

Joana Isabel Figueiredo Pereira Dinis

## TRAJETÓRIAS CONDUCENTES À INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ E AJUSTAMENTO SOCIOEMOCIONAL

Tese de doutoramento em Psicologia, especialidade em Psicologia da Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Agosto de 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



TRAJETÓRIAS CONDUCENTES À INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ  
E AJUSTAMENTO SOCIOEMOCIONAL

JOANA ISABEL FIGUEIREDO PEREIRA DINIS

Tese de doutoramento em Psicologia, especialidade em Psicologia da Saúde, orientada pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.



Este trabalho foi apoiado por uma bolsa de doutoramento concedida pela Fundação para a  
Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/89435/2012).



“Transpor aquela porta (daquele consultório) não é fácil (...),  
nem de fora para dentro, nem de dentro para fora.  
Já vi quem tencionasse transpô-la e chegada a sua hora recuasse.  
Decisões difíceis, embora frequentemente se julgue o contrário.  
Assim pensa quem nunca se viu a balançar entre um sim e um não.”

(Teresa Sousa Fernandes, 2016, p.19)



## Agradecimentos

O percurso que teve início há quatro anos atrás, culmina assim com a apresentação deste trabalho. Um caminho repleto de desafios e aprendizagens, mas que não teria sido o mesmo sem a presença das pessoas que me ajudaram na elaboração deste trabalho, que contribuíram para o meu crescimento enquanto pessoa e profissional e de todos aqueles que me acompanharam ao longo deste tempo. Embora as palavras fiquem sempre aquém da sua importância, chegou o momento de lhes agradecer.

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, pelo contributo que teve na minha formação académica e que sem dúvida ditou o meu percurso. Agora, enquanto orientadora deste trabalho, agradeço-lhe pelos desafios que me colocou e pelas oportunidades que daí surgiram, e que me permitiram crescer, aprender e desenvolver competências a tantos níveis. Pela autonomia e confiança. Pela oportunidade de integrar uma equipa tão rica e pelo privilégio de conjugar a investigação e a prática clínica ao longo destes anos, o que contribuiu para ter uma visão mais ampla das implicações deste trabalho.

À Anabela, pelo contributo que teve na minha formação clínica nesta área, tão relevante para a abordagem deste trabalho. Pela sua sensibilidade e por toda a disponibilidade e apoio durante estes anos.

À Dr.<sup>a</sup> Teresa Bombas, pelo interesse e apoio neste projeto. Pelo seu trabalho na área e sensibilidade clínica no que se refere ao impacto emocional desta experiência reprodutiva.

À Dr.<sup>a</sup> Lisa Vicente, pelo apoio que concedeu à realização de um dos produtos científicos deste trabalho. Pelo seu trabalho na área da saúde sexual e reprodutiva no nosso país.

A todos os serviços de saúde que permitiram a realização desta investigação.

A todos os profissionais que aceitaram participar e que permitiram que a recolha de amostra fosse concretizável. Sem eles não teria sido possível. O meu mais sincero obrigada.

A todas as adolescentes e adultas que aceitaram participar nesta investigação, mesmo que nem sempre tenha sido fácil. Sem a sua disponibilidade não teria sido possível traduzir esta realidade em conhecimento.

À Raquel, o par que cedo voou, mas que se manteve sempre presente ao longo destes anos. Porque sem ela este percurso não teria sido o mesmo. Pela compreensão, ajudas e conquistas. Pela amizade que não precisa de palavras, pela cumplicidade que fala por si. Obrigada por tudo.

À Ana, pela sensibilidade e pelas revisões minuciosas e sempre tão pertinentes. Pela simplicidade que é tanto.

À Neuza, pelas ajudas infundáveis, pela forma de ser genuína e sincera. Pela boa disposição e disponibilidade.

À Stephanie, pelas (muitas) horas partilhadas na recolha de amostra. Pela “amizade de corredor” que transpôs aquelas paredes.

À Cláudia e à Sara, pela partilha de percursos e experiências.

A todos os restantes elementos e amigos da Linha de Investigação Relações, Desenvolvimento e Saúde: a Alexandra, a Ana Rita, a Fabiana, a Helena, o João Pedro, o Marco, a Mariana, a Roberta, e a Susana. Pela partilha de conhecimento e experiências, pela disponibilidade, pelas rigorosas revisões a alguns dos produtos científicos que integram este trabalho, e pelas discussões tão ricas.

À Maria João, por ser alguém que admiro muito, por conseguir mostrar sempre o lado positivo da vida, mesmo quando esta decide trocar-nos as voltas. Pelas lufadas de ar fresco que as nossas pausas trouxeram a este percurso. Pela presença constante e pelas palavras tão certas quando mais elas foram precisas.

À Patrícia, pelas semelhanças que nos unem. Por fazermos dos quilómetros de distância que nos separam um mero pormenor. Pela confiança e partilha. Por estares sempre presente.

À Rita, à Sandra Xavier, e à Sandra Vieira, porque são a prova de que a distância é o que fazemos dela, por não deixarmos que a amizade se desvaneça. Mesmo longe, estiveram sempre presentes neste percurso.

Às minhas pessoas, os antigos, pelo sonho que erguemos juntos e por, desde então, permanecermos tão presentes na vida uns dos outros. Pela qualidade dos nossos reencontros, e por neles me lembrarem como podemos ser felizes com as coisas simples da vida. Por tudo o que sou convosco.

À Didi, pela amizade de infância e pelo reencontro. Por fazer parecer que o tempo não passou por nós. Que permaneças. Pelo design deste trabalho, por ter conseguido transpor as ideias de uma temática tão complexa em imagem.

À minha família, pela presença constante, pela compreensão das ausências em determinados momentos deste percurso. Pelos valores que sempre me transmitiram, pelo que somos juntos.

Aos meus pais, por serem o meu porto seguro, o meu exemplo. Às oportunidades que me proporcionaram e que, sem dúvida, contribuíram para aquilo que sou hoje. Pelos sonhos que me ajudaram a concretizar, e pelos que sonharam comigo. Aos valores que me transmitiram. Obrigada por tudo.

Ao Zé Pedro, pela capacidade que tem em tornar as coisas tão simples, mas ao mesmo tempo repletas do que é essencial e importante na vida. Pelo homem (e marido) que se tornou. Pela (muita) compreensão e tranquilidade que me proporcionou ao longo deste percurso. Por sonhar comigo. Pelo que somos e queremos ser.

# Índice

Índice de quadros	13
Índice de figuras	15
Abreviaturas e siglas	17
Resumo	19
Abstract	21
Nota Introdutória	23
<b>Capítulo 1   Enquadramento teórico</b>	<b>27</b>
Interrupção voluntária da gravidez: Definição, legislação em Portugal e dados epidemiológicos	29
Tomadas de decisão e comportamentos na origem da IVG	34
A (in)adaptação à decisão de IVG	37
O conceito de ajustamento socioemocional	37
O contributo do modelo bioecológico na compreensão da (in)adaptação à IVG	38
Trajetórias conducentes à IVG e ajustamento socioemocional: Resultados e lacunas da investigação	40
As trajetórias individuais na origem da gravidez e decisão de IVG	41
Ajustamento socioemocional após a IVG e os seus fatores explicativos	47
<b>Capítulo 2   Objetivos e metodologia da investigação</b>	<b>49</b>
Objetivos	51
Opções metodológicas	52
Desenho da investigação	52
Participantes e procedimentos de recolha da amostra	53
Métodos de recolha de informação	55
Cumprimento da legislação e respeito pelos princípios éticos	59
Análises estatísticas	63
<b>Capítulo 3   Estudos empíricos</b>	<b>65</b>
<b>Estudo Empírico I:</b> Sociodemographic, sexual, reproductive and relationship characteristics of adolescents having an abortion in Portugal: A homogeneous or a heterogeneous group?	67

<b>Estudo Empírico II:</b> Reproductive and relational trajectories leading to pregnancy: Differences between adolescents and adult women who had an abortion	91
<b>Estudo Empírico III:</b> Decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy: Similarities and differences between adolescents and adult women	109
<b>Estudo Empírico IV:</b> Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico numa amostra de jovens portuguesas	129
<b>Estudo Empírico V:</b> Psychosocial adjustment after induced abortion and its explanatory factors among adolescent and adult women	143
<b>Capítulo 4   Síntese e discussão dos resultados</b>	<b>169</b>
Síntese e discussão integrada dos principais resultados	171
A diversidade de trajetórias conducentes à IVG: Quais as implicações?	173
Ajustamento socioemocional à decisão de IVG	179
Contributos da investigação	180
Limitações e pontos fortes	180
Implicações para estudos futuros	182
Implicações para as políticas e práticas de saúde	185
<b>Referências bibliográficas</b>	<b>193</b>
<b>Anexos</b>	<b>217</b>

# Índice de quadros

## Capítulo 2 | Objetivos e metodologia da investigação

<b>Quadro 1</b>   Objetivos gerais e específicos da investigação e estudos empíricos a eles subordinados	52
<b>Quadro 2</b>   Dimensões mínimas e dimensões alcançadas em cada grupo etário e respetivo enquadramento nos estudos empíricos	54
<b>Quadro 3</b>   Métodos de recolha selecionados e natureza da informação avaliada (estudos empíricos)	56

## Capítulo 3 | Estudos empíricos

### Estudo Empírico I

<b>Table 1</b>   Sociodemographic characteristics of adolescents who had had an abortion; comparison between age groups	74
<b>Table 2</b>   Sexual and reproductive characteristics of adolescents who had had an abortion; comparison between age groups	76
<b>Table 3</b>   Relational characteristics of adolescents who had had an abortion; comparison between age groups	79

### Estudo Empírico II

<b>Table 1</b>   Sociodemographic, reproductive and clinical characteristics of adolescents and adult women who had had an abortion; comparison between age groups	96
<b>Table 2</b>   Reproductive and relational trajectories leading to pregnancy by age group; comparison between age groups	100
<b>Table 3</b>   Relational characteristics of women who had had an abortion by trajectories and age groups	101

### Estudo Empírico III

<b>Table 1</b>   Descriptives statistics: Adolescents and adult women who terminated an unplanned pregnancy; comparison between age groups	116
<b>Table 2</b>   Reasons for termination of the pregnancy by trajectories, total sample	120
<b>Table 3</b>   Decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy by age group; comparison between age groups	121

### Estudo Empírico IV

<b>Quadro 1</b>   Características sociodemográficas do grupo que realizou uma IVG e do grupo de controlo	135
<b>Quadro 2</b>   Características reprodutivas do grupo interrupção voluntária da gravidez	136

<b>Quadro 3</b>   Comparação da sintomatologia depressiva entre o grupo de interrupção voluntária da gravidez e o grupo de controlo	138
<b>Quadro 4</b>   Comparação da QdV entre o grupo de interrupção voluntária da gravidez e o grupo de controlo	139
<b>Estudo Empírico V</b>	
<b>Table 1</b>   Descriptives statistics for all variables in study: adolescents and adult women who had an abortion, and comparison between age groups	150
<b>Table 2</b>   Group means, standard deviations and univariate analyses of variance for depressive symptoms and QoL	155
<b>Table 3</b>   Bivariate pearson’s correlations among study variables and comparison between age groups	156
<b>Table 4</b>   Hierarchical regression predicting depressive symptoms in adolescents and adult women who had an abortion	158
<b>Table 5</b>   Hierarchical regression predicting QoL in adolescents and adult women who had an abortion	159
<b>Anexos</b>	
<b>Quadro 1</b>   Instituições onde decorreu a recolha de amostra, por região (NUTS II, 2002) e grupo alvo da recolha	221
<b>Estudo Empírico</b>	
<b>Quadro 1</b>   Estatísticas descritivas e comparação entre grupos	240
<b>Quadro 2</b>   Regressão logística: Efeitos principais e moderados de variáveis individuais, sociais e ambientais na decisão reprodutiva na adolescência	241

# Índice de figuras

## Capítulo 1 | Enquadramento teórico

- Figura 1** | Número de abortos, por 1000 nados vivos: Dados relativos ao ano de 2012, para os estados membros da União Europeia (OMS, 2012b; DGS, 2016b) 32
- Figura 2** | Número de IVG: Dados referentes ao período compreendido entre 2008 e 2015, para Portugal (DGS, 2016b) 33
- Figura 3** | Número de IVG para todas as faixas etárias: Dados referentes ao período compreendido entre 2008 e 2015 (DGS, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016a, 2016b) 33
- Figura 4** | Decisões e comportamentos na origem da IVG (elaborado a partir de Pires, 2014) 36
- Figura 5** | Representação esquemática do modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998) 39

## Capítulo 3 | Estudos empíricos

### Estudo Empírico II

- Figure 1** | Reproductive and relational trajectories leading to pregnancy for total sample 99

### Estudo Empírico III

- Figure 1** | Decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy, total sample 119

## Anexos

### Estudo Empírico

- Figura 1** | Modelo ecológico proposto para a compreensão da decisão reprodutiva na adolescência. As setas a cheio representam as hipóteses relativas aos efeitos principais dos fatores individuais, sociais e ambientais. As setas a pontilhado representam as hipóteses relativas aos efeitos moderados, resultantes da interação entre fatores individuais e entre fatores sociais e ambientais; as setas a tracejado representam os respetivos papéis moderadores da ponderação das alternativas e da autonomia na decisão sobre o efeito da idade e o papel moderador da afiliação religiosa sobre o efeito da religiosidade do local de residência 233
- Figura 2** | Processo de seleção das participantes. Os dados recolhidos em consultas de obstetrícia disseram respeito a adolescentes grávidas. Os dados recolhidos em consultas de aconselhamento reprodutivo disseram respeito a adolescentes que interromperam a gravidez, por opção, ao abrigo da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril 236



## Abreviaturas e siglas

AIVG	Adolescentes que interromperam voluntariamente a gravidez
APF	Associação para o Planeamento da Família
AR	Assembleia da República
ASHG	Adolescentes sem história de gravidez
DGS	Direção-Geral da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IVG	Interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher, quando realizada nas 10 primeiras semanas de gravidez
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MIVG	Mulheres adultas que interromperam voluntariamente a gravidez
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos de Nível II
OMS	Organização Mundial de Saúde
QdV	Qualidade de vida
UE	União Europeia



## Resumo

**Introdução:** No âmbito da recente legalização da IVG e escassez de estudos no contexto sociocultural português, o esclarecimento dos percursos que conduzem à sua prática e do impacto na saúde mental da mulher assumem particular relevância para a fundamentação de ações de prevenção. Alicerçada numa perspetiva desenvolvimental e ecológica, a presente investigação procurou: 1) conhecer as trajetórias individuais na origem da gravidez e decisão de IVG; e 2) analisar o ajustamento socioemocional e os seus fatores explicativos após a experiência reprodutiva. Em cada um destes níveis de análise, foram consideradas as suas diferenças de acordo com a idade da mulher [adolescentes (<20 anos) vs. adultas].

**Metodologia:** A presente investigação é de natureza transversal. Recolhemos dados de 739 participantes do sexo feminino: 282 adolescentes (AIVG) e 209 mulheres adultas (MIVG) que optaram pela IVG face à ocorrência de uma gravidez, e 248 adolescentes sexualmente iniciadas e sem história de gravidez (ASHG), em 44 serviços de saúde e educação de todo o país. Para além de informações sobre as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e relacionais, foi também avaliado o processo de tomada de decisão para a IVG, a sintomatologia depressiva e qualidade de vida experienciadas após a decisão.

**Resultados:** Foram identificadas múltiplas trajetórias individuais conducentes à IVG, cuja prevalência variou de acordo com a idade da mulher. As adolescentes <16 anos reportaram idades mais precoces da menarca, iniciação sexual e menor idade ginecológica, comparativamente com as adolescentes 18-19 anos. Estas, por sua vez, referiram mais frequentemente estar fora do ensino escolar, casadas/união de facto, e maior número de parceiros, quando comparadas com as adolescentes mais novas. De forma geral, as mulheres engravidaram no contexto de uma relação de namoro/conjugal duradoura, com parceiros mais velhos (estudantes ou empregados), sem a terem planeado, utilizando contraceção e não tendo identificado a falha na sua utilização. As adultas engravidaram de forma mais prevalente no contexto de uma relação casual, não utilizando contraceção, ou utilizando-a e não tendo identificado a falha contracetiva. Face à ocorrência de uma gravidez não planeada, as mulheres interromperam-na de forma mais frequente não ponderando o seu prosseguimento, dando conhecimento à família da decisão, sendo o principal agente decisor, e reportando questões profissionais/educacionais, não estar preparada para assumir o papel de mãe e razões económicas para a IVG. As adolescentes interromperam a gravidez de forma mais prevalente a) não ponderando o seu prosseguimento, dando conhecimento à família da decisão reprodutiva e referindo como motivos mais importantes para a IVG a priorização dos planos académicos e

imaturidade para assumir o papel de mãe; ou b) ponderando o seu prosseguimento, mas foram pressionadas para a IVG pelos pais, seguidos do parceiro. Por sua vez, as adultas interromperam a gravidez de forma mais frequente a) ponderando ou não o seu prosseguimento, não dando conhecimento à família da decisão reprodutiva, e referindo como motivos mais importantes para a IVG razões económicas; ou b) ponderando o seu prosseguimento, mas foram pressionadas para a IVG pelo parceiro. A experiência de IVG teve um impacto emocional significativo na mulher (sintomatologia depressiva significativa em adolescentes e adultas que decidiram pela IVG, e quando comparadas as adolescentes com os seus pares sem história de gravidez) e diferentes fatores contribuíram para explicar o ajustamento socioemocional à decisão de IVG de acordo com a idade da mulher. Sentir-se pressionada para a IVG e menor satisfação com a decisão levaram a menor ajustamento socioemocional nas adolescentes, sendo o apoio social da mãe um importante fator protetor para a QdV. Por seu lado, a menor satisfação com a decisão levou a níveis de sintomatologia depressiva superiores nas adultas.

**Conclusões:** Os resultados da nossa investigação apontam para a necessidade dos profissionais de saúde reconhecerem a heterogeneidade de trajetórias na origem da IVG e de (in)adaptação após a decisão. Neste sentido, vêm reforçar a importância do estabelecimento de políticas e práticas de saúde abrangentes e diversificadas, mas ao mesmo tempo sensíveis às especificidades de acordo com a idade da mulher, destinadas à prevenção da IVG e à minimização do seu impacto. Primeiramente, surge a necessidade de investir na prevenção de diferentes decisões/comportamentos sexuais e contraceptivos e fomentar o envolvimento da população masculina nestas ações. Além disso, importa fomentar a qualidade do processo de tomada de decisão face à ocorrência de uma gravidez não planeada (e.g., promoção de momentos de reflexão guiada e desenvolvimentalmente adaptada sobre as alternativas existentes e deteção de fontes de pressão). Por fim, reforçam a importância de identificar precocemente as adolescentes que reportem pressão/coação para a IVG e menor suporte por parte da mãe, e as adolescentes e adultas que refiram menor satisfação com a decisão, de forma a encaminhá-las para intervenções especializadas, promovendo o seu ajustamento socioemocional. A promoção de um apoio satisfatório por parte da mãe da adolescente poderá ser essencial a este nível.

## Abstract

**Background:** In the context of the recent legalization of abortion and the lack of studies in the Portuguese sociocultural context, the clarification of the pathways leading to this practice and the impact on women's mental health are particularly relevant to the implementation of prevention actions. Based on a developmental and ecological perspective, this research sought: 1) to understand the individual trajectories leading to pregnancy and abortion decision; and 2) to explore the socioemotional adjustment and its explanatory factors after the reproductive experience. At each of these levels of analysis, the differences have been considered according to woman's age [adolescents (<20 years) vs. adults].

**Methods:** This research followed a cross-sectional design. We collected data from 739 females: 282 adolescents and 209 adult women who opted for abortion faced with a pregnancy, and 248 sexually initiated adolescents with no history of pregnancy, in 44 healthcare and educational services throughout the country. In addition to sociodemographic, sexual, reproductive and relational characteristics, we assessed the decision-making processes related to abortion, depressive symptoms and quality of life after the abortion decision.

**Results:** Multiple individual trajectories leading to abortion have been identified with prevalence rates varying according to woman's age. Adolescents under 16 years of age reported earlier age at menarche and at first sexual intercourse, and lower gynaecological age, compared with the 18-19 year age group. This group, in turn, reported more frequently being married or living with a partner, having finished school and a greater number of sexual partners, compared to the youngest group. Overall, women became pregnant while in a romantic relationship with older partners (students or employed), had not planned the pregnancy, used contraception, and did not identify the contraceptive failure. Adults became pregnant more frequently in the context of a casual relationship, did not use contraception, or used contraception with no contraceptive failure identification. When facing an unplanned pregnancy, women more frequently did not consider its continuation, did not conceal the decision from their family, were the main decision-maker, and reported professional/educational issues, not being prepared to assume the role of mother and economic reasons for abortion. Adolescents terminated the pregnancy more frequently a) not considering its continuation, not concealing the decision from their family and referred as the most important reasons for abortion the prioritization of their academic plans as well as immaturity to assume the role of mother; or b) considering its continuation, but were pressured into abortion more frequently by their parents, followed by their partners. Adults terminated the pregnancy more frequently a) considering or not considering its continuation,

concealed the decision from their family and reported economic reasons as the more important reason to abortion; or b) considering its continuation, but were pressured into abortion by their partners. The abortion experience had a significant emotional impact on women (higher levels of depressive symptoms among adolescents and adults who opted for abortion, and when compared adolescents with no history of pregnancy) and different factors contributed to explain the socioemotional adjustment after an abortion decision according to woman's age. Feelings of being pressured into abortion and lower satisfaction with the decision led to lower socioemotional adjustment in adolescents, with the social support from the mother being an important protective factor for QoL. On the other hand, lower levels of satisfaction with the decision led to higher levels of depressive symptoms in adults.

**Conclusions:** The results of this study highlight the need for health care professionals to recognize the heterogeneity of pathways leading to abortion and (mal)adaptation after decision. Therefore, the results stress the importance of establishing extensive and diversified health policies and practices intended to prevent abortion practice and minimizing its impact. At the same time, our results indicate that these policies should be sensitive to the specificities according to woman's age. First, it seems important to invest in the prevention of different sexual and contraceptive decisions/behaviors, and to foster the involvement of the male population in these actions. Moreover, the quality of the decision-making process should be encouraged when facing an unplanned pregnancy (e.g., promoting a guided and developmentally appropriate reflection about the available options and identification of sources of pressure). Finally, our results reinforce the importance of identifying, as early as possible, the adolescents who report pressure/coercion into abortion and less support from their mothers, and adolescents and adults who report less satisfaction with the abortion decision, in order to refer them to specialized interventions, promoting their socioemotional adjustment. The promotion of satisfactory support from the adolescent's mother may be essential at this level.

## Nota introdutória

O número de IVG tem vindo a ser considerado como um importante indicador de saúde pública, particularmente no diz respeito à saúde sexual e reprodutiva da população (Gissler et al., 2008; Silva et al., 2011; Temmerman et al., 2006). Portugal é um dos países membros da UE no qual a IVG foi mais recentemente legalizada (Silva et al., 2011). Apesar da sua prevalência se situar abaixo da média Europeia e os seus valores serem considerados como pouco preocupantes pela literatura (DGS, 2016b; Silva et al., 2011), permanecem necessidades não satisfeitas ao nível da informação e dos serviços na prevenção da ocorrência de gravidezes não planeadas e consequente IVG no contexto sociocultural português. Por outro lado, a marcada heterogeneidade da evolução desta prática de acordo com a idade da mulher chama à atenção para a necessidade de conhecer as necessidades e especificidades desenvolvimentais no contexto da IVG.

Apesar do extenso corpo de literatura internacional sobre o tema, a generalização destes resultados fica, no entanto, comprometida pela influência do contexto sociocultural na experiência desta decisão reprodutiva (OMS, 2006). Por outro lado, os resultados inconsistentes no que se refere às implicações ao nível da saúde mental da mulher exigem esforços multidisciplinares com vista à sua avaliação, deteção e prevenção do seu impacto negativo.

A abordagem desenvolvimental e ecológica preconizada pela Psicopatologia do Desenvolvimento (Cicchetti, 2006; Compas & Reeslund, 2009; Lerner, 2006) constituiu a grelha de leitura conceptual e metodológica deste trabalho. Partindo do conhecimento atual sobre a IVG e da identificação de um conjunto de necessidades de ação com vista à sua prevenção e à minimização do seu impacto, procurámos conceber uma investigação que colmatasse algumas das lacunas identificadas ao nível do conhecimento científico e que pudesse auxiliar o planeamento e implementação dessas ações. Para tal, procurámos contribuir para o conhecimento das trajetórias individuais que estão na origem da gravidez e decisão de IVG e o ajustamento socioemocional após a mesma, bem como das suas especificidades de acordo com a idade da mulher. Para além desta concetualização “macro”, tivemos como base o modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), com vista à identificação de fatores explicativos dos níveis de ajustamento socioemocional após a decisão.

A investigação que conduzimos é aqui apresentada sob a forma de cinco estudos empíricos subordinados a objetivos específicos. Três destes estudos encontram-se publicados em revistas nacionais e internacionais com avaliação de pares (*Estudos Empíricos I, IV, V*) e dois deles encontram-se submetidos para publicação (*Estudos Empíricos II e III*).

A estrutura do presente trabalho comporta quatro capítulos. O **Capítulo 1 | Enquadramento teórico** constitui uma revisão da literatura sobre o tema em análise. Após algumas considerações

gerais acerca da definição da IVG, da legislação em vigor em Portugal e dos dados epidemiológicos disponíveis, refletimos acerca das tomadas de decisão e comportamentos que podem estar na origem da gravidez e, posteriormente, da sua interrupção, bem como da (in)adaptação após a decisão. Por fim, apresentamos os principais resultados da investigação sobre estes tópicos, salientando as lacunas do conhecimento atual que orientaram a definição dos objetivos da presente investigação.

No **Capítulo 2 | Objetivos e metodologia da investigação** caracterizamos de forma geral a investigação, explicando de que forma os cinco estudos empíricos se articulam entre si. Para isso, sintetizamos os objetivos gerais e específicos da investigação, bem como as opções metodológicas inerentes à sua concretização (i.e., desenho do estudo, amostra, procedimentos e métodos de recolha da informação). Descrevemos igualmente de que forma a legislação e os princípios éticos foram cumpridos durante as diferentes fases do processo de investigação.

O **Capítulo 3 | Estudos empíricos** engloba os cinco estudos empíricos levados a cabo. O **Estudo Empírico I**, Sociodemographic, sexual, reproductive and relationship characteristics of adolescents having an abortion in Portugal: A homogenous or a heterogeneous group?, teve como objetivo caracterizar do ponto de vista sociodemográfico, sexual, reprodutivo e relacional um grupo de adolescentes que realizaram uma IVG, bem como comparar estas características de acordo com a sua idade (<16 anos; 16-17 anos; 18-19 anos).

O **Estudo Empírico II**, Reproductive and relational trajectories leading to pregnancy: Differences between adolescents and adult women who had an abortion, visou caracterizar as trajetórias individuais que conduzem à gravidez analisando a existência de diferentes decisões e comportamentos sexuais e contraceptivos, realidades interpessoais, bem como analisar a distribuição dessas trajetórias de acordo com a idade da mulher.

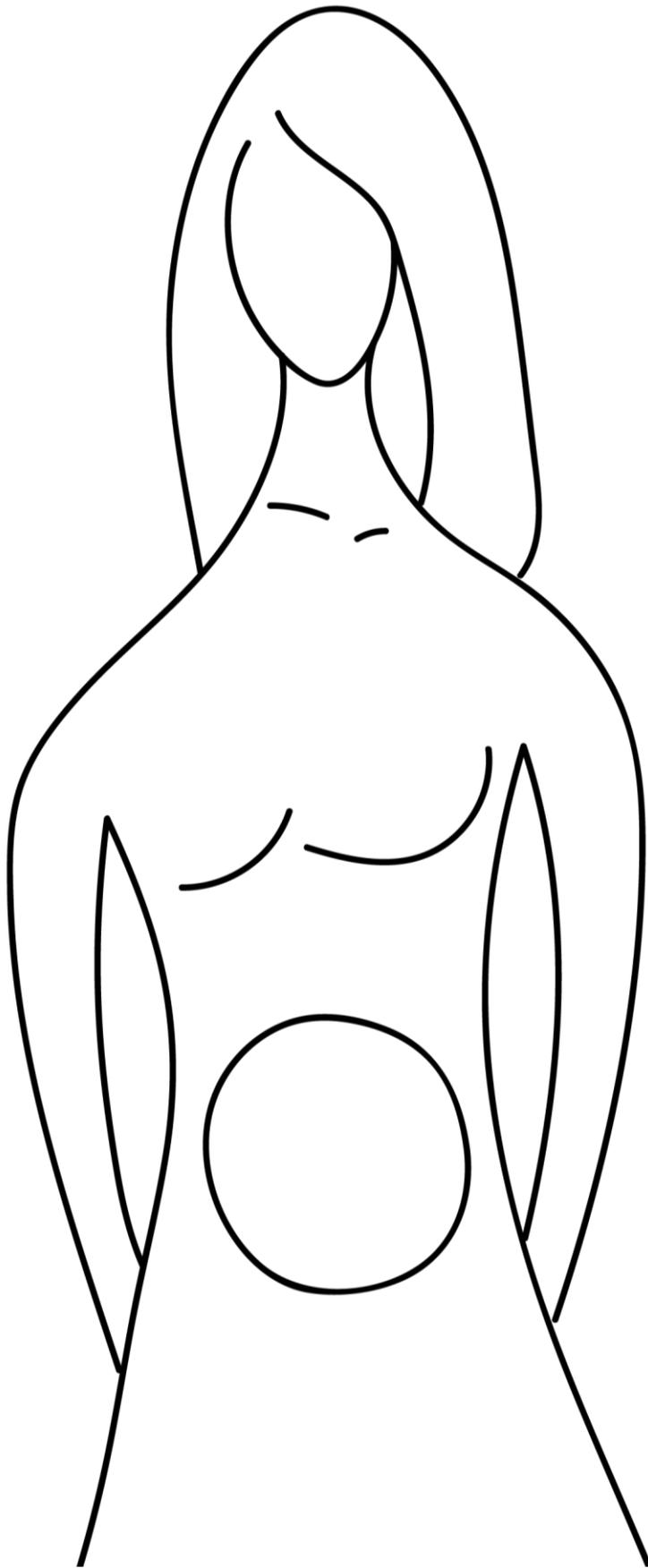
O **Estudo Empírico III**, Decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy: Similarities and differences between adolescents and adult women, teve como objetivo caracterizar as trajetórias que conduzem à decisão de interromper uma gravidez não planeada tendo por base a ponderação de prosseguir com a gravidez, dar a conhecer a decisão reprodutiva à família, identificar os intervenientes na decisão (i.e., mulher como principal agente da decisão ou pressão por parte de outros significativos), averiguar os principais motivos associados à IVG e analisar a distribuição dessas trajetórias de acordo com a idade da mulher.

O **Estudo Empírico IV**, Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico numa amostra de jovens portuguesas, pretendeu averiguar as diferenças nos níveis de sintomatologia depressiva e qualidade de vida entre um grupo de adolescentes que realizou uma IVG, por comparação com um grupo de controlo de adolescentes sexualmente iniciadas e sem história de gravidez.

Por fim, o **Estudo Empírico V**, *Psychosocial adjustment after induced abortion and its explanatory factors among adolescent and adult women*, visou comparar o ajustamento socioemocional após a decisão de IVG entre adolescentes e adultas, bem como explorar o contributo de um conjunto de fatores individuais, sociais, relacionais e do processo de tomada de decisão para os níveis de sintomatologia depressiva e de qualidade de vida experienciados de acordo com a idade da mulher.

Por último, **Capítulo 4 | Síntese e discussão dos resultados**, procura articular os principais contributos de cada estudo empírico para os objetivos gerais da investigação. Para além da síntese e da discussão integrada dos principais resultados alcançados, refletimos ainda sobre as suas principais lacunas, pontos fortes e implicações para investigações futuras. Terminamos este capítulo com uma reflexão sobre as implicações da nossa investigação para as práticas e políticas de saúde.





## **Capítulo 1**

Enquadramento teórico



## Interrupção voluntária da gravidez: Definição, legislação em Portugal e dados epidemiológicos

De acordo com a definição da OMS, por interrupção voluntária da gravidez ou aborto induzido entende-se “a interrupção da gestação antes que o embrião ou feto seja viável, ou seja, capaz de levar uma vida extrauterina independente” (1970, p.6). O aborto induzido pode ser classificado como: 1) aborto terapêutico, provocado em casos de perigo de vida da mulher, perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher, em casos de malformação fetal ou quando a gravidez resultou de uma violação (AR, 1984, 1997); ou 2) aborto eletivo, provocado por qualquer outra motivação pessoal ou social, por opção da mulher, e que de acordo com a lei portuguesa pode ser realizado até às primeiras 10 semanas de gravidez (AR, 2007a). O presente trabalho terá como foco principal a interrupção voluntária da gravidez de tipo eletivo (IVG).

Apesar de ser uma prática comum em todo o mundo, a IVG é um tema controverso nas sociedades economicamente desenvolvidas, alvo de discussão tanto na população em geral, como na comunidade científica (Carvalho, 2008). Dado ser uma prática com implicações ao nível psicológico, social e cultural, o investimento da comunidade científica na compreensão da sua ocorrência e implicações a médio e longo prazo rapidamente ultrapassou o âmbito médico, passando a assumir um carácter marcadamente multidisciplinar (Ribeiro & Araújo, 1998). A IVG abrange diferentes áreas do conhecimento como a Biologia, a Epidemiologia, a Demografia, a Psicologia, a Sociologia e até a Economia. Assim, a partir desta conceção, emergiu uma nova perspetiva sobre este fenómeno que tornou claro o contributo da abordagem biopsicossocial para a compreensão da IVG (Ribeiro & Araújo, 1998).

Até à segunda metade do séc. XX, a IVG constituía-se como uma prática ilegal na maior parte do mundo. No entanto, na década de 50, com o intuito de dar resposta ao risco associado ao aborto inseguro e clandestino, muitas vezes relacionado com taxas de mortalidade materna elevadas, iniciou-se o processo de legislação com vista à permissão da realização da IVG em condições seguras. Nas décadas de 60, 70 e 80 este processo estendeu-se à maioria dos Estados Europeus (Episcience, 2008).

Em Portugal, a legislação que regulamenta a IVG surge pela primeira vez na década de 80. Apesar da existência de um contexto pautado pela generalização do acesso e do recurso a métodos contraceptivos de elevada eficácia (INE & INSA, 2007), o recurso ao aborto era uma realidade clandestina e insegura, que se traduzia numa ameaça à saúde das mulheres (Baptista, 2013). Desde então, tem vindo a ser regulamentada por diferentes documentos jurídicos, com o intuito de salvaguardar o direito à proteção da saúde da mulher e contribuir para uma escolha informada, livre e esclarecida (Canário, Figueiredo, & Ricou, 2011). Em 2007, na sequência do referendo nacional sobre a prática do aborto, este passa a não ser punível se realizado, por opção

da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez, na sequência da entrada em vigor da portaria n.º 741-A/2007 de 21 de junho e ao abrigo da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril (AR, 2007a). A legislação enquadra assim a despenalização IVG, por opção da mulher, em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos (AR, 2007a).

De acordo com a legislação em vigor, a mulher deve beneficiar de três consultas, cada uma delas com objetivos e procedimentos definidos. O processo inicia-se com a consulta médica prévia, durante a qual o profissional de saúde deve prestar toda a informação e esclarecimentos necessários à mulher grávida ou ao seu representante legal, de forma a que possa tomar uma decisão livre, consciente e responsável. Neste sentido, é-lhe dada informação relativa: a) ao tempo da gravidez; b) aos métodos de interrupção adequados ao caso concreto; c) às eventuais consequências para a saúde física e mental da mulher; d) às condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez/maternidade; e) à possibilidade de acompanhamento psicológico e por técnicos de serviço social antes, durante e após o processo de IVG; e f) aos métodos contraceptivos disponíveis após o procedimento de IVG (AR, 2007b). Entre a consulta prévia e a entrega do consentimento livre e esclarecido para a IVG, deve decorrer um período de reflexão obrigatório não inferior a três dias (AR, 2007a). No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, o consentimento é prestado pelo seu representante legal (AR, 2007a). Por sua vez, entre a entrega do documento de consentimento livre e esclarecido para a IVG e o procedimento em si, isto é, a segunda consulta protocolada, não deve decorrer um período superior a cinco dias, salvo se a mulher solicitar um período superior, dentro do prazo legal para a realização da IVG (AR, 2007b). A IVG pode ser realizada através de dois métodos: medicamentoso ou cirúrgico. O primeiro, mais frequente e indicado para gestações até às 9 semanas, passa pela administração de fármacos cuja ação interrompe a gravidez: o *Mifepristone*, administrado na 2ª consulta, atua através do bloqueio da progesterona, hormona responsável pela manutenção da gravidez; 36 ou 48 horas depois procede-se à toma do *Misoprostol* que vai desencadear as contrações no útero, causando a hemorragia e a expulsão do conteúdo uterino. O método cirúrgico, consiste na aspiração do conteúdo uterino, com uma sonda plástica, sob anestesia geral ou local (AR, 2007a). Por fim, após a realização da IVG, os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos devem garantir às mulheres a marcação de uma consulta de saúde reprodutiva/ planeamento familiar, a terceira consulta protocolada, a realizar no prazo máximo de 15 dias após a IVG, e a prescrição de um método contraceptivo (AR, 2007b).

