidade interpessoal e ideação paranóide (cf. Quadro 4).

*Estratégias de coping e adaptação da mulher à IVG*

No período pós-IVG, destacaram-se as estratégias de *coping* religioso e de ventilação emocional que revelaram associações positivas com várias dimensões de reactividade emocional negativa (ansiedade, cólera, culpa medo). Ao nível da sintomatologia psicopatológica, observámos correlações positivas entre o *coping* religioso e o índice geral de sintomas, o total de sintomas positivos e as dimensões de ansiedade fóbica, psicoticismo e ideação paranóide, enquanto a ventilação emocional revelou associar-se positivamente com o índice geral de sintomas e a dimensão de hostilidade (cf. Quadro 5).

## Quadro 5

*Associação entre as estratégias de coping e o ajustamento psicológico pós-IVG*

EAS (N = 20)	Sup emoc <sup>a</sup>	Sup instr <sup>b</sup>	Vent <sup>c</sup>	Neg <sup>d</sup>	Dist <sup>e</sup>	Aceit <sup>f</sup>	Reenq <sup>g</sup>	Rel <sup>h</sup>
Medo	0.08	0.30	0.46*	0.41	0.28	-0.30	-0.60	0.84**
Felicidade	0.29	0.17	0.06	-0.06	-0.10	0.08	0.22	-0.04
Ansiedade	0.22	0.35	0.69**	0.50*	0.31	-0.36	-0.15	0.76**
Culpa	0.36	0.56*	0.53**	0.56*	0.42	-0.29	-0.08	0.73**
Cólera	0.13	0.30	0.62**	0.47*	0.43	-0.23	-0.27	0.80**
Surpresa	0.44	0.43	0.53*	0.50*	0.41	-0.17	0.11	0.41
Tristeza	0.00	0.22	0.48	0.21	0.24	-0.37	-0.30	0.62*
BSI (N = 21)	Sup emoc <sup>a</sup>	Sup instr <sup>b</sup>	Vent <sup>c</sup>	Neg <sup>d</sup>	Dist <sup>e</sup>	Aceit <sup>f</sup>	Reenq <sup>g</sup>	Rel <sup>h</sup>
Somatiz. <sup>i</sup>	0.14	0.33	0.37	0.21	0.04	-0.34	-0.27	0.30
Obs.comp. <sup>j</sup>	0.14	0.26	0.18	0.54*	0.43	-0.24	-0.07	0.34
Sens.interp. <sup>k</sup>	0.05	0.16	0.42	0.32	0.11	-0.26	-0.16	0.37
Depressão	-0.05	0.03	0.28	0.28	0.26	-0.23	-0.16	0.37
Ansiedade	-0.04	0.22	0.23	0.24	0.17	-0.35	-0.42	0.41
Hostilidade	0.24	0.17	0.57**	0.38	0.38	0.00	-0.05	0.21
Ans.fóbica <sup>l</sup>	-0.03	0.22	0.19	0.18	0.17	-0.38	-0.36	0.62**
Id. paran <sup>m</sup>	-0.02	0.20	0.33	0.36	0.03	-0.29	-0.02	0.37
Psicotic. <sup>n</sup>	-0.08	0.05	0.39	0.51*	0.25	-0.25	-0.24	0.48*
IGS <sup>o</sup>	0.09	0.26	0.44*	0.37	0.22	-0.31	-0.24	0.49*
TSP <sup>p</sup>	0.01	0.29	0.36	0.39	0.14	-0.37	-0.24	0.62**
ISP <sup>q</sup>	0.08	0.11	0.33	0.17	0.26	-0.18	-0.23	0.17

<sup>a</sup> Sup emoc é a abreviatura de procura de suporte emocional. <sup>b</sup> Sup instr é a abreviatura de procura de suporte instrumental. <sup>c</sup> Vent é a abreviatura de ventilação emocional. <sup>d</sup> Neg é a abreviatura de negação. <sup>e</sup> Dist é a abreviatura de distração mental. <sup>f</sup> Aceit é a abreviatura de aceitação. <sup>g</sup> Reenq é a abreviatura de reenquadramento positivo. <sup>h</sup> Rel é a abreviatura de coping religioso. <sup>i</sup> Somatiz. é a abreviatura de somatização. <sup>j</sup> Obs. comp é a abreviatura de obsessões-compulsões. <sup>k</sup> Sens.interp é a abreviatura de sensibilidade interpessoal. <sup>l</sup> Ans.fóbica é a abreviatura de ansiedade fóbica. <sup>m</sup> Id. paran. é a abreviatura de ideação paranóide. <sup>n</sup> IGS é a abreviatura de índice geral de sintomas. <sup>o</sup> TSP é a abreviatura de total de sintomas positivos. <sup>p</sup> ISP é a abreviatura de índice de sintomas positivos.

