



# **V** SIMPÓSIO NACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA

## **Livro de Atas**

**VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia**

**Organizadores**

Anabela Pereira, Manuela Calheiros, Paula Vagos, Inês Direito, Sara Monteiro,  
Carlos Fernandes da Silva, & Ana Allen Gomes

Editor: Associação Portuguesa de Psicologia

ISBN: 978-989-96606-1-8

# Ambivalência em relação à utilização de amniocentese: Que efeitos tem no processo de tomada de decisão do casal?

Bárbara Nazaré<sup>1,2</sup>, Ana Fonseca<sup>1,2</sup>, & Maria Cristina Canavarro<sup>1,2</sup>

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

2. Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

**Resumo: Objetivo:** Avaliar a influência da ambivalência em relação à utilização de amniocentese no processo de tomada de decisão do casal. **Metodologia:** Cento e vinte e um casais preencheram uma ficha de dados sobre este processo de tomada de decisão (e.g., importância das vantagens e desvantagens da utilização de amniocentese), após a sua conclusão. **Resultados:** Não houve diferenças de género na ambivalência. Os utilizadores de amniocentese manifestaram menos ambivalência do que os não-utilizadores. Para as mulheres, a ambivalência foi um preditor negativo da confiança e da concordância do casal na decisão tomada; a ambivalência do parceiro foi um preditor negativo da confiança e da concordância do casal na decisão tomada e da avaliação do tempo para decidir como suficiente. Para os homens, a ambivalência da parceira foi um preditor negativo da confiança. **Discussão:** A ambivalência do casal pode tornar o processo de tomada de decisão mais exigente, pelo que o casal deve ser apoiado nesta etapa.

**Palavras-chave:** Ambivalência; amniocentese; casal; gravidez; processo de tomada de decisão.

## INTRODUÇÃO

A idade materna influencia a probabilidade de existência de anomalias cromossómicas no feto, que é superior entre grávidas mais velhas (Loane, Dolk, Morris, & EUROCAT Working Group, 2009). Para as mulheres com 35 anos, o risco de o bebé ter trissomia 21 – a anomalia cromossómica mais prevalente – é de 1/278, aumentando com o avançar da idade (Burton & Luciani, 2012). As grávidas com mais de 34 anos na data prevista para o parto são consideradas como tendo idade materna avançada (IMA; Mills & Lavender, 2011), o que constitui uma indicação para a realização de exames invasivos de diagnóstico pré-natal (DPN; e.g., amniocentese, o exame mais utilizado; Burton & Luciani, 2012). Este critério advém do facto de, a partir dos 35 anos, o risco de anomalia fetal ultrapassar o risco de aborto espontâneo (AE) associado à amniocentese, estipulado entre 1/300 e 1/200 (Burton & Luciani, 2012). A IMA caracteriza mais de 60% das mulheres que utilizaram exames invasivos de DPN em Portugal, em 2009 (Direcção-Geral da Saúde, 2010). A deteção de anomalias fetais no período pré-natal possibilita a interrupção médica da gravidez (IMG) que, ao abrigo da legislação portuguesa (lei 16/2007 de 17 de abril), é viável durante as primeiras 24 semanas de gestação (perante uma doença grave ou uma malformação congénita incurável do feto) ou durante toda a gravidez (caso o feto seja considerado inviável).

O risco de AE associado aos exames invasivos de DPN leva a que a sua utilização não seja considerada adequada para todas as mulheres, estando tipicamente reservada para o grupo com risco acrescido de anomalia fetal (Green & Statham, 2007). Esta perspetiva assenta no pressuposto de que um AE associado a exames invasivos de DPN e o nascimento de um bebé com trissomia 21 constituem, para as grávidas, dois resultados equiparáveis (Grobman, Dooley, Welshman, Pergament, & Calhoun, 2002). No entanto, para a maioria das mulheres, um AE associado a exames invasivos de DPN é preferível ao nascimento de um bebé com trissomia 21 (Chan et al., 2006; Grobman et al., 2002; Seror & Ville, 2010), pelo que têm maior probabilidade de utilizar exames invasivos de DPN e de optar pela IMG perante uma anomalia fetal do que as mulheres que não expressam esta preferência (Chan et al., 2006; Grobman et al., 2002). Inversamente, algumas mulheres consideram os dois resultados equiparáveis (Chan et al., 2006; Grobman et al., 2002) ou avaliam um AE como o resultado menos desejável (Chan et

al., 2006; Seror & Ville, 2010), tendendo a não utilizar exames invasivos de DPN e a não considerar a IMG perante uma anomalia fetal (Grobman et al., 2002; Seror & Ville, 2010). Contudo, algumas pessoas não-favoráveis à IMG decidem utilizar exames invasivos de DPN (Markens, Browner, & Preloran, 2010), por considerarem que a informação médica pode ser útil quer na sua preparação para o nascimento de um bebé com uma anomalia congénita (Bryant, Hewison, & Green, 2005), quer para evitar que a preocupação com a saúde do bebé afete o resto da gravidez (Ahman, Runestam, & Sarkadi, 2010). Assim, para além das preferências individuais relativas aos resultados da gravidez (i.e., AE e nascimento de um bebé com uma anomalia congénita), a decisão de utilizar ou não utilizar exames invasivos de DPN associa-se também ao valor atribuído à informação facultada pelos exames (Kuppermann et al., 2006; Priest et al., 1998).