Os procedimentos de IVG tal como a lei portuguesa os postula são considerados simples e seguros, associados a uma rápida recuperação e com impacto físico reduzido (OMS, 2012a; Rorbye, Nørgaard, & Nilas, 2005; Sathe, Chaudhari, & Parikh, 2012). No entanto, as consequências a longo prazo, isto é, as implicações ao nível da saúde reprodutiva futura, são uma preocupação de saúde pública (Ancel, Lelong, Papiernik, Saurel-Cubizolles, & Kaminski, 2004), uma vez que os estudos têm vindo a apresentar resultados inconsistentes. Por um lado, os estudos mais antigos concluem que esta prática não se associa ao maior risco de implicações reprodutivas negativas

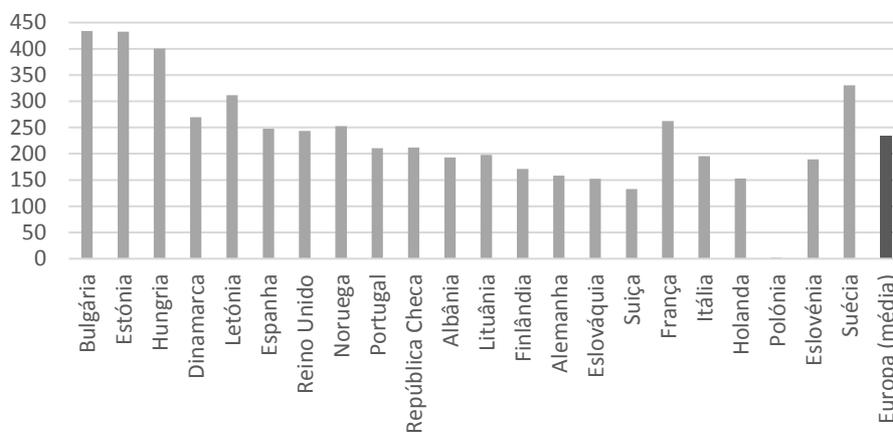
futuras (Atrash & Hogue, 1990; Frank, McNamee, Hannaford, Kay, & Hirsch, 1991; Virk, Zhang, & Olsen, 2007; Zhou & Olsen, 2003). Por outro, estudos mais recentes apontam para a associação entre a prática de IVG e o risco futuro de cancro da mama (Huang et al., 2014), parto pré-termo e baixo peso (Ancel et al., 2004; Bhattacharya et al., 2012; Calhoun, Shadigian, & Rooney, 2007; Klemetti, Gissler, Niinimäki, & Hemminki, 2012) e infertilidade (Sathe et al., 2012), e que este risco pode aumentar com a repetição da prática de IVG (Ancel et al., 2004; Huang et al., 2014). No entanto, dadas as diferentes condições legais entre os países (OMS, 2006), nomeadamente a idade gestacional até à qual é possível realizar a IVG e as diferentes implicações físicas que acarretam, podem justificar esta diversidade de resultados.

O número de IVG tem vindo a ser também considerado como um importante indicador de saúde pública, nomeadamente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva e ao uso eficaz de métodos contraceptivos (Gissler et al., 2008; Silva et al., 2011; Temmerman et al., 2006). Esta é uma prática que pode ser influenciada pelo contexto sociocultural em que se insere, uma vez que a legislação aplicada, as atitudes vigentes na sociedade sobre o aborto e maternidade, bem como o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva divergem entre os países (Goenee, Donker, Picavet, & Wijnen, 2014; Leppälähti, Gissler, Mentula, & Heikinheimo, 2012; OMS, 2006; Silva et al., 2011). Neste sentido, a monitorização epidemiológica da IVG por parte de entidades oficiais – tais como a OMS, a Comissão Europeia e a DGS – assume um papel de extrema importância na compreensão da evolução mundial deste fenómeno. No que se refere à análise dos dados desta prática, alguns esclarecimentos devem ser tidos em conta relativamente aos indicadores disponíveis. Apesar da divergência entre o número de gravidezes (i.e., concepções) e de nascimentos (i.e., nados vivos), a maioria dos países apenas dispõe de informação relativa ao segundo indicador. Neste sentido, um dos indicadores considerados na monitorização da IVG passa pela análise do número de IVG por 1000 nados vivos. Por outro lado, outro dos indicadores tem por base o número de IVG por 1000 mulheres em idade fértil, considerando as mulheres entre os 15-49 anos (DGS, 2016b). Contudo, cada um destes pode ser influenciado por variações do número de nascimentos na população ou num grupo etário em particular, e por variações da população (migrantes), respetivamente, o que coloca desafios na sua interpretação. Além disso, a utilização de diferentes indicadores levanta ainda dificuldades na análise comparativa entre os diferentes países e agências internacionais. No entanto, no âmbito deste trabalho teremos em consideração o número de IVG por 1000 nados vivos e o número total de IVG por ano, uma vez que são os indicadores para os quais existem mais dados recolhidos para os Países da UE e o indicador mais utilizado no nosso país, respetivamente.

De acordo com os dados oficiais, tem-se verificado um decréscimo na maioria dos países da UE no que se refere à prática de IVG ao longo dos últimos anos (Episcience, 2008; Silva et al., 2011). Em Portugal, e até 2007, a situação da prática de IVG nunca foi objeto de estudo à escala nacional, tendo sido apenas realizados alguns estudos de âmbito limitado (e.g., Cosme & Leal, 1998; Noya & Leal, 1998; Ourô & Leal, 1998), o que ditou uma dificuldade incontornável de acesso

aos números reais da sua ocorrência. Com a sua despenalização após o referendo, a IVG passa a ser um procedimento seguro e com reduzido impacto físico (OMS, 2012a), de declaração obrigatória à DGS (AR, 2007a).

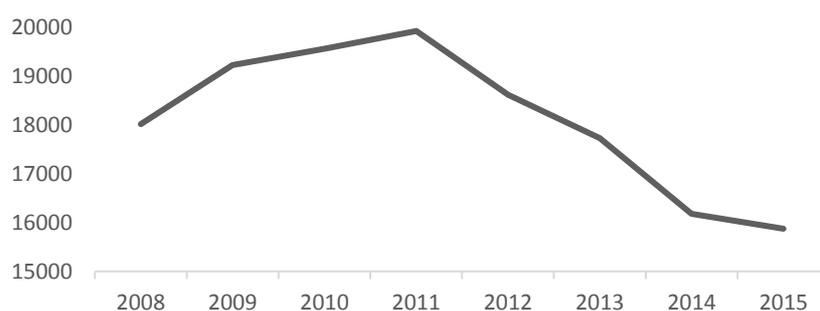
Considerando os países dos estados membros da UE, Portugal é um dos países no qual a IVG foi mais recentemente legalizada, tendo sido apenas sucedido por Espanha, em 2010 (Silva et al., 2011). Como é possível observar na Figura 1, de acordo com os dados oficiais mais recentes, Portugal permanece abaixo da média europeia no que toca à realização desta prática (DGS, 2016b; OMS, 2012b), apresentando cerca de 211 IVG por 1000 nados vivos. No entanto, tendo em consideração o número de IVG realizadas em idade inferior a 15 anos, o nosso país destaca-se por apresentar uma das taxas mais elevadas (Silva et al., 2011).



**Figura 1** | Números de abortos, por 1000 nados-vivos: Dados relativos ao ano de 2012, para os estados membros da União Europeia (OMS, 2012b; DGS, 2016b)<sup>1</sup>.

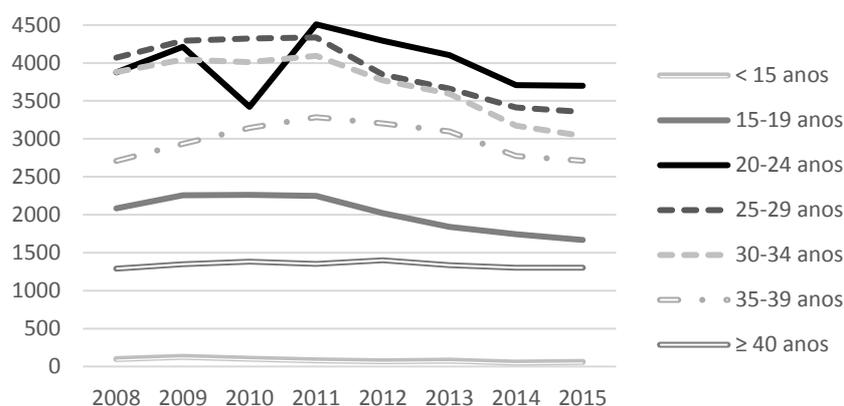
Por outro lado, a evolução da prevalência da IVG em Portugal ao longo dos anos merece igualmente algumas reflexões. Em primeiro lugar, analisando a evolução da prevalência desta prática, entre 2008 e 2011, assistimos a um aumento do número de IVG em cerca de 10.3% (cf. Figura 2), atingindo o seu valor máximo de 19921 IVG realizadas em Portugal. Desde então, tem-se verificado um decréscimo constante, registando-se uma variação de - 22% até ao ano de 2015 (DGS, 2016b). Assim, desde a sua despenalização, registou-se uma diminuição de 10.2 % no que se refere à realização desta prática, sendo que o máximo de variação se verificou entre 2013 e 2014 (DGS, 2016b). Em 2015, as IVG diminuíram 1,9% face a 2014, o número mais baixo de sempre (15873), o que corresponde a que mais de 16% das mulheres que engravidam em Portugal, optam pela IVG (DGS, 2016b; PORDATA, 2015).

<sup>1</sup> Os dados reportados no gráfico referem-se ao total de interrupções de gravidez legais, isto é, por todos os motivos, e não apenas por opção da mulher, de acordo com a definição do indicador da European Health for all database (HFA-DB, Serviço Regional da OMS para a Europa). Para o ano de 2012 não são conhecidos os dados para a Bélgica e Grécia.



**Figura 2** | Número de IVG: Dados referentes ao período compreendido entre 2008<sup>2</sup> e 2015, para Portugal (DGS, 2016b).

Em segundo lugar, a análise da evolução da prevalência da IVG considerando a idade da mulher revela uma marcada heterogeneidade. Como é possível observar na Figura 3, entre 2008 e 2010, o recurso a esta prática aumentou com a idade da mulher, atingindo um máximo aos 25-29 anos (DGS, 2010, 2012). Entre 2010 e 2011, a prática de IVG na faixa etária dos 20-24 anos apresentou um maior crescimento do que a verificada nas restantes idades, passando desde então a assumir uma maior expressão no que toca ao recurso à IVG.



**Figura 3** | Número de IVG para todas as faixas etárias: Dados referentes ao período compreendido entre 2008 e 2015 (DGS, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016a, 2016b).

A partir de 2011, verificou-se um decréscimo consistente da prática de IVG em todas as idades (DGS, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016a, 2016b). Atualmente, as faixas etárias correspondentes aos 20-24 anos (23,3%), 25-29 anos (21,1%) e 30-34 anos (19,1%), perfazem 63,6% do total das IVG realizadas no nosso país. Por outro lado, a faixa etária dos 15-19 anos (10,5%) tem vindo a apresentar um maior recurso à prática de IVG, por comparação com a faixa etária dos ≥40 anos (8,2%) e <15 anos (0,4%), nas quais se verifica a prevalência mais baixa (DGS, 2016b).

<sup>2</sup> Os dados referentes ao ano de 2007 não constam no gráfico, uma vez que a recolha de informação teve início em julho desse mesmo ano, o que se traduziu no registo de apenas 5 meses de prática, durante os quais nem todas as consultas se encontravam em pleno funcionamento (DGS, 2016b).

A evolução positiva da prevalência da IVG desde a sua despenalização pode estar relacionada com questões legais e práticas do contexto sociocultural português, nomeadamente no controlo da fertilidade através do acesso da população a serviços de saúde reprodutiva de qualidade, à disponibilização gratuita de contraceção e ao uso de métodos contraceptivos eficazes (AR, 1984; Goenee et al., 2014; Pires, 2014). No entanto, apesar do número de IVG se encontrar em níveis considerados pouco preocupantes pela literatura, e que o aborto clandestino e inseguro e as complicações relacionadas com esta prática não se traduzem como problemáticas de saúde prevalentes (Baptista, 2013; Bombas, 2012; DGS, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016a, 2016b), estes dados realçam necessidades não satisfeitas ao nível da informação e dos serviços na prevenção da ocorrência de gravidezes não planeadas e consequente IVG (Sedgh, Finer, Bankole, Eilers, & Singh, 2015). Para tal pode estar a contribuir o escasso conhecimento no nosso país sobre as trajetórias que levam à ocorrência da gravidez e à decisão de IVG. Apesar do crescente interesse sobre a prática de IVG em Portugal e de alguns trabalhos proporcionarem contributos importantes para a compreensão do perfil sociodemográfico e clínico das mulheres que decidem pela IVG, estes são na sua maioria unicêntricos (e.g., Canário, 2009; Canário et al., 2011; Carvalho, 2008; Guedes, Gameiro, & Canavarro, 2010; Santos, 2010), o que não permite obter uma visão nacional desta problemática. Por outro lado, e apesar da marcada heterogeneidade na prevalência da IVG de acordo com a idade da mulher, a maioria deles tem vindo a considerar este grupo como homogéneo, o que não nos permite conhecer as necessidades e especificidades desenvolvimentais no contexto da IVG. Assim, o conhecimento sobre as trajetórias conducentes à IVG, bem como as suas especificidades de acordo com a idade da mulher poderá permitir o desenvolvimento de diretrizes apropriadas ao aconselhamento reprodutivo informado e intervenções preventivas para a ocorrência da gravidez não planeada e, por sua vez, da IVG (Guedes, 2008; OMS, 2001).

## Tomadas de decisão e comportamentos na origem da IVG

A IVG tem vindo a ser concetualizada como um acontecimento de carácter multifásico, que resulta do encadeamento de um conjunto de decisões e comportamentos (Bracken, Klerman, & Bracken, 1978; Levels, Need, Nieuwenhuis, Sluiter, & Ultee, 2012; Rossier, Michelot, Bajos, & COCON Group, 2007; Rowlands, 2008). Na sua origem encontram-se dois fatores proximais determinantes: 1) a ocorrência da gravidez, e 2) a decisão de interrompê-la (Rossier et al., 2007). Estes fatores, bem como as tomadas de decisão que lhes subjazem são de extrema importância para a compreensão das trajetórias individuais que conduzem as mulheres à prática da IVG.

No que se refere à ocorrência da gravidez, esta sequência tem início na decisão de iniciar a atividade sexual e de não utilizar contraceção (Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012; Canavarro & Pereira, 2001; Casper, 1990; Costescu & Lamont, 2013; Elder, 1998; Felton,

Parsons, & Hassell, 1998; Levels et al., 2012; Pires, 2014; Rossier et al., 2007; Rowlands, 2008; Truong et al., 2006). Entre estas duas fases encontra-se o planeamento da gravidez (Levels et al., 2012; Rossier et al., 2007; Rowlands, 2008). A decisão de IVG encontra-se na maioria das vezes relacionada com o não planeamento da gravidez (Broen, Moum, Bödtker, & Ekeberg, 2005a; Moreau, Trussel, & Bajos, 2012).

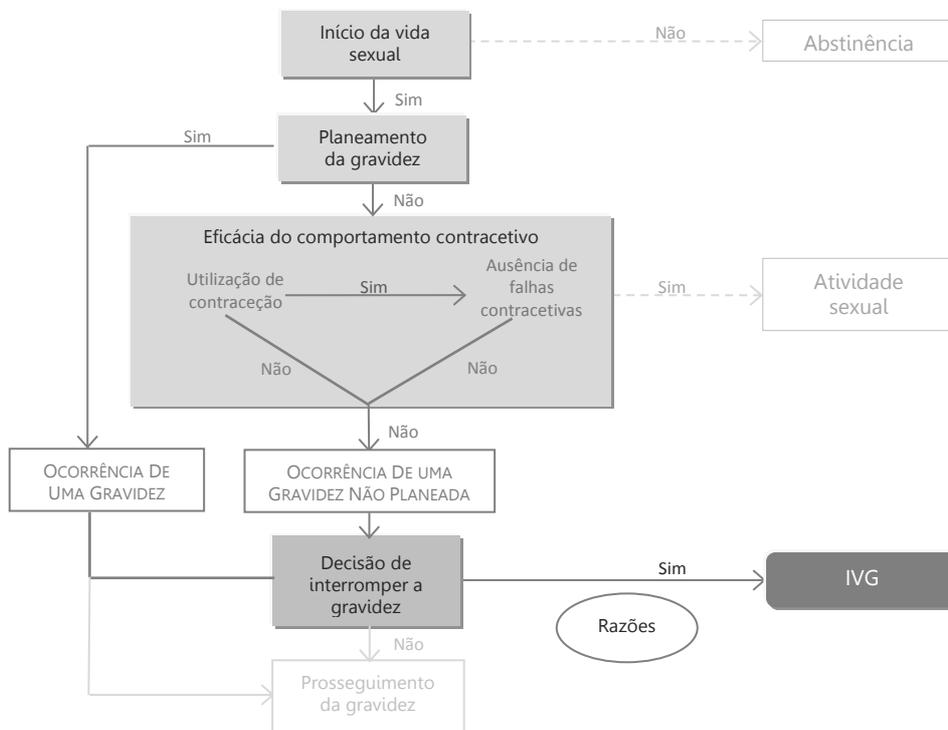
Contudo, a sua ocorrência não resulta unicamente da ausência de utilização de contraceção (Rossier et al., 2007), uma vez que há estudos que reportam igualmente o seu uso à data da conceção (Jones, Darroch, & Henshaw, 2002; Mavroforou, Koumantakis, & Michalodimitrakis, 2004; Moreau et al., 2012; Pires et al., 2014; Tripp & Viner, 2005). Neste sentido, a possibilidade de ocorrência de falhas contraceptivas aquando da utilização da contraceção deve ser também tida em conta (Fernandes, 2014; Moreau et al., 2012; Pires, 2014; Sereno, Leal, & Maroco, 2012). Estas podem resultar do uso de métodos contraceptivos menos eficazes, da incorreta utilização de métodos considerados mais eficazes ou de falhas relativas à ação do próprio método contraceptivo (Araújo Pedrosa, 2009; Costa & Leal, 2005; Moreau et al., 2012; Pires et al., 2014; Rossier et al., 2007; Sampaio, Chaves, & Dias, 2000). A eficácia da prevenção da ocorrência de uma gravidez não planeada depende, assim, não só da decisão de utilizar contraceção, mas igualmente da ausência de falhas na sua utilização (Pires, 2014).

Face à recente realidade do contexto sociocultural português que despenalizou a realização da IVG (AR, 2007a), perante a ocorrência de uma gravidez não planeada, surge então a necessidade de considerar uma nova etapa: a decisão reprodutiva face à interrupção da gravidez ou ao seu prosseguimento (Alves, Santos, Barradas, & Duarte, 2009; Canavarro & Araújo Pedrosa, 2012; Canavarro & Pereira, 2001; DGS, 2016b; Elder, 1998; Felton et al., 1998; Levels et al., 2012; Pires, 2014; Pires et al., 2015; Rossier et al., 2007; Rowlands, 2008). Desta forma, e à luz do quadro legal português, a ponderação entre continuar a gravidez ou interrompê-la até às 10 semanas de gestação, tem vindo a ser, cada vez mais, um processo de tomada de decisão que se coloca às mulheres que engravidam de forma não planeada (AR, 2007a; Levels et al., 2012; Pires, 2014; Rowlands, 2008). Durante este processo, a mulher pode envolver ou não outros significativos, como os pais, parceiro e amigos (Costescu & Lamont, 2013; Foster, Gould, Taylor, & Weitz, 2012; Moreau et al., 2012). O seu papel pode variar entre apoiar a decisão da mulher ou pressioná-la/coagi-la para uma determinada opção (Broen et al., 2005a; Costescu & Lamont, 2013; Foster et al., 2012; Ralph, Gould, Baker, & Foster, 2014), podendo assim influenciar o processo de tomada de decisão.

A literatura tem vindo a apontar que a decisão de IVG é motivada por diversas e complexas razões, que vão para além da ocorrência de uma gravidez não planeada, e que se encontram estritamente relacionadas com a idade e circunstâncias de vida da mulher (e.g., Biggs, Gould, & Foster, 2013; Broen et al., 2005a; Kirkman, Rowe, Hardiman, Mallett, & Rosenthal, 2009; Levels et al., 2012; Santelli, Speizer, Avery, & Kendall, 2006; Sihvo, Bajos, Ducot, & Kaminski, 2003). Estas podem estar relacionadas com aspirações académicas e/ou profissionais, condições financeiras,

características da relação atual, com o planeamento familiar, isto é, com o momento da ocorrência da gravidez, entre outras (Biggs et al., 2013; Broen et al., 2005a; Carvalho, 2008; Costa, 2009; Fernandes, 2014; Finer, Frohirth, Dauphinee, Singh, & Moore, 2005; Guedes, 2008; Kirkman et al., 2009; Sereno et al., 2012).

De acordo com o que foi referido anteriormente, e de forma a incorporar o carácter multifásico desta experiência reprodutiva, a conceptualização da IVG deve ter em consideração: 1) as decisões e os comportamentos sexuais e contraceptivos que podem levar à ocorrência de uma gravidez e 2) o processo de tomada de decisão que, face à sua ocorrência, conduz à IVG. Tendo em conta o primeiro ponto, o conhecimento sobre o planeamento da gravidez e a eficácia dos comportamentos contraceptivos das mulheres que engravidam e que decidem pela IVG revelam-se de extrema importância. No segundo ponto, importa compreender as circunstâncias que levam as mulheres à decisão de IVG (cf. Figura 4).



**Figura 4** | Decisões e comportamentos na origem da IVG (elaborado a partir de Pires, 2014).

Da sucessão de decisões e comportamentos anteriormente descritos, surge uma multiplicidade de trajetórias que podem levar à ocorrência de uma gravidez (Pires, 2014; Pires et al., 2014) e posterior IVG, e com importantes implicações ao nível da intervenção (Pires, 2014). Assim, o conhecimento não só das diferentes decisões e comportamentos de naturezas distintas (Levels et al., 2012; Pires, 2014; Pires et al., 2014; Rossier et al., 2007; Rowlands, 2008), bem como das diferentes trajetórias individuais que daí advém (Pires, 2014; Pires et al., 2014), torna-se assim fundamental para o delineamento de diretrizes ao nível da prevenção efetiva desta cadeia.

## A (in)adaptação à decisão de IVG

### O conceito de ajustamento socioemocional

O conceito de adaptação, apesar de ser amplamente utilizado na Psicologia Clínica e da Saúde, é vasto e de difícil operacionalização. De acordo com a perspectiva desenvolvimentista e ecológica que serve de base teórica ao presente trabalho, a adaptação bem-sucedida ou competente diz respeito à capacidade do indivíduo de coordenar o funcionamento psicológico (cognitivo, afetivo e comportamental) e os recursos ambientais, de forma a responder adequadamente às exigências desenvolvimentais e desafios que se lhe colocam no presente, e de forma a promover a adaptação futura (Masten, Burt, & Coatsworth, 2006; Soares, 2000).

Por outro lado, e no que se refere à saúde mental, a OMS reconhece igualmente a impossibilidade de definir este conceito de forma completa. No entanto, a literatura é consensual no que respeita à conceptualização de que esta vai para além da ausência de perturbação (Pires, 2014). Neste sentido, as dimensões positivas da saúde mental, nomeadamente o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa, têm vindo a ser progressivamente valorizadas, com o intuito de promover a saúde mental dos indivíduos (Canavaro & Vaz Serra, 2010; Compas & Reeslund, 2009; OMS, 2001). Da conjugação destas duas abordagens, isto é, a consideração das dimensões negativas e positivas da adaptação, surge o conceito de ajustamento socioemocional (Pereira, 2001; Pires, 2009; Pires, 2014).

Apesar da maioria dos estudos realizados no contexto da IVG colocarem o foco na perturbação emocional da mulher, nomeadamente nos níveis de sintomatologia depressiva experienciados após a decisão (Fergusson, Horwood, & Ridder, 2006; Pedersen, 2008; Rousset, Brulfert, Séjourné, Goutaudier, & Chabrol, 2011), começam a surgir estudos que integram a avaliação das dimensões positivas da adaptação, como a satisfação com a vida (Biggs, Upadhyay, Steinberg, & Foster, 2014) e a QdV (Broen, Moum, Bødtker, & Ekeberg, 2005b; Westhoff, Picardo, & Morrow, 2003). No que a esta última diz respeito, a OMS define-a como “a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura em que vive e do sistema de valores inerente, e a relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization Quality of Life Group [The WHOQOL Group], 1994, p.28), e assenta em três dimensões fundamentais: 1) subjetividade (depende do ponto de vista pessoal); 2) multidimensionalidade (depende de vários fatores); e 3) presença tanto de aspetos negativos como positivos (The WHOWOL Group, 1994).

Contudo, os resultados têm vindo a ser inconsistentes no que se refere ao ajustamento após a IVG. Se por um lado há estudos que reportam resultados mais negativos, e que se traduzem em níveis mais elevados de perturbação emocional (e.g., depressão, ansiedade, stresse, instabilidade

emocional; Coleman, Coyle, Shuping, & Rue, 2009; Cogle, Reardon, & Coleman, 2005; Curley & Johnston, 2013; Fergusson et al., 2006; Pedersen, 2008; Rousset et al., 2011). Por outro, existem dados que concluem que a IVG não se associa ao desequilíbrio emocional (Charles, Polis, Sridhara, & Blum, 2008; Major et al., 2009; Renner, Guzman, & Brahmí, 2014), verificando-se até um impacto positivo desta decisão (Major et al., 2000).

No sentido de explicar esta variabilidade, têm surgido evidências de que esta se possa dever a fatores que operam ao nível individual e contextual, e que poderão contribuir para resultados mais ou menos ajustados destas mulheres (Adler et al., 1992; Coleman, Reardon, Strahan, & Cogle, 2005; Curley & Johnston, 2013; Major et al., 2009; Major & Cozzarelli, 1992; Steinberg & Finer, 2011).

### O contributo do modelo bioecológico na compreensão da (in)adaptação à IVG

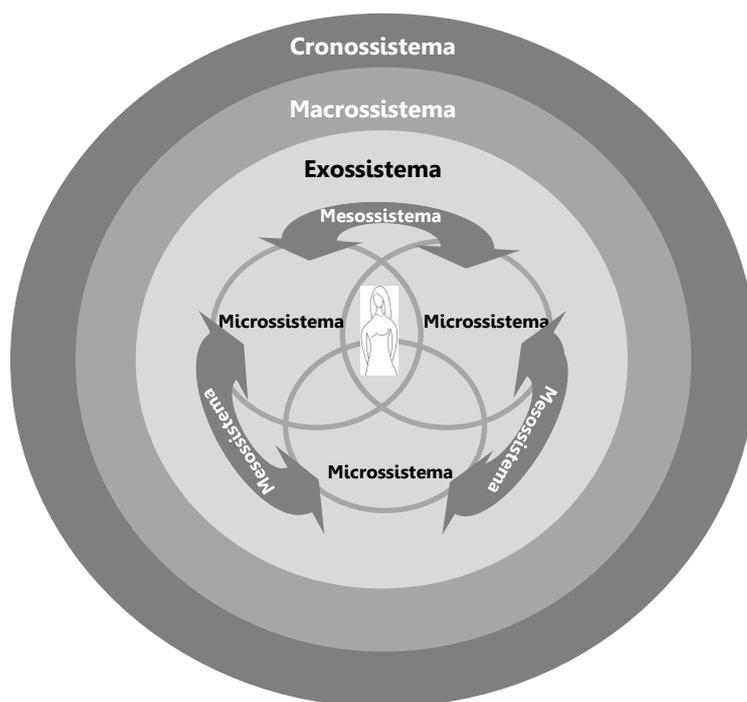
Vários têm sido os modelos teóricos desenvolvidos e que procuram perceber os resultados mais ou menos ajustados à decisão de IVG (e.g., Adler et al., 1992; Lazarus & Folkman, 1984; Major, Richards, Cooper, Cozzarelli, & Zubek, 1998; Miller, 1992; Rue, Coleman, & Reardon, 2004; Speckhard & Rue, 1992). No entanto, e apesar de reconhecermos o relevante contributo destas diferentes abordagens, consideramos que as conceptualizações ancoradas no campo da Psicopatologia do Desenvolvimento, nomeadamente o modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), oferecem um enquadramento teórico mais integrador ao estudo e análise dos fatores que contribuem para os percursos (des)adaptativos no contexto da IVG, constituindo-se assim como o referencial teórico da nossa investigação. Este contempla um vasto conjunto de variáveis individuais, intrafamiliares e relacionais, assim como de sistemas ambientais, enquanto fatores que podem influenciar o desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998). Além disso, preconiza que os processos que têm lugar nos vários sistemas e subsistemas sociais são interdependentes, interagindo mutuamente, e que podem contribuir para a compreensão global das respostas patológicas (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998, 2006; Cicchetti, 2006; Elder, 1998; Lerner, 2006). Em suma, centra-se na conceptualização dos contextos nos quais o desenvolvimento ocorre, considerando a sua vastidão, diversidade, organização hierárquica e interdependência (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Apesar do importante contributo de outros modelos e perspetivas que procuram compreender aspetos particulares ao nível da (in)adaptação à decisão de IVG<sup>3</sup>, estes não têm em

---

<sup>3</sup> No que se refere particularmente à saúde mental mulher, as variáveis preconizadas pelos modelos de Miller (1992) são relevantes para a compreensão do estudo da (in)adaptação após a IVG. Com base nos modelos modelo de decisão e de perda (Miller, 1992), o processo de tomada de decisão à IVG terá influência no ajustamento posterior. Neste sentido, a ambivalência na decisão, o grau de satisfação com a mesma e a possível existência de pressão para uma determinada decisão reprodutiva, são variáveis que podem influenciar o ajustamento individual após a IVG (Miller, 1992). De acordo com o modelo de stresse (Miller, 1992), o apoio social poderá também estar relacionado com o desenvolvimento de sintomas de afeto negativo (e.g., ansiedade e depressão).

consideração os múltiplos fatores de diferentes níveis de influência e as interações que se estabelecem entre eles na determinação da adaptação individual (Coleman et al., 2005). O modelo bioecológico, por seu lado, colmata estas necessidades, uma vez que tem em conta no espaço ecológico em que o indivíduo se desenvolve a existência de diversos sistemas, que atuam em níveis distintos, mas cada um deles está incorporado nos seguintes, numa perspetiva interdependente (Coleman et al., 2005): o *micro*, o *meso*, o *exo*, o *macro* e o *cronossistema* (cf. Figura 5)<sup>4</sup>.



**Figura 5** | Representação esquemática do modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Neste sentido, e de forma a compreender holisticamente os resultados mais ou menos ajustados após a IVG, devemos ter em conta não apenas as características da própria mulher, como também as características dos principais sistemas sociais em que o seu desenvolvimento ocorre e as interações que esta estabelece em cada e com cada um deles (Coleman et al., 2005; Curley & Johnston, 2013; Major et al., 2009; Major & Cozzarelli, 1992; Steinberg & Finer, 2011). Além disso, o modelo postula que devem ser tidos em conta os contextos mais latos, isto é, os ambientes culturais e as circunstâncias históricas e sociais, nos quais os sistemas se integram, de particular relevância no contexto da IVG, uma vez que é uma prática influenciada pelo contexto

<sup>4</sup> O *microsistema* diz respeito ao padrão de atividades, papéis e relações interpessoais da pessoa num determinado contexto, tendo em conta a realidade objetiva, mas também a forma como o indivíduo atribui significado àqueles elementos; inclui ainda as características de todas as pessoas, objetos e símbolos que participam na (ou influenciam a) vida do indivíduo. O *mesossistema* refere-se aos contextos nos quais a pessoa interage, isto é, refere-se às inter-relações entre dois ou mais contextos (microsistemas) em que o indivíduo participa de forma ativa. O *exossistema* compreende os contextos sociais com os quais a pessoa não interage diretamente, mas que influenciam o seu desenvolvimento. O *macrossistema* refere-se aos contextos culturais e ao conjunto de valores e crenças que atuam sobre os níveis anteriores. O *cronossistema* diz respeito às transições e circunstâncias históricossociais que se desenrolam no curso da vida da pessoa (Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1997; Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 1998, 2006).

sociocultural em que se insere (Goenee et al., 2014; Leppälahti et al., 2012; OMS, 2006; Silva et al., 2011). Por fim, devem ser consideradas não só as interações entre fatores do mesmo sistema, como também a interdependência entre sistemas, i.e., a ação dos fatores de cada sistema enquanto moderadores e/ou mediadores dos efeitos dos fatores dos outros sistemas (Coleman et al., 2005; Miller, 1992).

Desta forma, o conhecimento destes fatores, bem como o papel que exercem na adaptação individual (Coleman et al., 2005; Curley & Johnston, 2013; Major et al., 2009; Steinberg & Finer, 2011) poderão permitir o delineamento de intervenções direcionadas para a promoção de trajetórias mais adaptativas após a IVG.

## Trajetórias conducentes à IVG e ajustamento socioemocional: Resultados e lacunas da investigação

Tendo em conta o corpo de literatura sobre as diferentes decisões e comportamentos na origem da gravidez, o processo de tomada de decisão e a (in)adaptação após a IVG, é possível identificar duas áreas que merecem especial atenção ao nível da investigação: 1) o esclarecimento da variabilidade das trajetórias individuais na origem da gravidez e decisão de IVG; e 2) a análise do ajustamento socioemocional e dos seus fatores explicativos após a IVG.

O conhecimento existente sobre estas questões é bastante limitado no nosso país. Até à data da despenalização da IVG, verificaram-se dificuldades incontornáveis no que se refere à investigação e compreensão desta prática em Portugal. Por um lado, os estudos existentes são prévios à sua legalização (e.g., Cosme & Leal, 1998; Noya & Leal, 1998; Ourô & Leal, 1998), e não traduzem a atual realidade do nosso país. Por outro lado, os mais recentes são na sua maioria unicêntricos, descritivos (e.g., Canário, 2009; Canário et al., 2011; Carvalho, 2008; Fernandes, 2014; Guedes, 2008; Guedes et al., 2010; Prucha, 2013; Santos, 2010) ou de natureza qualitativa (e.g., Azeredo, 2013; Machado, 2012), e não avaliam de forma integrada as questões citadas anteriormente.

Internacionalmente, apesar do vasto corpo de literatura e pistas de investigação sobre o tema, as diferentes circunstâncias legais e socioculturais (e.g., prazos legais, acessibilidade aos serviços) que medeiam esta prática em diferentes países (Major et al., 2009; OMS, 2006; Sedgh, Bankole, Singh, & Eilers, 2012; Silva et al., 2011), dificultam a generalização dos resultados alcançados para meios distintos. Neste sentido, o estudo sobre a prática de IVG no contexto sociocultural português assume-se assim como uma necessidade premente.

Além disso, importa salientar uma opção metodológica transversal à maioria dos estudos que, no nosso entender, pode justificar alguma da inconsistência entre os resultados obtidos. Tendo em conta que a literatura tem vindo a apontar a idade da mulher como uma variável importante a

ter em conta na compreensão das trajetórias, nomeadamente pela marcada heterogeneidade na prevalência desta prática entre mulheres de diferentes idades (DGS, 2016b), do processo de tomada de decisão e adaptação à IVG (Levels et al., 2012; Kirkman et al., 2009; Pope, Adler, & Tschann, 2001; Quinton, Major, & Richards, 2001; Ralph et al., 2014; Renner et al., 2014; Rossier et al., 2007; Rowlands, 2008), uma vez que a maioria dos estudos tendem a analisar as mulheres como um grupo homogéneo, tal facto não nos permite conhecer as características e necessidades específicas de acordo com a idade das mesmas. Além disso, são poucos os estudos que colocam o foco em grupos específicos, nomeadamente as adolescentes, que têm vindo a ser consideradas como um grupo vulnerável neste contexto (e.g., Moreau et al., 2012; Pope et al., 2001; Quinton et al., 2001; Ralph et al., 2014; Warren, Harvey, & Henderson, 2010). Por fim, tendo em conta os estudos que comparam mulheres em diferentes idades, estes tendem a apresentar heterogeneidade nos pontos de corte definidos para a constituição dos grupos (e.g., Fernandes, 2014; Jones et al., 2002; Prucha, 2013; Ralph et al., 2014; Regushevskaya, Dubikaytis, Nikula, Kuznetsova, & Hemminki, 2009). Estas opções metodológicas afiguram-se igualmente como importantes limitações à comparação e generalização de resultados.

Seguidamente, faremos uma breve revisão da literatura sobre estes temas, ressaltando os principais resultados, bem como as lacunas associadas e de que forma procurámos colmatá-las através dos estudos empíricos que integram o presente trabalho.

## As trajetórias individuais na origem da gravidez e decisão de IVG

### *A ocorrência da gravidez*

Apesar da extensa literatura existente sobre os comportamentos sexuais e contraceptivos que conduzem as mulheres à gravidez (e.g., Felton et al., 1998; Helström, Zätterström, & Odlind, 2006; Moreau et al., 2012; Picavet, Goenee, & Wijzen, 2013; Regushevskaya et al., 2009; Sedlecky & Stanković, 2016) e que decidem pela sua interrupção, o estudo integrado das trajetórias individuais que lhes subjazem é escasso. Por outro lado, os poucos estudos que tiveram em conta a idade da mulher na análise desses mesmos comportamentos sugerem que o tipo de contraceção e as falhas contraceptivas na origem da gravidez variam de acordo a mesma (Larsson, Aneblom, Odlind, & Tydén, 2002; Lim, Wong, Yong, & Singh, 2012; Moreau et al., 2012; Moreau, Trussel, Desfreres, & Bajos, 2010). Numa amostra de adolescentes (<16 anos, 16-17 anos, 18-19 anos), as menores de 16 anos reportam de forma mais frequente o uso do preservativo e falhas associadas ao mesmo à data da conceção, quando comparadas com as adolescentes mais velhas que, por seu lado, indicam maioritariamente falhas associadas ao uso da pílula (Moreau et al., 2012; Moreau et al., 2010). Além disso, Leppälahti e colegas (2012) concluem que as adolescentes mais velhas reportam maiores taxas de IVG e a sua repetição, quando comparadas com adolescentes mais novas. Por outro lado, estudos que comparam jovens e adultas, reportam

igualmente comportamentos contraceptivos diferentes, sendo que as mulheres mais jovens referem de forma mais frequente não usar contraceção ou o uso do preservativo à data da conceção, quando comparadas com mulheres mais velhas que referem maioritariamente o uso de contraceptivos hormonais, como a pílula (Jones et al., 2002; Lim et al., 2012).

Em Portugal, os estudos sobre a saúde sexual e reprodutiva da população feminina evidenciam igualmente algumas especificidades tendo em conta a idade da mulher (Águas, Bombas, & Silva, 2016; DGS, 2016b; Dias, 2009; Matos et al., 2010). Um estudo à escala nacional sobre as práticas contraceptivas indica que cerca de 94% das participantes sexualmente ativas reportam o uso de contraceção, sendo a pílula o método de eleição (58.1%), seguida do preservativo (14.3%). Tendo em conta a idade da mulher, 4.7% das adolescentes reportam não utilizar qualquer tipo de contraceção. No entanto, é na faixa etária dos 40-49 anos que esta taxa se revela mais expressiva (9.2%). Por sua vez, as adolescentes reportam de forma mais frequente o uso do preservativo, ou dupla proteção (i.e., pílula e preservativo), quando comparadas com as faixas etárias dos 30-39 anos e 40-49 anos, que referem maioritariamente o uso da pílula e do DIU, respetivamente. Tendo em conta as mulheres que reportam o uso da pílula, e no que diz respeito ao esquecimento na toma da mesma, são as adolescentes que referem de forma mais frequente o seu esquecimento (Águas et al., 2016). No entanto, a história de IVG prévia não foi analisada neste estudo, pelo que fica por esclarecer se mesmo perante o uso de contraceção ocorreram gravidezes não planeadas e posterior IVG.