Correlações de Spearman \*p < .05 \*\*p < .01

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que existem factores psicológicos que podem condicionar a forma como as mulheres lidam com a decisão e experiência de IVG e, conseqüentemente, a sua adaptação a esta experiência. Mais especificamente, a recordação de práticas educativas maternas de rejeição e sobreprotecção, a vulnerabilidade ao *stress* e o recurso ao *coping* religioso, à ventilação emocional e à negação estão associados a uma pior adaptação à IVG, quer durante o período da decisão, quer após a IVG.

Ao nível da recordação de práticas educativas parentais, os resultados apresentados corroboram apenas parcialmente as hipóteses de investigação estabelecidas. Com efeito, verificámos que as mulheres que recordam práticas de rejeição materna apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica ao nível interpessoal (ideação paranóide, sensibilidade interpessoal e psicoticismo), particularmente no período pós-IVG. As associações negativas verificadas entre o suporte emocional materno e os mesmos indicadores de psicopatologia parecem reforçar a ideia de que as práticas educativas parentais poderão ser factor protector (quando são suportivas) ou de risco acrescido (quando se caracterizam pela rejeição) para a adaptação das mulheres após a IVG, não parecendo, no entanto, influenciar o momento da decisão.

Contudo, observámos também que as mulheres que relatam memórias de sobreprotecção materna (i.e. com memórias de contacto excessivo e intrusividade por parte da figura materna na infância e na adolescência; Canavarro, 1996) tendem a experimentar maior reactividade emocional negativa, quer no período decisório, quer no período pós-IVG. Sugerimos que, ao condicionar a aquisição/promoção da autonomia (Canavarro, 1996), a sobreprotecção materna pode contribuir para que a mulher se percepcione como mais dependente dos outros e como provida de menos recursos pessoais para lidar autonomamente com os acontecimentos indutores de *stress*, associando-se, por isso, a maior reactividade emocional negativa perante a decisão e experiência de IVG. Do mesmo modo, estas mulheres podem experimentar maior dificuldade no processo gradual de integração do significado da decisão de IVG nos esquemas cognitivos pré-existentes (Horowitz, 1986), experienciando maior reactividade emocional negativa, no confronto imediato com este acontecimento indutor de *stress*.

No entanto, ressalvamos a necessidade de análises mais específicas da relação entre estas variáveis, para confirmar esta associação e possibilitar o estabelecimento de um nexo de causalidade entre elas. Do mesmo modo, convém realçar que os estilos educativos parentais são avaliados retrospectivamente, estando sujeitos a enviesamentos da memória, e as reacções parentais a esta decisão reprodutiva podem ter uma influência sobre essa avaliação. Desta forma estes resultados devem ser analisados com a devida reserva.

A vulnerabilidade ao *stress* tem sido comumente associada a níveis acrescidos de sintomatologia psicopatológica (Vaz-Serra, 2000b), pelo que os resultados obtidos eram altamente expectáveis tendo em conta a situação vivenciada por este grupo

de mulheres, corroborando a hipótese de investigação estabelecida. Embora não seja possível estabelecer nexos de causalidade, a vulnerabilidade ao *stress* mostrou ser especialmente importante no momento da decisão, estando associada a diferentes formas de sintomatologia psicopatológica, o que sugere que este momento poderá ser especialmente exigente. No período pós-IVG, as associações mais fortes verificaram-se em relação às dimensões de ideação paranóide e sensibilidade interpessoal, sugerindo uma reacção a um ambiente social e cultural adverso (e.g. receio de estigma/condenação social) que circunda esta decisão reprodutiva (Major & Gramzow, 1999), numa fase ainda muito próxima à alteração da legislação que enquadra a IVG por opção da mulher em Portugal, que se revelou polémica e geradora de opiniões marcadamente divergentes.

Relativamente às estratégias de *coping*, o recurso à negação e à ventilação emocional associaram-se a pior ajustamento psicológico no período pós-IVG, corroborando a hipótese de investigação estabelecida. Todavia, o *coping* religioso revelou ser a estratégia de *coping* com associações mais fortes com indicadores de reactividade emocional negativa e de sintomatologia psicopatológica. Embora contrastem com a investigação existente ao nível das formas de lidar (Major et al., 1998), estes resultados parecem reforçar a relevância da religiosidade ao nível do ajustamento psicológico pós-IVG destacada pelos autores da área (Adler, 1975; Congleton, & Calhoun, 1993; Osofsky, & Osofsky, 1972; Payne et al., 1976). Todavia, ressaltamos a necessidade de análises mais específicas da relação entre estas variáveis, para confirmar esta associação e possibilitar o estabelecimento de umnexo de causalidade entre elas.