No contexto da tomada de decisão, O'Connor e Jacobsen (2007) definem valores como "a desejabilidade ou a importância pessoal dos resultados das opções" (p. 28). A decisão relativa à utilização de exames invasivos de DPN tende a ser consistente com o valor mais relevante para as mulheres: a obtenção de informação sobre a saúde do bebé, a possibilidade de IMG em caso de anomalia fetal e a ocorrência de um AE (Seror & Ville, 2010). Quando as mulheres valorizam a obtenção de informação sobre a saúde do bebé e/ou a possibilidade de IMG perante uma anomalia fetal – duas vantagens dos exames invasivos de DPN a que os seus utilizadores atribuem significativamente mais importância do que os não-utilizadores (Browner, Preloran, & Cox, 1999; Kobelka, Mattman, & Langlois, 2009; Priest et al., 1998) –, têm maior probabilidade de utilizar estes exames (Seror & Ville, 2010). Inversamente, a valorização do risco de ocorrência de um AE associado a exames invasivos de DPN – uma desvantagem dos exames invasivos de DPN significativamente mais importante para os não-utilizadores do que para os utilizadores (Browner et al., 1999; Kobelka et al., 2009; Priest et al., 1998) – leva à sua não-utilização (Seror & Ville, 2010).

Apesar destas diferenças, tanto os utilizadores como os não-utilizadores de exames invasivos de DPN reconhecem simultaneamente a existência de vantagens e desvantagens na sua utilização (Sapp et al., 2010). Adicionalmente, pode verificar-se um conflito, gerador de tensão e medo de arrependimento, ao nível das responsabilidades parentais (Roelofsen, Kamerbeek, & Tymstra, 1993; Sapp et al., 2010): por um lado, algumas pessoas mencionam a responsabilidade de obter informação sobre a saúde do bebé e, até, a de assegurar-se de que não têm um bebé com uma anomalia (receando serem consideradas irresponsáveis caso rejeitem os exames; Ahmed, Bryant, Tizro, & Shickle, 2012); por outro lado, sentem o dever de proteger a gravidez, não colocando o bebé em risco. Face a isto, é frequente as pessoas acentuarem a dificuldade da tomada de decisão em relação à utilização de exames invasivos de DPN (Larsson, Crang-Svalenius, & Dykes, 2009; Roelofsen et al., 1993), podendo verificar-se ambivalência e perda da confiança na decisão tomada (Sapp et al., 2010).

Consideramos importante, em primeiro lugar, avaliar a influência do género e do grupo (utilizadores e não-utilizadores de amniocentese) na ambivalência, o que, tanto quanto sabemos, ainda não foi explorado. Além disso, achamos necessário explorar o impacto da ambivalência no processo de tomada de decisão (e.g., dificuldade na tomada de decisão, confiança na decisão tomada). Atendendo a que, na maioria dos casais, ambos os membros participam neste processo (Humphreys, Cappelli, Hunter, Allanson, & Zimak, 2003; Nazaré, Fonseca, Gameiro, Dattilio, & Canavarro, 2011), importa considerar a influência da ambivalência da própria pessoa (i.e., efeitos do ator) e a influência da ambivalência do parceiro (i.e., efeitos do parceiro; Kenny, Kashy, & Cook, 2006). Que tenhamos conhecimento, a relação entre estas variáveis não foi estudada previamente, pelo que constitui o foco do presente estudo.

## **METODOLOGIA**

### *Procedimentos*

Este estudo foi desenvolvido no âmbito de um projeto longitudinal aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE, instituição onde recolhemos a amostra. Definimos como critérios de inclusão para a participação: a) existência de gravidez atual; b) idade superior a 34 anos aquando do parto (mulheres) ou a 18 anos (homens); e c) capacidade para compreender o protocolo de avaliação. O estudo foi apresentado pelos investigadores a todos os casais que preencheram estes critérios, no dia da sua primeira consulta de DPN. Os casais disponíveis para participar assinaram um documento de consentimento informado e receberam duas versões (feminina e masculina) dos questionários, juntamente com um envelope. Foi solicitado aos casais que preenchessem os questionários em casa e os entregassem aos investigadores, numa das consultas posteriores que tivessem na instituição. De entre os casais que entregaram o envelope, não foram incluídos no presente estudo aqueles que preencheram pelo menos um dos seguintes critérios de exclusão: a) existência de não-respostas em mais de 20% do protocolo de avaliação, em pelo menos um dos membros do casal; b) não-realização de rastreio bioquímico integrado para avaliar o risco de trissomia 21 no feto; c) perceção do processo de tomada de decisão sobre a utilização de amniocentese como não-partilhado pelo casal, em pelo menos um dos membros do casal; e d) no caso de o casal ter optado por utilizar a amniocentese, receção dos resultados do exame antes do preenchimento do protocolo de avaliação.