No que se refere ao conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva e as necessidades particulares da população feminina que realiza uma IVG no contexto sociocultural português este é escasso, o que dificulta a necessária implementação de medidas estruturadas com vista a um maior grau de adequabilidade e especialização dos serviços de saúde (APF, 2010; Pires, 2014). Além disso, a marcada heterogeneidade na prática de IVG de acordo com a idade da mulher faz antever a necessidade de intervir de modo distinto junto das mesmas, com vista a uma redução efetiva do número de IVG.

A nível nacional, os dados oficiais mais recentes (DGS, 2016b), reportam algumas características sociodemográficas, reprodutivas e relacionais das mulheres que realizam uma IVG. De forma mais específica, indicam que a maioria delas tinham o ensino secundário (38.46%), estavam empregadas (61.15%), tinham um ou dois filhos (50.5%) e estavam a realizar uma IVG pela primeira vez (70.1%). No que se refere às características relacionais, a maioria estava em regime de não coabitação (52.93%) e os parceiros encontravam-se na sua maioria empregados (51.91%). Contudo, ficam por esclarecer importantes questões ao nível da saúde sexual e reprodutiva fundamentais ao delineamento de medidas preventivas, nomeadamente no que se refere aos diferentes comportamentos sexuais e contraceptivos que estiveram na origem da gravidez e às motivações associadas aos mesmos. Neste sentido, estudos de âmbito unicêntrico sugerem que a maioria das mulheres da sua amostra engravidou no contexto de uma relação amorosa (Fernandes, 2014; Sereno et al., 2012), reportando o uso de contraceção, sendo a pílula

(Costa, 2009; Fernandes, 2014; Prucha, 2013; Sereno et al., 2012) e o preservativo (Costa, 2009; Prucha, 2013; Sereno et al., 2012) os métodos mais utilizados. As mulheres identificaram a falha contraceptiva que esteve na origem da gravidez tal como o “esquecimento na toma da pílula”, “interação medicamentosa” e “rompimento do preservativo” (Costa, 2009; Fernandes, 2014; Sereno et al., 2012). Uma minoria (2%) reporta não usar contraceção por ter planeado inicialmente a gravidez (Sereno et al., 2012). No entanto, não são do nosso conhecimento estudos que analisem estas questões de forma integrada e tendo em conta a idade da mulher no contexto da IVG no nosso país.

Não obstante da relevância do contexto relacional em que estes comportamentos ocorrem (Costescu & Lamont, 2013; Moreau et al., 2012; Moreau et al., 2010; Prucha, 2013; Santos, 2010), nomeadamente no que se refere à natureza da relação (i.e., casual ou romântica), assim como das características destes parceiros (e.g., diferenças de idade, habilitações literárias), os escassos estudos que se debruçam sobre estas questões reportam resultados inconsistentes no contexto da IVG (Costescu & Lamont, 2013; Helström et al., 2006; Kero, Högberg, & Lalos, 2001; Pearson, Owen, Phillips, Gray, & Marshal, 1995; Santos, 2010). Neste sentido, continuam a verificar-se necessidades específicas de investigação a este nível, com importantes implicações no que se refere a medidas de intervenção preventivas e à inclusão dos parceiros nestas ações.

Face ao exposto, no *Estudo Empírico I*, procurámos contornar algumas das lacunas existentes na literatura de forma a contribuir para o conhecimento das características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e relacionais de um grupo nacionalmente representativo de adolescentes que realizaram uma IVG no nosso país. Considerando que a lei portuguesa estabelece diferentes direitos e deveres, alguns deles com implicações ao nível da saúde sexual e reprodutiva e da experiência da IVG na adolescência, tivemos em conta diferentes subgrupos neste estudo. Especificamente, as adolescentes menores de 16 anos (*early adolescent childbirth*; Phipps & Sowers, 2002), necessitam do consentimento de um dos pais ou representante legal para a realização da IVG face à ocorrência de uma gravidez (AR, 2007a). Além disso, e como referido anteriormente, Portugal apresenta uma das taxas mais elevadas da Europa no que diz respeito à realização de IVG em adolescentes com idade inferior a 15 anos (Silva et al., 2011). A partir dos 16 anos, as adolescentes passam a poder casar com o consentimento de um dos pais ou de um representante legal e a decidir autonomamente pela IVG (AR, 2007a). Apesar da maioridade legal ser alcançada aos 18 anos de idade (AR, 1978), estas continuam a ser consideradas como adolescentes até aos 19 anos (DGS, 2016b; OMS, 1975). Assim, foi dada particular atenção à análise das diferenças destas características tendo em conta estes subgrupos (<16 anos; 16-17 anos; 18-19 anos).

Por outro lado, no *Estudo Empírico II*, e de forma a colmatar as lacunas da investigação ao nível do conhecimento sobre as diferentes decisões e comportamentos que conduzem à ocorrência de uma gravidez que culmina em IVG, considerámos a análise da seguinte sequência: 1) idade de iniciação sexual, 2) tipo de relação amorosa à data da conceção, 3) planeamento da

gravidez, 4) uso de contraceção e 5) identificação da falha contracetiva que esteve na origem da gravidez. Foi dada particular atenção à distribuição das trajetórias, bem como das características relacionais de acordo com a idade da mulher (adolescentes vs. adultas).

O conhecimento sobre estas trajetórias individuais, bem como as suas especificidades de acordo com a idade da mulher são essenciais à produção de diretrizes de atuação desenvolvimentalmente adaptadas e à prevenção da ocorrência da gravidez não planeada (OMS, 2004a).

#### *A decisão de IVG face à ocorrência da gravidez*

Considerando o extenso corpo de literatura internacional que aborda o processo de tomada de decisão face à ocorrência de uma gravidez, os estudos têm vindo a colocar o foco nos fatores explicativos da decisão de interromper ou prosseguir uma gravidez (e.g., Coleman, 2006; Evans, 2001; Madkour, Xie, & Harville, 2013; Santelli et al., 2006; Zavodny, 2001), ou, por outro lado, tendo em conta os que adotam uma perspetiva intragrupo (e.g., Broen et al., 2005a; Chibber, Biggs, Roberts, & Foster, 2014; Costescu & Lamont, 2013; Foster et al., 2012; Moreau et al., 2012; Ralph et al. 2014), não são do nosso conhecimento estudos que adotem uma visão integrada e multifásica das diferentes decisões que subjazem a este processo de tomada de decisão reprodutiva. Desta forma, continuam a verificar-se necessidades específicas de investigação a este nível.

Além disso, a literatura tem vindo a chamar à atenção para a complexidade do processo de tomada de decisão face à ocorrência de uma gravidez não planeada em fases não normativas, como é o caso da adolescência, uma vez que se pode encontrar particularmente ampliada pelas próprias características desta fase do desenvolvimento (Coleman, 2006; Peres & Heilborn, 2006; Poggenpoel & Myburgh, 2002). De forma mais específica, estas prendem-se com a capacidade individual para o processo de tomada de decisão (Commendador, 2010), ao papel assumido por outros significativos na decisão (Foster et al., 2012; Madkour et al., 2013; Moreau et al., 2012; Ralph et al., 2014), e aos motivos subjacentes à opção de IVG (Levels et al., 2012; Moreau et al., 2012; Santelli et al., 2006). Por sua vez, estas características poderão influenciar as respostas mais ou menos ajustadas à decisão de IVG (Pope et al., 2001; Quinton et al., 2001).

De acordo com a perspetiva desenvolvimental, a qualidade do processo de tomada de decisão pode sofrer a influência da imaturidade cognitiva característica desta fase (Commendador, 2010). Este é um processo influenciado pelo córtex frontal, que se encontra em maturação durante a adolescência, e que é responsável pelo planeamento, tomadas de decisão e controlo de impulsos (Weinberger, Elvevag, & Giedd, 2005). Esta imaturidade traduz-se assim no predomínio do pensamento concreto, impulsividade e incapacidade de abstração para antecipar as consequências a longo prazo de uma determinada decisão. Estas características têm vindo a ser consideradas como vulnerabilidades acrescidas em processos de tomada de decisão de risco em

geral, e em contexto reprodutivo em particular, principalmente tendo em conta os adolescentes mais novos (Klaczynski, Byrnes, & Jacobs, 2001; Weinberger et al., 2005). No entanto, estudos revelam que os jovens são cognitivamente tão competentes como os adultos (American Psychological Association Interdisciplinary Committee on Adolescence Abortion [APAICAA], 1987; Needle & Walker, 2008) no que toca a decisões complexas, como é a da IVG, e que desenvolvem processos de tomada de decisão de qualidade (Adler, Ozer, & Tschann, 2003; Ambuel & Rappaport, 1992). Contudo, parecem tratar a informação de forma diferenciada (Gage, 1998), o que se traduz na necessidade de mais tempo para tomar decisões complexas (Dobkin, Perrucci, & Dehlendorf, 2013). Esta capacidade assume particular relevância no contexto desta decisão reprodutiva dado o limite temporal que se coloca à decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez (Needle & Walker, 2008).

Outra das características inerentes à idade da mulher diz respeito à autonomia no processo de tomada de decisão (Klaczynski et al., 2001; Madkour et al., 2013; Moreau et al., 2012; Ralph et al., 2014). Dada a necessidade de maior apoio por parte de adultos significativos e dependência das adolescentes em relação às suas famílias, o papel assumido por estes na decisão é uma variável importante a considerar (Madkour et al., 2013; Moreau et al., 2012; Ralph et al., 2014). Os estudos têm vindo a reportar o maior envolvimento por parte da família e dos parceiros das adolescentes neste processo de tomada de decisão (Griffin-Carlson & Mackin, 1993; Henshaw & Cost, 1992; Moreau et al., 2012; Ralph et al., 2014; Resnick, Bearinger, Stark, & Blum, 1994). No entanto, este envolvimento nem sempre é sinónimo de apoio à sua decisão (Ralph et al., 2014). De facto, as adolescentes tendem a reportar maior pressão para a IVG perante a ocorrência de uma gravidez, quando comparadas com as adultas (Coleman, 2006; Ralph et al., 2014). A mãe, seguida do parceiro são as fontes de pressão mais comumente referidas (Foster et al., 2012; Ralph et al., 2014). De ressaltar que, para além da importância que esta pressão possa ter no processo de tomada de decisão e posterior adaptação (Broen et al., 2005a; Moreau et al., 2012), de acordo com o quadro legal português, as adolescentes menores de 16 anos merecem particular atenção uma vez que para a realização da IVG necessitam do consentimento de um representante legal (AR, 2007a). As mulheres adultas, por seu lado, reportam maior envolvimento na decisão por parte do parceiro, do que da família e amigos (Costescu & Lamont, 2013; Finer, Frohirth, Dauphinee, Singh, & Moore, 2006). No entanto, o conhecimento sobre de que forma este envolvimento se traduz no processo de tomada de decisão no contexto da IVG é ainda escasso (Chibber et al., 2014; Costescu & Lamont, 2013) e com resultados contraditórios. Enquanto que estudos apontam para o facto de o parceiro ser uma fonte de suporte à decisão da mulher (Costescu & Lamont, 2013; Jones, Moore, & Frohirth, 2011; Santelli et al., 2006), outros reportam que quando estas são pressionadas para a IVG, o parceiro é a fonte de pressão mais comum (Broen et al., 2005a; Foster et al., 2012).

No que se refere aos motivos mais importantes para a decisão de IVG, para as adolescentes estes relacionam-se de forma mais frequente com questões de imaturidade desta etapa

desenvolvimental (e.g., ser muito nova e receio de não conseguir ser uma boa mãe), aspirações académicas (e.g., continuar os estudos), e características da atual relação ou do parceiro (e.g., relação recente, não querer ser mãe solteira) (Helström et al., 2006; Kirkman et al., 2009; Larsson et al., 2002; Levels et al., 2012; Mavroforou et al., 2004; Santelli et al., 2006; Sihvo et al., 2003). Por seu lado, as mulheres adultas, reportam questões relacionadas com o planeamento familiar (e.g., desejo de adiar a gravidez para outro momento, não querer ter mais filhos), questões profissionais (e.g., o possível impacto da gravidez na sua situação profissional, estar desempregada) e financeiras (e.g., ter outros filhos a cargo, falta de condições) (Biggs et al., 2013; Kirkman et al., 2009; Larsson et al., 2002; Sihvo et al., 2003).

Em Portugal, os dados oficiais permitem tecer considerações acerca da proporção de mulheres que ao engravidar optam pela IVG, tal como referido anteriormente (DGS, 2016b; PORDATA, 2015). Do nosso conhecimento, existe apenas um estudo a nível nacional que aborda a decisão reprodutiva face à ocorrência de uma gravidez. No entanto, este foca-se no período da adolescência e no contributo de fatores de diversos níveis de influência para o prosseguimento da mesma (Pires et al., 2015)<sup>5</sup>. No contexto específico da IVG, apesar da escassez de estudos sobre o processo de tomada de decisão, a maioria destes aborda os principais motivos para a IVG (Carvalho, 2008; Costa, 2009; Fernandes, 2014; Guedes, 2008; Sereno et al., 2012), consonantes com os estudos revistos anteriormente. Do nosso conhecimento, apenas dois destes estudos tiveram em consideração a idade da mulher nos motivos apresentados para a decisão de IVG (Fernandes, 2014; Guedes, 2008). No entanto, a heterogeneidade dos pontos de corte escolhidos para a constituição dos grupos ( $\leq 29$  anos e  $\geq 30$  anos, Fernandes, 2014;  $\leq 24$  anos e  $\geq 25$  anos, Guedes, 2008), afigura-se como uma importante limitação à comparação de resultados e à sua generalização. No que se refere ao envolvimento de outros significativos na decisão, o estudo de Sereno e colegas (2012), reporta que a maioria das mulheres refere ter partilhado a decisão de IVG com uma figura significativa, sendo o parceiro a figura mais referida. Contudo, ficam por esclarecer outras decisões e comportamentos que levam à decisão de IVG perante a ocorrência de uma gravidez não planeada, nomeadamente a ponderação ou não do seu prosseguimento, fontes de pressão para a interrupção, satisfação com a decisão, bem como as especificidades desenvolvimentais deste processo.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, através do *Estudo Empírico III*, pretendemos colmatar as lacunas existentes ao nível do conhecimento sobre o processo de tomada de decisão subjacente à IVG, integrando a análise compreensiva da seguinte sequência: 1) a ocorrência de uma gravidez não planeada, 2) a ponderação ou não do seu prosseguimento, 3) dar a conhecer

---

<sup>5</sup> Este estudo empírico (Anexo II) resultou do projeto de investigação mais lato, intitulado "Gravidez na adolescência em Portugal: Etiologia, decisão reprodutiva e adaptação", no qual teve início o projeto de investigação que serve de base ao presente trabalho. Tendo por base o modelo bioecológico (Bronfenbrenner 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), o estudo intitulado "Contributo de fatores individuais, sociais e ambientais para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência: Um estudo caracterizar da realidade portuguesa", teve como objetivo explorar o contributo de fatores de diversos níveis de influência e das possíveis interações entre eles para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada à luz do atual quadro legislativo que despenalização a IVG em Portugal.

ou não a decisão reprodutiva à família, 4) identificar os intervenientes na decisão (i.e., mulher como principal agente da decisão ou pressão por parte de outros significativos) e 5) averiguar os principais motivos associados à IVG. Tivemos igualmente em consideração as especificidades deste processo de tomada de decisão tendo em conta a idade da mulher (adolescentes vs. adultas).

Este conhecimento é indispensável à atuação mais informada e especializada por parte dos serviços e profissionais de saúde envolvidos no apoio ao processo de tomada de decisão reprodutiva (Biggs et al., 2013; Carvalho, 2008; Pires et al., 2015; Renner et al., 2014).

## Ajustamento socioemocional após a IVG e os seus fatores explicativos

A literatura tem vindo a apresentar resultados inconsistentes no que respeita ao impacto da experiência de IVG na adaptação individual (e.g., Bellieni & Buonocore, 2013; Canário et al., 2011; Carvalho, 2008; Charles et al., 2008; Coleman, 2011; Guedes et al., 2010; Major et al., 2009; Rousset et al., 2011; Sereno et al., 2012). Revisões da literatura têm vindo a justificar esta inconsistência através da divergência de conceptualizações teóricas e limitações metodológicas diversas (e.g., amostras pequenas e de conveniência, consideração de todos os tipos de aborto, grupos de controlo inadequados, medidas com validade e fidedignidade questionáveis, problemas de operacionalização de variáveis, ausência de controlo de variáveis significativas, disparidade entre os momentos de avaliação; e.g., Adler et al., 1992; Coleman, 2005; Noya & Leal, 1998; Stotland, 2001).

Embora as dimensões positivas da saúde mental, como a QdV (Power, 2003), comecem a ser cada vez mais valorizadas na área da saúde sexual e reprodutiva (e.g., Costa, Dritsa, Rippen, Lowensteyn, & Khaliffé, 2006; Li et al., 2012; Naseem et al., 2011; Pires, 2009; Pires, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2014), a transposição para o contexto da IVG carece ainda de investimento (Biggs et al., 2014; Broen et al., 2005b; Westhoff et al., 2003). Estudos têm vindo a demonstrar que a avaliação conjunta das dimensões negativas e positivas da adaptação é essencial para o delineamento de intervenções não só destinadas à prevenção da perturbação, como também à promoção efetiva da saúde (Boyce et al., 2000; Costa et al., 2006; Li et al., 2012; Pires, 2014; Setse et al., 2009).

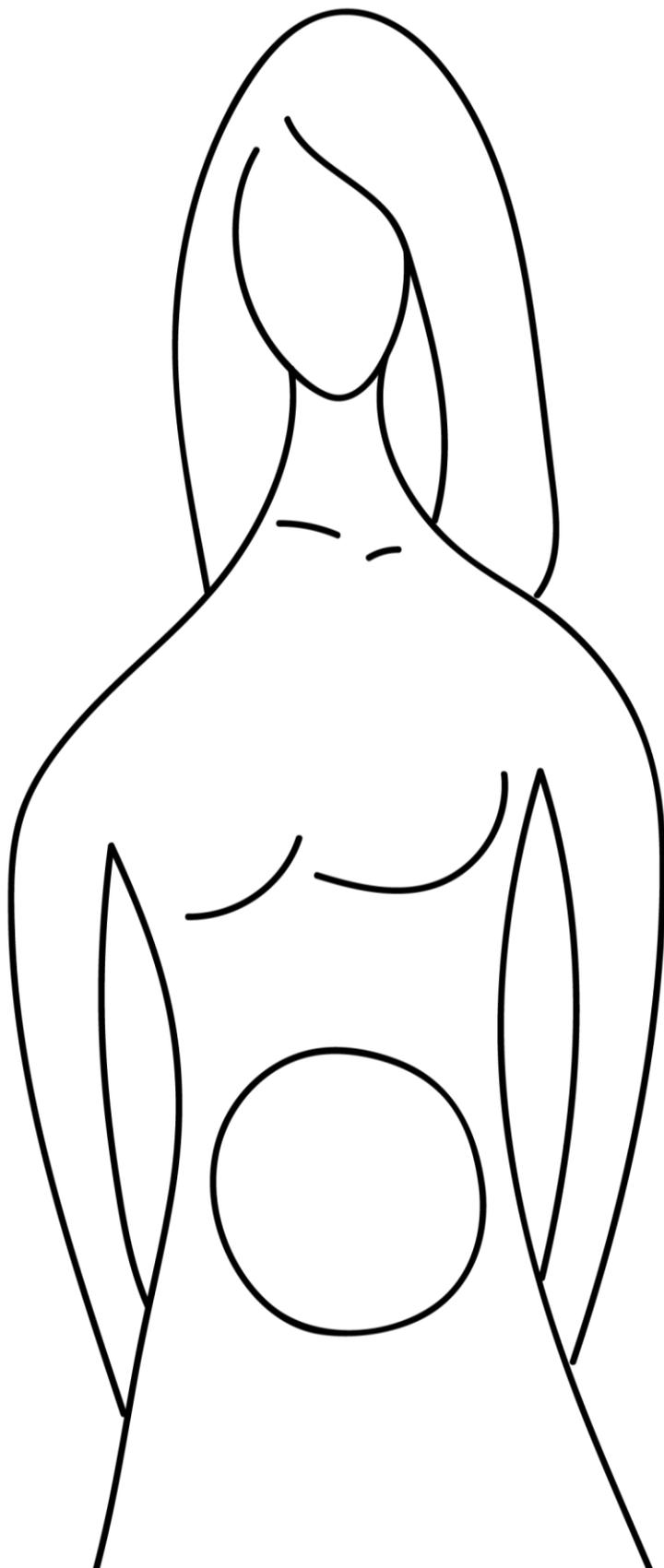
Além disso, a adaptação à decisão de IVG tem vindo a ser descrita como um processo complexo e multidimensional, largamente dependente de questões relacionadas com a mulher, nomeadamente fatores individuais e relacionais, como de variáveis sociais e relacionadas com o próprio processo de tomada de decisão (e.g., Adler et al., 1992; Coleman et al., 2005; Curley & Johnston, 2013; Major & Cozzarelli, 1992; Major et al., 2009; Santos, 2010; Steinberg & Finer, 2011), cuja descrição detalhada consta do *Estudo Empírico V* do presente trabalho.

A nível individual, enquanto alguns estudos apontam para a idade mais jovem como fator de risco para problemas de saúde mental (Curley & Johnston, 2013; Fergusson et al., 2006; Franz &

Reardon, 1992; Major et al., 2000, 2009); outros reportam resultados contraditórios (Pedersen, 2008; Pope et al., 2001; Quinton et al., 2001; Renner et al., 2014; Warren et al., 2010). Neste sentido, dada a falta de conhecimento sobre o impacto da experiência de IVG na adolescência no nosso país, no *Estudo Empírico IV*, procedemos à comparação dos níveis de ajustamento socioemocional entre um grupo nacionalmente representativo de adolescentes com história de IVG e um grupo de controlo de adolescentes sexualmente iniciadas e sem história de gravidez.

Para além disso, outros fatores têm vindo a ser apontados como explicativos dos resultados mais ou menos ajustados após a IVG (e.g., Broen et al., 2005a; Broen, Moum, Bödtker, & Ekeberg, 2006; Cameron, 2010; Franz & Reardon, 1992; Major et al., 2000; Ralph et al., 2014). Contudo, não obstante da pertinência destas investigações, a transposição deste conhecimento para a prática clínica apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, a maioria dos estudos tem vindo a comparar as mulheres que decidem pela IVG com os seus pares com (Coleman, 2006; Madkour et al., 2013; Warren et al., 2010) ou sem história de gravidez (Felton, Parsons, & Hassel, 1998; Fergusson, Horwood, & Boden, 2008; Wheeler & Austin, 2001) ao nível da adaptação individual. Em segundo lugar, à semelhança do que acontece na maioria dos estudos que analisam os fatores explicativos desta adaptação à IVG (Broen et al., 2005a; Broen et al., 2006; Cameron, 2010; Franz & Reardon, 1992; Major et al., 2000; Ralph et al., 2014), não é possível a partir de resultados de estudos elaborados de forma independente compreender os seus diferentes pesos relativos no ajustamento socioemocional, dadas as variações conceptuais e metodológicas inerentes a cada um deles, mas também pelos diferentes papéis que cada um desses fatores poderá assumir na presença de outros (Pires, 2014). Assim, é essencial redirecionar o foco para o estudo intragrupo e analisar estes fatores de forma integrada, de modo a permitir um conhecimento específico do seu papel no ajustamento socioemocional após a IVG.

Apenas com base neste conhecimento será possível a especialização dos serviços de saúde e identificação das necessidades particulares dos grupos em maior risco de inadaptação e respetivo encaminhamento para intervenções especializadas. De acordo com a Psicopatologia do Desenvolvimento, a prevenção de trajetórias mal-adaptativas deve promover não só a diminuição dos fatores de risco que possam conferir vulnerabilidade e passíveis de serem modificados, mas também ativar fatores protetores que possam promover a resiliência dos indivíduos (Cicchetti, 2006; Lerner, 2006; Lerner, Fisher, & Weinberg, 2000). A falta de conhecimento sobre os fatores de risco aos quais os profissionais de saúde devem estar atentos e o carácter facultativo do acompanhamento psicológico aquando do processo de IVG, compromete assim a correta identificação, encaminhamento para intervenções especializadas, bem como respostas desenvolvimentalmente adaptadas às necessidades destas mulheres. Desta forma, através de uma abordagem ecológica e integrada, pretendemos com o *Estudo Empírico V* esclarecer: 1) a existência de diferenças entre os indicadores de sintomatologia depressiva e QdV após a IVG entre adolescentes e adultas; e 2) o contributo de fatores individuais, sociais, relacionais e do processo de tomada de decisão para os mesmos indicadores de acordo com a idade da mulher.



## **Capítulo 2**

Objetivos e metodologia  
da investigação



O trabalho que aqui apresentamos teve origem num projeto de investigação mais lato, intitulado “Gravidez na adolescência em Portugal: Etiologia, decisão reprodutiva e adaptação”. Este projeto teve início em 2007, numa resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores que recomendou ao Governo Regional a realização de um estudo caracterizador da população de grávidas e mães adolescentes daquela região (AR, 2007c). Convidada a realizar esse estudo, a Professora Doutora Maria Cristina Canavarro constituiu uma equipa de investigadores para esse fim. Em 2009, deu-se início ao alargamento do projeto a todo o território nacional, com objetivos mais abrangentes, e que contou com o apoio da DGS e da APF. De entre os grupos que faziam parte do referido projeto, o presente trabalho partilha do grupo de adolescentes que decidiram pela IVG (AIVG) face à ocorrência de uma gravidez e de um grupo de adolescentes sexualmente iniciadas e sem história de gravidez (ASHG). No ano de 2014, procedeu-se ao alargamento da recolha de dados junto de mulheres adultas em processo de IVG. Desta forma, constitui-se o projeto de investigação “Interrupção voluntária da gravidez: Trajetórias na origem da gravidez, processo de tomada de decisão e adaptação em diferentes faixas etárias” que serve de base ao trabalho aqui apresentado.

Ao longo deste capítulo, pretendemos sistematizar os objetivos gerais e específicos que estiveram na base da nossa investigação, bem como as opções metodológicas inerentes à sua realização. Desta forma, pretendemos aumentar a compreensão global sobre a forma como os cinco estudos empíricos que constituem o presente trabalho – e que foram sendo introduzidos ao longo do capítulo anterior – se articulam num recorte específico do projeto de investigação em que se inserem. As opções metodológicas específicas de cada estudo (e.g., amostra, análise de dados) serão descritas em detalhe no Capítulo 3 | Estudos Empíricos.

## Objetivos

O estabelecimento dos objetivos do presente trabalho surgiu da identificação prévia de um conjunto de necessidades de ação ao nível da prevenção da ocorrência da IVG, e da minimização do seu impacto negativo, assim como da verificação de algumas lacunas ao nível do conhecimento científico que poderão fundamentar o planeamento e a implementação dessas ações. Para estas lacunas contribuem dois aspetos principais. Em primeiro lugar, a escassez de estudos sobre algumas questões importantes acerca das trajetórias que conduzem à decisão de IVG (i.e., a variabilidade das trajetórias individuais que conduzem as mulheres à gravidez e, posteriormente, à IVG e os fatores explicativos do (des)ajustamento após a IVG, bem como as especificidades dos mesmos de acordo com a idade da mulher). Por outro lado, as limitações que algumas opções conceptuais e metodológicas dos estudos existentes (i.e., amostras utilizadas, grupos de controlo escolhidos, análise dos resultados e desenhos de investigação) colocam à

generalização dos resultados para o contexto específico da IVG, nomeadamente no que respeita à realidade sociocultural portuguesa.

Considerando estas questões, estabeleceram-se dois objetivos gerais, aos quais estão associados objetivos específicos e que deram origem aos estudos empíricos apresentados sobre a forma de artigo no Capítulo 3. Esta informação encontra-se sistematizada no Quadro 1.

Quadro 1 | Objetivos gerais e específicos da investigação e estudos empíricos a eles subordinados

Objetivos gerais	Objetivos específicos	Estudo
Conhecer as trajetórias conducentes à gravidez e decisão de IVG	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caracterizar, do ponto de vista <b>sociodemográfico, sexual, reprodutivo e relacional</b> um grupo de adolescentes que realizaram uma IVG, e comparar estas características de acordo com a sua idade (&lt;16 anos; 16-17 anos; 18-19 anos).</li> </ul>	I
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descrever as <b>trajetórias reprodutivas</b> (e.g., planeamento da gravidez, ausência de utilização de contraceção e/ou falhas na utilização da mesma) e <b>relacionais</b> (e.g., tipo e duração da relação com o pai do bebé à data da conceção) <b>que conduzem à gravidez</b>.</li> <li>Analisar a <b>distribuição</b> dessas trajetórias de acordo com a <b>idade</b> da mulher (adolescentes vs. adultas).</li> </ul>	I / II
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descrever as <b>trajetórias que conduzem à decisão de interromper uma gravidez não planeada</b>, tendo em conta: a ponderação ou não de continuar a gravidez, dar a conhecer ou não a decisão à família, e a influência de outros na sua decisão.</li> <li>Averiguar os motivos associados à interrupção da gravidez por decisão própria e as fontes de pressão externa a quem as restantes mulheres atribuem a sua decisão.</li> </ul>	III
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisar a <b>distribuição</b> das trajetórias identificadas de acordo com a <b>idade</b> da mulher (adolescentes vs. adultas).</li> </ul>	
Analisar o ajustamento socioemocional após a IVG e os seus fatores explicativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Averiguar a existência de diferenças ao nível do ajustamento socioemocional (<b>sintomatologia depressiva e de QdV</b>) entre um grupo de adolescentes que realizaram uma IVG, e um grupo de controlo de adolescentes sexualmente iniciadas e sem história de gravidez.</li> </ul>	IV
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Averiguar a existência de diferenças ao nível do ajustamento socioemocional (<b>sintomatologia depressiva e de QdV</b>) após a IVG entre um grupo de adolescentes e adultas.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explorar o contributo de um conjunto de <b>fatores</b> individuais (e.g., estado civil, NSE), sociais (e.g., prática religiosa), relacionais (e.g., apoio social do parceiro) e do processo de tomada de decisão (e.g., ambivalência, pressão para a IVG) para os <b>níveis de ajustamento</b> experienciados de acordo com a <b>idade</b> da mulher (adolescentes vs. adultas).</li> </ul>	V

## Opções metodológicas

### Desenho da investigação

Os estudos empíricos que fazem parte do presente trabalho são de natureza transversal. Apesar de concordarmos com a posição de Compas e Reslund (2009) relativamente ao facto de que para o estudo dos processos subjacentes às trajetórias adaptativas e mal-adaptativas do desenvolvimento deveríamos recorrer preferencialmente a desenhos de tipo longitudinal, consideramos também as recomendações de Magnusson e Cairns (1996), que aconselham a ponderação das vantagens, mas também da viabilidade, custos e limitações desta metodologia, bem como da sua adequação à temática em causa. Desta forma, concluímos pela adequabilidade da metodologia transversal tendo em consideração que a investigação aqui apresentada constitui um trabalho pioneiro na sua abordagem uma vez que utiliza uma amostra nacionalmente

representativa do grupo de adolescentes que realizam uma IVG em Portugal e, assim, assume um carácter exploratório no que concerne ao conhecimento das especificidades dos contextos envolvidos e dispendioso no que respeita a recursos temporais, humanos e financeiros necessários à sua persecução (Compas & Reslund, 2009).

## Participantes e procedimentos de recolha da amostra

A recolha de amostra decorreu entre maio de 2008 e agosto de 2016, em 22 serviços de saúde (unidades hospitalares, maternidades e uma clínica privada) e em 22 escolas (do ensino básico e secundário) de todas as regiões do país (NUTS II; AR, 2002). No total, foram recolhidos dados de 739 participantes do sexo feminino, com nível de compreensão da língua portuguesa adequado ao preenchimento do protocolo de avaliação: 282 adolescentes (AIVG) e 209 mulheres adultas (MIVG) que optaram pela IVG face à ocorrência de uma gravidez, e um grupo de 248 adolescentes sexualmente iniciadas e sem história de gravidez (ASHG).

A listagem completa das instituições onde a recolha de dados decorreu assim como a indicação dos grupos alvo dessa recolha em cada uma delas encontram-se em anexo<sup>6</sup>. O recrutamento dos grupos realizou-se através da técnica de amostragem não probabilística, por conveniência.

### *O cálculo da dimensão da amostra*

Dada a distribuição heterogénea da prática de IVG por idade da mulher, foram calculadas as amostras de IVG a alcançar de forma a que os dados recolhidos fossem representativos da população de adolescentes e adultas que optam pela IVG face à ocorrência de uma gravidez no nosso país (cf. Quadro 2). No cálculo dessa dimensão, estabeleceu-se previamente um nível de confiança de 95% e um grau de precisão (intervalo de confiança) de 4%, para as estimativas e/ou generalizações a efetuar. Assim, para um total de 19790 IVG [ $\leq 19$  anos,  $n = 2316$ ;  $\geq 20$  anos,  $n = 17474$ ; DGS, 2012), considerou-se a necessidade de realizar esta investigação com uma amostra de 71 adolescentes e 531 adultas (Alferes, 2002). Esse procedimento pretendeu garantir que a amostra refletisse a contribuição mínima de cada grupo etário para o número total de IVG em adolescentes e adultas ocorridas no nosso país.

---

<sup>6</sup> A selecção das instituições foi feita de forma a recolher dados de adolescentes e adultas de todas as regiões do país (NUTS II; AR, 2002). No que se refere à selecção das unidades hospitalares e maternidades, sempre que a inclusão de todas as instituições com valência de aconselhamento reprodutivo de uma determinada região não foi possível – nomeadamente por questões logísticas relacionadas com a gestão do projeto de investigação –, a selecção teve por base os dados oficiais acerca do número anual de IVG ocorridos nessas instituições, tendo sido escolhidas aquelas que apresentavam maior prevalência desta prática. A inclusão de apenas uma clínica privada prendeu-se com a elevada representatividade regional (LVT) do número de IVG realizadas nesse serviço. As escolas básicas e secundárias foram seleccionadas aleatoriamente a partir do total de escolas de cada região. A recolha de amostra ocorreu nas instituições que, tendo sido seleccionadas, aceitaram colaborar com a nossa investigação e nas quais não se verificaram constrangimentos logísticos à implementação da recolha de dados.

**Quadro 2** | Dimensões mínimas e dimensões alcançadas em cada grupo etário e respetivo enquadramento nos estudos empíricos

Idade	Dimensões mínimas	Dimensões alcançadas	Estudo	Estudo	Estudo	Estudo	Estudo
			I	II	III	IV	V
Adolescentes							
IVG	71	282	✓	✓	✓	✓	✓
ASHG	-	248				✓	
Adultas (MIVG)	531	209		✓	✓		✓
<b>Total</b>		<b>739</b>					

No entanto, como é possível verificar no Quadro 2, não foi possível atingir a representatividade nacional do grupo de MIVG. Para tal facto podem ter contribuído diversos fatores. Em primeiro lugar, o desfasamento na recolha de dados de cada grupo, uma vez que esta teve início com o grupo AIVG, em 2013, no decorrer do projeto de investigação mais lato sobre gravidez na adolescência. Sensivelmente um ano depois, procedeu-se ao alargamento da recolha a todas as mulheres em processo de IVG, o que se traduziu num menor período de tempo de recolha para este grupo. Em segundo lugar, apesar de não termos informação sobre a taxa de participação, e atendendo ao desfasamento entre o número total de IVG realizadas durante o período de recolha e o total alcançado neste grupo, pressupomos que a taxa de recusa tenha sido elevada. Tal facto pode estar relacionado com a temática em causa, associada muitas vezes ao estigma, ao receio de serem identificadas ao participarem na investigação, apesar da natureza anónima e confidencial das respostas, e à dificuldade em falar sobre a decisão reprodutiva. No entanto, a dimensão do grupo de MIVG mostrou-se equivalente à proporção do grupo de AIVG.

Por fim, e uma vez que se pretendia averiguar o impacto da decisão de IVG no ajustamento socioemocional das adolescentes, recorremos a um grupo de controlo de ASHG contemplado no projeto de investigação mais lato. A dimensão deste grupo pretendia-se equivalente ao grupo de AIVG, não tendo sido estabelecida previamente uma dimensão mínima.

### *O contacto com as participantes*

No que se refere às adolescentes e adultas em processo de aconselhamento reprodutivo, a apresentação do estudo foi feita por um elemento da equipa clínica, no final da segunda consulta protocolada ao abrigo da Portaria nº 741-A/2007, de 21 de junho (i.e., a consulta destinada ao procedimento médico de IVG; AR, 2007b). Todas elas tinham já tomado a sua decisão, assinado o consentimento livre e esclarecido para a IVG e realizado o respetivo procedimento médico. Nesse contacto, foram descritos os objetivos do estudo e esclarecidos os papéis das participantes, a natureza anónima e confidencial das respostas e o carácter voluntário da participação e solicitada a participação no estudo. Aquelas que acederam a colaborar foram instruídas a preencher o protocolo de avaliação no decorrer da semana para a qual ficasse marcada a consulta seguinte (i.e., terceira consulta protocolada ao abrigo da mesma Portaria). Sempre que a

participante revelasse relutância no preenchimento do protocolo de avaliação fora da instituição, apesar de aceitar colaborar no estudo, foi-lhe dada a possibilidade de o preencher na instituição, à data da terceira consulta.

Em contexto escolar, a apresentação do estudo (feita num primeiro contacto) e o preenchimento do protocolo de avaliação (segundo contacto) ocorreram em sala de aula, durante tempos letivos seleccionados por cada diretor de turma ou equiparável. Todas as jovens que aceitaram participar no estudo entregaram o formulário de consentimento devidamente assinado preencheram o protocolo de avaliação na sala de aula sob a supervisão do assistente de investigação e sem a presença de alunos do sexo masculino nem de outras alunas do sexo feminino que não acederam a colaborar.

## Métodos de recolha de informação

O protocolo de avaliação pretendeu avaliar diferentes dimensões da vida das participantes, de forma congruente com a abordagem ecológica que serviu de base ao presente trabalho. A pertinência de cada uma destas dimensões e respetivas variáveis avaliadas de acordo com os objetivos estabelecidos, encontram-se descritas em seção apropriada de cada um dos estudos empíricos. Nesta seção, pretendemos sistematizar a informação sobre os métodos de recolha utilizados e a natureza da informação avaliada, assim como a descrição global de cada um dos instrumentos de avaliação.

### *Métodos de recolha seleccionados e natureza da informação avaliada*

Os dados que constam no presente trabalho foram recolhidos tendo por base dois tipos de métodos: fichas de dados elaboradas pelos investigadores do projeto de investigação mais lato em que esta investigação teve início e questionários de autorresposta desenvolvidos e validados para a população portuguesa. No Quadro 3 encontra-se sistematizada a informação relativa à sua utilização, por estudo empírico.