Apesar dos resultados apresentados destacarem as estratégias de *coping* desadaptativas, nenhuma forma de lidar revelou associar-se com indicadores de melhor ajustamento psicológico. De facto, embora tenhamos observado associações negativas entre os índices de reactividade emocional negativa e psicopatologia e as estratégias de *coping* de aceitação e reenquadramento positivo, estas correlações não atingiram significância estatística na nossa amostra. Apesar de reflectirem formas de processamento cognitivo e emocional facilitadoras do ajustamento à experiência de IVG (Major et al., 1998), a aceitação e o reenquadramento positivo implicam um processo de integração gradual dos significados desta experiência reprodutiva nas grelhas anteriores de leitura da realidade da mulher (Horowitz, 1986). Sugerimos assim que as variáveis temporais (i.e. tempo decorrido desde a IVG) podem influenciar a observação dos efeitos salutares destas estratégias de *coping*, ao nível do ajustamento psicológico. Nesse sentido, os efeitos benéficos destas estratégias de *coping* poderão apenas ser visíveis a médio e longo prazo.

Sendo pioneiro no nosso país, este estudo não se encontra isento de limitações, que implicam alguns cuidados na interpretação dos resultados apresentados.

Das utentes que procuraram este serviço de saúde no período referenciado, apenas cerca de metade (50.5%) aceitou colaborar no nosso estudo. Do mesmo modo, verificámos uma elevada taxa de atrito experimental (60.4%) no segundo momento de avaliação. Além de condicionar o tamanho do subgrupo ( $n < 30$ ) considerado no segundo momento de avaliação, esta elevada taxa de atrito experi-

mental limitou as análises estatísticas passíveis de serem realizadas e pode ter influenciado os resultados obtidos. No entanto, não observámos diferenças significativas entre as respondentes que colaboraram em ambos os momentos de avaliação e as que participaram apenas no primeiro momento de avaliação, ao nível das características sócio-demográficas e do ajustamento psicológico no momento da decisão. Desta forma, os resultados referentes ao período pós-IVG parecem-nos válidos e representativos do grupo de mulheres que opta pela IVG, neste estabelecimento de saúde.

Por outro lado, a recolha da amostra restringiu-se às utentes de um único estabelecimento de saúde nacional, na sua maioria oriundas do distrito de Coimbra, o que compromete a generalizabilidade dos resultados, a nível nacional.

Por último, embora a natureza prospectiva do estudo tenha permitido investigar o papel das variáveis em estudo em dois momentos distintos, o período temporal decorrido entre o primeiro e o segundo momento de avaliação não foi definido com base em critérios fixos e pré-definidos. Com efeito, a avaliação no período pós-IVG foi determinada em função da marcação da consulta médica de controlo (i.e. duas a quatro semanas após a IVG), 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 para a investigação e prática clínica. Embora os nossos resultados tendam a ser consistentes com a literatura da área, consideramos que estes dados necessitam de replicação em virtude dos constrangimentos resultantes do tamanho da nossa amostra. Assim, consideramos que as investigações futuras devem averiguar a influência directa e interactiva destas e outras variáveis psicológicas na adaptação à decisão e à experiência de IVG. Entre elas, destacamos a saúde mental prévia, o processo de tomada de decisão, os recursos de personalidade prévia (considerando as dimensões de auto-estima, locus de controlo e optimismo) e a auto-eficácia, destacada como moderadora das relações entre o apoio social, os recursos de personalidade, as estratégias de *coping* e o ajustamento psicológico no período pós-IVG (Major et al., 1998). De igual forma, consideramos que maior atenção deve ser dada pela investigação ao período decisório, de forma a otimizar e definir estratégias de intervenção dirigidas para este período que facilitem o processo de tomada de decisão.

Ao nível da prática clínica, as fortes associações entre a vulnerabilidade ao *stress* e a sintomatologia psicopatológica observadas não apenas no período pós-IVG, mas também no período decisório evidenciam a necessidade de conceptualizar o momento da decisão como um período exigente e, por isso, igualmente merecedor de atenção clínica. 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 responsáveis pelas Consultas de Aconselhamento Reprodutivo dos estabelecimentos de saúde nacionais e de as sensibilizar para as questões de saúde mental e da sua relevância no contexto específico da IVG.