### *Participantes*

A amostra incluiu 121 casais (121 mulheres e 121 homens), com uma idade média de 37.31 anos ( $DP = 3.81$ ). Relativamente às habilitações literárias, os participantes estudaram, em média, durante 14.10 anos ( $DP = 3.82$ ). A grande maioria ( $n = 224$ , 92.56%) da amostra encontrava-se empregada. Mais de metade das pessoas ( $n = 143$ , 59.09%) já tinha filhos. Os participantes responderam aos questionários, em média, às 17.89 ( $DP = 2.73$ ) semanas de gestação. Quarenta e dois casais (34.71%) optaram por utilizar a amniocentese.

### *Instrumentos*

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos: avalia dados sociodemográficos (género, idade, estado civil, escolaridade e situação profissional) e clínicos (paridade, idade gestacional atual, risco de trissomia 21 no feto avaliado através do rastreio bioquímico integrado e utilização de amniocentese).

Ficha de dados do processo de tomada de decisão sobre a utilização de amniocentese: inclui perguntas desenvolvidas pelas autoras do estudo, face à inexistência de instrumentos de avaliação específicos deste processo. A partilha da tomada de decisão entre o casal foi avaliada pela pergunta "De quem foi a responsabilidade de tomar uma decisão sobre a utilização de amniocentese?" (opções: *Exclusivamente minha*, *Exclusivamente do/a meu/minha companheiro/a* e *Partilhada por mim e pelo/a meu/minha companheiro/a*). Às restantes perguntas, as pessoas deveriam responder com base numa escala visual analógica variando entre 0 e 100, um formato utilizado frequentemente em estudos da área do DPN (e.g., Caughey, Washington, & Kuppermann, 2008; Kaiser et al., 2004; Tercyak, Johnson, Roberts, & Cruz, 2001). Os valores individuais foram avaliados pela pergunta "Que importância atribui à/ao: a) obtenção de informação sobre a saúde do bebé; b) possibilidade de recorrer à IMG em caso de anomalia fetal; e c) risco de AE associado à amniocentese?", de 0 – *Nenhuma* a 100 – *Muitíssima*. Foram também avaliadas as seguintes perceções: informação sobre a amniocentese ("Quão informado/a considera que está relativamente à amniocentese?", de 0 – *Nada informada/o* a 100 – *Extremamente informada/o*); dificuldade na tomada de decisão ("Quão difícil foi para si tomar uma decisão sobre a utilização de amniocentese?", de 0 – *Nada difícil* a 100 – *Extremamente difícil*); confiança na decisão tomada ("Quão confiante se sente de que a decisão que tomou sobre a utilização

de amniocentese é a mais adequada para si?”, de 0 – *Nada confiante* a 100 – *Totalmente confiante*); tempo disponível para a tomada de decisão (“Até que ponto acha que o tempo que teve para tomar uma decisão sobre a utilização de amniocentese foi suficiente?”, de 0 – *Nada suficiente* a 100 – *Totalmente suficiente*); e concordância do casal na decisão tomada (“Até que ponto concordou com o/a seu/sua companheiro/a na decisão sobre a utilização de amniocentese?”, de 0 – *Nada* a 100 – *Totalmente*).

#### Análises estatísticas

Os dados foram analisados através do *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17. Em termos de estatísticas descritivas, foram calculadas as frequências, as médias e os desvios-padrão das variáveis em estudo. A ambivalência foi calculada considerando as diferenças entre o valor atribuído a cada uma das vantagens da amniocentese (i.e., obtenção de informação médica; possibilidade de IMG perante anomalia fetal) e o valor atribuído à desvantagem da amniocentese (i.e., risco de ocorrência de AE associado à amniocentese) – isto resultou no cálculo de duas medidas de ambivalência (Ambivalência Informação-AE e Ambivalência IMG-AE) que, quanto mais elevadas, menos ambivalência traduzem. Atendendo à interdependência dos membros do casal, a base de dados foi reestruturada, para que a unidade de análise correspondesse ao casal (Kenny et al., 2006). A comparação da ambivalência atendendo ao género (fator intragrupos) e ao grupo (fator intergrupos) foi efetuada através de uma MANOVA de medidas repetidas (efeitos pequenos:  $\eta^2 > .01$ , efeitos médios:  $\eta^2 > .06$ , efeitos grandes:  $\eta^2 > .14$ ; Ellis, 2010), seguida de testes univariados. A influência da ambivalência do próprio e do parceiro no processo de tomada de decisão foi avaliada através de regressões múltiplas, controlando o efeito do risco de trissomia 21 no feto e da informação sobre a amniocentese percebida por ambos os membros do casal (efeitos pequenos:  $R^2 > .02$  ou  $r > .10$ , efeitos médios:  $R^2 > .13$  ou  $r > .30$ , efeitos grandes:  $R^2 > .26$  ou  $r > .50$ ; Ellis, 2010). Com um nível de significância de .05, o nosso estudo tinha um nível aceitável de poder ( $\geq .80$ ) para detetar apenas efeitos médios e grandes (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). Dessa forma, optámos por também analisar os resultados marginalmente significativos ( $p < .10$ ).

## RESULTADOS

A Tabela 01 apresenta as estatísticas descritivas das variáveis do estudo.