**Quadro 3** | Métodos de recolha seleccionados e natureza da informação avaliada (estudos empíricos)

Métodos de recolha Natureza da informação avaliada	Estudos Empíricos				
	I	II	III	IV	V
<b>Fichas de dados</b>	✓	✓	✓	✓	✓
Sociodemográfica	✓	✓	✓	✓	✓
Escolaridade e situação profissional	✓	✓	✓	✓	✓
Família/agregado familiar	✓				
Namorado/Pai do bebé e relação mantida com o mesmo	✓	✓	✓		
Saúde sexual e reprodutiva	✓	✓	✓		
História médica da IVG	✓	✓	✓	✓	✓
Processos de tomada de decisão relativos à gravidez mais recente (IVG)			✓		
Satisfação com o apoio social recebido					✓
<b>Questionários de autorresposta</b>					
Motivos para a IVG			✓		
Sintomatologia depressiva				✓	✓
Qualidade de Vida				✓	✓

As fichas de dados elaboradas especificamente para o projeto de investigação em que o presente trabalho se insere organizam-se em dois grupos: fichas de dados objetivos (i.e., dados sociodemográficos, de saúde sexual e reprodutiva e relativos à história médica da IVG) e fichas de dados subjetivos (i.e., processo de tomada de decisão relativo à IVG, satisfação com a decisão e com o apoio social recebido). A elaboração do primeiro grupo de fichas surgiu da necessidade de avaliar de forma simples e rápida um conjunto vasto de variáveis objetivas nas áreas referidas. Relativamente ao segundo grupo, a sua construção teve em conta diferentes motivos, de acordo com a natureza da informação em causa. No que se refere ao processo de tomada de decisão de IVG e à satisfação com a decisão, ressaltamos a inexistência de instrumentos específicos para a sua avaliação e o recurso de estudos internacionais a métodos de recolha de informação semelhantes aos usados no presente trabalho (e.g., Broen et al., 2005a; Major et al., 2000; Moreau et al., 2012). No que toca à avaliação da satisfação com o apoio social recebido, apesar de existirem alguns instrumentos devidamente validados, estes contemplam a avaliação de outras dimensões do apoio social, o que os torna detalhados e longos, e, por sua vez, o seu preenchimento exigente e moroso. Tal facto pode ser particularmente problemático se tivermos em consideração as especificidades dos grupos em estudo, particularmente o grupo de adolescentes, a extensão do protocolo de avaliação e as condições de recolha da amostra do projeto de investigação em causa. Neste sentido, e de forma a que a recolha de amostra fosse viável e não sobrecarregasse as participantes, a seleção de métodos de recolha de informação breves e de fácil preenchimento constitui-se como imperativo.

Por outro lado, no que se refere aos questionários de autorresposta utilizados na avaliação dos principais motivos para a IVG, da sintomatologia depressiva e QdV, estes foram seleccionados tendo em conta dois critérios: 1) a existência de adaptações previamente elaboradas para português, constituindo versões fiáveis e válidas; e 2) o carácter breve e de fácil resposta. Para os

questionários da sintomatologia depressiva e QdV procedemos ainda à análise da sua consistência interna através do  $\alpha$  de Cronbach em cada uma das amostras em causa. Esta informação pode ser consultada em seção adequada de cada um dos estudos empíricos nos quais estes instrumentos foram utilizados.

Apesar de a recolha da amostra ter ocorrido em todas as regiões do país, o tratamento dos protocolos de avaliação centralizou-se em Coimbra, de forma a garantir a homogeneidade da codificação e da inserção de dados.

### *Descrição dos instrumentos de recolha de informação*

#### *Fichas de dados*

As fichas de dados utilizadas na presente investigação foram constituídas por questões de resposta aberta e fechada, selecionadas a partir da entrevista semiestruturada utilizada na avaliação e triagem das utentes da Consulta de Grávidas Adolescentes da Maternidade Daniel de Matos, dos então Hospitais da Universidade de Coimbra, atualmente Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003). Esta entrevista de avaliação clínica foi desenvolvida com base na revisão da literatura internacional e de estudos portugueses que focavam os contextos em que a gravidez na adolescência ocorre, bem como no impacto que a gravidez pode ter nas suas relações com outros significativos (e.g., Canavarro & Pereira, 2001; Pereira, 2001). De forma mais específica, as questões que avaliaram a satisfação com o apoio social, bem como a respetiva escala de resposta, foram construídas com base no item da versão portuguesa do *Convoy Model* (Kahn & Antonucci, 1980; versão portuguesa: Gameiro, Soares, Moura Ramos, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2008) que avalia a satisfação global com o apoio social recebido por parte de várias fontes.

A versão final da entrevista resultou de um estudo piloto com 52 adolescentes grávidas recrutadas na Maternidade Daniel de Matos (Canavarro, 2001). Desde então, tem vindo a ser adaptada para vários estudos utilizando diferentes amostras de adolescentes grávidas (Araújo Pedrosa, 2009; Araújo Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011; Canavarro 2009; Carvalho, 2012; Pires, 2009). Na presente investigação, utilizamos diferentes versões destas fichas de dados, de modo a adequá-las à recolha de dados dos diferentes grupos recrutados. Procuramos ainda que a dimensão do protocolo de investigação fosse adequada à temática e contextos de recolha, recorrendo a instrumentos breves e de fácil preenchimento, com o objetivo de não sobrecarregar as participantes.

#### *Questionários de autorresposta*

*Motivos para a IVG.* Para avaliar as razões pelas quais uma mulher decide interromper uma gravidez, selecionámos a *Reasons for Abortion List* - RAL (Broen et al., 2005a; Versão adaptada: Carvalho, 2008). Este questionário é constituído por 25 possíveis razões para a IVG e uma 26ª

linha na qual pode ser referida outra razão que não contemplada na lista anterior. Para cada uma delas existe uma escala de resposta de quatro pontos, que vai desde 1 (*Nada importante*) a 4 (*Muito importante*). A participante deverá avaliar em que medida cada uma das razões foi importante para a sua decisão de interromper a gravidez, sendo que a valores mais elevados corresponde uma maior importância para a decisão de IVG.

*Sintomatologia depressiva.* Para avaliar a sintomatologia depressiva, seleccionámos a Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgo (*Edinburgh Postnatal Depression Scale* - EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; versão portuguesa: Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996; Figueiredo, 1997). Esta escala é constituída por 10 itens que avaliam a presença de sintomas depressivos durante os sete dias anteriores ao preenchimento, numa escala de resposta de quatro pontos, que variam entre 0 (e.g., *Não, nunca*) e 3 (e.g., *Sim, quase sempre*). A pontuação total corresponde ao somatório de todos os itens, sendo que a valores mais elevado correspondem maiores níveis de sintomatologia depressiva. Segundo os resultados de Figueiredo (1997), pontuações iguais ou superiores a 9 permitem discriminar mulheres com diagnóstico de depressão.

Apesar desta escala ter sido originalmente desenvolvida com vista à deteção de sintomas depressivos no período pós-parto, uma vez que não contém itens específicos acerca de questões relativas à maternidade ou ao bebé, tem vindo a ser igualmente utilizada noutras condições que não envolvem esta etapa (Cox, Chapman, Murray, & Jones, 1996). À semelhança do que se verificou nos estudos com a versão original (Cox et al., 1987), a versão portuguesa deste instrumento revelou boas características psicométricas (Augusto et al., 1996; Figueiredo, 1997).

*Qualidade de vida.* Para avaliar a QdV, seleccionámos o EUROHIS-QOL-8 (Power, 2003; Schmidt, Mühlhan, & Power, 2006; versão portuguesa: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). Trata-se de um questionário desenvolvido a partir dos instrumentos genéricos WHOQOL-100 (Canavarro et al., 2009; WHOQOL Group, 1994) e WHOQOL-Bref (Vaz Serra et al., 2006; WHOQOL Group, 1998), que constituem medidas de avaliação subjetivas e multidimensionais da QdV dos indivíduos da autoria da OMS. Assim como já havia acontecido com o WHOQOL-Bref (Skevington, Lofty, & O'Connell, 2004), o EUROHIS-QOL-8 surgiu da necessidade de criar um instrumento mais breve para avaliar a QdV, e que revelasse igualmente boas características psicométricas. A utilidade de uma pontuação global de QdV, derivada dos seus diversos domínios, foi considerada na construção deste instrumento (Power, 2003).

Do ponto de vista conceptual, cada um dos domínios da QdV (i.e., físico, psicológico, das relações sociais e ambiente) encontra-se representado no EUROHIS-QOL-8 por dois itens, num total de 8. O resultado é um índice global, calculado a partir do somatório de todos os itens, sendo que a um valor mais elevado corresponde uma melhor perceção da QdV. As escalas de resposta têm um formato de cinco pontos, que varia entre 1 (e.g., *Muito má*) e 5 (e.g., *Muito boa*). Seguindo as recomendações originais, os resultados dos domínios e da faceta geral foram

transformados numa escala de 0 a 100. Este instrumento revelou boas características psicométricas tanto no estudo piloto (Power, 2003) e no estudo de campo transcultural (Schmidt et al., 2006), como num estudo psicométrico da versão em português europeu (Pereira et al., 2011).

## Cumprimento da legislação e respeito pelos princípios éticos

O planeamento e a implementação desta investigação decorreram de acordo com os requisitos da legislação portuguesa aplicável (AR, 1966; 1998; 2004). Foram igualmente consideradas as recomendações éticas das associações científicas internacionais - Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2000), Comissão Europeia (2009; Pauwels & European Commission, 2007), e American Psychological Association (2010; Fisher, 2012) -, assim como as recomendações do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Dado que a presente investigação contemplava um grupo de adolescentes, e que a problemática abordada (IVG) assume algumas particularidades no que respeita à prestação de consentimento informado e à preservação do anonimato e da confidencialidade, tivemos ainda em consideração algumas questões éticas adicionais.

Os adolescentes têm vindo a ser considerados uma população particularmente vulnerável nos contextos de investigação, à semelhança do que acontece com outras populações específicas (e.g., indivíduos com deficiência mental ou perturbações psiquiátricas graves). Esta vulnerabilidade está relacionada com a maior probabilidade que estes indivíduos têm de serem lesados, quer por não poderem dar ou recusar consentimento por conta própria (no caso dos adolescentes portugueses, se menores de 18 anos), quer por estarem mais suscetíveis a coerções ou influências indevidas. Assim, as recomendações éticas para a investigação estabelecem a necessidade de uma proteção especial para estes grupos (World Medical Association, 2000). No caso dos adolescentes, em particular, devem ser tidos em conta determinados aspetos no planeamento e na execução das investigações: 1) a adaptação de toda a linguagem inerente ao processo de investigação de acordo com a idade, do funcionamento cognitivo e do desenvolvimento moral do adolescente, bem como dos contextos familiares, sociais e culturais em que está inserido; e 2) a obtenção do consentimento (se maior de 14 anos) ou do assentimento (se menor de 14 anos) informado do adolescente e do consentimento informado do seu representante legal (se menor de 18 anos) para a participação no estudo. De ressaltar que a ausência de consentimento ou assentimento do menor prevalece ao consentimento do seu representante legal (Vale, s.d.; Vale & Oliveira, s.d.).

No contexto específico da IVG, apesar de não serem do nosso conhecimento normas legislativas ou recomendações éticas explícitas para a inclusão de adolescentes em investigações científicas, a legislação aplicável ao procedimento de IVG (AR, 2007a, 2007b) requer algumas considerações com vista a esse fim. Uma vez que se trata de um procedimento médico passível

de consentimento autónomo (e isento de notificação parental) por parte das adolescentes maiores de 16 anos, o limite de idade para a obtenção do consentimento informado dos representantes legais para a participação nos estudos deve ser reajustado dos 18 para os 16 anos. Além disso, as condições especiais de anonimato e confidencialidade inerentes à prática da IVG devem ser consideradas no planeamento dos procedimentos de recolha da amostra, especialmente no que se refere ao contacto inicial com as participantes - a ser efetuado, preferencialmente, por elementos internos à equipa clínica que acompanha a adolescente - e às condições de preenchimento do protocolo de avaliação - que se pretendem possibilitadoras da manutenção do anonimato e confidencialidade relativamente à prática de IVG face a técnicos de saúde externos à equipa clínica ou a pessoas externas ao serviço com quem a adolescente não pretenda partilhar a sua situação clínica.

Nas subsecções seguintes explicitaremos a forma como procurámos respeitar estas e outras questões na implementação da investigação.

### *Planeamento da investigação*

#### *Avaliação dos potenciais riscos e benefícios*

A investigação com seres humanos deve ser norteada pelo princípio de beneficência e não-maleficência, pelo que deve considerar como aspetos prioritários a maximização dos benefícios da investigação para a ciência e para a sociedade, e a minimização dos prejuízos para as participantes e para o funcionamento dos serviços em que estas foram recrutadas. Desta forma, durante a fase de desenvolvimento do projeto de investigação, procedemos a uma reflexão cuidadosa sobre a relevância dos objetivos da nossa investigação, da adequabilidade das opções metodológicas e do potencial impacto das suas consequências. Inicialmente, esta reflexão teve por base uma revisão da literatura sobre o tema e o debate de questões particularmente sensíveis no contexto restrito da equipa de investigação à qual pertencemos. Posteriormente, esta foi alargada a outros agentes, no contexto clínico (i.e., profissionais de saúde que trabalham com a população alvo), e político (i.e., profissionais diretamente envolvidos na produção de recomendações e políticas de saúde dirigidas à promoção da saúde junto da população alvo).

Desta reflexão surgiram implicações ao nível do estabelecimento do desenho da investigação e da construção/seleção dos instrumentos de avaliação, nomeadamente a opção pela realização de apenas um momento de avaliação, adequação da dimensão do protocolo de investigação à temática em causa e contextos de recolha, recorrendo a instrumentos breves e de fácil preenchimento, com o intuito de não sobrecarregar as participantes. O estabelecimento dos procedimentos de recolha de informação mereceu igualmente uma atenção especial. Em contexto escolar, considerámos que o procedimento mais adequado tendo em conta a menor interferência possível nas rotinas das participantes e à garantia da privacidade do preenchimento e da confidencialidade dos dados reportados passava pela substituição de um tempo letivo

(selecionado pelo diretor de cada turma, ou equiparável), considerado como sendo o menos lesivo para o plano curricular dos alunos, pela apresentação do estudo e preenchimento do protocolo de avaliação em sala de aula, sem a presença de outros alunos que não se encontrassem a participar. No contexto da IVG, a apresentação do estudo por parte de um elemento da equipa clínica e a instrução para o preenchimento do protocolo de avaliação apenas na semana para a qual ficasse marcada a terceira consulta protocolada (de forma a que a participação no estudo não constituísse um fator de stresse adicional no momento imediatamente após a realização do procedimento médico de IVG, dada a reatividade emocional que o pode caracterizar) tiveram como intuito minimizar a partilha de informação sobre a situação clínica das participantes com elementos externos à equipa clínica e proteger o bem-estar e a privacidade das mesmas.

#### *Aprovação da recolha de informação pelas entidades competentes*

A recolha de informação contemplada no projeto de investigação foi submetida à apreciação da Comissão Nacional de Proteção de Dados e da Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, tendo sido autorizada pelas mesmas. Posteriormente, submetemos o projeto de investigação às Comissões de Ética (e/ou aos respetivos Conselhos de Administração ou entidades equiparáveis) de todos os estabelecimentos de saúde e aos órgãos diretivos de todas as escolas selecionadas.

#### *Implementação da investigação*

Após a aprovação do projeto de investigação, passámos à sua implementação em cada uma das instituições. No contacto com as participantes, tivemos em consideração diferentes recomendações éticas que ultrapassam as previamente referidas no âmbito do desenvolvimento do projeto de investigação, com vista ao respeito pelos direitos fundamentais e pela dignidade das participantes.

#### *Promoção de uma tomada de decisão informada e voluntária acerca da participação*

No contacto com as participantes, e uma vez que faziam parte da nossa amostra mulheres de todas as idades, foi fornecida informação desenvolvimentalmente adaptada ao seu nível de compreensão no que respeita aos objetivos da investigação, aos procedimentos necessários à participação, à relevância do estudo, e aos potenciais riscos e benefícios, de forma a poderem tomar uma decisão informada quanto à sua participação. As participantes foram também informadas no que se refere à natureza confidencial da informação recolhida e ao carácter voluntário da participação (i.e., no caso das participantes recrutadas nas instituições de saúde, ausência de implicações da sua recusa/desistência de participação no seu acompanhamento clínico). Foram ainda disponibilizados os contactos de dois investigadores do projeto, caso fosse

necessário esclarecer dúvidas relacionadas com aspetos gerais da participação no estudo (e.g., direitos enquanto participante), ou aspetos específicos (e.g., dúvidas sobre questões do protocolo de avaliação, quando preenchido fora da instituição).

#### *Obtenção do consentimento informado*

A todas aquelas que aceitaram participar na investigação foi-lhes pedido o preenchimento de um formulário de consentimento informado (na sua versão original e duplicada, sendo a segunda destinada ao auto-arquivo da participante, se esta assim o desejasse). No caso das jovens menores de 16 anos que realizaram uma IVG foi igualmente solicitado o preenchimento do formulário de consentimento por parte dos seus representantes legais. Neste documento, explicitavam-se os objetivos gerais e procedimentos da investigação, os papéis dos participantes e dos investigadores (incluindo a garantia de confidencialidade sobre os dados fornecidos e a sua utilização apenas para fins de investigação; e a garantia de participação voluntária). A informação contemplada no documento de consentimento informado foi também explicada oralmente, para possibilitando o esclarecimento de dúvidas. A recusa da jovem em participar (manifestada por ausência de consentimento – se maior de 14 anos – ou de assentimento – se menor de 14 anos) foi sempre respeitada, independentemente do consentimento do representante legal para a participação no estudo, com vista ao respeito pela sua autonomia.

#### *Garantia do anonimato e da confidencialidade*

Após o preenchimento do formulário de consentimento informado, era entregue a cada participante um protocolo de avaliação. De forma a garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, foram adotadas algumas medidas específicas, nomeadamente: 1) a recolha de dados estritamente necessários à realização da investigação; 2) ausência de qualquer informação (clínica ou pessoal) nos protocolos de avaliação que permitisse a identificação das participantes; 3) a entrega do protocolo de avaliação e o pedido da sua devolução em envelope fechado, sem qualquer tipo de identificação; e 4) a inserção dos dados numa base de dados e a sua análise exclusivamente coletiva.

#### *Produção e divulgação rigorosa, honesta e verdadeira dos resultados da investigação*

Tendo em conta o princípio da responsabilidade social, no decorrer da nossa investigação procedemos à elaboração de conhecimento científico válido e que permitisse melhorar o bem-estar das pessoas. O nosso cuidado com o cumprimento das recomendações éticas estendeu-se a esta fase, bem como à divulgação dos resultados alcançados junto da comunidade científica (publicações e comunicações em congressos) e do público em geral (através das redes sociais).

Desta forma, o princípio da integridade científica foi considerado aquando da análise e divulgação dos resultados da nossa investigação. Em primeiro lugar, as respostas dos

participantes foram inteiramente respeitadas e os resultados obtidos derivaram de análises estatísticas rigorosas, sem que tenha sido inventada, manipulada ou apresentada seletivamente qualquer tipo de informação. Além disso, quaisquer ideias ou palavras de terceiros por nós citadas foram devidamente atribuídas aos respetivos autores. Apenas assumimos crédito autoral em trabalhos realizados por nós e para os quais contribuímos substancialmente (e.g., no desenvolvimento do desenho de investigação, na seleção das análises estatísticas, na interpretação dos resultados e na redação das publicações). Foi definido como critério para a ordem de apresentação dos autores nos produtos da presente investigação o contributo de cada um destes. Por fim, sempre que reportámos os resultados da nossa investigação, procurámos fazê-lo de forma objetiva e precisa, adequando o estilo de comunicação ao público-alvo (comunidade científica vs. população geral), com o intuito de minimizar a possibilidade de interpretações erradas dos resultados obtidos.

## Análises estatísticas

As análises estatísticas utilizadas para responder a cada um dos objetivos específicos desta investigação encontram-se detalhadamente descritas em seção apropriada de cada um dos estudos empíricos realizados. No entanto, consideramos pertinente referir alguns aspetos gerais sobre este tópico.

### *Seleção das análises estatísticas adequadas aos objetivos da investigação*

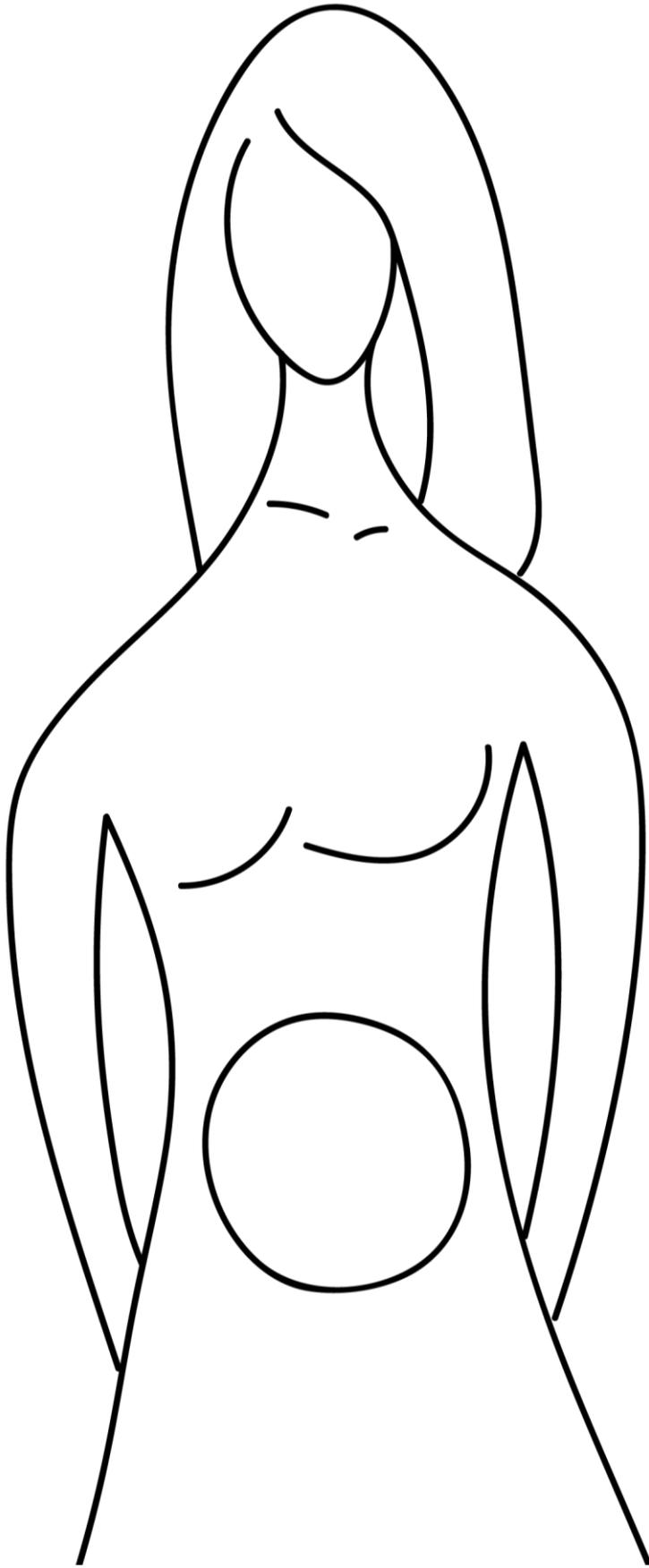
A presente investigação tem por base dois objetivos gerais, aos quais estão associadas diferentes técnicas de análise estatística. O primeiro refere-se ao conhecimento das trajetórias individuais conducentes à gravidez e posterior IVG. No sentido de dar resposta aos objetivos específicos que lhe correspondem, nos *Estudos Empíricos I, II e III* recorreremos à estatística descritiva (frequências relativas, médias e desvios-padrão) e a testes de comparação de variáveis categoriais (teste do qui-quadrado ou testes exatos de Fisher, no caso de tabelas 2x2 em que a frequência esperada em alguma célula era inferior a 5) e contínuas ( $t$  de student e testes não paramétricos como o Kruskal-Wallis e o  $U$  de Mann-Whitney, quando não estavam garantidos os pressupostos para a utilização de testes paramétricos). Através destas análises pretendemos descrever as realidades e trajetórias relacionais e reprodutivas que conduzem as mulheres à gravidez, bem como as circunstâncias subjacentes à interrupção de uma gravidez não planeada, e comparar as trajetórias identificadas de acordo com a idade da mulher.

O segundo objetivo desta investigação centra-se na análise dos níveis de ajustamento socioemocional após a IVG. De forma a dar resposta aos objetivos específicos, além de utilizarmos testes estatísticos para comparação de variáveis categoriais (teste do qui-quadrado) e contínuas ( $t$  de student), e medidas da associação entre diferentes variáveis (correlações de Pearson) com o

objetivo de caracterização, recorreremos ainda a: 1) análises univariadas da covariância (ANCOVA) de forma a examinar diferenças entre o grupo de AIVG e um grupo de controlo de ASHG nos níveis de sintomatologia depressiva e QdV (*Estudo Empírico IV*), controlando a influência de eventuais variáveis parasitas (covariáveis); 2) a análises multivariadas da variância (MANOVA) que permitiram fazer comparações dos níveis de ajustamento socioemocional após a IVG em função do grupo (AIVG vs. MIVG; *Estudo Empírico V*); e 3) a técnicas de regressão linear múltipla, com o objetivo de averiguar os efeitos de variáveis de diferentes níveis de influência nos níveis de ajustamento socioemocional experienciados após a IVG (*Estudo Empírico V*), em cada um dos grupos (AIVG vs. MIVG).

#### *Cálculo do tamanho dos efeitos*

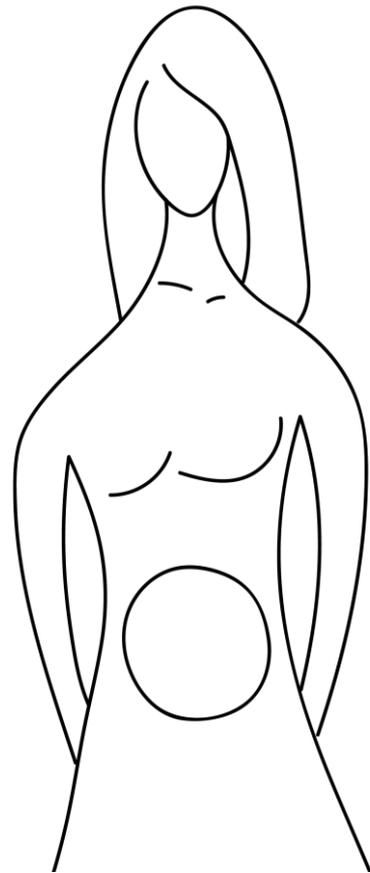
Seguindo as recomendações da American Psychological Association (2010), estimámos o tamanho dos efeitos encontrados em todos os estudos empíricos. Para tal, recorreremos ao cálculo das estatísticas  $d$  de Cohen,  $V$  de Cramer,  $r$  de Pearson,  $R^2$  e  $\eta^2$ . Esta informação complementa a informação da significância estatística dos testes, ao indicar-nos a relevância prática do resultado, i.e., se os efeitos encontrados são pequenos, médios ou grandes (pequenos:  $d \geq .20$ ,  $V \geq .10$ ,  $R^2 \geq .02$ ,  $\eta^2 \geq .01$ ; médios:  $d \geq .50$ ,  $V \geq .30$ ,  $R^2 \geq .13$ ,  $\eta^2 \geq .06$ ; grandes:  $d \geq .80$ ,  $V \geq .50$ ,  $R^2 \geq .26$ ,  $\eta^2 \geq .14$ ; Cohen, 1992; Ellis, 2010; Field, 2009).



## **Capítulo 3**

Estudios empíricos





## **Estudo Empírico I**

Sociodemographic, sexual, reproductive and relationship characteristics of adolescents having an abortion in Portugal: A homogeneous or a heterogeneous group?

JOANA PEREIRA, RAQUEL PIRES, ANABELA ARAÚJO PEDROSA, LISA VICENTE,  
TERESA BOMBAS, & MARIA CRISTINA CANAVARRO

2017

*The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*

Volume 22

Número 1

Páginas: 53-61

doi:10.1080/13625187.2016.1266323



## Abstract

**Objectives:** The aims of the study were to describe the sociodemographic, sexual, reproductive and relational characteristics of adolescents having an abortion in Portugal and to explore the differences

between three adolescent age groups. **Methods:** We recruited a nationally representative sample of 224 adolescents (<16 years,  $n = 18$ ; 16-17 years,  $n = 103$ ; 18-19 years,  $n = 103$ ) who had an abortion. Data were collected from 16 health care services that provide abortion. **Results:** The adolescents were predominantly single, were from non-nuclear families, had low-socioeconomic status and were students. Mean age at first sexual intercourse was 15 years and mean gynaecological age was 5 years. Most had had multiple sexual partners, and for most it was their first pregnancy. At conception, the majority were involved in a long-term romantic relationship, were using contraception but did not identify the contraceptive failure that led to the pregnancy. Significant age group differences were found. Compared with the younger age groups, the 18-19 years age group was more frequently married or living with a partner, had finished school, had attained a higher educational level (as had their partner), intended to go to university, and had a greater number of sexual partners. Compared with the other groups, those under 16 years of age reported earlier age at menarche and at first sexual intercourse, and had a lower gynaecological age. **Conclusions:** Our study characterises the life contexts of Portuguese adolescents who had an abortion. It highlights the need to recognise the heterogeneity of this group according to age. The findings have important implications for the development of age-appropriate guidelines to prevent unplanned pregnancy.

**Keywords:** abortion, adolescents, age differences, contraception.

## Introduction

European Union countries that allow abortion on request report an annual rate of 12.2 abortions per 1000 women aged <20 years. Portugal has one of the lowest adolescent abortion rates (Silva et al., 2011). Since 2007, Portuguese women have been legally able to request an abortion during the first 10 weeks of gestation. It is estimated that since then more than 35% of pregnant Portuguese adolescents have decided to terminate a pregnancy (PORDATA, 2013), representing 11% of all legal abortions performed in Portugal (Directorate-General of Health [DGH], 2016). Despite the large body of international research describing the characteristics of women who have had an abortion, few studies have focused on adolescents (Silva et al., 2011), and most have reported contradictory results. This may be due to the fact that adolescents' sexual and reproductive health is largely dependent on their sociocultural environment (World Health Organization [WHO], 2006). However, little is known about the adolescents who have undergone an abortion in Portuguese sociocultural context.

The literature shows that adolescents who terminate a pregnancy are predominantly single, of low socioeconomic status, live in an urban environment and are students. Their decision to have an abortion is related to aspirations and their desire for academic success (Helström, Zätterström, & Odling, 2006). As regards family structure, i.e., living or not living in a nuclear family, studies have produced mixed results (Evans, 2001; Felton, Parsons, & Hassell, 1998). There have been significant discrepancies in the prevalence rates of previous childbirth and abortion (Moreau, Trussell, & Bajos, 2012; Singh, Fong, & Loh, 2002). While some studies have shown that adolescents were not using contraception at the time of conception (Helström et al., 2006), others have reported the opposite, highlighting the importance of contraceptive misuse or failure (e.g., condom rupture, forgetting to take the pill) in the occurrence of unplanned pregnancy (Moreau et al., 2012). Notwithstanding the relevance of the partner's characteristics in reproductive decisions (Sihvo, Bajos, Ducot, & Kaminski, 2003), the few studies that have focused on the relationship context of adolescent pregnancies ending in abortion have also produced inconsistent results about the nature of the relationship, i.e., casual or romantic, and their partner's characteristics, such as educational level and occupation (Helström et al., 2006; Sihvo et al., 2003; Singh et al., 2002).

Despite the relevance of the existing research, all the reviewed studies treat adolescents who have had an abortion as a homogeneous group and do not take into consideration any discrepancies between different age groups. This may also explain the inconsistent results found across studies. To our knowledge, only one study about adolescent abortion compared age groups (<16 years, 16-17 years and 18-19 years; Leppälahti, Gissler, Mentula, & Heikinheimo, 2012) and it concluded that the rates of abortion and repeat abortion were higher among older adolescents. Other age differences remain unexplored among adolescents who have terminated a pregnancy. There is therefore a need for further research into the characteristics of the

adolescent population seeking abortion, in order to develop age-appropriate guidelines for pregnancy prevention and abortion counselling. Our study aimed to: (1) describe the sociodemographic, sexual, reproductive and relational characteristics of a nationally representative sample of adolescents who have had an abortion in Portugal; and (2) explore the differences between three age groups: <16, 16-17 and 18-19 years.

## Methods

### Procedure and participants

The study sample was collected between September 2013 and September 2014 at 16 health care services that provide abortion, under the approval of the respective research ethics committees. The inclusion criteria were as follows: (1) an abortion was provided on request; (2) the study participant was between 10 and 19 years old (the World Health Organization's definition of adolescence (WHO, 1975); and (3) the study participant was able to understand and answer the data sheet. Adolescents were invited to participate in the study by a health care provider after the decision to perform an abortion had been made, i.e., during the medical appointment prior to the abortion procedure. Adolescents were informed about the study goals, and those who agreed to participate provided written informed consent. When participants were under 16 years of age (the age when adolescents no longer need parental or legal guardian consent to terminate a pregnancy; Assembly of the Republic [AR], 2007), the consent form was also signed by their parent or legal guardian. The adolescents were instructed to answer the data sheet during the week of their post-abortion follow-up appointment (~ 2-3 weeks later) and to return it to the health care provider in a sealed envelope without any identification.

Using a non-probabilistic convenience sampling method, 233 adolescents were recruited. However, nine (one below 16 years of age and eight in the 18- to 19-year-old group; 4.02%) were excluded because they returned an incomplete data sheet (>20% missing data). The final sample consisted of 224 adolescents aged 14-19 years. Three age groups were then defined: <16 years ( $n = 18$ , 8.0%), 16-17 years ( $n = 103$ , 46.0%) and 18-19 years ( $n = 103$ , 46.0%). The age groups were defined according to previous studies that pregnancy outcomes were analysed in adolescents (Leppälähti et al., 2012; Phipps et al., 2008; Phipps & Sowers, 2002). We also took into consideration several Portuguese legal issues that may lead to different sexual and reproductive experiences for adolescents, some of them in the context of abortion. Specifically, and according to Portuguese law, adolescents under the age of 16 need consent from a parent or legal guardian to terminate a pregnancy (AR, 2007). Age <16 years has been defined as early adolescent childbearing (Phipps & Sowers, 2002). Moreover, Portugal has one of the higher rates

in Europe of abortion in adolescents aged <15 years (Silva et al., 2011), which stresses the need to understand the characteristics of this group. From the age of 16, adolescents are allowed to marry with the consent of a parent or legal guardian, but they may decide to terminate a pregnancy without parental consent. Adolescents reach legal majority at the age of 18 years (AR, 1978), although they continue to be considered as adolescents until the age of 19 (DGH, 2012; WHO, 1975). Thus, according to Portuguese law, adolescents receive different treatment depending on their age. To our knowledge, however, no studies have explored the characteristics of each age group in the context of abortion.

Official data do not provide the number of abortions performed in each age group used in our sample, but only the number of abortions performed in adolescents aged <15 years ( $n = 82$ , 3.54%) and in those aged between 15 and 19 years ( $n = 2234$ , 96.46%; DGH, 2012). According to these data, the youngest group represents a small percentage of all abortions performed in adolescents, as was the case in our sample. This may explain the large differences in sample sizes among age groups. Based on the age variable, the sample collected ( $n = 224$ ) was nationally representative of adolescents (<20 years old) having an abortion in Portugal. For this calculation, it was established a margin of error of 4% and a confidence level of 95%. A minimum number of 71 adolescents was needed in order to have a representative sample of 2316 abortions performed in Portugal in women aged <20 years (Alferes, 2002; DGH, 2012).

## Measures

Sociodemographic, sexual, reproductive and relational characteristics were obtained through a data sheet specifically developed by the researchers for this project using open and closed-ended questions. This data sheet was adapted from the clinical assessment interview for pregnant adolescent patients of the Psychological Intervention Unit of the Maternity Daniel de Matos, HUC (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003).

### *Sociodemographic characteristics*

Participants provided information on age, ethnic origin, marital status, family structure, socioeconomic status, place of residence, occupation, educational level, grade repetition and educational aspirations.

### *Sexual and reproductive characteristics*

Participants provided information on age at menarche, age at first sexual intercourse, number of sexual partners, gynaecological age, previous abortion and childbirth, contraceptive use at conception, and, for those who used contraception, identification of contraceptive failure. They also provided information on the gestational age and the abortion procedure.

### *Relational characteristics*

Participants provided information on relationship type and length at the time of conception, age difference with their partner, and the partner's occupation and educational level.

### Data analysis

All data analyses were conducted using SPSS Statistics software, version 22.0 (IBM, Armonk, NY). Descriptive statistics (means, standard deviations [SDs] and frequencies) were used for characterisation purposes. Comparison tests were performed to identify between-group differences in sociodemographic, sexual and reproductive, and relational characteristics. For continuous variables, Kruskal-Wallis tests and post hoc Mann-Whitney *U*-tests with Bonferroni correction were used. For categorical variables,  $\chi^2$  tests with Monte Carlo correction for cells with frequencies <5 were used.

## Results

### Sociodemographic characteristics

Table 1 shows that the adolescents were predominantly of European ethnic origin, single, from non-nuclear families of low socioeconomic status and living in a town or city. The majority were students, had an educational level between the 10<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> grades, had repeated one grade, and intended to pursue higher education. No differences were found between the age groups regarding ethnic origin, family structure, socioeconomic status, place of residence or grade repetition. However, compared with the under-16 and 16-17-year age groups, the adolescents aged 18-19 years more frequently reported being married or living with a partner and having a higher educational level. They were also more likely to report dropping out of school. However, about 57% intended to pursue higher education.