A intervenção psicológica, no momento específico da decisão da IVG, o processo decisório deverá ser trabalhado através de estratégias adequadas (e.g. resolução de problemas), de forma a possibilitar que estas mulheres tomem decisões informadas e coerentes com o seu sistema de valores. Esta intervenção poder-se-á tornar especialmente pertinente nos casos em que os profissionais de saúde identifiquem factores que podem complicar a adaptação, neste momento específico (e.g. vulnerabilidade ao *stress* e recordação de práticas educativas parentais de sobreprotecção).

Consideramos que uma intervenção precoce no momento da decisão de IVG deverá contribuir para uma melhor adaptação no momento pós-IVG. Contudo, é também importante atender à recordação de práticas educativas parentais de rejeição materna e à utilização de estratégias de *coping* religioso, ventilação emocional e negação, como potenciais factores de risco para dificuldades de adaptação no período pós-IVG.

## REFERÊNCIAS

- Adler, N. E. (1975). Emotional responses following therapeutic abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 446-454.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion: A review. *American Psychologist*, 47(10), 1194-1204.
- Athanasίου, R., Opper, W., Michaelson, L., Unger, T., & Yager, M. (1973). Psychiatric sequelae to term birth and induced early and late abortion: A longitudinal study. *Family Planning Perspectives*, 5, 227-231.
- Canavarro, M.C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: Estudos psicométricos. *Psicologica*, 16, 5-18.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. Em M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Coords.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (II vol.). Braga: SHO-APPOR.
- Casey, P., Oates, M., Jones, I., & Cantwell, R. (2008). Invited commentaries on: Abortion and mental health disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 452-454.
- Cohen, L., & Roth, S. (1984). Coping with abortion. *Journal of Human Stress*, 10(3), 140-145.
- Coleman, P. K, Rue, V.M., & Spence, M. (2007). Intrapersonal processes and post-abortion relationship challenges: A review and consolidation of relevant literature. *The Internet Journal of Mental Health*, 2(4). Retrieved in May 31, 2009 from <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijmh/vol4n2/abortion.xml>
- Congleton, G. K., & Calhoun, L. G. (1993, August). *Post-abortion perceptions: A comparison of self-identified distressed and nondistressed population*. Paper presented at Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1224-1236.
- Cozzarelli, C., Sumer, N., & Major, B. (1998). Mental models attachment and coping with abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*. 74(2), 453-467.

- Dagg, P. K. B. (1991). The psychological sequelae of therapeutic abortion – denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 578-585.
- Direcção Geral de Saúde (2007). Interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher: Guia informativo. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Gould, N.B. (1980). Postabortion depressive reactions in college women. *Journal of American College Health Association*, 28, 316-320.
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2010). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico à decisão e experiência de interrupção. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 4(4), 176-184.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Aronson.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 9(6), 863-890.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M.A., Russo, N.F., & West, C. (2010). *Report of the APA task force on mental health and abortion*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Major, B., & Cozzarelli, C. (1992). Psychosocial predictors of adjustment to abortion. *Journal of Social Issues*, 48(3), 121-142.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., & Gramzow, R. H. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57(8), 777-784.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., & Mueller, P. (1990). Perceived social support, self-efficacy and adjustment to abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 59(3), 452-463.
- Major, B., & Gramzow, R. H. (1999). Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality & Social Psychology*, 77(4), 735-745.
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74(3), 735-752.
- Minden, S. L., & Notman, M. T. (1991). Psychotherapeutic issues related to abortion. In N. L. Stotland (Ed.), *Psychiatric aspects of abortion* (pp. 119-133). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Moura-Ramos, M. (2006). *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.
- Mueller, P., & Major, B. (1989). Self-blame, self-efficacy and adjustment to abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57(6), 1059-1068.
- Osofsky, J.D., & Osofsky, H.D. (1972). The psychological reaction of patients to legalized abortion. *Journal of American Orthopsiquiatry*, 42(1), 48-60.
- Payne E., Kravitz A., Notman M., & Anderson J. (1976). Outcome following therapeutic abortion. *Archives Genetic Psychiatry*, 33, 725-733.
- Rizzardo, R., Magni, G., Desideri, A., Consentino, M., & Salmaso, P. (1992). Personality and psychological distress before and after legal abortion: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 13(2), 75-91.

- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Speckhard, A., & Rue, V. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48(3), 95-119.
- Stotland, N. L. (2001). Psychiatric aspects of induced abortion. *Archives of Women's Mental Health*, 4, 27-31.
- Vaz-Serra, A. (2000a). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.
- Vaz-Serra, A. (2000b). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 279-308.