Tabela 01. Estatísticas descritivas das variáveis do estudo

	Utilizadores de amniocentese		Não-utilizadores de amniocentese	
	Mulheres M (DP)	Homens M (DP)	Mulheres M (DP)	Homens M (DP)
Risco de trissomia 21 no feto (%)	0.98 (3.83)		0.05 (0.05)	
Informação sobre o exame	91.77 (11.30)	85.44 (16.39)	87.41 (15.12)	79.51 (18.40)
Ambivalência Informação-AE	58.60 (36.68)	48.90 (38.43)	25.13 (29.54)	23.32 (28.40)
Ambivalência IMG-AE	54.98 (36.52)	44.71 (36.77)	28.73 (31.37)	25.91 (28.60)
Dificuldade	55.83 (38.87)	47.00 (33.39)	57.44 (34.52)	53.85 (36.42)
Confiança	86.55 (20.97)	83.27 (21.54)	73.25 (22.53)	80.56 (18.48)
Tempo	89.43 (16.21)	83.34 (23.45)	79.19 (23.56)	81.28 (24.26)
Concordância do casal	95.57 (9.48)	93.37 (15.40)	90.83 (18.82)	93.14 (13.56)

Não se verificou um efeito do género na ambivalência (Pillai's Trace = .03,  $F_{2,118} = 1.78$ ,  $p = .174$ ,  $\zeta^2 = .03$ ). O grupo influenciou significativamente a ambivalência (Pillai's Trace = .24,  $F_{2,118} = 18.92$ ,  $p < .001$ ,  $\zeta^2 = .24$ ), quer na Informação-AE ( $F_{1,119} = 35.71$ ,  $p < .001$ ,  $\zeta^2 = .23$ ), quer na IMG-AE ( $F_{1,119} = 20.45$ ,  $p < .001$ ,  $\zeta^2 = .15$ ). Em ambas as variáveis, as pontuações dos utilizadores de amniocentese foram

superiores às dos não-utilizadores de amniocentese, indicando menor ambivalência (ver Tabela 01). O efeito de interação entre o gênero e o grupo não foi significativo (Pillai's Trace = .01,  $F_{2,118} = 0.68$ ,  $p = .507$ ,  $\eta^2 = .01$ ).

Não foram identificados preditores da dificuldade na tomada de decisão para nenhum dos gêneros, embora o modelo das mulheres se tenha mostrado significativo (ver Tabela 02). Relativamente à confiança na decisão tomada, ambos os modelos foram significativos (ver Tabela 03). Para as mulheres, menos ambivalência em ambos os membros do casal associou-se a maior confiança. Para os homens, mais informação sobre a amniocentese e menos ambivalência na parceira associaram-se a maior confiança.

Tabela 02. Modelos preditores da dificuldade na tomada de decisão

	B (SE)	$\beta$	t	p	Correlação semiparcial r	F	p	R <sup>2</sup>
<i>Mulheres</i>								
Risco de trissomia 21 feto	-0.82 (1.41)	-.05	-0.58	.562	-.06			
Informação (M)	-0.36 (0.26)	-.14	-1.36	.176	-.13			
Informação (H)	0.19 (0.20)	.10	0.93	.354	.09	2.19	.041	.12
Ambivalência Info-AE (M)	-0.10 (0.12)	-.10	-0.83	.407	-.08			
Ambivalência IMG-AE (M)	-0.19 (0.12)	-.19	-1.65	.102	-.15			
Ambivalência Info-AE (H)	-0.21 (0.14)	-.19	-1.53	.129	-.14			
Ambivalência IMG-AE (H)	0.23 (0.14)	.20	1.62	.108	.15			
<i>Homens</i>								
Risco de trissomia 21 feto	-2.29 (1.44)	-.15	-1.59	.115	-.15			
Informação (H)	0.01 (0.21)	.01	0.05	.961	.01			
Informação (M)	-0.14 (0.27)	-.05	-0.51	.609	-.05	0.80	.590	.05
Ambivalência Info-AE (H)	-0.12 (0.14)	-.12	-0.86	.390	-.08			
Ambivalência IMG-AE (H)	0.01 (0.14)	.01	0.08	.936	.01			
Ambivalência Info-AE (M)	-0.01 (0.12)	-.02	-0.12	.905	-.01			
Ambivalência IMG-AE (M)	-0.04 (0.12)	-.04	-0.29	.772	-.03			

Tabela 03. Modelos preditores da confiança na decisão tomada

	B (SE)	B	t	p	Correlação semiparcial r	F	p	R <sup>2</sup>
<i>Mulheres</i>								
Risco de trissomia 21 feto	0.56 (0.84)	.06	0.67	.505	.06			
Informação (M)	0.19 (0.16)	.12	1.25	.216	.12			
Informação (H)	0.19 (0.12)	.15	1.53	.130	.14	4.80	< .001	.23
Ambivalência Info-AE (M)	0.12 (0.07)	.19	1.75	.083	.16			
Ambivalência IMG-AE (M)	0.10 (0.07)	.15	1.39	.167	.13			
Ambivalência Info-AE (H)	0.15 (0.08)	.22	1.81	.073	.17			
Ambivalência IMG-AE (H)	-0.10 (0.08)	-.13	-1.14	.256	-.11			
<i>Homens</i>								
Risco de trissomia 21 feto	0.33 (0.72)	.04	0.46	.649	.04	4.65	< .001	.23
Informação (H)	0.39 (0.10)	.36	3.76	<.001	.34			
Informação (M)	-0.12 (0.13)	-.08	-0.87	.387	-.08			