**Table 1** | Sociodemographic characteristics of adolescents who had had an abortion; comparison between age groups

	Total sample ( <i>n</i> = 224)	Under 16 years old ( <i>n</i> = 18)	16-17 years old ( <i>n</i> = 103)	18-19 years old ( <i>n</i> = 103)	$\chi^2(V)/ U(n)$	<i>p</i> - value
Age						
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	17.33 (1.34)	14.61 (0.50)	16.58 (0.49)	18.55 (0.50)		
Ethnic origin, <i>n</i> (%)						
European ethnic origin	184 (82.1)	18 (100.0)	82 (79.6)	84 (81.6)	3.64(.13)	.162
Non-European ethnic origin	31 (13.8)	0 (0.0)	17 (16.5)	14 (13.6)		
Missing	9 (4.0)	0 (0.0)	4 (3.9)	5 (4.9)		
Marital status, <i>n</i> (%)						
Single	210 (93.8)	18 (100.0)	101 (98.1)	91 (88.3)	9.59(.21)	.008
Married/living with a partner	14 (6.3)	0 (0.0)	2 (1.9)	12 (11.7)		
Family structure, <i>n</i> (%) <sup>a</sup>						
Non-nuclear	127 (56.7)	11 (61.1)	51 (49.5)	65 (63.1)	4.36(.13)	.144
Nuclear	96 (42.9)	7 (38.9)	52 (50.5)	37 (35.9)		
Missing	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)		
Socioeconomic status, <i>n</i> (%) <sup>b</sup>						
Low	158 (70.5)	16 (88.9)	70 (68.0)	72 (69.9)	6.93(.18)	.139
Medium/High	63 (28.1)	2 (11.1)	33 (32.0)	28 (27.2)		
Missing	3 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (2.9)		
Place of residence, <i>n</i> (%) <sup>c</sup>						
Urban	167 (74.6)	12 (66.7)	78 (75.7)	77 (74.8)	1.70(.09)	.428
Rural/Suburban	46 (20.5)	6 (33.3)	19 (18.4)	21 (20.4)		
Missing	11 (4.9)	0 (0.0)	6 (5.8)	5 (4.9)		
Occupation, <i>n</i> (%)						
Student	196 (87.5)	18 (100.0)	97 (94.2)	81 (78.6)	13.45(.17)	.009
Employed	7 (3.1)	0 (0.0)	1 (1.0)	6 (5.8)		
Unemployed	20 (8.9)	0 (0.0)	5 (4.9)	15 (14.6)		
Missing	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)		

Educational level (years in school), <i>n</i> (%)						
5-6 years	3 (1.3)	1 (5.6)	2 (1.9)	0 (0.0)		
7-9 years	52 (23.2)	10 (55.6)	29 (28.2)	13 (12.6)	49.13(.35)	.000
10-12 years	120 (53.6)	4 (22.2)	60 (58.3)	56 (54.4)		
≥ 13 years	26 (11.6)	0 (0.0)	1 (1.0)	25 (24.3)		
Missing	23 (10.3)	3 (16.7)	11 (10.7)	9 (8.7)		
Grade Repetition						
<i>M (SD)</i>	1.21 (1.12)	1.24 (1.30)	1.42 (1.24)	0.99 (0.91)	4.90(.02)	.086
<i>Range</i>	0-6	0-4	0-6	0-3		
Length of intended study, <i>n</i> (%) <sup>e</sup>						
Middle School	7 (3.1)	2 (11.1)	5 (4.9)	0 (0.0)		
High School	70 (31.3)	8 (44.4)	39 (37.9)	23 (22.3)	26.78(.24)	.001
University	121 (54.0)	7 (38.9)	55 (53.4)	59 (57.3)		
No further study	25 (11.2)	1 (5.6)	4 (3.9)	20 (19.4)		
Not known	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)		

*Note.* <sup>a</sup>The family structure was classified as nuclear family (families in which both biological parents lived with the adolescent) and non-nuclear family (mother only, father only, other configuration). <sup>b</sup>Socioeconomic status (SES) was derived from the educational level and occupation of the family's main provider according to Portuguese standard procedures (i.e., low (e.g., non-specialized workers), medium (e.g., small business owners, high school teachers) and high (e.g., governmental or private companies' administrators, lawyers) (Simões, 1994). Because the high SES category only contained 10 (4.5%) adolescents, this variable was coded as low or medium/high. <sup>c</sup>The place of residence was assessed with the question, "Where do you live (location)?" and was classified as urban (population density exceeding 500 inhabitants/km<sup>2</sup>) or rural/suburban (population density less than 500 inhabitants/km<sup>2</sup>).<sup>20</sup> <sup>e</sup>Educational aspirations were assessed with the question "How long do you want to study?", and were classified as middle school, high school, university, does want study no longer, and does not know.

**Table 2** | Sexual and reproductive characteristics of adolescents who had an abortion and comparison between age groups

	Total sample ( <i>n</i> = 224)	Under 16 years old ( <i>n</i> = 18)	16-17 years old ( <i>n</i> = 103)	18-19 years old ( <i>n</i> = 103)	$\chi^2(V)/ U(n)$	<i>p</i> - value
Age at menarche						
<i>M (SD)</i>	12.14 (1.63)	10.94 (1.31)	12.03 (1.37)	12.45 (1.81)	15.44(.07)	
Range	8-17	8-13	9-15	8-17	14-15<16-17(.07); 14-15<18-19(.10); 16-17<18-19(.02)	.000
Age at first sexual intercourse						
<i>M (SD)</i>	15.39 (1.37)	13.94 (1.09)	15.07 (1.22)	15.97 (1.27)	39.82(.18)	
Range	11-19	12-15	11-17	13-19	14-15<16-17(.11); 14-15<18-19(.23); 16-17<18-19(.10)	.000
Number of sexual partners						
<i>M (SD)</i>	2.17 (1.26)	1.35 (0.79)	2.01 (1.19)	2.49 (1.31)	20.72(.10)	
Range	1-7	1-4	1-7	1-7	14-15<16-17(.07); 14-15<18-19 (.15); 16-17<18-19(.05)	.000
Gynecological age <sup>a</sup>						
<i>M (SD)</i>	5.20 (1.82)	3.67 (1.37)	4.25 (1.40)	5.98 (1.80)	51.79(.24)	
Range	0-10	1-7	0-8	3-10	14-15<16-17(.05); 14-15<18-19(.21); 16-17<18-19(.19)	.000
Previous induced abortions, <i>n</i> (%)						
No	208 (92.9)	18 (100.0)	98 (95.1)	92 (89.3)	4.14(.14)	.126
Yes	16 (7.1)	0 (0.0)	5 (4.9)	11 (10.7)		
Previous childbirth, <i>n</i> (%)						
No	220 (98.2)	18 (100.0)	103 (100.0)	99 (96.1)	4.78(.15)	.091
Yes	4 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (3.9)		
Contraception use at conception, <i>n</i> (%)						
No	60 (26.8)	9 (50.0)	26 (25.2)	25 (24.3)	5.40(.16)	.067
Yes	164 (73.2)	9 (50.0)	77 (74.8)	78 (75.7)		

Type of contraception used at conception, <i>n</i> (%)						
Condom	91 (55.5)	7 (77.8)	45 (58.4)	39 (50.0)		
The pill	54 (32.9)	1 (11.1)	25 (32.5)	28 (35.9)		
Dual protection	13 (7.9)	1 (11.1)	3 (3.9)	9 (11.5)	7.49(.15)	.485
Implant	1 (0.6)	0 (0.0)	1 (1.3)	0 (0.0)		
Not stated	5 (3.0)	0 (0.0)	3 (3.9)	2 (2.6)		
Identification of contraceptive failure, <i>n</i> (%)						
No	103 (62.8)	4 (44.4)	51 (66.2)	48 (61.5)	6.74(.12)	.150
Yes	61 (37.2)	5 (55.6)	26 (33.8)	30 (38.5)		
Gestational age, weeks						
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	6.92 (1.45)	6.94 (1.25)	7.01 (1.48)	6.84 (1.47)	.68(.00)	.712
Range	4-10	5-9	4-10	4-10		
Induced abortion procedure, <i>n</i> (%)						
Medical	184 (82.1)	14 (77.8)	83 (80.6)	87 (84.5)		
Surgical	30 (13.4)	4 (22.2)	16 (15.5)	10 (9.7)	2.49(.11)	.288
Missing	10 (4.5)	0 (0.0)	4 (3.9)	6 (5.8)		

*Note.* <sup>a</sup>Gynecological age was computed by subtracting the age at menarche from the age at conception.

## Sexual and reproductive characteristics

The mean age at menarche was 12 years old; adolescents engaged in sexual intercourse for the first time, on average, 3 years later. The mean gynaecological age was 5 years. Most adolescents had multiple sexual partners ( $n = 2.17$ ,  $SD = 1.26$ ), and for most this was their first pregnancy. The majority became pregnant while using contraception, but did not identify the contraceptive failure that led to the pregnancy. Those who did identify contraceptive failure reported condom rupture ( $n = 37$ , 60.7%), forgetting to take the pill ( $n = 17$ , 27.9%) and taking antibiotics with the pill ( $n = 3$ , 4.9%). The majority of adolescents who did not use contraception at the time of conception did not identify the reason for non-use of contraception ( $n = 51$ , 85.0%). Those who did, reported reasons such as "did not have an active sexual life/boyfriend" ( $n = 2$ , 3.3%), "forgot to use contraception" ( $n = 2$ , 3.3%), "did not want/like to use it" ( $n = 1$ , 1.7%), "my boyfriend did not want to use contraception" ( $n = 1$ , 1.7%), "I had no access to contraception" ( $n = 1$ , 1.7%), "I was waiting to start to take the pill" ( $n = 1$ , 1.7%) and "I had side effects from contraception" ( $n = 1$ , 1.7%). Mean gestational age at the time of abortion was 7 weeks; most adolescents received a medical abortion. No age differences were found regarding history of abortion or childbirth, use or type of contraception at conception, identification of contraceptive failure, gestational age or abortion procedure. However, those under 16 years reported earlier age at menarche ( $U = 514.00$ ,  $p = 0.004$ ;  $U = 451.50$ ;  $p < 0.001$ ), at first sexual intercourse ( $U = 416.50$ ,  $p < 0.001$ ;  $U = 203.50$ ,  $p < 0.001$ ) and a lower gynaecological age ( $U = 573.00$ ,  $p = 0.016$ ;  $U = 250.00$ ,  $p < 0.001$ ) compared with the other groups (Table 2). The 18- to 19-year-old group reported a higher number of sexual partners ( $U = 316.50$ ,  $p < 0.001$ ;  $U = 3279.50$ ,  $p = 0.003$ ) compared with the other two groups.

## Relationship characteristics

At conception, the majority of adolescents were involved in a long-term romantic relationship ( $M = 13.00$  months,  $SD = 11.36$ ) with an older partner who was in school and had an educational level between the 10th and 12th grades. No age differences were found regarding the type or length of the relationship with the partner at conception, or between the adolescent and the partner, or the partner's occupation. However, the 18- to 19-year-old group reported the highest educational level for their partner in relation to the other groups (Table 3).

Table 3 | Relational characteristics of adolescents who had had an abortion and comparison between age groups

	Total sample (n = 224)	Under 16 years old (n = 18)	16-17 years old (n = 103)	18-19 years old (n = 103)	$\chi^2(V)/ U(n)$	p - value
Romantic relationship at conception, n (%)						
No	7 (3.1)	1 (5.6)	1 (1.0)	5 (4.9)	2.95(.12)	.229
Yes	217 (96.9)	17 (94.4)	102 (99.0)	98 (95.1)		
Relationship length, months						
M (SD)	13.00 (11.36)	9.41 (8.64)	11.91 (9.06)	14.85 (13.61)	3.99(.02)	.136
Range	1-84	1-36	1-48	1-84		
Age difference between adolescent and her partner <sup>a</sup>						
M (SD)	2.75 (3.35)	2.53 (1.01)	2.67 (2.86)	2.86 (4.01)	.978(.00)	.613
Range	-2-27	1-4	-2-27	-2-27		
Partner's Occupation, n (%)						
Student	110 (49.1)	7 (38.9)	58 (56.3)	45 (43.7)		
Employed	39 (17.4)	1 (5.6)	14 (13.6)	24 (23.3)	11.31(.16)	.079
Unemployed	23 (10.3)	4 (22.2)	7 (6.8)	12 (11.7)		
Does not know	52 (23.2)	6 (33.3)	24 (23.3)	22 (21.4)		
Partner's Educational level, years in school (%)						
5-6 years	9 (4.0)	0 (0.0)	2 (1.9)	7 (6.8)		
7-9 years	61 (27.2)	11 (61.1)	34 (33.0)	16 (15.5)	33.12(.28)	.000
10-12 years	110 (49.1)	3 (16.7)	51 (49.5)	56 (54.4)		
≥13 years	20 (8.9)	0 (0.0)	4 (3.9)	16 (15.5)		
Does not know	24 (10.7)	4 (22.2)	12 (11.7)	8 (7.8)		

Notes: <sup>a</sup>The partners' age difference was computed by subtracting the female's age from her partner's age.

## Discussion

### Findings and interpretation

Our results are consistent with previous research showing that adolescents who have an abortion are predominantly single, have low socioeconomic status, live in towns or cities (Mavroforou, Koumantakis, & Michalodimitrakis, 2004), and are from non-nuclear families (Felton et al., 1998). The majority are high school students (Helström et al., 2006) and intend go on to higher education. The mean age at menarche is 12 years; most adolescents engage in first sexual intercourse, on average, 3 years later and have multiple sexual partners. Non-nuclear family structures have been related to low parental supervision, which increases adolescents' likelihood of engaging in risky behaviours (Brauner-Otto & Axinn, 2010), as well as having multiple sexual partners (Davies et al., 2006).

Although the literature has presented significant discrepancies between previous childbirth and abortion (Moreau et al., 2012; Singh et al., 2002), for the majority of the adolescents in our study this was their first pregnancy. Furthermore, our findings highlight that pregnancy occurs not only through non-use but also through inconsistent or incorrect use of contraception. Although the majority of adolescents were using contraception, it did not prevent the occurrence of an unplanned pregnancy. Thus, our results stress the importance of identifying contraceptive failure that leads to unplanned pregnancy (Helström et al., 2006; Moreau et al., 2012) and adoption of preventive behaviours. However, the majority of the adolescents did not identify the contraceptive failure. Those who did report detectable faults, such as condom rupture and forgetting to take the pill, did not adopt effective alternative contraceptive behaviours to prevent the occurrence of pregnancy.

Regarding the adolescents who did not use contraception, most did not justify this behaviour. Those who did, reported occasional sexual intercourse, forgetting to use contraception, negative attitudes towards contraception and their partner's refusal to use contraception. The literature has ascribed these behaviours to an inadequate perception of pregnancy risk (i.e., adolescents did not equate the possibility of becoming pregnant with contraceptive failure or non-use of contraception (Jones, Darroch, & Henshaw, 2002), or to a lack of knowledge about alternative behaviours to address contraceptive failure (e.g., use of emergency contraception; Johnson, Nshom, Nye, & Cohall, 2010; Nunes, 2005).

Our findings are consistent with research showing that adolescents were involved in a romantic relationship with an older partner at the time of conception (Helström et al., 2006), and the majority were high school students. Studies have shown that when an adolescent has an older partner, it may increase the risk of being ineffective in preventing pregnancy (Araújo Pedrosa, 2009), because adolescents usually perceive less support regarding contraceptive use and

experience more controlling behaviours from older partners than from partners of a similar age (Wang & Chiou, 2008). Thus, to effectively negotiate pregnancy prevention with partners older than themselves, adolescents must be taught communication skills earlier in their development.

Finally, based on the adolescents' age, our results highlight the heterogeneity of the characteristics of those who had an abortion. Some of the differences may be expected on the basis of different developmental stages and increasing experience with age (Phipps et al., 2008), namely marital status, educational level, occupation, gynaecological age and number of sexual partners. However, other variables should be considered in interventions to prevent unplanned pregnancy (Phipps et al., 2008). Adolescents in the youngest age group reported earlier age at menarche and at first sexual intercourse and lower gynaecological age, characteristics that distinguish them from the other groups and that should not be ignored given younger adolescents' longer exposure to the potential risk of pregnancy (Araújo Pedrosa, 2009; Treffers, Olukoya, Ferguson, & Liljestrand, 2001; Valle, Torgersen, Røysamb, Klepp, & Thelle, 2005). On the other hand, they have less knowledge about sexual health (Leppälahti et al., 2012) and lower cognitive ability, which decreases their competence in contraceptive decision-making (Commendador, 2007) and explains the non-use or incorrect use of contraception (Wang & Chiou, 2008). Furthermore, the fact that adolescents under 16 years of age may require parental or legal guardian consent in the decision-making process may increase the complexity of this reproductive decision.

The 16- to 17-year-old age group may be considered as a transitional group between the younger and older age groups (Phipps et al., 2008). In comparison with the youngest group, although some of their characteristics reduce the potential risk of pregnancy, such as having a higher age at menarche, age at first sexual intercourse and gynaecological age, others increase it (e.g., the number of sexual partners). However, the remaining variables are similar to those of the under-16 age group.

The 18- to 19-year-old group more frequently reported being married or living with a partner and having a higher number of sexual partners: characteristics which have been related to a higher risk of ineffective pregnancy prevention (Coker, Richter, Valois, McKeown, & Garrison, 1994; Vikat, Rimpela, Kosunen, & Rimpela, 2002) and repeat abortion (Leppälahti et al., 2012). They reported a higher educational level, also of their partner, and more frequent intention of going to university, compared with the other groups. On the other hand, some had dropped out of school and did not want to continue their studies. These differences may be explained by the fact that some of these adolescents and their partners had more often finished mandatory education and/or had fulfilled their academic aspirations and wanted to begin work; some had left the parental home and were living with their partner.

## Strengths and weaknesses of the study

Our results will enable the development of public health strategies for adolescent Portuguese women and provide useful indicators for international research, especially in relation to the differences in age groups of adolescents having an abortion. This is the first study in Portugal that has used a national approach to characterise the different life contexts of adolescents. Internationally, our findings help to clarify the scarce and sometimes inconsistent knowledge about the characteristics of the adolescent population having an abortion. The inclusion of variables such as age at menarche and at first sexual intercourse and the number of sexual partners are important contributions to the field, given that these variables have been neglected in previous research. Moreover, in contrast to previous studies, the present study also included an analysis of the characteristics of the adolescents' partners, which allowed us to understand the relational context. Our study is also the first to explore differences between the age groups of adolescents who had an abortion against the background of a wide range of sociodemographic, sexual, reproductive and relational characteristics. Knowledge about life contexts and different needs of adolescents who had an abortion according to their age may be useful in developing age-appropriate guidelines for interventions to prevent unplanned pregnancy and support adolescents' reproductive decisions.

There are some limitations to consider when analyzing our findings. First, although the size of the groups was consistent with national statistics, given the small size of the under-16 age group, the study only allowed us to detect of mainly medium to large effects. Second, due to the sensitive nature of some of the study variables assessed, such as age at first sexual intercourse, number of sexual partners and contraceptive use, it was difficult to control for socially desirable answers (Palen et al., 2008; Rose et al., 2009). Future research should therefore evaluate other sources of information (e.g., adolescents' partners) as a strategy to overcome the inconsistencies in the data. Furthermore, because the data were collected at multiple Portuguese health services, and several health care providers were involved in the sample collection, we could not obtain complete information on how many adolescents refused to participate. However, based on the discrepancy between the total number of our sample and the total number of abortions during the time period when the study was conducted (DGH, 2016), we infer that the refusal rate was high. Finally, owing to the absence of a comparison group of adolescents who decided to continue their pregnancy, we were not able to elucidate the specificities of these groups according to their reproductive decision.

## Differences in results and conclusions in relation to other studies

Our results suggest that, compared with the other groups, the decision to terminate a pregnancy in 18- to 19-year-olds may not be exclusively related to academic aspirations, because

some reported dropping out of school and did not intend to continue their studies. However, it seems possible to expect that unemployment and poor living conditions may be important variables to consider in the decision to terminate a pregnancy.

### Relevance of the findings: implications for clinicians and policy-makers

Our findings have important implications for clinical practice in the prevention of unplanned pregnancy and abortion. The results highlight that pregnancy may occur not only due to the non-use of contraception, but also to its inconsistent or incorrect use. The results reinforce the need to intervene in a differentiated manner according to the different requirements of each of these behaviours (Jones et al., 2002; Pires, 2014). Regarding adolescents who reported the use of contraception, it is important to understand their knowledge about contraception (Pires, 2014), how they use it (Dias, 2009; Health Behaviour in School-Aged Children, 2014), their difficulties in using it correctly, and the consequences of these behaviours (Jones et al., 2002; Tripp & Viner, 2005). Condoms were the most frequently used type of contraception, and they are dependent on user compliance and have a higher rate of contraceptive failure (Lim, Wong, Yong, & Singh, 2012). In this sense, the use of effective contraceptive methods (Silva et al., 2011), such as long-acting reversible contraception, which are not dependent on user compliance (Brown & Guthrie, 2010; Kost, Singh, Vaughan, Trussell, & Bankole, 2008) has been suggested as a safe and highly effective option to prevent unplanned pregnancy, including among adolescents (WHO, 2004a). Moreover, the risk of repeat abortion decreases if contraceptive use is started immediately after abortion (Heikinheimo, Gissler, & Suhonen, 2008). As regards adolescents who do not use contraception, it is important to inform them about the risk of unprotected sexual intercourse, demystify the negative side effects of contraception, clarify the benefits of contraception, promote negotiation skills about contraceptive use with their partner (Pires et al., 2014), and inform them how they can access contraception.

Finally, our study stresses that preventive interventions for abortion must be sensitive to the heterogeneity of the adolescents' characteristics and their life contexts. Specifically, our results highlight the need to develop early preventive interventions if there is a likelihood of early sexual intercourse, as this may represent a longer exposure to the potential risk of pregnancy (Araújo Pedrosa, 2009; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Treffers et al., 2001; Valle et al., 2005). Regarding the characteristics of younger adolescents, school appears to be a preferential preventive context when both they and their partners are students. Since 2010, sexuality education has been a compulsory subject on Portuguese school curricula (AR, 2010). Considering our results, it is important to include accurate information about contraception, the importance of consistent contraceptive use (Bankole, Singh, & Haas, 1998; Larsson, Aneblom, Odland, & Tydén, 2002; Nunes, 2005) skills training to identify possible contraceptive failures (Pires et al., 2014),

alternative strategies to address contraceptive failure (Kost et al., 2008) and the use of emergency contraception (Pires et al., 2014).

Community health care providers also have an important role in preventive interventions, particularly among older adolescents who have left school and are beyond the reach of school sexuality education programmes (WHO, 2004b). Family planning clinics play an important role in promoting the sexual and reproductive health of young people (WHO, 2004b). In the Portuguese national health system, consultations and access to contraception are provided free of charge. Moreover, routine primary health care, family medicine and/or paediatric consultations can also represent important opportunities for counselling about sexuality and contraception (Chernick, Kharbanda, Santelli, & Dayan, 2012; Nunes, 2005; Silva et al., 2012). Indeed, even after contraception is prescribed, adolescents may have difficulty understanding or applying the information given by a health care provider (WHO, 2004a). Therefore, contraceptive use and all related issues should be evaluated and discussed every time an adolescent interacts with a health care provider (WHO, 2004a; Zink, Shireman, Ho, & Buchaman, 2002).

The focus of intervention should not be exclusive to adolescents but should also include their partners, given that the majority in our study were involved in a romantic relationship. The difference in the age of partners ranged from - 2 to 27 years, indicating that some were adults. These findings highlight the need to rethink health policies in order to include the male population in preventive actions and promote safe sexuality in both the school and community context (Pires, 2014). Involving adolescents' partners in family planning consultations may also be useful in preventing unplanned pregnancy (Pires, 2014).

Promoting educational campaigns about sexuality in the mass media (Silva et al., 2011) and in social networks can be an important strategy to improve information about contraception and how to use it, thus promoting sexual and reproductive health among adolescents.

Our results stress the importance of continuing to invest in preventive school and/or community interventions, as well as interventions adapted to the needs of the adolescent population according to age (WHO, 2004b).

## Unanswered questions and future research

Further investigations are needed to clarify the most important reasons that lead to pregnancy termination according to age group and the influence of significant others in the decision-making process. Moreover, studies are required that explore which adolescent characteristics predict repeat abortion. Finally, further investigation should compare the characteristics of adolescents who, faced with a pregnancy, decide to have an abortion and those who continue their pregnancy.

## Conclusions

Our study provides a number of unique contributions to knowledge about the life contexts (sociodemographic, sexual, reproductive and relational characteristics) of Portuguese adolescents having an abortion. Our findings suggest that unplanned pregnancy may occur not only due to the non-use of contraception but also due to its inconsistent or incorrect use. Moreover, our findings highlight that interventions to prevent unplanned pregnancy should be sensitive to the heterogeneity of adolescents' life contexts and, depending on their age, prioritise different contexts of intervention, such as school and community. Finally, through medical appointments for the abortion procedure and post-abortion follow-up, health care providers have the opportunity to understand adolescents' knowledge about contraception, how they use it, their previous experiences and difficulties (Moreau, Trussell, Desfreres, & Bajos, 2010), as well as their relational context, and to promote informed contraceptive choices in the light of the adolescents' characteristics.

## References

- Alferes, V. (2002). *Inquéritos: Tamanho da amostra e intervalos de confiança* [Surveys: Sample size and confidence intervals] – *SPSS Syntax Files*. Retrieved from <http://goo.gl/tVbKzb>
- Araújo Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e transição para a maternidade na adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores* [Pregnancy and transition to motherhood during adolescence: individual and psychosocial determinants of pregnancy and adaptation – a study with adolescents from the Azores Islands]. (dissertation). University of Coimbra.
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos, HUC* [Clinical assessment interview for patients of Unit of Psychological Intervention, Maternity Daniel de Matos, HUC]. Unpublished manuscript.
- Assembly of the Republic [AR]. (1978, november, 25). Ordinance n.º 496/77, 25 of november (1.<sup>st</sup> Serie). *Official Gazette, Serie I, 273*, 2818-(11). Retrieved from <http://goo.gl/PKkXDE>
- Assembly of the Republic [AR]. (2007, april, 17). Law n.º 16/2007, 17 of april (1.<sup>st</sup> Serie). *Official Gazette, Serie I, 75*, 2417-2418. Retrieved from <http://goo.gl/IKmRR6>
- Assembly of the Republic. (2010, april, 9). Ordinance n.º 196-A/2010, 9 of april (1.<sup>st</sup> Serie). *Official Gazette, Série I, 69*, 1170(2)-1170(4). Retrieved from <http://goo.gl/am8fE7>

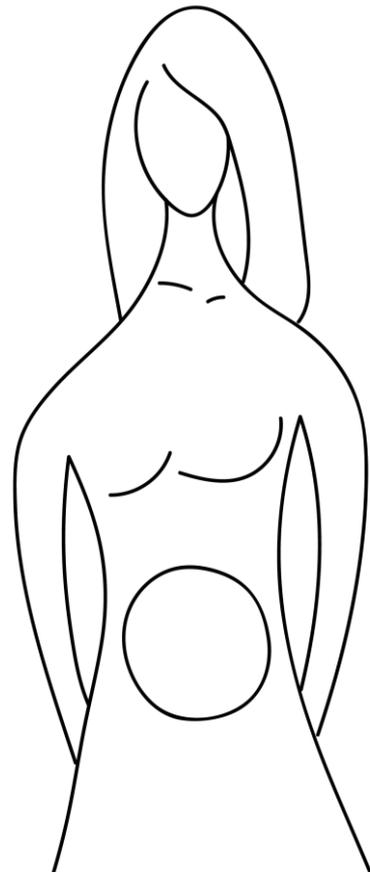
- Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1998). Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *24*, 117-127. doi:10.2307/3038208
- Brauner-Otto, S. R., & Axinn, W. G. (2010). Parental family experiences, the timing of first sex, and contraception. *Social Science Research*, *39*, 875-893. doi:10.1016/j.ssresearch.2010.06.015
- Brown, S., & Guthrie, K. (2010). Why don't teenagers use contraception? A qualitative interview study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *15*, 197-204. doi:10.3109/13625181003763456
- Chernick, L., Kharbanda, E. O., Santelli, J., & Dayan, P. (2012) Identifying adolescent females at high risk of pregnancy in a pediatric emergency department. *Journal of Adolescent Health*, *51*, 171-178. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.11.023
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-166. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Coker, A. L., Richter, D. L., Valois, R. F., McKeown, R. E., & Garrison, C. Z. (1994). Correlates and consequences of early initiation of sexual intercourse. *Journal of School Health*, *64*, 372-377. doi:10.1111/j.1746-1561.1994.tb06208.x
- Coley, R. L., & Chase-Lansdale, P. L. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, *53*, 152-166. doi:10.1037/0003-066X.53.2.152
- Commendador, K. A. (2007). The relationship between female adolescent self-esteem, decision making, and contraceptive behavior. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *19*, 614-623. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00267.x
- Davies, S. L., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Person, S. D., Dix, E. S., Harrington, K., ...Oh, K. (2006). Predictors of inconsistent contraceptive use among adolescent girls: Findings from a prospective study. *Journal of Adolescent Health*, *39*, 43-49. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.10.011
- Dias, S. (2009). *Comportamentos sexuais nos adolescentes: Promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/Sida* [Sexual behaviour in adolescents: Promotion of sexual health and HIV]. Lisbon: Calouste Gulbenkian Foundation & Foundation for Science and Technology.
- Directorate-General of Health [DGH]. (2012). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011* [Report of induced abortion under the Law 16/2007 of 17 April: Data for January to December 2011]. Lisbon: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/NuEtEg>
- Directorate-General of Health [DGH]. (2016). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez: Dados de 2015* [Report of induced abortion: data for 2015]. Lisbon: Author Edition. Retrieved from <https://goo.gl/EsbHgn>
- Evans, A. (2001). *Motherhood or abortion: Pregnancy resolution decisions of Australian teenagers*. (dissertation). National University of Australia.

- Felton, G. M., Parsons, M. A., & Hassell, J. S. (1998). Health behaviour and related factors in adolescents with a history of abortion and never-pregnant adolescents. *Health Care for Women International*, *19*, 37-47. doi:10.1080/073993398246566
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3<sup>rd</sup> ed.). London: Sage Publications.
- Health Behaviour in School-Aged Children [HBSC] (2014). *Portuguese adolescents' health in times of recession - The national data of the Study of Health Behaviour in school-aged children (HBSC) of 2014*. Retrieved from <https://goo.gl/YPeoiD>
- Heikinheimo, O., Gissler, M., & Suhonen, S. (2008). Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*, *78*, 149-154. doi:10.1016/j.contraception.2008.03.013
- Helström, L., Zätterström, C., & Od lind, V. (2006). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *19*, 209-213. doi:10.1016/j.jpag.2006.02.007
- Johnson, R., Nshom, M., Nye, A. M., & Cohall, A. T. (2010). There's always plan B: Adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception*, *81*, 128-132. doi:10.1016/j.contraception.2009.08.005
- Jones, R. K., Darroch, J. E., & Henshaw, S. K. (2002). Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, *34*, 294-303. doi:10.1363/3429402
- Kost, K., Singh, S., Vaughan, B., Trussell, J., & Bankole, A. (2008). Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*, *77*, 10-21. doi:10.1016/j.contraception.2007.09.013
- Larsson, M., Aneblom, G., Od lind, V., & Tydén, T. (2002). Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *81*, 64-71. doi:10.1046/j.0001-6349.2001.00169.x
- Leppälähti, S., Gissler, M., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2012). Trends in teenager termination of pregnancy and its risk factors: A population-based study in Finland, 1987-2009. *Human Reproduction*, *27*, 2829-2836. doi:10.1093/humrep/des253
- Lim, L., Wong, H., Yong, E., & Singh, K. (2012). Profiles of women presenting for abortions in Singapore: Focus on teenage abortions and late abortions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *160*, 219-222. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.11.017
- Mavroforou, A., Koumantakis, E., & Michalodimitrakis, E. (2004). Adolescence and abortion in Greece: Women's profile and perceptions. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, *17*, 321-326. doi:10.1016/j.jpag.2004.06.007
- Moreau, C., Trussell, J., & Bajos, N. (2012). Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *Journal of Adolescent Health*, *50*, 389-394. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.07.013

- Moreau, C., Trussell, T., Desfreres, J., & Bajos, N. (2010). Patterns of contraceptive use before and after an abortion: Results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, *82*, 337-344. doi:10.1016/j.contraception.2010.03.011
- National Institute of Statistics. (2009). *Tipologia de áreas urbanas (TIPAU)* [Urban area typology]. Lisbon: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/mdsOJG>
- Nunes, M. T. (2005). Conhecimento e utilização da contraceção de emergência em alunas do ensino secundário em Guimarães [Knowledge and use of emergency contraception in secondary school students in Guimarães]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *21*, 247-256. Retrieved from <http://goo.gl/G4WYaV>
- Palen, L. A., Smith, E., Caldwell, L. L., Flisher, A. J., Wegner, L., & Vergnani, T. (2008). Inconsistent reports of sexual intercourse among South African high school students. *Journal of Adolescent Health*, *42*, 221-227. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.08.024
- Phipps, M. G., Rosengard, C., Weitzen, S., Meers, A., & Billinkoff Z. (2008). Age group differences among pregnant adolescents: Sexual behavior, health habits and contraceptive use. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, *21*, 9-15. doi:10.1016/j.jpag.2007.07.009
- Phipps, M. G., & Sowers, M. (2002). Defining early adolescent childbearing. *American Journal of Public Health*, *92*, 125-128. doi:10.2105/AJPH.92.1.125
- Pires, R. (2014). *Percursos conducentes à maternidade adolescente em Portugal* [Pathways leading to teenager motherhood in Portugal]. (dissertation). University of Coimbra.
- Pires, R., Pereira, J., Araújo Pedrosa, A., Bombas, T., Vilar, D., Vicente, L., & Canavarro, M. C. (2014). Trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência: A realidade nacional e regional portuguesa [Relational and reproductive pathways leading to teenager pregnancy: The Portuguese national and regional reality]. *Acta Médica Portuguesa*, *27*, 543-555. Retrieved from <http://goo.gl/g24oto>
- PORDATA (2013). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por grupo etário da mãe – Municípios* [Live births of mothers living in Portugal: Total and per age group of mother - Municipalities]. Lisbon: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retrieved from <http://goo.gl/riOGEg>
- Rose, E., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sales, J. M., Latham, T. P., Crosby, R. A., ... Hardin, J. (2009). The validity of teens' and young adults' self-reported condom use. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *163*, 61-64. doi:10.1001/archpediatrics.2008.509
- Sihvo, S., Bajos, N., Ducot, B., & Kaminski, M. (2003). Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *57*, 601-605. doi:10.1136/jech.57.8.601
- Silva, H. M., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A. F., Lopes, A., & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: Desafios de uma nova realidade pediátrica [Sexuality and risk of pregnancy in adolescence: Challenges of a new pediatric reality]. *Acta Pediátrica Portuguesa*, *43*, 8-15. Retrieved from <http://goo.gl/4tzDs9>

- Silva, M. O. da, Jahn, A., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., ... Hannaford, P. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *16*, S1-S70. doi:10.3109/13625187.2011.607690
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* [Raven's Progressive Matrices: Aferition studies]. (dissertation). University of Coimbra.
- Singh, K., Fong, Y. F., & Loh, S. Y. (2002). Profile of women presenting for abortions in Singapore at the national university hospital. *Contraception*, *66*, 41-46. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.11.017
- Treffers, P. E., Olukoya, A. A., Ferguson, B. J., & Liljestrand, J. (2001). Care for adolescent pregnancy and childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *75*, 111-121. doi:10.1016/S0020-7292(01)00368-X
- Tripp, J., & Viner, R. (2005). Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *BMJ*, *330*, 590-593. doi:10.1136/bmj.330.7491.590
- Valle, A. K., Torgersen, L., Røysamb, E., Klepp, K. I., & Thelle, D. S. (2005). Social class, gender and psychosocial predictors for early sexual debut among 16 year olds in Oslo. *European Journal of Public Health*, *15*, 185-194. doi:10.1093/eurpub/cki121
- Vikat, A., Rimpela, A., Kosunen, E., & Rimpela, M. (2002). Sociodemographic differences in the occurrence of teenage pregnancies in Finland in 1987-1998: A follow up study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *56*, 659-668. doi:10.1136/jech.56.9.659
- Wang, R. H., & Chiou, C. J. (2008). Relative contribution of intrapersonal and partner factors to contraceptive behaviour among Taiwanese female adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, *40*, 131-136. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00217.x
- World Health Organization. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Technical Report Series n°583*. Geneva: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/LAFJUm>
- World Health Organization. (2004a). *Medical eligibility criteria for contraceptive use, 3<sup>rd</sup> edition*. Geneva: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/IJ5D6q>
- World Health Organization. (2004b) *Contraception: issues in adolescent health and development*. Geneva: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/R4nHVS>
- World Health Organization. (2006) *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002*. Geneva: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/Bxfj41>
- Zink, T. M., Shireman, T. I., Ho, M., & Buchanan, T. (2002). High-risk teen compliance with prescription contraception: An analysis of Ohio Medicaid claims. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, *15*, 15-21. doi:10.1016/S1083-3188(01)00134-6





## **Estudo Empírico II**

Reproductive and relational trajectories leading to pregnancy: Differences between adolescents and adult women who had an abortion

JOANA PEREIRA, RAQUEL PIRES, ANABELA ARAÚJO PEDROSA,  
& MARIA CRISTINA CANAVARRO

Manuscrito submetido para publicação



## Abstract

**Objectives:** The literature has been conceptualizing pregnancy occurrence as a multiphase event. However, the different combinations of decisions and behaviors leading to pregnancy that end in abortion remain unexplored in the literature. The aims of the study were to describe the reproductive and relational trajectories leading to pregnancy in women who decide to abort and to explore the differences in this process according to women's age. **Methods:** In this cross-sectional study, 426 women [246 adolescents (58.4%), 177 adults (41.6%)] who chose abortion were recruited. Data on reproductive and relational characteristics were collected through a self-report questionnaire at 16 healthcare services that provide abortion. **Results:** Seven trajectories leading to pregnancy were identified. The most frequent trajectory (30.8%) included women who 1) were involved in a long-term romantic relationship, 2) did not plan the pregnancy, 3) were using contraception, and 4) did not identify the contraceptive failure that led to pregnancy. Although this was the most frequent trajectory for both age groups, the remaining trajectories showed a different distribution. Compared to adolescents, adult women's trajectories more frequently included casual relationships with non-use of contraception, or contraceptive use with no contraceptive failure identification. **Conclusion:** Our study highlights the need to recognize the multiplicity of reproductive and relational trajectories leading to pregnancy in women who decide to abort and their different prevalence according to women's age. These findings have important implications for abortion counselling and for the development of age-appropriate guidelines for interventions aimed to prevent unplanned pregnancies.