Ambivalência Info-AE (H)	0.11 (0.07)	.19	1.58	.117	.15
Ambivalência IMG-AE (H)	0.02 (0.07)	.03	0.22	.824	.02
Ambivalência Info-AE (M)	-0.03 (0.06)	-.06	-0.55	.584	-.05
Ambivalência IMG-AE (M)	0.11 (0.06)	.20	1.87	.065	.17

Relativamente ao tempo disponível para a tomada de decisão, ambos os modelos foram significativos (ver Tabela 04). Para as mulheres, mais informação sobre a amniocentese e menos ambivalência no parceiro associaram-se à percepção do tempo disponível para a tomada de decisão como mais suficiente. Para os homens, verificou-se uma associação positiva entre a informação sobre a amniocentese e a percepção do tempo disponível para a tomada de decisão.

*Tabela 04. Modelos preditores do tempo disponível para a tomada de decisão*

	<i>B (SE)</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Correlação semiparcial <i>r</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>
<i>Mulheres</i>								
Risco de trissomia 21 feto	0.28 (0.82)	.03	0.34	.737	.03			
Informação (M)	0.38 (0.15)	.25	2.49	.014	.23			
Informação (H)	0.11 (0.12)	.09	0.90	.371	.09	3.65	< .001	.19
Ambivalência Info-AE (M)	0.09 (0.07)	.15	1.35	.179	.13			
Ambivalência IMG-AE (M)	0.02 (0.07)	.04	0.36	.721	.03			
Ambivalência Info-AE (H)	0.14 (0.08)	.22	1.77	.080	.17			
Ambivalência IMG-AE (H)	-0.11 (0.08)	-.16	-1.36	.177	-.13			
<i>Homens</i>								
Risco de trissomia 21 feto	0.19 (0.94)	.02	0.20	.845	.02			
Informação (H)	0.32 (0.14)	.24	2.35	.020	.22			
Informação (M)	0.12 (0.18)	.07	0.68	.501	.06	1.86	.084	.11
Ambivalência Info-AE (H)	0.09 (0.09)	.13	0.99	.323	.09			
Ambivalência IMG-AE (H)	-0.01 (0.09)	-.01	-0.05	.91	-.01			
Ambivalência Info-AE (M)	-0.05 (0.08)	-.07	-0.56	.575	-.05			
Ambivalência IMG-AE (M)	0.05 (0.08)	.08	0.66	.511	.06			

*Tabela 05. Modelos preditores da concordância do casal na decisão tomada*

	<i>B (SE)</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Correlação semiparcial <i>r</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>
<i>Mulheres</i>								
Risco de trissomia 21 feto	0.15 (0.64)	.02	0.23	.818	.02			
Informação (M)	0.21 (0.12)	.18	1.79	.076	.17			
Informação (H)	0.05 (0.09)	.05	0.52	.606	.05	2.38	.026	.13
Ambivalência Info-AE (M)	0.14 (0.05)	.30	2.59	.011	.24			
Ambivalência IMG-AE (M)	-0.08 (0.05)	-.16	-1.44	.152	-.14			
Ambivalência Info-AE (H)	-0.09 (0.06)	-.18	-1.41	.160	-.13			
Ambivalência IMG-AE (H)	0.12 (0.06)	.23	1.87	.064	.17			
<i>Homens</i>								
Risco de trissomia 21 feto	0.20 (0.57)	.03	0.36	.721	.03	1.33	.241	.08
Informação (H)	0.16 (0.08)	.20	1.93	.056	.18			

Informação (M)	-0.11 (0.11)	-.11	-1.09	.279	-.10
Ambivalência Info-AE (H)	0.02 (0.05)	.04	0.29	.774	.03
Ambivalência IMG-AE (H)	0.07 (0.06)	.16	1.24	.218	.12
Ambivalência Info-AE (M)	-0.04 (0.05)	-.09	-0.74	.464	-.07
Ambivalência IMG-AE (M)	-0.02 (0.05)	-.06	-0.46	.644	-.04

O modelo sobre a concordância do casal na decisão tomada foi significativo para as mulheres, mas não para os homens (ver Tabela 05). Para as mulheres, mais informação sobre a amniocentese e menos ambivalência em ambos os membros do casal resultou em maior concordância conjugal na decisão tomada.

## CONCLUSÕES

A utilização de amniocentese, recomendada a grávidas de IMA face ao risco acrescido de anomalia fetal, associa-se a vantagens (i.e., obtenção de informação sobre a saúde do bebé, possibilidade de recorrer à IMG perante uma anomalia fetal) e a desvantagens (i.e., risco de ocorrência de AE). Desta forma, pode verificar-se ambivalência durante o processo de tomada de decisão sobre a utilização deste exame invasivo de DPN.

O primeiro objetivo do nosso estudo passou por avaliar a influência do género na ambivalência. Não identificámos diferenças entre mulheres e homens, o que é consistente com o facto de não existirem diferenças de género nos três valores que avaliámos (i.e., as duas vantagens e a desvantagem da amniocentese), como verificámos num estudo prévio com a mesma amostra (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2013). Consideramos que estas semelhanças podem dever-se, em primeiro lugar, ao facto de os casais tenderem a partilhar atitudes relativas à reprodução (e.g., atitudes em relação à IMG; Learman et al., 2003). No entanto, é de notar que apenas considerámos casais cujos membros percecionaram este processo de tomada de decisão como partilhado, o que poderá ter favorecido as influências mútuas entre os dois membros do casal, fomentando a congruência. A relação entre congruência conjugal e partilha da decisão é também notória no facto de a decisão relativa à utilização de exames invasivos de DPN tender a ser de apenas um dos membros, quando se verifica discordância entre o casal (Sjögren & Uddenberg, 1988).

O nosso segundo objetivo consistiu no estudo da influência do grupo na ambivalência, que se revelou significativa. Os utilizadores de amniocentese manifestaram níveis de ambivalência inferiores aos dos não-utilizadores. Este resultado é consistente com o facto de, num estudo anterior realizado com a mesma amostra, ter existido uma diferença significativa entre o valor atribuído pelos utilizadores de amniocentese às vantagens do exame e à sua desvantagem (i.e., as vantagens da amniocentese eram significativamente mais importantes para este grupo do que a desvantagem), a qual não se verificou entre o grupo de não-utilizadores, que atribuíram o mesmo nível de importância aos três fatores (Nazaré et al., 2013). Isto pode explicar-se pelo facto de muitos não-utilizadores de amniocentese não expressarem uma preferência entre o nascimento de um bebé com uma anomalia congénita e a ocorrência de um AE (Grobman et al., 2002). Desta forma, nalguns casos, a não-utilização de amniocentese pode não resultar de uma decisão ativa do casal, podendo antes decorrer da sua incapacidade para tomar uma decisão, face à sua ambivalência.

A decisão sobre a utilização da amniocentese constitui uma decisão relacionada com a saúde complexa (O'Connor et al., 2003), visto não existirem escolhas universalmente certas ou erradas: a adequabilidade de cada opção (i.e., utilizar e não utilizar amniocentese) depende da situação clínica da pessoa e dos seus valores, ou seja, da avaliação que a pessoa faz das vantagens e das desvantagens de cada uma das alternativas existentes (O'Connor et al., 1998). Assim, o sucesso deste processo de tomada de decisão depende de dois fatores: da disponibilidade de informação médica relevante e fiável (frequentemente transmitida pelos profissionais de saúde) e da consideração dos valores



personais, com os quais a decisão deve ser congruente (Marteau, Dormandy, & Michie, 2001). Desta forma, no presente estudo, ao avaliarmos a influência da ambivalência no processo de tomada de decisão, controlámos a influência do nível de informação sobre a amniocentese de que a pessoa considera dispor. De acordo com o esperado, esta variável mostrou ser relevante para a avaliação do processo de tomada de decisão do casal, tendo influenciado positivamente a perceção de ambos os membros. Assim, dispor de mais informação sobre a amniocentese constitui um recurso, na medida em que permite que o casal demonstre maior confiança na decisão tomada, considere o tempo de que dispôs para a tomada de decisão como mais suficiente e perceçione maior concordância conjugal na decisão tomada.

Também de acordo com o esperado, a ambivalência de ambos os membros mostrou influenciar o processo de tomada de decisão, verificando-se que, quanto mais elevados os seus níveis, menor a confiança na decisão tomada, menor a perceção de que o tempo foi suficiente para a tomada de decisão e menor a concordância conjugal na decisão tomada. Desta forma, podemos concluir que níveis elevados de ambivalência podem tornar o processo de tomada de decisão mais exigente.

Assim, os resultados do nosso estudo sublinham a importância de acompanhar ambos os membros do casal durante este processo de tomada de decisão. A ambivalência contribui para aumentar o conflito decisional (O'Connor & Jacobsen, 2007), que se manifesta na dificuldade em identificar a melhor de entre as opções disponíveis, face ao risco e à incerteza em relação aos resultados da utilização de amniocentese (e.g., risco de ocorrência de AE, possibilidade de ocorrência de um diagnóstico de anomalia fetal), e na existência de arrependimento antecipatório associado à perda das vantagens da opção não-escolhida (O'Connor, Jacobsen, & Stacey, 2002). Por sua vez, o conflito decisional potencia maior *distress* associado às consequências da decisão tomada e maior sentimento de arrependimento (O'Connor & Jacobsen, 2007) – atendendo a que, neste caso, se trata de uma decisão irreversível com potenciais consequências de elevada magnitude (i.e., ocorrência de um AE, diagnóstico de anomalia fetal), o arrependimento pode ser particularmente acentuado.