**Keywords:** abortion, adolescents, adults, contraception, trajectories.

## Introduction

Portugal is one of the European countries in which abortion was most recently legalized (Silva et al., 2011). Since 2007, abortion is available upon request for women during the first 10 weeks of gestation (Assembly of the Republic [AR], 2007). According to the latest statistics, more than 16% of women who became pregnant in Portugal decide to terminate the pregnancy (PORDATA, 2015). However, knowledge about their characteristics remains scarce in our country. Despite the extensive international literature that has explored the sexual and reproductive health and relational characteristics of women who decide to terminate pregnancy, these results are not consistent. This may be due to the fact that these characteristics are largely dependent on sociocultural contexts (Sedgh, Bankole, Singh, & Eilers, 2012; World Health Organization [WHO], 2006) and because these studies treat women as a homogeneous group and do not consider the specificities of different age groups that have emerged in international and national research (Directorate-General of Health [DGH], 2016; Leppälahti, Gissler, Mentula, & Heikinheimo, 2012; Sedgh et al., 2012).

Pregnancy occurrence and the decision to have an abortion have been conceptualized as a multiphase event resulting from a sequence of decisions and behaviors. This sequence begins with women's decision to have sexual intercourse and includes the decision (or not) to become pregnant, to use (or not use) contraception and to choose a specific contraceptive method (Levels, Need, Nieuwenhuis, & Ultee, 2012; Pires et al., 2014). The decision to terminate a pregnancy is most often related to a pregnancy that has not been planned. However, previous studies have suggested that unplanned pregnancies frequently occur not only due to the non-use of contraception but also due to its incorrect/inconsistent use, highlighting the importance of contraceptive failures (Pereira et al., 2017; Pires et al., 2014). Moreover, the possibility of pregnancy occurrence seems not be related not only to each of these behaviors and decisions separately, as explored in most studies, but also through different combinations of them and the relational contexts in which they occur (Pires et al., 2014). These different combinations give rise to different trajectories leading to pregnancy (Pires et al., 2014) that remain unexplored in the literature on abortion. Notwithstanding the relevance of the relational context in reproductive decisions related to abortion, studies are inconsistent about the nature of women's relationships and their partner's characteristics. Research has suggested that not being in a stable relationship (Ford, Sohn, & Lepkowski, 2001), involvement with older partners, and having a higher number of lifetime sexual partners are related to sexual risk-taking behaviors (Araújo Pedrosa, 2009; Davies et al., 2006) or abortion history (Lidaka, Viberga, & Stokenberga, 2015).

As suggested by the WHO (2001), improving knowledge about the sexual and reproductive health of women who have an abortion may allow for the development of appropriate guidelines for abortion counselling and preventive interventions for unplanned pregnancies and, in turn, for abortions. However, to our knowledge, no studies have explored the different sequences of

decisions and behaviors that lead to pregnancy ending in abortion as well as the relational contexts in which they occur or differences in this process according to women's age. Thus, our study has the following main goals: 1) to describe the reproductive and relational trajectories that lead to the pregnancy of women who choose to abort and 2) to explore the differences in this process according to women's age [adolescents (<20 years old; WHO, 1975) vs. adults].

## Material and Methods

The study sample was collected between September 2013 and July 2016 at 16 health care services under the approval of the respective research ethics committees. Using a non-probabilistic convenience sampling method, 491 women who had an abortion and who were able to understand and answer the self-report questionnaire were recruited. Participants with missing data in variables included in trajectories were excluded ( $n = 65$ , 13.2%). The final sample consisted of 426 women who had an abortion. Two age groups were then defined: adolescents ( $n = 249$ , 58.4%) and adults ( $n = 177$ , 41.6%). Table 1 summarizes the descriptive statistics for the sociodemographic, reproductive and clinical variables and their comparison by age groups.

Women were invited to participate in the study by healthcare providers after the decision to perform the abortion was made. They were informed about the study goals, and those who agreed to participate provided written informed consent. When participants were under 16 years old, the consent form was also signed by their legal guardians (AR, 2007). Women were instructed to answer the self-report questionnaire during the week of their post-abortion follow-up appointment (approximately two to three weeks after the abortion) and to return it to the healthcare provider in a sealed envelope without identification.

Sociodemographic, clinical, sexual, reproductive, and relational variables (see Table 1) were obtained through a self-report questionnaire that researchers developed for this project with open- and closed-ended questions, which were adapted from the clinical assessment interview for pregnant adolescent patients of the Psychological Intervention Unit of the Maternity Daniel de Matos, HUC (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003).

All data analyses were conducted using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Version 22.0. Descriptive statistics (means, standard deviations, and frequencies) were used for characterization purposes. Comparison tests were performed to identify between-group differences in reproductive and relational characteristics. Independent sample t-tests and chi-squared tests were used for continuous and categorical variables, respectively. Fisher's exact test was used when the expected frequency in cells were less than 5. Effect sizes were interpreted based on the recommendations of Cohen (1992): small:  $d \geq .20$ , Cramer's  $V \geq .01$ ; medium:  $d \geq .50$ , Cramer's  $V \geq .03$ ; large:  $d \geq .80$ , Cramer's  $V \geq .05$ . The variables were introduced in trajectories according to the criterion of temporal sequence between them. The relational and partner's characteristics were subsequently analyzed by trajectory.

Table 1 | Sociodemographic, reproductive and clinical characteristics of adolescents and adult women who had had an abortion; comparison between age groups

	Total sample ( <i>n</i> = 426)	Adolescents ( <i>n</i> = 249)	Adult Women ( <i>n</i> = 177)	$\chi^2(V)/ f(d)$	<i>p</i> -value
Age					
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	22.11 (7.46)	17.36 (1.35)	28.80 (7.42)	-	-
Ethnic origin, <i>n</i> (%)					
European ethnic origin	354 (83.1)	206 (82.7)	148 (83.6)		
Non-European ethnic origin	45 (10.6)	32 (12.9)	13 (7.30)	2.77(.08)	.096
Marital status <sup>a</sup> , <i>n</i> (%)					
Single/Divorced	324 (76.1)	232 (93.2)	92 (52.0)		
Married/living with a partner	94 (22.1)	17 (6.8)	77 (43.5)	97.41(.48)	.000
Divorced	8(1.9)	0 (0.00)	8 (4.5)		
Socioeconomic status <sup>b</sup> , <i>n</i> (%)					
Low	245 (57.51)	164 (65.9)	81 (45.8)		
Medium/High	155 (36.38)	76 (30.5)	79 (44.6)	13.55(.18)	.001
Place of residence <sup>c</sup> , <i>n</i> (%)					
Urban	324 (76.1)	191 (76.7)	133 (75.1)		
Rural/Suburban	85 (19.9)	48 (19.3)	37 (20.9)	.17(.02)	.680
Occupation, <i>n</i> (%)					
Student	262 (61.5)	216 (86.7)	46 (26.0)		
Employed	97 (22.8)	10 (4.0)	87 (49.2)	163.88(.63)	.000
Unemployed	53 (12.4)	21 (8.4)	32 (18.1)		
Educational level (years in school), <i>n</i> (%)					
1-4 years	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (1.1)		
5-6 years	6 (1.4)	3 (1.2)	3 (1.7)		
7-9 years	83 (19.5)	55 (22.1)	28 (15.8)	40.56(.34)	.000
10-12 years	186 (43.7)	119 (47.8)	67 (37.9)		
≥ 13 years	82 (19.3)	23 (9.2)	59 (33.3)		

Age at menarche						
<i>M (SD)</i>	12.23 (1.59)	12.13 (1.58)	12.37 (1.58)	-1.51(.16)	.133	
Range	8-17	8-17	8-17			
Age at first sexual intercourse						
<i>M (SD)</i>	16.31 (2.15)	15.48 (1.37)	17.49 (2.48)	-9.65(1.00)	.000	
Range	11-29	11-19	13-29			
Number of sexual partners						
<i>M (SD)</i>	2.59 (2.02)	2.11 (1.21)	3.27 (2.64)	-5.44(.56)	.000	
Range	1-25	1-7	1-25			
Previous abortions, <i>n</i> (%)						
No	382 (89.7)	232 (93.2)	150 (84.7)	8.56(.14)	.036	
Yes	44 (10.3)	17 (6.8)	27 (15.3)			
Previous childbirth, <i>n</i> (%)						
No	343 (80.5)	244 (98.0)	99 (55.9)	116.67(.52)	.000	
Yes	83 (19.5)	5 (2.0)	78 (44.1)			
Gestational age (weeks)						
<i>M (SD)</i>	6.92 (1.52)	7.00 (1.55)	6.82 (1.47)	1.16(.12)	.248	
Range	3-11	4-10	3-10			
Abortion procedure, <i>n</i> (%)						
Medical	366 (85.9)	211 (84.7)	155 (87.6)	.88(.05)	.347	
Surgical	43 (10.1)	28 (11.2)	15 (8.5)			
Intention to use contraception after abortion, <i>n</i> (%)						
No	3 (0.7)	2 (0.8)	1 (0.6)			
Yes	381 (89.4)	231 (92.8)	171 (96.6)	2.97(.08)	.222	
Does not know/Not stated	42 (9.9)	16 (6.4)	5 (2.8)			

*Note:* The *n* of variables do not add up to total *n* due to missing values. \* Marital Status was coded as single/divorced and Married/living with a partner because the divorced category only contained 8 (1.9%) women. † Socioeconomic status (SES) was derived from the educational level and occupation of the family's main provider, according to Portuguese standard procedures (i.e., low (e.g., non-specialized workers), medium (e.g., small business owners, high school teachers) and high (e.g., governmental or private companies' administrators, lawyers; Simões, 1994). For married women, SES was derived through the analysis of the SES of both partners. In case of discrepancy between the SES of both partners, the highest SES was used. Because the high SES category only contained 29 (6.8%) women, this variable was coded as low or medium/high. ‡ Place of residence was assessed with the question "Where do you live (location)?" and was classified as 0 = urban (population density exceeding 500 inhabitants/km<sup>2</sup>) and 1 = rural/suburban (population density less than 500 inhabitants/km<sup>2</sup>) (National Institute of Statistics, 2009).

## Results

### Trajectories leading to pregnancy and differences between age groups

As shown in Figure 1, seven trajectories leading to pregnancy were identified in women who had an abortion. The most frequent trajectory included women who were involved in a long-term romantic relationship, did not plan the pregnancy, were using contraception and did not identify the contraceptive failure that led to the pregnancy (4). The second and third most frequent trajectories included women who were involved in a long-term romantic relationship, did not plan the pregnancy but were not using contraception at the time of conception (2), or were using contraception and identified the contraceptive failure that led to the pregnancy (3). The fourth and fifth most frequent trajectories included women who were involved in a casual relationship, did not plan the pregnancy but were not using contraception (5), or were using contraception but did not identify the contraceptive failure that led to the pregnancy (7). The remaining trajectories with residual frequencies are shown in Figure 1.

Although the most frequent trajectory for the total sample (4) was the most frequent for both groups, significant differences were found in the frequency of the remaining trajectories (Table 2). Compared to adolescents, adults became pregnant more frequently a) in the context of a casual relationship, without using contraception (5) or b) using contraception but not identifying the contraceptive failure that led to the pregnancy (7). The reasons for abortion when pregnancy was planned are shown in Figure 1.

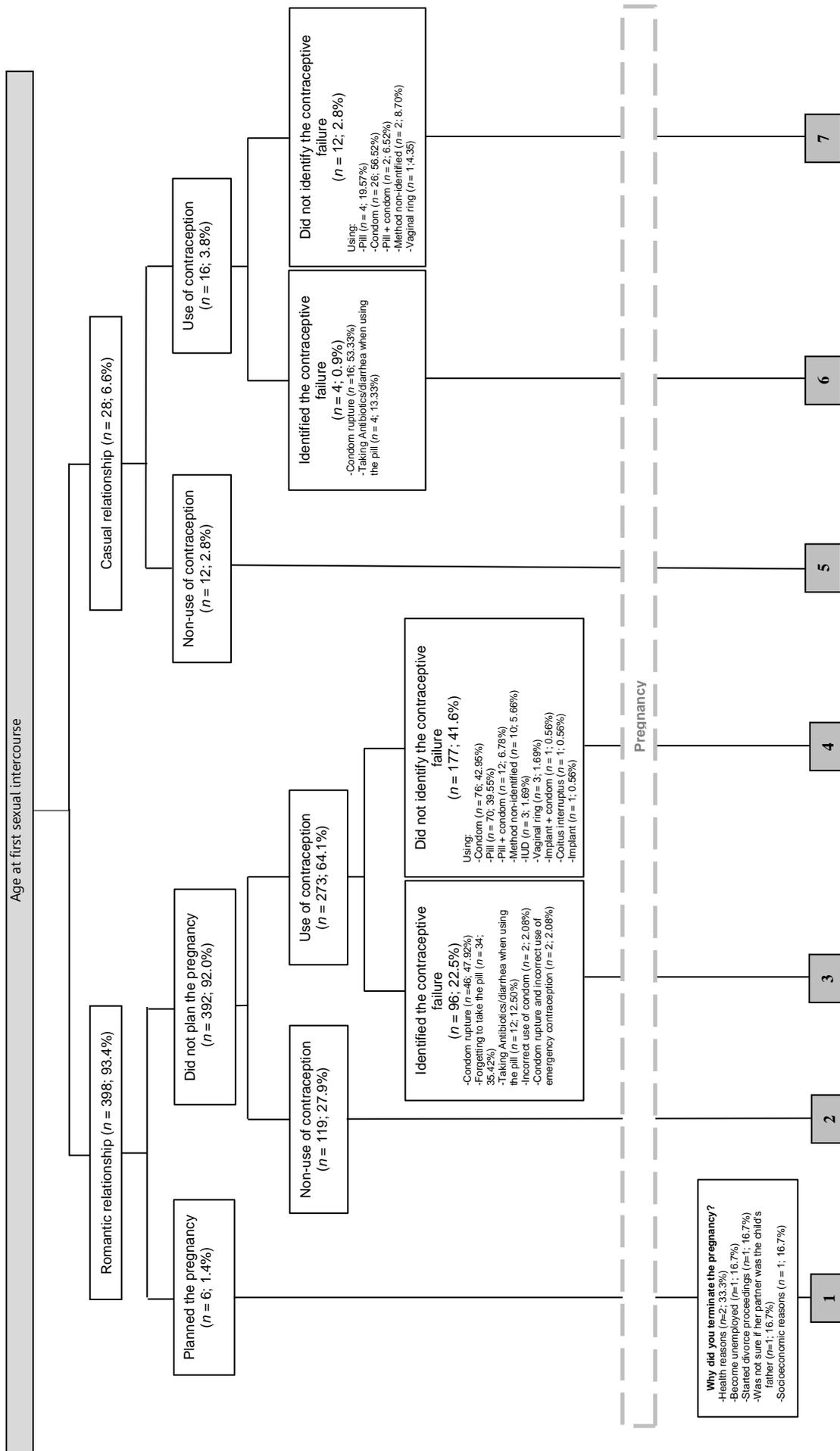


Figure 1 | Reproductive and relational trajectories leading to pregnancy for total sample

**Table 2** | Reproductive and relational trajectories leading to pregnancy by age group; comparison between age groups

Trajectories	Total Sample ( <i>n</i> = 426)	Adolescents ( <i>n</i> = 249)	Adult Women ( <i>n</i> = 177)	$\chi^2$ ( <i>V</i> )	<i>p</i> -value
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
1	6 (1.4)	1 (0.4)	5 (2.8)	4.38(.10)	.086
2	119 (27.9)	68 (27.3)	51 (28.8)	.12(.02)	.733
3	96 (22.5)	59 (23.7)	37 (20.9)	.46(.03)	.497
4	177 (41.5)	113 (45.4)	64 (36.2)	3.62(.09)	.057
5	12 (2.8)	3 (1.2)	9 (5.1)	5.69(.12)	.033
6	4 (0.9)	2 (0.8)	2 (1.1)	.12(.02)	1.00
7	12 (2.8)	3 (1.2)	9 (5.1)	5.69(.12)	.033

*Note.* 1 = women who were involved in a romantic relationship and planned the pregnancy; 2 = women who were involved in a romantic relationship, did not plan the pregnancy and were not using contraception; 3 = women who were involved in a romantic relationship, did not plan the pregnancy, were using contraception and identified the contraceptive failure that led to the pregnancy; 4 = women who were involved in a romantic relationship, did not plan the pregnancy, were using contraception and did not identify the contraceptive failure that led to the pregnancy; 5 = women who were involved in a casual relationship and were not using contraception; 6 = women who were involved in a casual relationship, were using contraception and identified the contraceptive failure that led to the pregnancy; 7 = women who were involved in a casual relationship, were using contraception and did not identify the contraceptive failure that led to the pregnancy.

## Relational characteristics by trajectories and age groups

At conception, most women were involved in a long-term relationship with older partners who were students or employed and had an educational level between 10<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> grade (Table 3). Analyzing the relational characteristics by trajectories, the trajectory that included women who became pregnant in a casual relationship and did not use contraception (5) presented the greatest age differences between women and men.

Including women's age in this analysis, although most women's partners had an educational level between 10<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> grade, adolescents' partners were more frequently in school. Among adolescents, longer-lasting relationships corresponded to trajectories in which they reported the use of contraception (3, 4), in contrast with adults, for whom lasting relationships corresponded to trajectories in which they reported non-use of contraception (2).

Table 3 | Relational characteristics of women who had had an abortion by trajectories and age groups

	Total (n = 426)	Adolescents (n = 249)							Adult Women (n = 177)						
		1 (n = 1)	2 (n = 68)	3 (n = 59)	4 (n = 113)	5 (n = 3)	6 (n = 2)	7 (n = 3)	1 (n = 5)	2 (n = 51)	3 (n = 37)	4 (n = 64)	5 (n = 9)	6 (n = 2)	7 (n = 9)
Relationship length (months)															
<i>M (SD)</i>	32.11 (49.22)	12.00 (0.00)	11.42 (8.15)	13.61 (11.09)	14.56 (13.26)	-	-	-	50.40 (15.65)	76.04 (80.61)	53.38 (58.39)	54.40 (62.31)	-	-	-
Range	0-300	-	1 - 36	1 - 48	1 - 84	-	-	-	36 - 72	2-300	1-240	2-288	-	-	-
Age difference between women and partner <sup>a</sup>															
<i>M (SD)</i>	2.58 (3.93)	1.00 (0.00)	1.97 (2.26)	2.61 (4.30)	3.10 (2.93)	7.00 (2.83)	3.50 (4.95)	1.33 (1.53)	1.40 (3.58)	2.00 (4.20)	2.46 (3.80)	3.00 (5.33)	4.78 (7.45)	1.00 (0.00)	1.00 (4.72)
Range	-18 - 27	-	-2 - 11	-2 - 27	-2 - 17	5 - 9	0 - 7	0 - 3	-6 - 3	-10 - 14	-5 - 13	-18 - 15	-8 - 14	-	-6 - 10
Partner's Occupation, n (%)															
Student	142 (33.3)	0 (0.0)	38 (55.9)	34 (57.6)	45 (39.8)	1 (33.3)	1 (50.0)	2 (66.7)	0 (0.0)	7 (13.7)	5 (13.5)	7 (10.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (22.2)
Employed	134 (31.5)	1 (100.0)	9 (13.2)	10 (16.9)	24 (21.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (40.0)	25 (49.0)	19 (51.4)	36 (56.3)	4 (44.4)	0 (0.0)	4 (44.4)
Unemployed	43 (10.1)	0 (0.0)	11 (16.2)	5 (8.5)	9 (8.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (9.8)	5 (13.5)	3 (4.7)	2 (22.2)	1 (50.0)	1 (11.1)
Does not know	107 (25.1)	0 (0.0)	10 (14.7)	10 (16.9)	35 (31.0)	2 (66.7)	0 (0.0)	1 (33.3)	3 (60.0)	14 (27.5)	8 (21.6)	18 (28.1)	3 (33.3)	1 (50.0)	2 (22.2)
Partner's Educational level (years in school), n (%)															
1-4 years	5 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.9)	1 (2.7)	2 (3.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5-6 years	13 (3.1)	0 (0.0)	2 (2.9)	1 (1.7)	3 (2.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (5.9)	1 (2.7)	3 (4.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
7-9 years	107 (25.1)	1 (100.0)	27 (39.7)	14 (23.7)	30 (26.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (19.6)	8 (21.6)	13 (20.3)	1 (11.1)	1 (50.0)	2 (22.2)
10-12 years	173 (40.6)	0 (0.0)	30 (44.1)	32 (54.2)	51 (45.1)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	17 (33.3)	14 (37.8)	21 (32.8)	3 (33.3)	0 (0.0)	2 (22.2)
≥13 years	67 (15.7)	0 (0.0)	3 (4.4)	6 (10.2)	16 (14.2)	1 (33.3)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (20.0)	12 (23.5)	8 (21.6)	14 (21.9)	2 (22.2)	0 (0.0)	2 (22.2)
Does not know	61 (14.3)	0 (0.0)	6 (8.8)	6 (10.2)	13 (11.5)	2 (66.7)	0 (0.0)	1 (33.3)	3 (60.0)	7 (13.7)	5 (13.5)	11 (17.2)	3 (33.3)	1 (50.0)	3 (33.3)

Note. <sup>a</sup>The partners' age difference was computed by subtracting the women's age from her partner's age. 1 = women who were involved in a romantic relationship and planned the pregnancy; 2 = women who were involved in a romantic relationship, did not plan the pregnancy and were not using contraception; 3 = women who were involved in a romantic relationship, did not plan the pregnancy, were using contraception and identified the contraceptive failure that led to the pregnancy; 4 = women who were involved in a romantic relationship, did not plan the pregnancy, were using contraception and did not identify the contraceptive failure that led to the pregnancy; 5 = women who were involved in a casual relationship and were not using contraception; 6 = women who were involved in a casual relationship, were using contraception and identified the contraceptive failure that led to the pregnancy; 7 = women who were involved in a casual relationship, were using contraception and did not identify the contraceptive failure that led to the pregnancy.



## Discussion

Our study highlights the multiplicity of reproductive and relational trajectories leading to pregnancies that end in abortions. The most frequent trajectory included women who were involved in a long-term romantic relationship, did not plan the pregnancy, were using contraception and did not identify the contraceptive failure that led to the pregnancy. Although this was the most frequent trajectory for both adolescents and adults, significant differences were found regarding the frequency of the remaining trajectories among the groups. Specificities emerged in the relational characteristics according to the trajectories and women's age.

According to our results, most pregnancies that ended in abortions were not planned and occurred due to the non-use of contraception (2, 5) or due to its incorrect/inconsistent use (3, 4, 6, 7). These results are congruent with previous studies in the field (Pires et al., 2014) and stress the need to intervene in a differentiated manner to reduce unplanned pregnancy and abortion rates (Pereira et al., 2017). For women who are not using contraception, it may be particularly important to address the awareness of unprotected sexual intercourse risks, demystify the negative side effects of contraception, emphasize their benefits, and inform them about how to access contraception (Pires et al., 2014).

For women who use contraception, our results support the importance of identifying the contraceptive failures that led to pregnancy and adopting preventive behaviors (Pereira et al., 2017; Pires et al., 2014). In the most frequent trajectory, women did not identify these failures, which may compromise any chance of avoiding an unplanned pregnancy under the same circumstances. Those who identified contraceptive failure (3, 6) reported faults such as condom rupture or forgetting to take the pill, but these issues did not lead them to adopt effective alternative contraceptive behaviors to prevent unplanned pregnancy (e.g., emergency contraception). The literature has justified this situation through an inadequate perception of pregnancy risk (Jones, Darroch, & Henshaw, 2002) or a lack of knowledge about alternative behaviors to address contraceptive failure (Johnson, Nshom, Nye, & Cohall, 2010). Unlike the most frequently used types of contraception in our sample (i.e., condom and pill), which are dependent on user compliance and have a higher rate of contraceptive failure, the use of long-acting reversible methods (Silva et al., 2011) has been suggested as a safe and highly effective option to prevent unplanned pregnancies (Kost, Singh, Vaughan, Trussell, & Bankole, 2008). Although most women intended to use contraception after abortion, its immediate use is associated with a lower risk of repeated abortion (Heikinheimo, Gissler, & Suhonen, 2008). As such, medical appointments for abortion can represent important opportunities to understand women's knowledge about contraception, how they use it, and their previous experiences and difficulties and thus to adapt and promote informed contraceptive choices according to their characteristics (Moreau, Trussell, Desfreres, & Bajos, 2010; Pereira et al., 2017).

Our results also suggest the need not only for contraceptive counselling but also to support reproductive decisions regarding pregnancy planning, because six of the total pregnancies were planned. However, women justified their decision to terminate the pregnancy based on health and socioeconomic reasons and relational problems.

Our findings also stress the need to recognize the heterogeneity of the characteristics of women who decide to abort and the relational and partner's characteristics according to trajectories and women's age. Considering the different developmental stages and increasing experience with age, some of the differences may be expected (e.g., marital status, occupation, number of childbirths). However, other differences should be taken into account in preventive interventions for unplanned pregnancies and abortions. Adolescents reported an early age at first sexual intercourse and became pregnant in a shorter time after menarche compared with adults. Given their longer exposure to the potential risk of pregnancy, these specificities should not be ignored (Araújo Pedrosa, 2009; Pereira et al., 2017) and highlight the need to develop early preventive interventions.

Adults reported a higher number of sexual partners and previous abortions and became pregnant more frequently in the context of casual relationships. These characteristics are more likely to be related to sexual risk-taking behaviors (Davies et al., 2006; Lidaka et al., 2015) and ineffective behaviors in preventing pregnancy. With regard to these issues, it may be particularly important to invest in further research to clarify which characteristics of women predict repeated abortion.

Considering relational characteristics by trajectories, the greatest age differences between adolescents/adult women and males correspond to the context of casual relationships and non-use of contraception. These results indicate the need to promote negotiation skills in the use of contraception to prevent the occurrence of unplanned pregnancy in these particular relational contexts. Adolescents in relationships with older males usually perceive less support regarding contraceptive use, which may increase the risk of ineffective pregnancy prevention (Araújo Pedrosa, 2009). The range of age differences indicated that some of these males were adults.

Taking into consideration the trajectories according to women's age, among adolescents, longer-lasting relationships corresponded to trajectories in which they reported the use of contraception (3, 4), in contrast with adults, who reported non-use of contraception (2). Although the adolescents were in long-term romantic relationships, they adopted preventive behaviors for unplanned pregnancy because at this developmental stage, education is prioritized over parental life (Pereira et al., 2017). However, our results indicate that adolescents were ineffective in this prevention. In contrast, although most pregnancies among adults were unplanned, the non-use of contraception may reflect a lower perception of risk or concern in preventing pregnancy. Further research is required to clarify the most important reasons for non-use of contraception and pregnancy termination.

In summary, our results indicate that preventive interventions for unplanned pregnancies must prioritize different contexts of intervention according to women's age. Our findings reinforce the need to continue to intervene in the school context, especially with adolescents, because most adolescents and their partners were students. Sexuality education programs, which are a compulsory subject in Portuguese school curricula (AR, 2010), and the promotion of information about contraception should include skills training to identify possible contraceptive failures, alternative strategies to address them (Nunes, 2005), and negotiation skills about contraceptive use with partners (Sedgh et al., 2012). Community health care providers also play an important role in promoting sexual and reproductive health, particularly with adolescents who have left school and with adults, through family planning clinics and family medicine consultations (Pereira et al., 2017). Given that most women were involved in a relationship, the focus of interventions should include their partners.

Some limitations should be considered. Although a temporal ordering of events was considered in the analysis of trajectories in this cross-sectional study, further investigation should privilege a longitudinal methodology. Because the data were collected at multiple Portuguese health services and several healthcare providers were involved in the sample collection, we could not obtain complete information regarding the number of women who refused to participate. Finally, assessing variables as sensitive as age at first sexual intercourse, number of sexual partners, and contraceptive use through self-report measures makes it difficult to control for socially desirable answers (Palen et al., 2008; Rose et al., 2009). Evaluation of other sources of information (e.g., women's partners) to explore the inconsistencies in the data should be used in future research.

Despite these limitations, this is the first study in Portugal to use a national approach to explore the different sequences of decisions and behaviors that lead to pregnancy ending in abortion. In contrast to most previous studies, the differences in trajectories between adolescents and adults were explicitly considered in this study. Based on the age variable, the adolescent sample was nationally representative of adolescents in Portugal who had an abortion. For this calculation, a margin of error of 4% and a confidence level of 95% were established. For the 2316 abortions performed in Portugal for women <20 years (DGH, 2012), a minimum of 71 adolescents would be required (Alferes, 2002). Finally, to counter the tendency to evaluate only women's characteristics, our study included an analysis of the characteristics of women's partners.

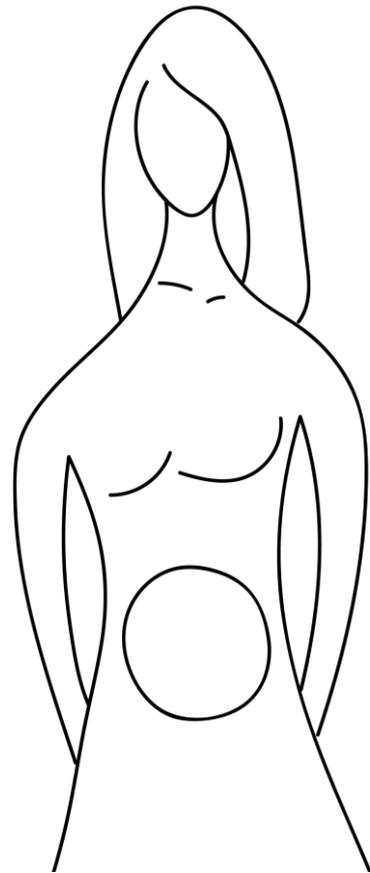
## References

- Alferes, V. (2002). *Inquéritos: Tamanho da amostra e intervalos de confiança* [Surveys: Sample size and confidence intervals] – *SPSS Syntax Files*. Retrieved from <http://goo.gl/tVbKzb>

- Araújo Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e transição para a maternidade na adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores* [Pregnancy and transition to motherhood during adolescence: individual and psychosocial determinants of pregnancy and adaptation – a study with adolescents from the Azores Islands]. (dissertation). University of Coimbra.
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos, HUC* [Clinical assessment interview for patients of Unit of Psychological Intervention, Maternity Daniel de Matos, HUC]. Unpublished manuscript.
- Assembly of the Republic [AR]. (2007, april, 17). Law n.º 16/2007, 17 of april (1.ª Serie). *Official Gazette, Serie I, 75*, 2417-2418. Retrieved from <http://goo.gl/IKmRR6>
- Assembly of the Republic [AR]. (2010, april, 9). Ordinance nº 196-A/2010, 9 of april (1.ª Serie). *Official Gazette, Série I, 69*, 1170(2)-1170(4). Retrieved from <http://goo.gl/am8fE7>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-166. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Davies, S. L., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Person, S. D., Dix, E. S., Harrington, K., ...Oh, K. (2006). Predictors of inconsistent contraceptive use among adolescent girls: Findings from a prospective study. *Journal of Adolescent Health*, *39*, 43-49. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.10.011
- Directorate-General of Health [DGH]. (2012). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011* [Report of induced abortion under the Law 16/2007 of 17 April: Data for January to December 2011]. Lisbon: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/NuEtEg>
- Directorate-General of Health [DGH]. (2016). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez: Dados de 2015* [Report of induced abortion: data for 2015]. Lisbon: Author Edition. Retrieved from <https://goo.gl/EsbHgn>
- Ford, K., Sohn, W., & Lepkowski, J. (2001). Characteristics of adolescents' sexual partners and their association with use of condoms and other contraceptive methods. *Family Planning Perspectives*, *33*, 100-132. doi:10.2307/2673765
- Heikinheimo, O., Gissler, M., & Suhonen, S. (2008). Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*, *78*, 149-154. doi:10.1016/j.contraception.2008.03.013
- Johnson, R., Nshom, M., Nye, A. M., & Cohall, A. T. (2010). There's always plan B: Adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception*, *81*, 128-132. doi:10.1016/j.contraception.2009.08.005
- Jones, R. K., Darroch, J. E., & Henshaw, S. K. (2002). Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, *34*, 294-303. doi:10.1363/3429402

- Kost, K., Singh, S., Vaughan, B., Trussell, J., & Bankole, A. (2008). Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception*, *77*, 10-21. doi:10.1016/j.contraception.2007.09.013
- Leppälähti, S., Gissler, M., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2012). Trends in teenager termination of pregnancy and its risk factors: A population-based study in Finland, 1987-2009. *Human Reproduction*, *27*, 2829-2836. doi:10.1093/humrep/des253
- Levels, M., Need, A., Nieuwenhuis, R., & Ultee, W. (2012). Unintended pregnancy and induced abortion in the Netherlands. *European Sociological Review*, *28*, 301-318. doi:10.1093/esr/jcq065
- Lidaka, L., Viberga, I., & Stokenberga, I. (2015). Risk factors for unwanted pregnancy and subsequent abortion among women aged 16 to 25 years in Latvia. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *20*, 201-210. doi:10.3109/13625187.2014.993026
- Moreau, C., Trussell, T., Desfreres, J., & Bajos, N. (2010). Patterns of contraceptive use before and after an abortion: Results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, *82*, 337-344. doi:10.1016/j.contraception.2010.03.011
- National Institute of Statistics. (2009). *Tipologia de áreas urbanas (TIPAU)* [Urban area typology]. Lisbon: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/mdsOJG>
- Nunes, M. T. (2005). Conhecimento e utilização da contraceção de emergência em alunas do ensino secundário em Guimarães [Knowledge and use of emergency contraception in secondary school students in Guimarães]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *21*, 247-256. Retrieved from <http://goo.gl/G4WYaV>
- Palen, L. A., Smith, E., Caldwell, L. L., Flisher, A. J., Wegner, L., & Vergnani, T. (2008). Inconsistent reports of sexual intercourse among South African high school students. *Journal of Adolescent Health*, *42*, 221-227. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.08.024
- Pereira, J., Pires, R., Araújo Pedrosa, A., Vicente, L., Bombas, T., & Canavarro, M. C. (2017). Sociodemographic, sexual, reproductive, and relationship characteristics of adolescents having an abortion in Portugal: A homogeneous or a heterogeneous group? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *22*, 53-61. doi:10.1080/13625187.2016.1266323
- Pires, R., Pereira, J., Araújo Pedrosa, A., Bombas, T., Vilar, D., Vicente, L., & Canavarro, M. C. (2014). Trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência: A realidade nacional e regional portuguesa [Relational and reproductive pathways leading to teenager pregnancy: The Portuguese national and regional reality]. *Acta Médica Portuguesa*, *27*, 543-555. Retrieved from <http://goo.gl/g24oto>
- PORDATA (2015). Taxa bruta de natalidade [crude birth rate] [Internet]. Lisbon: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retrieved from <https://goo.gl/5APuze>

- Rose, E., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sales, J. M., Latham, T. P., Crosby, R. A., ... Hardin, J. (2009). The validity of teens' and young adults' self-reported condom use. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *163*, 61-64. doi:10.1001/archpediatrics.2008.509
- Sedgh, G., Bankole, A., Singh, S., & Eilers, M. (2012). Legal abortion levels and trends by woman's age at termination. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *38*, 143-153. doi:10.1363/3814312
- Silva, M. O. da, Jahn, A., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., ... Hannaford, P. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *16*, S1-S70. doi:10.3109/13625187.2011.607690
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* [Raven's Progressive Matrices: Aferition studies]. (dissertation). University of Coimbra.
- World Health Organization. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Technical Report Series n°583*. Geneva: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/IAFJUm>
- World Health Organization. (2001). *Regional strategy on sexual and reproductive health*. Copenhagen: Author Edition. Retrieved from <https://goo.gl/3mTDib>
- World Health Organization. (2006) *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002*. Geneva: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/Bxfj41>



### **Estudo Empírico III**

Decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy: Similarities and differences between adolescents and adult women

JOANA PEREIRA, RAQUEL PIRES, & MARIA CRISTINA CANAVARRO

Manuscripto submetido para publicação



## Abstract

**Objective:** To describe the decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy and to explore the differences in this process according to women's age. **Background:** Although decision-making regarding abortion has been conceptualized as a multiphase event, the different trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy remain unexplored in the literature. **Methods:** In this cross-sectional study, 422 women (248 adolescents, 174 adults) who had an abortion were recruited. Data was collected through self-report questionnaires at 16 healthcare services. **Results:** Eight decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy were identified. The most frequent trajectory included women who did not consider its continuation, did not conceal the reproductive decision from their family, were the main decision-maker and reported multiple reasons for abortion. Adolescents terminated the pregnancy more frequently not considering its continuation, not concealing the decision from their family and referred as reasons for abortion the prioritization of their academic plans and immaturity to assume the role of mother; or considering its continuation, but were pressured into abortion by their parents. Adults terminated the pregnancy more frequently considering or not considering its continuation, concealed the decision from their family and reported economic reasons as the more important reason to abortion; or considering its continuation, but were pressured into abortion by their partners. **Conclusion:** Our study highlights the multiple decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy and their specificities according to women's age, which may contribute to more informed interventions by healthcare providers involved in supporting women's decisions.

**Keywords:** abortion; adolescents; adult women; decision-making process; unplanned pregnancy.

## Introduction

The decision to have an abortion remains one of the most socially contested decisions in women's health (Foster, Gould, Taylor, & Weitz, 2012). European Union countries that allow abortion upon request report an annual rate of 11.5 abortions per 1000 women. Portugal is one of the countries in which this practice was recently legalized (Silva et al., 2011). Since 2007, the Portuguese abortion law permits termination of a pregnancy upon request until the 10th week of gestation (Assembly of the Republic [AR], 2007). It is estimated that more than 16% of women who become pregnant in Portugal decide to terminate their pregnancy (PORDATA, 2015). Approximately 11% of abortions (Directorate-General of Health [DGH], 2016) are performed among adolescents (<20 years old, WHO, 1975). Until abortion was legalized in Portugal, research on this topic was limited by inevitable difficulties (Cosme & Leal, 1998; Ourô & Leal, 1998; Pires et al., 2015). Additionally, most post-legalization studies (e.g., Canário, Figueiredo, & Ricou, 2011; Carvalho, 2008; Guedes, Gameiro, & Canavarro, 2010) are institutionally restricted and thus do not permit a global perspective of this practice in the country (Pereira, Pires, & Canavarro, 2017).