De forma a minimizar estes efeitos, é importante atuar a dois níveis. Em primeiro lugar, para colmatar défices ao nível da informação disponível, os profissionais de saúde devem facultar aos casais informação detalhada sobre a sua situação clínica específica (i.e., risco de anomalia fetal), as opções disponíveis (i.e., utilizar ou não utilizar a amniocentese) e os resultados potenciais de cada uma. Esta informação pode ser transmitida pessoalmente ou através de outros meios (impressos ou multimédia), sendo necessário adequar o ritmo e o modo de apresentação a cada casal e avaliar a sua compreensão da informação. Em segundo lugar, e de maneira a promover uma decisão congruente com os valores individuais, é importante começar por apresentar ao casal os resultados de cada uma das opções disponíveis. Estes resultados devem ser descritos de forma simples e compreensível, levando a que a pessoa perceba de que forma a sua ocorrência afetaria a nível físico, emocional e social (O'Connor & Jacobsen, 2007). Estas estratégias podem igualmente ser utilizadas por psicólogos, ajudando os casais a alcançar um processo de tomada de decisão bem-sucedido.

Em suma, apesar do poder limitado do nosso estudo, consideramos que este trabalho representa um contributo importante, ao evidenciar o impacto da ambivalência no processo de tomada de decisão, em ambos os membros do casal.

## **AGRADECIMENTOS**

Este estudo enquadra-se no projeto “Transição para a parentalidade em casais com indicação para realizar diagnóstico pré-natal”, do grupo de investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde da Unidade de I&D Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra (PEst-OE/PSI/UI0192/2011). Bárbara Nazaré e Ana Fonseca são bolsistas de

Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/43204/2008 e SFRH/BD/47053/2008, respetivamente).

## CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Bárbara Nazaré: abarbaravn@gmail.com

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahman, A., Runestam, K., & Sarkadi, A. (2010). Did I really want to know this? Pregnant women's reaction to detection of a soft marker during ultrasound screening. *Patient Education and Counseling, 81*, 87-93. doi:10.1016/j.pec.2009.12.011
- Ahmed, S., Bryant, L. D., Tizro, Z., & Shickle, D. (2012). Interpretations of informed choice in antenatal screening: A cross-cultural, Q-methodology study. *Social Science & Medicine, 74*, 997-1004. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.021
- Browner, C. H., Preloran, H. M., & Cox, S. J. (1999). Ethnicity, bioethics, and prenatal diagnosis: The amniocentesis decisions of Mexican-origin women and their partners. *American Journal of Public Health, 89*, 1658-1666.
- Bryant, L., Hewison, J. D., & Green, J. M. (2005). Attitudes towards prenatal diagnosis and termination in women who have a sibling with Down's syndrome. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23*, 181-198. doi:10.1080/02646838.2011.599063
- Burton, E. C., & Luciani, R. L. (2012). *Prenatal tests and ultrasound*. Oxford: Oxford University Press.
- Caughey, A. B., Washington, A. E., & Kuppermann, M. (2008). Perceived risk of prenatal diagnostic procedure-related miscarriage and Down syndrome among pregnant women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology, 198*, 333.e1-333.e8. doi:10.1016/j.ajog.2007.09.045
- Chan, Y. M., Leung, T. N., Leung, T. Y., Fung, T. Y., Chan, L. W., & Lau, T. K. (2006). The utility assessment of Chinese pregnant women towards the birth of a baby with Down syndrome compared to a procedure-related miscarriage. *Prenatal Diagnosis, 26*, 819-824. doi:10.1002/pd.1511
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Diagnóstico pré-natal: Actividades realizadas nos serviços de saúde em 2009: Relatório*. Lisboa: Edição do autor.
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*, 175-191.
- Green, J. M., & Statham, H. E. (2007). Psychosocial aspects of prenatal diagnosis: The challenges for doctors and patients. In J. Cockburn, & M. E. Pawson (Eds.), *Psychological challenges in obstetrics and gynecology: The clinical management* (pp. 107-120). London: Springer.
- Grobman, W. A., Dooley, S. L., Welshman, E. E., Pergament, E., & Calhoun, E. A. (2002). Preference assessment of prenatal diagnosis for Down syndrome: Is 35 years a rational cutoff? *Prenatal Diagnosis, 22*, 1195-1200. doi:10.1002/pd.494
- Humphreys, L., Cappelli, M., Hunter, A. G. W., Allanson, J., & Zimak, A. (2003). What is the significance of the attendance by the partner at genetic counseling for advanced maternal age? *Psychology, Health & Medicine, 8*, 265-278. doi:10.1080/1354850031000135713
- Kaiser, A. S., Ferris, L. E., Katz, R., Pastuszak, A., Llewellyn-Thomas, E., Johnson, J.-A., & Shaw, B. F. (2004). Psychological responses to prenatal NTS counseling and the uptake of invasive testing in women of advanced maternal age. *Patient Education and Counseling, 54*, 45-53. doi:10.1016/S0738-3991(03)00190-3
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: The Guilford Press.