Women's decision-making regarding abortion has been conceptualized as a multiphase event that results from a sequence of different decisions and behaviours (Levels, Need, Nieuwenhuis, Sluiter, & Utleer, 2012; Rossier, Michelot, Bajos, & COCON Group, 2007; Rowlands, 2008) and is motivated by a combination of reasons (Biggs, Gould, & Foster, 2013; Kirkman, Rowe, Hardiman, Mallett, & Rosenthal, 2009; Levels et al., 2012; Santelli, Speizer, Avery, & Kendall, 2006). This decision is most often related to a pregnancy that was not planned. When faced with the occurrence of pregnancy, women may consider continuing it and keeping the baby or terminating the pregnancy upon request (Levels et al., 2012; Pereira et al., 2017; Pires, 2014; Rowlands, 2008). During this process, women may decide to involve or exclude significant others, such as relatives, partner and friends (Costescu & Lamont, 2013; Foster et al., 2012). The role of these persons may vary between supporting the women's decision or pressuring them toward a specific decision (Costescu & Lamont, 2013; Foster et al., 2012; Pereira et al., 2017; Ralph, Gould, Baker, & Foster, 2014), and this may influence the decision-making process. Moreover, this decision is usually motivated by multiple and complex reasons that are closely related to women's life circumstances (Biggs et al., 2013; Kirkman et al., 2009; Levels et al., 2012; Santelli et al., 2006), such as educational and professional goals, financial conditions, relationship characteristics, and family planning/timing (Finer, Frohworth, Dauphinee, Singh, & Moore, 2005; Kirkman et al., 2009). Although there is extensive international literature on women's reproductive decisions (Chibber, Biggs, Roberts, & Foster, 2014; Foster et al., 2012), these studies have not focused on the different combinations of decisions, behaviours and motivations that can lead to termination of an unplanned pregnancy. Women's trajectories in this decision-making process thus remain unexplored in the abortion literature.

The literature has been consistent in identifying women's age as a factor that may influence various aspects of the decision-making process (e.g., involvement of significant others, reasons to terminate the pregnancy; Levels et al., 2012; Kirkman et al., 2009; Rossier et al., 2007; Rowlands, 2008). However, previous studies have treated women as a whole and do not consider the specificities associated with women's age that have emerged in the international and national sexual and reproductive health research (DGH, 2016; Leppälahti, Gissler, Mentula, & Heikinheimo, 2012). Although adolescents have been generally identified as a vulnerable group in the context of abortion (Pereira et al., 2017), little is known about the nature of adolescents' decision-making process regarding abortions. The complexity of this reproductive decision during adolescence may be amplified by the developmental characteristics of this stage, which include a lower cognitive ability (Commendador, 2010) and a greater need for time to make complex decisions (Dobkin, Perrucci, & Dehlendorf, 2013) in comparison with adults. These factors present an important capacity issue, given the limited timeframe for deciding whether to continue the pregnancy or terminate it (Needle & Walker, 2008). Given the need for greater support from adults and the integration of adolescents within families, the role assumed by significant others in this decision is also likely to be an important variable to consider (Madkour, Xie, & Harville, 2013; Ralph et al., 2014). In fact, when compared with adults, adolescents are more likely to involve their family and partners in this process (Ralph et al., 2014). However, this involvement is not always synonymous with support of the adolescent's decision (Ralph et al., 2014). Adolescents have reported facing more external pressure to terminate a pregnancy than adults (Ralph et al., 2014). Mothers have been considered the most common source of pressure, followed by male partners (Foster et al., 2012; Ralph et al., 2014). Regarding the most important reasons for terminating a pregnancy, adolescents more often argue that they are too young and not ready to have a child and that they want to continue studying or to enter the labour market (Levels et al., 2012; Santelli et al., 2006).

In contrast, among adults, women are more likely to involve their partner than their family or friends in this decision (Costescu & Lamont, 2013; Finer, Frohwirth, Dauphinee, Singh, & Moore, 2006). However, partners' influence in women's decision-making remains less explored in the context of abortion (Chibber et al., 2014), and the available evidence shows mixed results. On the one hand, studies have shown that women perceive partners to be supportive of their decision (Costescu & Lamont, 2013; Jones, Moore, & Frohwirth, 2011). However, in cases where women feel pressured to terminate the pregnancy, their partners are the more common source of pressure (Foster et al., 2012). Regarding the most important reasons for terminating a pregnancy, adults have reported the desire to stop or postpone childbearing, the belief that the pregnancy is unsuitable for their work situation, and financial reasons (Biggs et al., 2013; Sihvo, Bajos, Ducot, & Kaminski, 2003).

Despite the relevance of the previous literature, to our knowledge, no studies have explored the different trajectories that lead to termination of an unplanned pregnancy, as well as the

differences in this process according to women's age. This knowledge may contribute to more informed interventions by healthcare providers involved in supporting women's decision-making and the subsequent psychosocial adjustment to abortion decision (Biggs et al., 2013; Pires et al., 2015; Renner, Guzman, & Brahmi, 2014). Therefore, this study has two main goals: 1) to describe the decision-making trajectories and the most important reasons leading to termination of an unplanned pregnancy and 2) to explore the differences in this process according to women's age (adolescents vs. adults).

## Method

### Procedures and participants

The sample was recruited between September 2013 and August 2016 at 16 healthcare services that provide abortion; the procedures were approved by the respective research ethics committees. The inclusion criteria were as follows: (1) women who terminated an unplanned pregnancy upon request and (2) were able to understand and answer the research questionnaires.

Women were invited to participate in the study by their healthcare providers after the decision to perform an abortion had been made. They were informed about the study goals, and those who agreed to participate provided written informed consent. For participants younger than 16 years old (the age when adolescents no longer need parental/legal guardian consent to terminate a pregnancy; AR, 2007), the consent form was also signed by their legal guardian. Women were instructed to complete the self-report questionnaires during the week of their post-abortion follow-up appointment and to return them in a sealed envelope without identification.

Based on a non-probabilistic convenience sampling method, 491 women who had an abortion were recruited. Participants with missing data for variables included in the trajectories were excluded ( $n = 69$ , 14.1%). The final sample comprised 422 women who terminated an unplanned pregnancy. Two age groups were then defined: adolescents ( $n = 248$ , 58.8%) and adults ( $n = 174$ , 41.2%). Table 1 summarises the descriptive statistics for the variables and their comparison by age group.

### Measures

Sociodemographic, reproductive, clinical, relational, and decision-making process variables were obtained through a self-report questionnaire that was specifically developed for this project and included open- and closed-ended questions; these questions were adapted from the clinical assessment interview for pregnant adolescent patients of the Psychological Intervention Unit of the Maternity Daniel de Matos, HUC (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003).

*Sociodemographic, reproductive, clinical and relational variables*

Age, ethnic origin, marital status, socioeconomic status (SES), place of residence, occupation, educational level, previous childbirth and abortion, gestational age, abortion procedure, contraceptive use at conception, and romantic relationship at conception and its length.

*Decision-making variables*

Considering continuing the pregnancy and concealing the reproductive decision from the family (i.e., parents and siblings) were assessed with yes/no questions. The identity of the main decision-maker of the abortion decision was assessed with the question "Whose decision was it to terminate the pregnancy?". When the woman identified herself as the main decision-maker or when she shared the decision with her partner, she was considered the main decision-maker. If the woman was not the main decision-maker, the sources of pressure to terminate the pregnancy were assessed with the question "Have you been pressured to have an abortion and by whom?".

*Reasons for Abortion List* (RAL; Broen, Moum, Bödtker, & Ekeberg, 2005; adapted from Carvalho, 2008)

This questionnaire consisted of 25 possible reasons for choosing to have an abortion. A 26<sup>th</sup> line was left open for other reasons not mentioned in the list to be recorded. Women were instructed to rate how important each reason had been in their decision to have an abortion. Answers were scored on a 4-point scale ranging from 1 (*Not at all important*) to 4 (*Very important*).

## Data analyses

All data analyses were conducted using Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, Version 22.0 (IBM, Armonk, NY). Descriptive statistics (means, standard deviations, and frequencies) were used for characterization purposes. Comparison tests were performed to identify between-group differences in the decision-making process. Independent sample t-tests and chi-squared tests were used for continuous and categorical variables, respectively. Fisher's exact test was used when the expected frequency in cells was less than 5. The variables were introduced into the trajectories according to the temporal sequence between them: consideration (or not) to continue the pregnancy, decision to conceal (or not) the reproductive decision from the family, the main decision-maker of the abortion decision, and the most important reasons to terminate the pregnancy.

Table 1 | Descriptive statistics: Adolescents and adult women who terminated an unplanned pregnancy; comparison between age groups

Age	Total (n = 422)	Adolescents (n = 248)	Adults (n = 174)	$\chi^2(V)/ t(d)^d$	p
M (SD)	22.06 (7.38)	17.39 (1.35)	28.72 (7.36)	-	-
Range	14-48	14-19	20-48	-	-
Ethnic origin, n (%)					
European ethnic origin	352 (83.4)	209 (84.3)	143 (82.2)		
Non-European ethnic origin	45 (10.7)	29 (11.7)	16 (9.2)	0.43(.03)	.513
Missing	25 (5.9)	10 (4.0)	15 (8.6)		
Marital Status <sup>a</sup>					
Single/divorced	335 (79.4)	232 (93.5)	103 (59.2)		
Married/living with a partner	87 (20.6)	16 (6.5)	71 (40.8)	73.74(.42)	.00
Socioeconomic status <sup>b</sup> , n (%)					
Low	247 (58.5)	159 (64.1)	88 (50.6)		
Medium/High	158 (37.4)	81 (32.7)	77 (44.3)	6.86(.13)	.009
Missing	17 (4.0)	8 (3.2)	9 (5.2)		
Place of residence <sup>c</sup> , n (%)					
Urban	321 (76.1)	191 (77.0)	130 (74.7)		
Rural/Suburban	86 (20.4)	48 (19.4)	38 (21.8)	.38(.03)	.537
Missing	15 (3.6)	9 (3.6)	6 (3.4)		
Occupation, n (%)					
Student	258 (61.1)	213 (85.9)	45 (25.9)		
Employed	95 (22.5)	12 (4.8)	83 (47.7)	151.47	.00
Unemployed	50 (11.8)	21 (8.5)	29 (16.7)		
Missing	19 (4.5)	2 (0.8)	17 (9.8)		
Educational level (years in school), n (%)					
1-4 years	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (1.1)		
5-6 years	4 (0.9)	2 (0.8)	2 (1.1)		
7-9 years	80 (19.0)	52 (21.0)	28 (16.1)	45.23(.36)	.00
10-12 years	192 (45.5)	128 (51.6)	64 (36.8)		

≥ 13 years	79 (18.7)	21 (8.5)	58 (33.4)	
Missing	65 (15.4)	45 (18.1)	20 (11.5)	
Previous childbirth, <i>n</i> (%)				
No	340 (80.6)	242 (97.6)	98 (56.3)	.00
Yes	82 (19.4)	6 (2.4)	76 (43.7)	
Previous abortions, <i>n</i> (%)				
No	378 (89.7)	232 (93.5)	146 (83.9)	.001
Yes	44 (10.3)	16 (6.4)	28 (16.1)	
Gestational age (weeks)				
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	7.01 (1.55)	7.07 (1.51)	6.92 (1.6)	.319
Range	4-10	4-10	4-10	
Abortion procedure, <i>n</i> (%)				
Medical	377 (89.3)	215 (86.7)	162 (93.1)	
Surgical	41 (9.7)	29 (11.7)	12 (6.9)	.091
Missing	4 (0.9)	4 (1.6)	0 (0.0)	
Contraceptive use at conception, <i>n</i> (%)				
No	127 (30.1)	72 (29.0)	55 (31.6)	
Yes	290 (68.7)	175 (70.6)	115 (66.1)	.485
Missing	5 (1.2)	1 (0.4)	4 (2.3)	
Romantic relationship at conception, <i>n</i> (%)				
No	27 (6.4)	9 (3.6)	18 (10.3)	
Yes	391 (92.7)	236 (95.2)	155 (89.1)	.006
Missing	4 (0.9)	3 (1.2)	1 (0.6)	
Relationship length, months				
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	31.04 (46.292)	13.19 (11.62)	57.83 (63.02)	.000
Range	0-300	0-84	0-300	

*Note.* <sup>a</sup> Marital status was coded as single/divorced and married/living with a partner because the divorced category only contained 10 (2.4%) women. <sup>b</sup> Socioeconomic status (SES) was derived from the educational level and occupation of the family's main provider, according to Portuguese standard procedures (i.e., low (e.g., non-specialized workers), medium (e.g., small business owners, high school teachers) and high (e.g., governmental or private companies' administrators, lawyers), Simões, 1994). For married women, SES was derived through the analysis of the SES of both partners. In case of discrepancy between the SES of both partners, the highest SES was used. Because the high SES category only contained 29 (6.9%) women, this variable was coded as low or medium/high. <sup>c</sup> Place of residence was assessed with the question "Where do you live (location)?" and was classified as 0 = urban (population density exceeding 500 inhabitants/km<sup>2</sup>) and 1 = rural/suburban (population density less than 500 inhabitants/km<sup>2</sup>; National Institute of Statistics [NIS], 2009). <sup>d</sup> Effect sizes were interpreted based on the recommendations of Cohen (1992): small: *d* ≥ .20; Cramer's *V* ≥ .10; medium: *d* ≥ .50; Cramer's *V* ≥ .30; large: *d* ≥ .80; Cramer's *V* ≥ .50.

## Results

As shown in Figure 1, eight decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy were identified. The most frequent trajectory included women who did not consider continuing the pregnancy, did not conceal the decision from their family, were the main decision-maker and cited "education or job would be more difficult to continue", "a child should be wished for, this one is not", "cannot fulfil the task of being a mother" and "financial reasons" as the most important reasons to terminate the pregnancy (Traj\_5; Table 2). The second most frequent trajectory included women who did not consider continuing the pregnancy, concealed the decision from their family, were the main decision-maker and reported "a child should be wished for, this one is not", "financial reasons" and "education or job would be more difficult to continue" as the most important reasons to terminate the pregnancy (Traj\_7). The third and fourth most frequent trajectories included women who considered continuing the pregnancy, did not conceal (Traj\_1) or concealed (Traj\_3) the decision from their family, were the main decision-maker, and cited "financial reasons", "education or job would be more difficult to continue", and "a child should be wished for, this one is not" as the most important reasons to terminate the pregnancy. The remaining trajectories with residual frequencies and the most important reasons for terminating a pregnancy are shown in Figure 1 and Table 2, respectively.

Significant differences were found in the frequency of trajectories among age groups (Table 3). Compared to adults, adolescents terminated the pregnancy more frequently a) not considering its continuation, not concealing the decision from their family (Traj\_5), and reported reasons such as being "too young" ( $M = 3.45$ ;  $SD = .93$ ), "education would be more difficult to continue" ( $M = 3.44$ ;  $SD = .81$ ), and "cannot fulfil the task of being a mother" ( $M = 3.34$ ;  $SD = .98$ ) for abortion; or b) considering its continuation, but were pressured to terminate the pregnancy (Traj\_2) by their parents, followed by their partners. In comparison with adolescents, adults terminated the pregnancy more frequently a) considering or not considering its continuation, concealing the decision from their family (Traj\_3; Traj\_7), and reported reasons such as "financial reasons" ( $M = 3.41$ ;  $SD = .89$ , Traj\_3;  $M = 3.38$ ;  $SD = .80$ , Traj\_7) and "a child should be wished for, this one is not" ( $M = 3.33$ ;  $SD = 1.04$ , Traj\_3;  $M = 3.04$ ;  $SD = 1.16$ , Traj\_7); or b) considering its continuation, but were pressured to terminate the pregnancy (Traj\_4) by their partners.

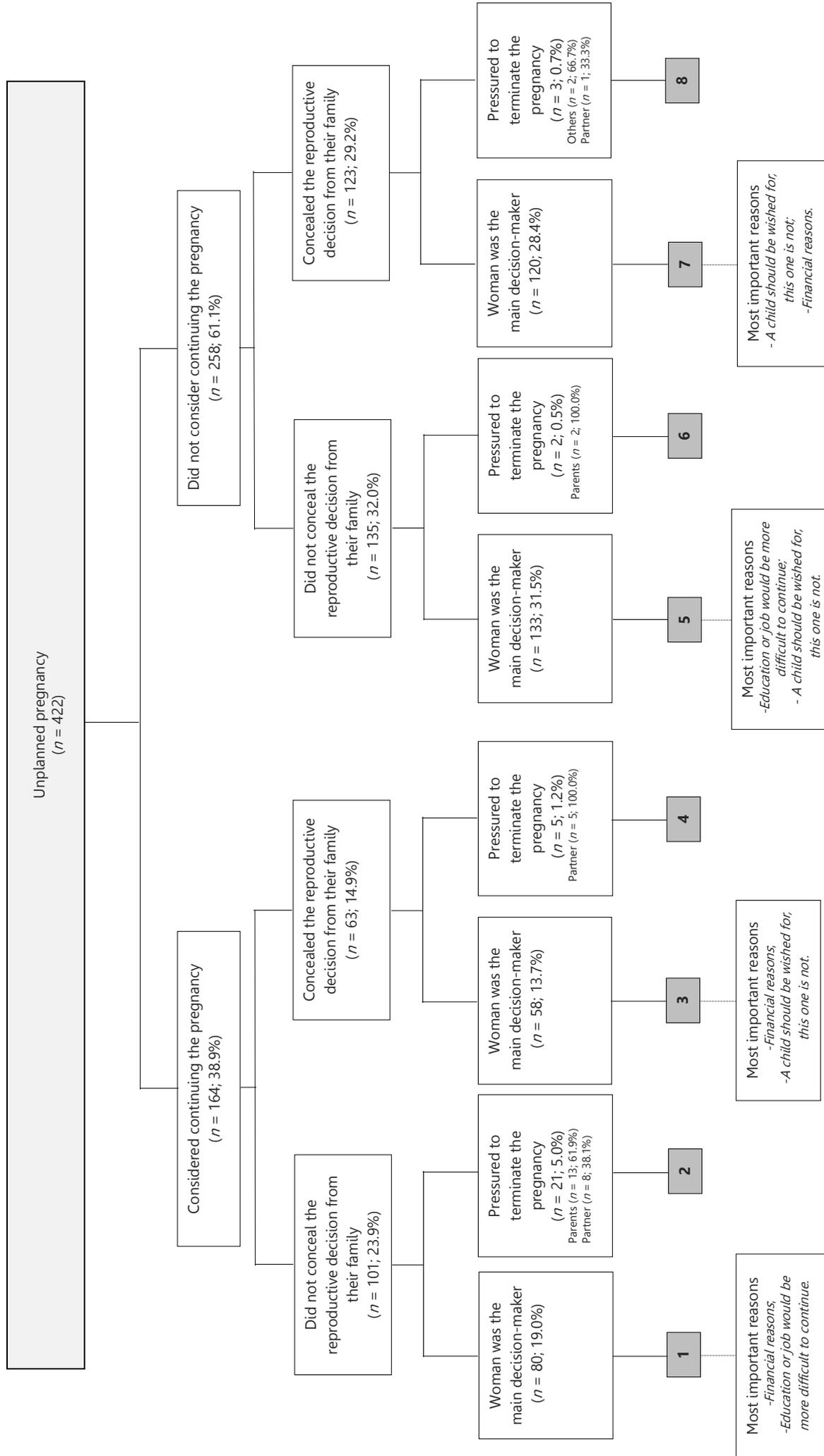


Figure 1 | Decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy, total sample

Table 2 | Reasons for termination of the pregnancy by trajectories, total sample

Reasons	Trajectories						
	1	3	5	7			
1. Education or job would be more difficult to continue	3.32 (.94)	2.98 (1.10)	3.28 (.99)	3.08 (1.16)			
2. A child should be wished for, this one is not	2.47 (1.26)	3.12 (1.03)	3.20 (1.05)	3.23 (1.09)			
3. Financial reasons	3.48 (.86)	3.42 (.79)	3.11 (1.01)	3.21 (1.01)			
4. Male partner does not favour having a child at the moment	1.97 (1.23)	2.54 (1.20)	2.26 (1.18)	2.31 (1.25)			
5. Tired, worn out	2.01 (1.10)	2.06 (1.00)	2.16 (1.04)	2.18 (1.16)			
6. Have enough children	1.32 (.77)	1.83 (1.11)	1.69 (1.13)	2.07 (1.29)			
7. Do not want to be a single mother	1.70 (1.13)	1.69 (1.05)	1.96 (1.20)	1.86 (1.21)			
8. Housing conditions	2.30 (1.23)	2.24 (1.21)	2.39 (1.24)	2.29 (1.28)			
9. Do not want children	1.62 (1.10)	1.96 (1.17)	2.37 (1.30)	2.45 (1.30)			
10. Afraid the fetus is ill or injured	2.11 (1.24)	1.85 (1.14)	2.05 (1.18)	2.04 (1.22)			
11. Pressure from male partner	1.38 (.77)	1.78 (1.12)	1.59 (.98)	1.46 (.90)			
12. Destroy other plans, for example, travelling to other countries	1.87 (1.20)	1.80 (1.08)	1.97 (1.18)	1.92 (1.15)			
13. Not known the male partner long enough	1.25 (.67)	1.46 (.84)	1.68 (1.06)	1.43 (.89)			
14. Too old	1.11 (.46)	1.32 (.71)	1.28 (.69)	1.25 (.68)			
15. Too young	2.73 (1.28)	2.29 (1.25)	2.98 (1.23)	2.49 (1.37)			
16. Do not want the male partner as father of her child	1.39 (.87)	1.63 (1.02)	1.69 (1.15)	1.32 (.78)			
17. Cannot fulfil the task of being a mother	2.56 (1.21)	2.66 (1.20)	3.12 (1.13)	2.69 (1.34)			
18. Afraid of the birth	1.73 (1.05)	2.14 (1.18)	2.04 (1.12)	1.79 (1.14)			
19. Became pregnant with a man other than the usual partner	1.33 (.90)	1.39 (.86)	1.53 (.99)	1.41 (.92)			
20. Pressure from friends	1.10 (.48)	1.23 (.48)	1.25 (.65)	1.14 (.45)			
21. Pressure from mother	1.52 (.88)	1.30 (.73)	1.68 (1.00)	1.20 (.63)			
22. Afraid the child welfare agency would take the baby if she gave birth to it	1.59 (1.07)	1.46 (.94)	1.64 (1.08)	1.39 (.89)			
23. Pressure from father	1.38 (.82)	1.17 (.61)	1.37 (.74)	1.24 (.71)			
24. Pressure from siblings	1.15 (.58)	1.20 (.62)	1.33 (.73)	1.21 (.65)			
25. Pressure from other than those listed	1.19 (.57)	1.24 (.64)	1.28 (.69)	1.17 (.55)			

**Table 3** | Decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy by age group; comparison between age groups

Trajectories	Total Sample ( <i>n</i> = 422)	Adolescents ( <i>n</i> = 248)	Adults ( <i>n</i> = 174)	$\chi^2(V)$	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)		
1	80 (19.0)	51 (20.6)	29 (16.7)	1.01(.05)	.315
2	21 (5.0)	18 (7.3)	3 (1.7)	6.62(.13)	.011
3	58 (13.7)	27 (10.9)	31 (17.8)	4.14(.10)	.042
4	5 (1.2)	0 (0.0)	5 (2.9)	7.21(.13)	.012
5	133 (31.5)	93 (37.5)	40 (23.0)	9.98(.15)	.002
6	2 (0.5)	2 (0.8)	0 (0.0)	1.41(.06)	.514
7	120 (28.4)	55 (22.2)	65 (37.4)	11.58(.17)	.001
8	3 (0.7)	2 (0.8)	1 (0.6)	.08(.02)	1.00

*Note.* 1 = Woman considered continuing the pregnancy, did not conceal the reproductive decision from their family, and was the main decision-maker; 2 = Woman considered continuing the pregnancy, did not conceal the reproductive decision from their family, and was pressured to terminate the pregnancy; 3 = Woman considered continuing the pregnancy, concealed the reproductive decision from their family, and was the main decision-maker; 4 = Woman considered continuing the pregnancy, concealed the reproductive decision from their family, and was pressured to terminate the pregnancy; 5 = Woman did not consider continuing the pregnancy, did not conceal the reproductive decision from their family, and was the main decision-maker; 6 = Woman did not consider continuing the pregnancy, did not conceal the reproductive decision from their family, and was pressured to terminate the pregnancy; 7 = Woman did not consider continuing the pregnancy, concealed the reproductive decision from their family, and was the main decision-maker; 8 = Woman did not consider continuing the pregnancy, concealed the reproductive decision from their family, and was pressured to terminate the pregnancy.

## Discussion

Overall, our results highlight that the decision to terminate an unplanned pregnancy results from a sequence of different decisions and behaviours (Levels et al., 2012; Rossier et al., 2007; Rowlands, 2008), which lead to different trajectories, and is motivated by a different combination of reasons (Biggs et al., 2013; Kirkman et al., 2009; Levels et al., 2012; Santelli et al., 2006). The most frequent trajectory included women who did not consider continuing the pregnancy, did not conceal the reproductive decision from their family, were the main decision-maker and cited "education or job would be more difficult to continue", "a child should be wished for, this one is not", "cannot fulfil the task of being a mother" and "financial reasons" as the most important reasons leading to termination of the pregnancy (Traj\_5). Specificities emerged in the decision-making process according to women's age.

According to our results, most women are certain about terminating their pregnancy (Goenee, Donker, Picavet, & Wijzen, 2014; Ralph, Greene, Kimport, Turok, & Roberts, 2016) because they do not consider continuing it. However, those who consider it (Traj\_1; Traj\_3) may suggest that they are ambivalent about the reproductive decision. Healthcare providers should be aware of these women and should provide additional counselling, as desired, to promote a more informed decision-making process (Cameron, & Glasier, 2013; Dobkin et al., 2013; Rowlands, 2008). Although the abortion law in Portugal does not state mandatory psychological or social support (AR, 2007), promoting multidisciplinary care is highly important (Pereira et al., 2017). Women may benefit from discussing the pros/cons and duties and rights associated with each of the options

(continuing vs. terminating the pregnancy) as well as from being informed about policies to support maternity, given the importance of financial reasons in their decision; these processes may increase the quality of the decision-making process.

During this process, women may conceal (Traj\_7) or not (Traj\_5) the decision from significant others (Costescu & Lamont, 2013; Foster et al., 2012; Ralph et al., 2014). Even when partners were aware of women's decision, it is possible to hypothesize that they did not influence it, because the woman was the main decision-maker regarding termination of the pregnancy. Only a minority reported that had been pressured to abort (7%); this pressure undermines women's autonomy in the decision-making process. Healthcare providers must be aware of and evaluate the extent of significant others' involvement in this decision (Grace, 2016). If pressure is detected, women may be counselled to delay their abortion and/or to receive additional counselling (Ralph et al., 2014). A recent study (Grace, 2016) found a relationship between reproductive coercion and intimate partner violence (IPV). However, further research is needed to evaluate this relationship among women who have had an abortion. In this sense, our results highlight that screening for reproductive coercion and/or IPV may be useful for understanding the influence that significant others can have on women's decision. As women who experience reproductive coercion have high rates of unintended pregnancies, healthcare providers may offer non-detectable methods of contraception after abortion (e.g., IUD, implant) to prevent its repetition (Grace, 2016).

Ambivalence during the decision-making process (Broen, Moum, Bødtker, & Ekeberg, 2006; Cameron, 2010) and feelings of being pressured to termination of the pregnancy have been related to psychosocial maladjustment after decision (Broen et al., 2005; Ralph et al., 2014). Thus, the implementation of screening at pre-abortion counselling to identify women under these conditions and to refer them for specialized interventions (e.g., psychological counselling), could be useful to prevent (mal)adjustment after abortion (Pereira et al., 2017).

In addition to the fact that it was not a planned/desired pregnancy, difficulty maintaining one's education/job and financial conditions were the most important reasons for terminating the pregnancy. This may be related to the current trend in industrialized countries, where the establishment of a career and postponed childbearing is prioritised; this could lead a woman to believe that the time is not right to have a child (Sihvo et al., 2003). Moreover, the socioeconomic conditions in Portugal, which is recovering from a financial crisis, may contribute to the report of economic issues as one of the most important reason for terminating a pregnancy.

Our findings also stress the need to recognize the heterogeneity in the decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy according to women's age; these differences should be taken into account in clinical practice. Regarding adolescents, our results are in line with those of previous studies and show that adolescents' families were usually aware of their reproductive decision (Madkour et al., 2013; Ralph et al., 2014). This trend may have occurred because most of the adolescents were students, were financially dependent on their families, and needed greater support from adults (Madkour et al., 2013; Ralph et al., 2014). The

most important reasons for terminating the pregnancy are in accordance with this developmental stage and include the argument that they are “too young” and that “education would be more difficult to continue” (Levels et al., 2012; Santelli et al., 2006). When adolescents report being pressured to abort the more common sources of pressure were their parents, followed by their partner (Foster et al., 2012; Ralph et al., 2014). This finding may have occurred because society prioritises adolescents’ completion of their education, economic security and establishment of a career before becoming a parent (Ekstrand, Tydén, Darj, & Larsson, 2009; Sihvo et al., 2003). Healthcare providers should devote special attention to adolescents who need parental/legal guardian consent to terminate a pregnancy (<16 years; AR, 2007) and should provide support during adolescents’ interactions with their parents to ensure a weighted decision-making process that is free of pressure (Perrucci, 2012).

Regarding adults, women more frequently conceal this decision from their family (Costescu & Lamont, 2013; Finer et al., 2006). This may be related to the fear of stigma and shame associated with the abortion decision (Cockrill, Upadhyay, Turan, & Greene, 2013; Coleman, 2011). However, further research is needed to clarify the reasons that lead women to do this. Similar to the most important reasons presented by the total sample, adults reported that “financial reasons” and “a child should be wished for, this one is not” (Biggs et al., 2013; Sihvo et al., 2003) were the key reasons for terminating their pregnancy. Although only a minority of adults were pressured to abort, women’s partners appeared to be the more common source of pressure (Foster et al., 2012).

Some limitations should be considered. First, although the temporal ordering of events was considered in the analysis of trajectories in this cross-sectional study, further investigations should employ a longitudinal methodology. Second, due to the retrospective nature of the answers (Evans, 2001) and the sensitive nature of some of the study variables assessed, such as considering to continue the pregnancy, concealing the reproductive decision from the family and involving significant others in women’s decision, it was difficult to control for socially desirable answers (Pires et al., 2015). Third, the assessment of decision-making variables was based on single-item measures, which could not fully capture their complexity. Further studies should consider using more comprehensive measures to assess these variables. Finally, we could not obtain complete information regarding how many women refused to participate, because the data were collected at multiple Portuguese health services and several healthcare providers were involved in the sample collection.

Despite these limitations, this is the first study in Portugal to use a national approach to explore the decision-making process leading to abortion. Internationally, our findings provide further detailed knowledge about the different combinations of decisions and behaviours giving rise to the different trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy. In contrast to previous studies, the present study also included an analysis of the differences in this process according to women’s age, considering two age groups [adolescents vs. adults]. Based on the age variable, the adolescent sample collected was nationally representative of adolescents who had

an abortion in Portugal (Alferes, 2002; DGH, 2012). Knowledge of the decision-making process leading to termination of an unplanned pregnancy and women's different needs according to age may be useful in developing age-appropriate guidelines to support women's reproductive decisions.

## References

- Alferes V. (2002). *Inquéritos: tamanho da amostra e intervalos de confiança* [Surveys: sample size and confidence intervals] [Internet]. Coimbra: University of Coimbra. Retrieved from <https://goo.gl/tyTZ8t>
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos, HUC* [Clinical assessment interview for patients of Unit of Psychological Intervention, Maternity Daniel de Matos, HUC]. Unpublished manuscript.
- Assembly of the Republic [AR]. (2007). Law n.º 16/2007, 17 of april (1.st Serie). *Official Gazette, Serie I, 75*, 2417-2418. Retrieved from <http://goo.gl/IKmRR6>
- Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health, 13*, 29. doi:10.1186/1472-6874-13-29
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ö. (2005). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: A prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry, 27*, 36-43. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.09.009
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ö. (2006). Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 85*, 317-323. doi:10.1080/00016340500438116
- Cameron, S. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 24*, 657-665. doi:10.1016/j.bpobgyn.2010.02.001
- Cameron, S. T., & Glasier, A. (2013). Identifying women in need of further discussion about the decision to have an abortion and eventual outcome. *Contraception, 88*, 128-132. doi:10.1016/j.contraception.2012.10.032
- Canário, C., Figueiredo, B., & Ricou, M. (2011). Women and men's psychological adjustment after abortion: A six months prospective pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29*, 262-275. doi:10.1080/02646838.2011.592974
- Carvalho. S. I. S. (2008). *Interrupção voluntária da gravidez: Da representação dos estudantes de medicina à realidade de um grupo de utentes do Hospital de São João* [Voluntary interruption of pregnancy: From the representation of medical students to the reality of a group of patients at Hospital de São João]. [dissertation]. University of Minho.

- Chibber, K. S., Biggs, M. A., Roberts, S. C. M., & Foster, D. G. (2014). The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Women's Health Issues, 24*, e131-e138. doi:10.1016/j.whi.2013.10.007
- Cockrill, K., Upadhyay, U. D., Turan J., & Greene, F. D. (2013). The stigma of having an abortion: Development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 45*, 79-88. doi:10.1363/4507913
- Cohen, J. (1992). A power prime. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *The British Journal of Psychiatry, 199*, 180-186. doi:10.1192/bjp.bp.110.077230
- Commendador, K. (2010). Parental influences on adolescent decision making and contraceptive use. *Pediatric Nursing, 36*, 147-156. Retrieved from <https://goo.gl/CcUAZI>
- Cosme, M. J., & Leal, I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio de pós-stress traumático [Abortion and post-traumatic stress disorder]. *Análise Psicológica, 3*, 447-462. Retrieved from <https://goo.gl/i078ef>
- Costescu, D. J., & Lamont, J. A. (2013). Understanding the pregnancy decision-making process among couples seeking induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 35*, 899-904. doi:10.1016/S1701-2163(15)30811-2
- Directorate-General of Health [DGH]. (2012). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril. Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011* [Report of induced abortion under the law 16/2007 of 17 April. Data for January to December 2011]. Lisbon: Author Edition. Retrieved from <https://goo.gl/ggF8Xq>
- Directorate-General of Health [DGH]. (2016). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez: Dados de 2015* [Report of induced abortion: Data for 2015]. Lisbon: Author Edition. Retrieved from <https://goo.gl/3nO1Sd>
- Dobkin, L. M., Perrucci, A. C., & Dehlendorf, C. (2013). Pregnancy options counseling for adolescents: Overcoming barriers to care and preserving preference. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 43*, 96-102. doi:10.1016/j.cppeds.2013.02.001
- Ekstrand, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2009). An illusion of power: Qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 41*, 173-180. doi:10.1363/4117309
- Evans, A. (2001). The influence of significant others on Australian teenagers' decisions about pregnancy resolution. *Family Planning Perspectives, 33*, 224-230. doi:10.1363/3322401
- Finer, L. B., Frohworth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2005). Reasons U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 37*, 110-118. doi:10.1363/psrh.37.110.05

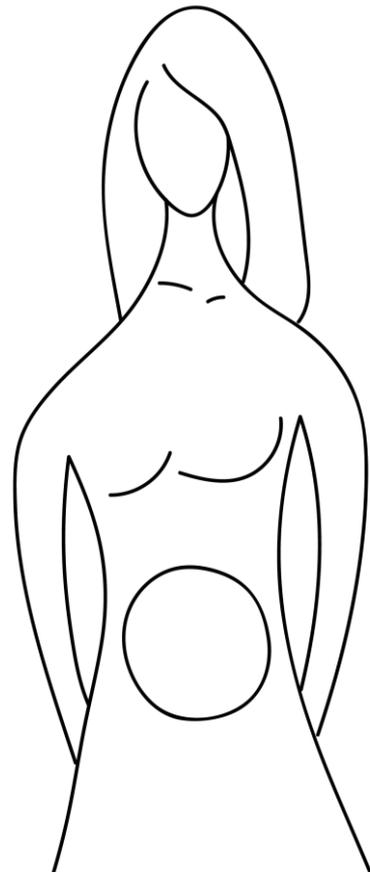
- Finer, L. B., Frohworth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2006). Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception*, *74*, 334-344. doi:10.1016/j.contraception.2006.04.010
- Foster, D. G., Gould, H., Taylor, J., & Weitz, T. A. (2012). Attitudes and decision making among women seeking abortions at one U.S. clinic. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *44*, 117-124. doi:10.1363/4411712
- Goenee, M. S., Donker, G. A., Picavet, C., & Wijzen, C. (2014). Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice. *Family Practice*, *31*, 564-570. doi:10.1093/fampra/cmu033
- Grace, K. T. (2016). Caring for women experiencing reproductive coercion. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *61*, 112-115. doi:10.1111/jmwh.12369
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2010). Variáveis sociodemográficas e socioculturais e ajustamento psicológico à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez [Sociodemographic and sociocultural variables and psychological adjustment after decision-making process and experience of induced abortion]. *Psicologica*, *52*, 527-543. Retrieved from <https://goo.gl/62yrl4>
- Jones, R. K., Moore, A. M., & Frohworth, L. F. (2011). Perceptions of male support among U.S. women obtaining abortions. *Women's Health Issues*, *21*, 117-123. doi:10.1016/j.whi.2010.10.007
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S., & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: A review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, *12*, 365-378. doi:10.1007/s00737-009-0084-3
- Leppälähti, S., Gissler, M., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2012). Trends in teenage termination of pregnancy and its risk factors: A population-based study in Finland, 1987-2009. *Human Reproduction*, *27*, 2829-2836. doi:10.1093/humrep/des253
- Levels, M., Need, A., Nieuwenhuis, R., Sluiter, R., & Utleer, W. (2012). Unintended pregnancy and induced abortion in the Netherlands. *European Sociological Review*, *28*, 301-318. doi:10.1093/esr/jcq065
- Madkour, A. S., Xie, Y., & Harville, E. W. (2013). The association between prepregnancy parental support and control and adolescent girls' pregnancy resolution decisions. *Journal of Adolescent Health*, *53*, 413-419. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.04.016
- National Institute of Statistics. (2009). *Tipologia de áreas urbanas (TIPAU)* [Urban area typology]. Lisbon: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/mdsOJG>
- Needle, R., & Walker, L. (2008). *Abortion Counseling*. New York: Springer Publishing Company.
- Ourô, A. M., & Leal, I. P. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não: O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram a interrupção voluntária da gravidez na adolescência [The womb satiate, the eyes do not: Social support in adolescents who continued a pregnancy and women who underwent abortion in adolescence. *Análise Psicológica*, *XVI*, 441-446. Retrieved from <http://goo.gl/k5xrl0>

- Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2017). Psychosocial adjustment after induced abortion and its explanatory factors among adolescent and adult women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 35*, 119-136. doi:10.1080/02646838.2016.1276281
- Perrucci, A. C. (2012). *Decision Assessment and Counseling in Abortion Care: Philosophy and Practice*. New York, NY: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Pires R. (2014). Percursos conducentes à maternidade adolescente em Portugal [Pathways leading to teenage motherhood in Portugal]. [dissertation]. University of Coimbra.
- Pires, R., Pereira, J., Araújo Pedrosa, A., Vilar, D., Vicente, L., & Canavarro, M. C. (2015). Contributo de fatores individuais, sociais e ambientais para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência: Um estudo caracterizador da realidade portuguesa [Contribution of individual, social and environmental factors to the decision to continue an unplanned pregnancy in adolescence: A study characterizing the Portuguese reality]. *Análise Psicológica, 33*, 19-38. doi:10.14417/ap.827
- PORDATA. (2015). *Taxa bruta de natalidade* [Crude birth rate]. Lisbon: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retrieved from <https://goo.gl/dS8wD2>
- Ralph, L., Gould, H., Baker, A., & Foster, D. G. (2014). The role of parents and partners in minors' decisions to have an abortion and anticipated coping after abortion. *Journal of Adolescent Health, 54*, 428-434. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.09.021
- Ralph, L. J., Greene, D., Kimport, K., Turok, D., & Roberts, S. C. M. (2016). Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception, 95*, 269-278. doi:10.1016/j.contraception.2016.09.008
- Renner, R. M., Guzman, A., & Brahmi, D. (2014). Abortion care for adolescent and young women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 126*, 1-7. doi:10.1016/j.ijgo.2013.07.034
- Rossier, C., Michelot, F., Bajos, N., & COCON Group (2007). Modeling the process leading to abortion: An application to French survey data. *Studies in Family Planning, 38*, 163-172. doi:10.1111/j.1728-4465.2007.00128.x
- Rowlands, S. (2008). The decision to opt for abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 34*, 175-180. doi:10.1783/147118908784734765
- Santelli, J. S., Speizer, I. S., Avery, A., & Kendall, C. (2006). An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. *American Journal of Public Health, 96*, 2009-2015. doi:10.2105/AJPH.2005.064584
- Sihvo, S., Bajos, N., Ducot, B., & Kaminski, M. (2003). Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Journal of Epidemiology & Community Health, 57*, 601-605. doi:10.1136/jech.57.8.601
- Silva M. O. da, Jahn, A., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M. ... Fronteira, I. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European

Union. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16, S1-S70.  
doi:10.3109/13625187.2011.607690

Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* [Raven's Progressive Matrices: Aferition studies] [dissertation]. University of Coimbra.