- Kobelka, C., Mattman, A., & Langlois, S. (2009). An evaluation of the decision-making process regarding amniocentesis following a screen-positive maternal serum screen result. *Prenatal Diagnosis, 29*, 514-519. doi:10.1002/pd.2235
- Kuppermann, M., Learman, L. A., Gates, E., Gregorich, S. E., Nease, R. F., Lewis, J., & Washington, A. E. (2006). Beyond race or ethnicity and socioeconomic status: Predictors of prenatal testing for Down syndrome. *Obstetrics and Gynecology, 107*, 1087-1097.
- Larsson, A.-K., Crang-Svalenius, E., & Dykes, A.-K. (2009). Information for better or for worse: Interviews with parents when their foetus was found to have choroid plexus cysts at a routine second trimester ultrasound. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 30*, 48-57. doi:10.1080/01674820802621775
- Learman, L. A., Kuppermann, M., Gates, E., Nease, R. F., Gildengorin, V., & Washington, A. E. (2003). Social and familial context of prenatal genetic testing decisions: Are there racial/ethnic differences? *American Journal of Medical Genetics Part C, 119C*, 19-26. doi:10.1002/ajmg.c.10004
- Loane, M., Dolk, H., Morris, J. K., & EUROCAT Working Group (2009). Maternal age-specific risk of non-chromosomal anomalies. *BJOG, 116*, 1111-1119. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02227.x
- Markens, S., Browner, C. H., & Preloran, H. M. (2010). Interrogating the dynamics between power, knowledge and pregnant bodies in amniocentesis decision making. *Sociology of Health and Illness, 32*, 37-56. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01197.x
- Marteau, T. M., Dormandy, E., & Michie, S. (2001). A measure of informed choice. *Health Expectations, 4*, 99-108. doi:10.1046/j.1369-6513.2001.00140.x
- Mills, T. A., & Lavender, T. (2011). Advanced maternal age. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, 21*, 107-111. doi:10.1016/j.ogrm.2010.12.003
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2013). *Are there predictors of amniocentesis uptake beyond risk of fetal abnormality? Exploring couples' IDT-related values.* Manuscript submetido para publicação.
- Nazaré, B., Fonseca, A., Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Amniocentesis due to advanced maternal age: The role of marital intimacy in couples' decision-making process. *Contemporary Family Therapy, 33*, 128-142. doi:10.1007/s10591-011-9151-9
- O'Connor, A. M., Drake, E. R., Wells, G. A., Tugwell, P., Laupacis, A., & Elmslie, T. (2003). A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expectations, 6*, 97-109. doi:10.1046/j.1369-6513.2003.00215.x
- O'Connor, A. M., & Jacobsen, M. J. (2007). *Decisional conflict: Supporting people experiencing uncertainty about options affecting their health.* Retirado de [http://homeless.ehclients.com/images/uploads/W-2\\_Ottawa\\_Decision\\_Making\\_tool--\\_Reading-1.pdf](http://homeless.ehclients.com/images/uploads/W-2_Ottawa_Decision_Making_tool--_Reading-1.pdf)
- O'Connor, A. M., Jacobsen, M. J., & Stacey, D. (2002). An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 31*, 570-581. doi:10.1177/088421702237742
- O'Connor, A. M., Tugwell, P., Wells, G. A., Elmslie, T., Jolly, E., Hollingworth, G., ... Drake, E. (1998). A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: Decision support framework and evaluation. *Patient Education and Counseling, 33*, 267-279.
- Priest, J. H., FitzGerald, J. M., Haag, M. M., Streets, K., Vanisko, M., & Johnson, J. P. (1998). Acceptance of amniocentesis by women in the state of Montana (USA) who are screen positive for Down's syndrome. *Journal of Medical Screening, 5*, 178-182. doi:10.1136/jms.5.4.178
- Roelofsen, E. E. C., Kamerbeek, L. I., & Tymstra, T. (1993). Chances and choices – Psycho-social consequences of maternal serum screening: A report from the Netherlands. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 11*, 41-47. doi:10.1080/02646839308403193
- Sapp, J. C., Hull, S. C., Duffer, S., Zornetzer, S., Sutton, E., Marteau, T. M., & Biesecker, B. B. (2010). Ambivalence toward undergoing invasive prenatal testing: An exploration of its origins. *Prenatal Diagnosis, 30*, 77-82. doi:10.1002/pd.2343

- Seror, V., & Ville, Y. (2010). Women's attitudes to the successive decisions possibly involved in prenatal screening for Down syndrome: How consistent with their actual decisions? *Prenatal Diagnosis*, 30, 1086-1093. doi:10.1002/pd.2616
- Sjögren, B., & Uddenberg, N. (1988). Decision making during the prenatal diagnostic procedure: A questionnaire and interview study of 211 women participating in prenatal diagnosis. *Prenatal Diagnosis*, 8, 263-273. doi:10.1002/pd.1970080404
- Tavares, P. (2005). Diagnóstico pré-natal de alterações genéticas. In L. M. da Graça (Ed.), *Medicina materno-fetal* (3.<sup>a</sup> ed., pp. 93-102). Lisboa: Lidel.
- Tercyak, K. P., Johnson, S. B., Roberts, S. F., & Cruz, A. C. (2001). Psychological response to prenatal genetic counseling and amniocentesis. *Patient Education and Counseling*, 43, 73-84.