World Health Organization (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: technical Report Series n°583* [Internet]. Geneva: Author Edition. Retrieved from <https://goo.gl/q5UeCk>



## **Estudo Empírico IV**

Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico numa amostra de jovens portuguesas

JOANA PEREIRA, RAQUEL PIRES, & MARIA CRISTINA CANAVARRO

2013

*Psicologia, Saúde, & Doenças*  
Volume 14  
Número 2  
Páginas 329-338



## Resumo

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) é uma realidade recente em Portugal e os estudos portugueses sobre a sintomatologia depressiva e qualidade de vida (QdV) subsequentes à IVG são ainda escassos. Além disso, a investigação internacional é divergente e contraditória, oscilando entre escassos ou nenhuns efeitos negativos na saúde mental da mulher e sequelas negativas e significativas após a IVG, nomeadamente nas mulheres mais jovens. Assim, o presente estudo pretendeu caracterizar uma amostra de jovens portuguesas relativamente à sintomatologia depressiva e QdV, duas a quatro semanas após a IVG, tendo por comparação um grupo de jovens sexualmente iniciadas e sem história de gravidez. A amostra foi recolhida em 16 serviços de saúde e 22 escolas a nível nacional, e constituída por 128 jovens que realizaram uma IVG e 248 jovens sexualmente iniciadas e sem história de gravidez. Os dados foram obtidos através de fichas de caracterização sociodemográfica e clínica, e instrumentos de autopreenchimento que avaliaram a sintomatologia depressiva e QdV (*Edinburgh Post-natal Depression Scale*; EUROHIS-QOL-8). As jovens que realizaram uma IVG apresentaram sintomatologia depressiva significativamente superior e menor QdV, comparativamente ao grupo controlo, controlando variáveis de cariz sociodemográfico. Os resultados apontam para a importância da implementação de protocolos de triagem que permitam identificar as jovens com níveis significativos de sintomatologia depressiva e menor QdV e, posteriormente, a disponibilização de apoio especializado.

**Palavras-Chave:** Ajustamento psicológico, interrupção voluntária da gravidez, jovens, qualidade de vida.

## Abstract

The Portuguese abortion law allowing elective abortion is recent and the research on the subsequent depressive symptomatology and the quality of life (QoL) is scarce, namely regarding specific and vulnerable populations, such as young women. Furthermore, international findings are not consistent across studies; while some authors have found scarce or no negative effects on women's mental health, others have found negative psychological outcomes after abortion. Therefore, the current study aimed to assess depressive symptomatology and QoL two to four weeks after abortion using a sample of Portuguese young women ( $n = 128$ ) and a comparative group of sexual active youths ( $n = 148$ ) with no pregnancy history. The sample was recruited at 22 schools and 16 health services. Self-reporting measures were used to assess the demographic and medical data, depressive symptoms (*Edinburgh Post-natal Depression Scale*) and QoL (EUROHIS-QOL-8). Young women who engaged in elective abortion reported higher depressive symptoms and poorer QoL than youths with no pregnancy history while controlling for sociodemographic variables. Our findings support the need of implementing screening protocols to easily identify youths with higher depressive symptoms and lower QoL, providing them with multidisciplinary and specialized interventions.

Keywords: Abortion, psychological adjustment, quality of life, youths.

## Introdução

O enquadramento legal da interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher até às 10 semanas de gestação (IVG) é uma realidade recente em Portugal (Lei n.º 16/2007 de 17 de abril). Os procedimentos utilizados na IVG, tal como a lei portuguesa os define, são maioritariamente seguros e com impacto físico reduzido (Rorbye, Nørgaard, & Nilas, 2005). No entanto, o impacto psicológico desta decisão reprodutiva na mulher tem permanecido menos claro na literatura, particularmente na população jovem (Evans, 2001; Lipp, 2009).

No ponto de vista psicológico, a IVG pode ser considerada como uma experiência com importantes significações e implicações emocionais (Stotland, 2000), implicações estas que têm vindo a ser amplamente estudadas internacionalmente. Contudo, os resultados destes estudos têm vindo a ser divergentes e contraditórios, oscilando entre escassos ou nenhuns efeitos negativos na saúde mental da mulher (Broen, Mourn, Bödtker, & Ekeberg, 2005, 2006) e sequelas negativas e significativas após a interrupção (Fergusson, Horwood, & Boden, 2008; Fergusson, Horwood, & Ridder, 2006). Além disso, estes resultados encontram-se, muitas vezes, contaminados por questões legais, éticas, ideológicas, por divergências de conceptualizações teóricas e limitações metodológicas diversas (e.g., amostras pequenas e de conveniência, grupos de controlo inadequados, medidas com validade e fidedignidade questionáveis, problemas de operacionalização de variáveis, ausência de controlo de variáveis significativas) (Adler et al., 1992; Coleman, 2005; Pires, Araújo Pedrosa, Pereira, & Canavarro, no prelo).

No que se refere especificamente à população adolescente, os estudos realizados têm vindo a verificar a ocorrência de reações breves e agudas aquando da decisão reprodutiva e processo de interrupção (Greydanus & Railsback, 1985), embora, maioritariamente, apoiem a inexistência, a longo prazo, de efeitos psicológicos negativos em consequência da IVG (Adler et al., 1992; Cohen & Roth, 1984).

Recentemente, as investigações têm evidenciado a inexistência de diferenças significativas entre adolescentes mais novas e mais velhas no que concerne ao ajustamento psicológico após a IVG, verificando-se mesmo melhorias no ajustamento de todas as jovens avaliadas (Perdersen, 2008; Poggenpoel & Myburgh, 2002; Pope, Adler, & Tschann, 2001; Quinton, Major, & Richards, 2001). Contudo, outras investigações têm vindo a considerar a idade como um fator de risco, uma vez surgem maiores dificuldades de adaptação no período subsequente à IVG em idades mais novas (Coleman, 2006; Cosme & Leal, 1998; Fergusson et al., 2006). No estudo de Perez-Reyes e Falk (1973), as adolescentes reportaram níveis significativos de distress imediato após a IVG. No entanto, revisões destes dados verificaram que estes efeitos são moderados e transitórios e salientam, ainda, a possível contribuição de fatores de diversas naturezas (e.g., individuais, contextuais) para as respostas emocionais negativas observadas (Dagg, 1991; Greydanus & Railsback, 1985).

Em Portugal, o contexto legal recente da IVG é pautado pela escassez de estudos que abordam o ajustamento psicológico subsequente à decisão reprodutiva. Aqueles que existem são, maioritariamente, prévios à legalização, não refletindo a atual realidade desta prática em Portugal (Cosme & Leal, 1998; Noya & Leal, 1998; Ourô & Leal, 1998). Por sua vez, os dados mais recentes são institucionalmente circunscritos, não permitindo obter uma visão nacional deste fenómeno, e não consideram as especificidades desenvolvimentais da população jovem (Guedes, 2008; Guedes, Gameiro, & Canavarro, 2010; Sereno, Leal, & Maroco, 2012).

Neste sentido, o presente estudo procurou caracterizar o ajustamento psicológico duas a quatro semanas após a IVG numa amostra de jovens provenientes de diversas regiões de Portugal Continental, por comparação com um grupo de jovens sexualmente iniciadas e sem história de gravidez, tendo em consideração dois indicadores: 1) sintomatologia depressiva e 2) qualidade de vida (QdV).

## Método

### Participantes

A amostra foi constituída por 128 jovens que realizaram uma interrupção voluntária da gravidez e um grupo de controlo, constituído por 248 jovens sexualmente iniciadas e sem história de gravidez. No Quadro 1 constam as principais características sociodemográficas da amostra. Os dois grupos revelaram-se equivalentes na sua distribuição quanto à idade e religião. Contudo, verificaram-se diferenças na escolaridade, estado civil, características da freguesia de residência e NSE.

Do ponto de vista reprodutivo, apesar de uma pequena percentagem das jovens referirem que seria uma gravidez desejada, a maioria não planeou a atual gravidez para esta fase da vida, e uma pequena percentagem tem história de IVG anterior (cf. Quadro 2).

Quadro 1 | Características sociodemográficas do grupo que realizou uma IVG e do grupo de controlo

	Grupo de Controlo (n = 248)		Grupo IVG (n = 128)		t/ $\chi^2$
	n	%	n	%	
Idade, <i>M(DP)</i>		17,43 (1,24)		17,70 (1,83)	-1,73
Etnia, n (%)					
Caucasiana	239	96,37	104	81,25	
Cigana	1	0,40	0	0,00	
Africana	3	1,21	17	13,28	
Asiática	3	1,21	0	0,00	
Latina	2	0,81	1	0,78	
Religião, n (%)					
Católica	181	72,98	80	62,50	
Outra	11	4,44	2	1,56	3,87
Nenhuma	44	17,74	29	22,66	
Residência, n (%)					
Rural	9	3,63	13	10,16	
Urbana	234	94,35	111	86,72	6,70*
Estado Civil, n (%)					
Solteira	243	97,98	119	92,97	7,91*
União de Facto/Casada	5	2,02	9	7,03	
Habilitações Literárias, n (%)					
Analfabeta	0	0,00	0	0,00	
Ensino Básico (1-4 anos)	0	0,00	0	0,00	
2º Ciclo (5-6 anos)	0	0,00	1	0,78	
3º Ciclo (7-9 anos)	3	1,21	32	25,00	
Secundário (10-12 anos)	192	77,42	57	44,53	
Ensino Superior	18	7,26	12	9,38	
Anos de Escolaridade, <i>M(DP)</i>		11,33 (1,01)		10,63 (1,90)	4,30***
Encontra-se a estudar, n (%)					
Sim	224	90,32	106	82,81	
Não	16	6,45	22	17,19	
Profissão, n (%)					
Empregada	1	0,40	6	4,69	
Desempregada	4	1,61	17	13,28	
Estudante	239	96,37	101	78,91	
Trabalhadora/Estudante	2	0,81	3	2,34	
NSE, n (%)					
Baixo	163	65,73	102	79,69	
Médio	66	26,61	22	17,19	7,90*
Alto	14	5,65	4	3,13	

Nota. NSE= Nível socioeconómico  
\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,001$

**Quadro 2** | Características reprodutivas do grupo interrupção voluntária da gravidez

	<i>n</i>	%
Idade Gestacional aquando da IVG, <i>M(DP)</i>		6,91 (1,48)
Tempo decorrido desde a IVG, <i>M(DP)</i>		16,54 (47,92)
Gravidez Planeada, <i>n</i> (%)		
Não	127	99,22
Sim	0	0,00
Gravidez Desejada, <i>n</i> (%)		
Não	113	88,28
Sim	14	10,94
IVG anterior, <i>n</i> (%)		
Não	115	89,84
Sim	11	8,59
Complicações obstétricas pós IVG, <i>n</i> (%)		
Não	112	87,50
Sim	3	2,34

## Material

Foram construídos protocolos de avaliação específicos para os dois grupos, constituídos por uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos e por questionários de autopreenchimento para avaliar a presença de sintomatologia depressiva e QdV:

*Ficha de dados sociodemográficos e clínicos:* Avalia a informação sociodemográfica (idade, estado civil, habilitações literárias, profissão), e clínica (idade gestacional aquando da IVG, complicações obstétricas pós-IVG, procedimento de IVG).

*Escala de Depressão pós-parto de Edinburgh (EPDS;* Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; versão portuguesa: Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996; versão traduzida para investigação: Figueiredo, 1997): É um questionário de autorresposta com 10 itens, numa escala de resposta tipo Likert, de quatro pontos, de 0 (*não, nunca*) a 3 (*sim, a maioria das vezes*), que avalia a intensidade de sintomas depressivos nos sete dias anteriores ao seu preenchimento. Pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de sintomatologia. Dado que da EPDS não fazem parte itens específicos sobre questões relacionadas com a maternidade ou com o bebé, esta tem vindo a ser usada não só na triagem e avaliação de sintomatologia depressiva no período pós-natal, como também noutras situações, razão pela qual foi integrada no protocolo do presente estudo. Na presente amostra, o instrumento apresentou um  $\alpha$  de Cronbach de 0,85 para o GIVG e de 0,82 para o GC.

*EUROHIS-QOL-8* (Power, 2003; versão portuguesa: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011): É um instrumento destinado a avaliar a Qualidade de Vida e é composta por oito itens. O

resultado é um índice global, sendo que a um valor mais elevado corresponde uma melhor percepção da qualidade de vida. Todas as escalas de resposta têm um formato de cinco pontos, variando, por exemplo, entre 1 (*Nada*) e 5 (*Completamente*). Na presente amostra, este instrumento apresentou um coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach de 0,77 para o GIVG e de 0,79 para o GC.

## Procedimento

O presente estudo resulta da conjugação de dois projetos de investigação mais abrangentes intitulados *Gravidez na Adolescência em Portugal: Etiologia, decisão reprodutiva e adaptação e Interrupção Voluntária da Gravidez em Portugal: Influência de características desenvolvimentais e fatores individuais, socioculturais e relacionais na decisão reprodutiva e na adaptação*, que se encontram em curso desde 2008 e 2013, respetivamente. A recolha de amostra ocorreu entre maio de 2008 e abril de 2013, em 22 escolas e 16 serviços de saúde das várias regiões de Portugal Continental, mediante aprovação das direções das escolas e das Comissões Éticas das instituições de saúde envolvidas.

Relativamente à recolha de dados do Grupo de interrupção voluntária da gravidez, a apresentação do estudo foi feita às adolescentes pelo médico, no final da consulta de interrupção (2ª consulta protocolada ao abrigo da Portaria nº 741-A/2007 da Lei nº 16/2007, de 17 de abril). Caso aceitassem participar, era-lhes pedido para assinarem um consentimento informado, igualmente assinado pelos seus representantes legais sempre que estas tivessem menos de 16 anos. As jovens eram instruídas para o autopreenchimento de um conjunto de instrumentos de avaliação, no decorrer da semana para a qual ficasse marcada a consulta seguinte (consulta de revisão), momento em que deveriam entregar o protocolo de avaliação preenchido em envelope fechado.

No que concerne ao Grupo de controlo, a recolha de dados consistiu no autopreenchimento coletivo de um conjunto de instrumentos de avaliação, em ambiente de sala de aula, monitorizado pelo técnico responsável pela recolha.

Cumpriram critérios de inclusão para o grupo de controlo jovens: 1) com compreensão da língua portuguesa adequada, 2) frequência de qualquer ano de ensino ou utentes de centros de atendimento a jovens, 3) sem história prévia de gravidez. Para o grupo de interrupção voluntária da gravidez, cumpriram critérios de inclusão jovens: 1) com compreensão da língua portuguesa adequada, 2) interrupção voluntária de uma gravidez ao abrigo da Lei nº 16/2007 de 17 de abril, 3) preenchimento do protocolo até à terceira consulta médica.

Numa primeira fase, para a caracterização da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-padrão). Para outras análises, recorreu-se à estatística inferencial, considerando como variáveis estatisticamente significativas todas as diferenças com um nível de significância inferior a 0,05. Foram calculados testes *t* de *Student* para a comparação dos valores

médios das variáveis avaliadas entre os dois grupos, e testes de Qui-Quadrado para comparação de dados categoriais.

## Tratamento estatístico dos dados

Com vista à comparação dos índices de ajustamento entre os grupos, procedeu-se a análises univariadas da covariância (ANCOVAs), nas quais introduzimos como co-variáveis as variáveis sociodemográficas que distinguem os grupos, de forma a remover dos resultados a variabilidade imputável às mesmas. Todas as análises foram realizadas no *software* SPSS, v.17.

## Resultados

### Sintomatologia depressiva

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $t_{(214,988)} = -2,266$ ,  $p = 0,024$ ), com as jovens que realizaram uma IVG a apresentarem maiores níveis de sintomatologia depressiva comparativamente ao grupo de controlo. Uma vez controlados os efeitos dos indicadores sociodemográficos (NSE, estado civil e características das freguesias de residência), as diferenças em relação à sintomatologia depressiva permaneceram significativas (cf. Quadro 3).

**Quadro 3** | Comparação da sintomatologia depressiva entre o grupo de interrupção voluntária da gravidez e o grupo de controlo

	Grupo de Controlo ( $n = 245$ )		Grupo IVG ( $n = 119$ )		$F$	$\eta^2$	$p$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$			
EPDS	10,06	5,14	11,36	5,70	4,418	0,01	0,036

### Qualidade de Vida

No que se refere à QdV, as jovens que realizaram uma IVG evidenciaram uma menor QdV, comparativamente ao grupo controlo ( $t_{(246,781)} = 3,292$ ,  $p = 0,001$ ). Quando controlados os efeitos dos indicadores sociodemográficos, continuaram a verificar-se diferenças estatisticamente significativas em relação à QdV (cf. Quadro 4).

**Quadro 4** | Comparação da QdV entre o grupo de interrupção voluntária da gravidez e o grupo de controlo

	Grupo de Controlo ( <i>n</i> = 239)		Grupo IVG ( <i>n</i> = 117)		<i>F</i>	$\eta^2$	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
QdV	72,88	13,69	67,96	13,48	8,395	0,02	0,004

## Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar a presença de sintomatologia depressiva e os níveis de QdV de uma amostra de jovens portuguesas após a realização de uma IVG, por comparação com jovens sexualmente iniciadas e sem história de gravidez. Os resultados revelaram maiores níveis de sintomatologia depressiva e menor qualidade de vida nas jovens que realizaram uma IVG, por comparação com as jovens do grupo de controlo. Estes dados têm importantes contribuições para a investigação e práticas futuras no âmbito da prevenção e da promoção de linhas de ação desenvolvimentalmente adaptadas.

Os resultados obtidos corroboraram conclusões prévias acerca da existência de dificuldades de adaptação no período pós-aborto em jovens (Bracken, Klermen, & Grossman, 1974; Coleman, 2006; Cosme & Leal, 1998; Denny, 2001; Fergusson et al., 2006; Franz & Reardon, 1992; Speckhard & Rue, 1992), dado que as jovens que realizaram uma IVG apresentaram maiores níveis de sintomatologia depressiva e menor QdV duas a quatro semanas após a IVG, quando comparadas com jovens sexualmente iniciadas e sem história de gravidez. Estes resultados mantiveram-se estáveis mesmo após o controlo de variáveis de cariz sociodemográficas. Em futuras investigações, seria importante averiguar quais os fatores protetores e/ou de risco que podem influenciar este ajustamento psicológico subsequente à IVG. Seria igualmente importante estudar as especificidades desenvolvimentais deste impacto, através da comparação com adultas que realizaram IVG, no sentido de perceber se a idade poderá ser também considerada como um fator de risco para este ajustamento psicológico.

Algumas limitações devem ser consideradas, nomeadamente a natureza transversal deste estudo, que deve ser considerada na generalização dos resultados. Uma abordagem longitudinal permitir-nos-ia o esclarecimento da estabilidade temporal ao nível de ajustamento psicológico destas jovens, no sentido de averiguar a permanência de efeitos psicológicos negativos a longo prazo ou a atenuação dos mesmos. Contudo, as condições de recolha de amostra, restritas pelos requisitos de anonimato e confidencialidade associadas às contingências legais em vigor, não nos possibilitaram aceder diretamente às participantes e estabelecer novo contacto após algum tempo da realização da IVG.

Apesar das limitações referidas, os resultados do presente estudo têm relevantes implicações clínicas, nomeadamente na necessidade de adaptação e especialização dos serviços que

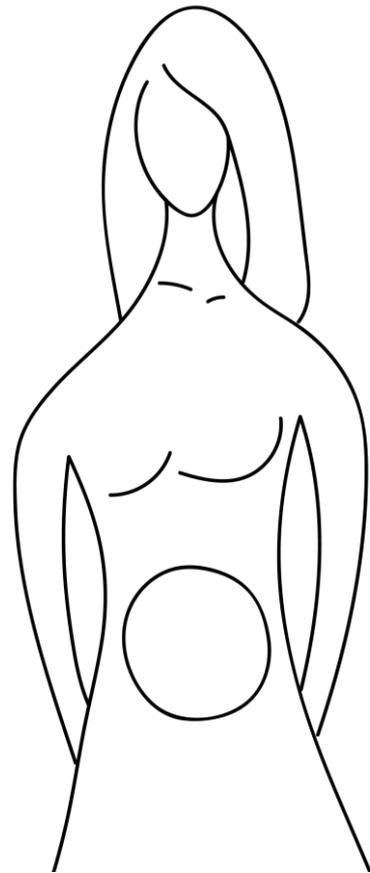
acompanham jovens durante o processo de tomada de decisão, no sentido de promover uma melhor qualidade ao nível do processo e adaptação posterior. Assim, surge a necessidade de sensibilizar as equipas médicas para a monitorização do impacto da IVG nas trajetórias desenvolvimentais destas jovens e prevenção de consequências negativas, através da identificação de possíveis indicadores de perturbação emocional. Esta prevenção pode assentar na construção e implementação de protocolos de triagem que permitam identificar as jovens com níveis significativos de sintomatologia depressiva e menor QdV percebida e, posteriormente, na disponibilização de apoio especializado, promovendo, assim, intervenções multidisciplinares por parte dos profissionais de saúde.

## Referências

- 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*, 1194-1204. doi:10.1037/0003-066X.47.10.1194
- Broen, A. N., Mourn, T., Bödtker, A. S., & Ekeberg, O. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five year, follow-up study. *BMC Medicine*, *18*, 1-14. doi:10.1186/1741-7015-3-18
- Broen, A. N., Mourn, T., Bödtker, A. S., & Ekeberg, O. (2006). Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstetrica and Gynecologica*, *85*, 317-323. doi:10.1080/00016340500438116
- Cohen, L., & Roth, S. (1984). Coping with abortion [Abstract]. *Journal of Human Stress*, *10*, 140. doi:10.1080/0097840X.1984.9934968
- Coleman, P. K. (2005). Induced abortion and increased risk of substance abuse: A review of the evidence. *Current Women's Health Reviews*, *1*, 21-34. doi:10.2174/1573404052950311
- Coleman, P. K. (2006). Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. *Journal Youth Adolescence*, *35*, 903-911. doi:10.1007/s10964-006-9094-x
- Cosme, M. J. M., & Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio pós-traumático de stress. *Análise Psicológica*, *3(XVI)*, 447-462. Retirado de <https://goo.gl/3MX0If>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Dagg, P. K. B. (1991). The psychological sequelae of therapeutic abortion – denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 578-585. doi:10.1097/NMD.0b013e318225f135

- Evans, A. (2001). *Motherhood or abortion: Pregnancy resolution decisions of Australian teenagers* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade Nacional da Austrália, Camberra.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 16-24. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). Abortion and mental health disorders: Evidence from a 30 years longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 193, 444-451. doi:10.1192/bjp.bp.108.056499
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga
- Greydanus, D. E., & Railsback, L. D. (1985). Abortion in adolescence. *Seminars in Adolescent Medicine*, 1(3), 213-222.
- Guedes, M. (2008). *Interrupção voluntária da gravidez: Influência de aspetos individuais e relacionais no ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Guedes M., Gameiro S., & Canavarro M. C. (2010). Experiências relacionais precoces, vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e adaptação à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 199-217. Retirado de <https://goo.gl/vkFCij>
- Lipp, A. A. (2009). Termination of pregnancy: A review of psychological effects on women. *Research Report*, 105(1), 27-28.
- Noya, A., & Leal, I. (1998). Eu sou, tu és, ele era... Auto-conceito e interrupção voluntária da gravidez. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 463-467. Retirado de <https://goo.gl/ibB2vp>
- Ourô, A. M., & Leal, I. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não: O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 441-446. Retirado de <https://goo.gl/dgJJ1Y>
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro M.C. (2011). Estudos psicométricos da versão em português europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9, 109-123. Retirado de <https://goo.gl/T7BIHm>
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women [Abstract]. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 424-428. Retirado de <https://goo.gl/xfn49k>
- Perez-Reyes, M., & Falk, R. (1973). Follow-up after therapeutic abortion in early adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 28, 120-126. doi:10.1001/archpsyc.1973.01750310096016
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., Pereira, J., & Canavarro, M. C. (no prelo). Interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher: Um novo olhar sobre as questões reprodutivas na adolescência. In M. R. Xavier (Ed.), *Interrupção Voluntária da Gravidez*. Porto: Universidade Católica Editora.

- Poggenpoel, M., & Myburgh, C. P. H. (2002). The developmental implications of a termination of pregnancy on adolescents with reference to the girl and her partner. *Education, 122*(4), 731-741.
- Pope, L. M., Adler, N. E., & Tschann, J. M. (2001). Post abortion psychological adjustment: Are minors at increased risk? *Journal of Adolescent Health, 29*, 2-11. doi:10.1016/S1054-139X(01)00212-9
- Power, M. J. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In Nosikov A., Gudex C. (Eds.), *Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 145-163). Amsterdam: IOS Press.
- Quinton, W., Major, B., & Richards, C. (2001). Adolescents and adjustment to abortion: Are minors at greater risk? *Psychology, Public Policy and Law, 7*, 491-514. doi:10.1037/1076-8971.7.3.491
- Rorbye, C., Nørgaard, M., & Nilas, L. (2005). Medical versus surgical abortion: Comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Human Reproduction, 20*, 834-838. doi:10.1093/humrep/deh643
- Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico no processo de decisão. *Revista Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade, 1*, 65-81. Retirado de <https://goo.gl/MeQSBw>
- Stotland, N. L. (2000). Induced abortion in the United States. In N. L. Scotland & D. E. Stewart (Eds.), *Psychological aspects of women and health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology* (2nd ed., pp. 219-239). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stotland, N. L. (2001). Psychiatric aspects of induced abortion. *Archives of Women Mental Health, 4*, 27-31. doi:10.1097/NMD.0b013e318225f135



## **Estudo Empírico V**

Psychosocial adjustment after induced abortion and its explanatory factors  
among adolescent and adult women

JOANA PEREIRA, RAQUEL PIRES, & MARIA CRISTINA CANAVARRO

2017

*Journal of Reproductive and Infant Psychology*

Volume: 35

Número: 2

Páginas: 119-136

doi:10.1080/02646838.2016.1276281



## Abstract

**Objective:** To compare the depressive symptoms and quality of life (QoL) among adolescents (<20 years) and adult women who have had an abortion and to explore individual, social, relational and decision-making explanatory factors for (mal)adjustment in each group. **Background:** International findings are not consistent regarding the presence of negative psychosocial outcomes after abortion or about the explanatory factors for occurrence among adolescents and adult women. **Methods:** In this cross-sectional study, 177 adolescents (65.1%) and 95 adult women (34.9%) who underwent abortion were recruited. Data on individual, social, relational and decision-making characteristics, depressive symptoms (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) and QoL (EUROHIS-QOL-8) were collected through self-report questionnaires at 16 healthcare services that provide abortion. **Results:** Although adolescents are not at greater risk of maladjustment than adult women, abortion may be an emotionally significant event for both age groups. Regarding adolescents, feelings of being pressured into abortion and lower satisfaction with the abortion decision were significantly associated with depressive symptoms and lower QoL. Lower support from the mother was also associated with lower QoL. With regard to adult women, lower satisfaction with the abortion decision was significantly associated with depressive symptoms. None of variables was significantly associated with QoL. **Conclusion:** Our results suggest that adolescents are not at greater risk of psychosocial maladjustment than are adult women. Factors from different ecological contexts and specific factors depending on age group should be considered in preventive interventions for (mal)adjustment after abortion.

**Keywords:** abortion, adolescents, adult women, depressive symptoms, quality of life.

## Introduction

The decision to undergo an abortion is an important public health concern that may be recognised as a stressful (Adler et al., 1992) and emotionally significant event in a woman's life (Biggs, Upadhyay, Steinberg, & Foster, 2014). Portugal is one of the European countries in which this practice was most recently legalised. Since 2007, women may request an abortion during the first 10 weeks of gestation (Assembly of the Republic [AR], 2007). The latest statistics show that more than 16% of women who become pregnant decide to terminate their pregnancies (PORDATA, 2014) and 11% of abortions (Directorate-General of Health [DGH], 2015) are performed on adolescents (<20 years old, World Health Organization [WHO], 1975). Globally, the safety of first-trimester abortion procedures is well established (WHO, 2012). However, international findings are not consistent regarding the presence and/or the clinical relevance of negative psychological outcomes after abortion (e.g., Bellieni & Buonocore, 2013; Charles, Polis, Sridhara, & Blum, 2008; Coleman, 2011; Major et al., 2009; Rousset, Brulfert, Séjourné, Goutaudier, & Chabrol, 2011), particularly for vulnerable populations such as adolescents (Warren, Harvey, & Henderson, 2010). Moreover, the literature indicates that women's mental health after abortion is shaped by certain aspects of their lives (e.g., Adler et al., 1992; Coleman, Reardon, Strahan, & Cogle, 2005; Curley & Johnston, 2013; Major & Cozzarelli, 1992; Major et al., 2009; Steinberg & Finer, 2011) and by the sociocultural context (Major et al., 2009). However, to our knowledge, few studies have considered the explanatory role of variables from different domains of women's lives in psychosocial adjustment after abortion (e.g., Coleman et al., 2005; Major & Cozzarelli, 1992; Rocca, Kimport, Gould, & Foster, 2013), and none of these studies has been performed in Portugal. In fact, research in the Portuguese sociocultural context was long constrained by the legal position on abortion (e.g., Cosme & Leal, 1998; Ourô & Leal, 1998). Since its legalisation, interest in this reproductive experience has increased (e.g., Brandão, 2014; Canário, Figueiredo, & Ricou, 2011; Fernandes, 2014; Guedes, Gameiro, & Canavarro, 2010). However, the most recent studies are institutionally restricted and descriptive, which do not afford a comprehensive view of this practice.

### Psychosocial adjustment after abortion

Although a large body of international research exists on women's mental health after abortion, inconsistent results persist. Whereas some studies have reported negative psychosocial outcomes, such as depression (Fergusson, Horwood, & Ridder, 2006; Pedersen, 2008; Rousset et al., 2011), others have shown no significant effect on psychosocial adjustment (Charles et al., 2008; Major et al., 2009; Renner, Guzman, & Brahmi, 2014) or, conversely, have shown positive outcomes, such as satisfaction and perceptions of the benefits of abortion (Major et al., 2000).

Additionally, although the positive dimensions of mental health, such as Quality of Life (QoL) (Power, 2003), are becoming increasingly valued in women's reproductive health research (e.g., Pires, Araújo Pedrosa, & Canavarro, 2014), studies of the relationship between the abortion experience and the positive dimensions of women's health remain scarce (Biggs et al., 2014; Broen, Moum, Bödtker, & Ekeberg, 2005; Westhoff, Picardo, & Morrow, 2003).

### *An ecological perspective on (mal)adjustment*

The literature depicts women's mental health after abortion as a complex and multidimensional process that can be shaped by certain aspects of women's lives (e.g., Coleman et al., 2005; Curley & Johnston, 2013; Major et al., 2009; Steinberg & Finer, 2011). Accordingly, the bioecological model of human development (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998) constitutes the framework of this study. Hence, the distinct contextual influences on human development and their interactions should be considered (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998). Regarding women's mental health after abortion, the literature highlights that specific factors relating to individual, social and relational contexts and decision-making process variables, as well as the interactions between these variables, should be considered in order to fully understand the psychosocial adjustment after abortion (e.g., Adler et al., 1992; Coleman et al., 2005; Curley & Johnston, 2013; Major & Cozzarelli, 1992; Major et al., 2009; Steinberg & Finer, 2011).

At the individual level, women's age has been relatively unexplored. In fact, most studies have analysed the psychosocial adjustment of women who had an abortion by treating the group as a whole. The few studies that have compared young and adult women have not presented consistent results. Whereas some studies have shown that younger age is a risk factor for mental health problems (Curley & Johnston, 2013; Fergusson et al., 2006; Major et al., 2000, 2009), others have reported conflicting results (Pedersen, 2008; Pope, Adler, & Tschann, 2001; Quinton, Major, & Richards, 2001; Renner et al., 2014; Warren et al., 2010). Despite these incongruent findings, the literature has generally identified adolescents as a vulnerable group in the context of abortion. Several developmental characteristics, such as a lower cognitive ability (Commendador, 2010) and a greater need for time to make complex decisions in comparison with adult women (Dobkin, Perrucci, & Dehlendorf, 2013), have been the most cited reasons. These potential differences may have important implications for abortion legislation and healthcare services (Pope et al., 2001; Renner et al., 2014) and should not be ignored.

The results indicate that being single (Guedes, 2008) and belonging to a low socioeconomic status (Finer & Henshaw, 2006) may predict women's psychosocial maladjustment. However, on issues of reproductive history, the results differ regarding the association between previous childbirth (Guedes, 2008; Major et al., 2009; Taft & Watson, 2008) and psychological adjustment.

They also conflict regarding social factors, specifically the explanatory role of religious involvement in women's mental health (Curley & Johnston, 2013; Major et al., 2009).

With respect to relational factors, a consensus exists regarding the explanatory role of the lack of perceived social support from the mother (Cameron, 2010) in the psychosocial maladjustment, but not the lack of social support from the male partner (Canário et al., 2011; Guedes, 2008; National Collaborating Centre for Mental Health, 2011).

Finally, considering the decision-making process, research has highlighted associations between the psychosocial maladjustment and a pregnancy that is initially desired (Cameron, 2010), ambivalence in the decision-making process (Broen, Moum, Bödtker, & Ekeberg, 2006; Cameron, 2010), lower satisfaction with the abortion decision (Franz & Reardon, 1992; Major et al., 2000), feelings of being pressured into abortion (Broen et al., 2005; Ralph, Gould, Baker, & Foster, 2014) and concealing the decision to terminate the pregnancy from the family (Major & Gramzow, 1999).

## Study overview

Despite the relevance of previous research, an ecological approach to studying the explanatory factors of psychosocial adjustment among adolescents and adult women remains unexplored. The few quantitative studies that have considered both younger and adult women (e.g., Pope et al., 2001; Quinton et al., 2001; Ralph et al., 2014) have only compared variables between the two age groups, but have not provided conclusions about their explanatory role in psychosocial adjustment. Finally, since abortion was legalised, no studies have compared psychosocial adjustment between adolescents and adults who have had an abortion in the Portuguese sociocultural context (Pereira, Pires, & Canavarro, 2013).

Therefore, this study has two main goals: (1) to compare the depressive symptoms and QoL among adolescents (<20 years) and adult women who have had an abortion and (2) to explore individual, social, relational and decision-making explanatory factors for (mal)adjustment in each group. Given the lack of research specifically addressing these two goals, we did not establish hypotheses for them.

## Method

### Procedure and Participants

This cross-sectional study is part of a wider project entitled 'Abortion by women's request in Portugal: Reproductive decisions and psychosocial adjustment in different reproductive phases'.

The sample was collected between September 2013 and August 2015 at 16 healthcare services that perform abortions. The study was conducted under the approval of the respective Research Ethics Committees. The inclusion criteria were as follows: (1) women who had an abortion upon request and (2) women who were able to understand and answer the research questionnaires.

Women were invited to participate in the study by healthcare providers after the decision to perform the abortion was made. The women were informed of the study goals, and those who agreed to participate were provided written informed consent. For participants younger than 16 years of age (the age when adolescents no longer require parental/legal guardian consent to terminate a pregnancy; AR, 2007), the consent form was also signed by their legal guardians. Women were instructed to complete the self-report questionnaires during the week of their post-abortion follow-up appointment (approximately two to three weeks after the abortion) and to return them in a sealed envelope without identification.

Using a non-probabilistic convenience sampling method, 425 women were recruited. Participants were excluded if data for the study variables were missing ( $n = 153$ , 95 adolescents and 58 adult women; 36.0%). The final sample comprised 272 women who had had an abortion, specifically 177 adolescents (65.1%) and 95 adult women (34.9%). Table 1 summarises the descriptive statistics for the variables and their comparison by age group.

Table 1 | Descriptive statistics for all variables in study: adolescents and adult women who had an abortion, and comparison between age groups

	Adolescents (n = 177)	Adult Women (n = 95)	$\chi^2(V)/ \lambda(d)$
Age			
M (SD)	17.31 (1.32)	27.97 (7.41)	-13.90(.71)***
Range	14-19	20-43	
Ethnic origin, n (%)			
European ethnic origin	153 (89.5)	75 (78.9)	
Non-European ethnic origin	18 (10.2)	11 (11.6)	0.29
Missing	6 (3.4)	9 (9.5)	
Marital status <sup>a</sup> , n (%)			
Single/Divorced	165 (93.2)	54 (56.8)	
Married/living with a partner	12 (6.8)	41 (43.2)	52.15(.44)***
Socioeconomic status <sup>b</sup> , n (%)			
Low	115 (65.0)	44 (46.3)	
Medium/High	62 (35.0)	51 (53.7)	8.86(.18)**
Place of residence <sup>c</sup> , n (%)			
Urban	131 (74.0)	69 (72.6)	
Rural/Suburban	40 (22.6)	23 (24.2)	0.09
Missing	6 (3.4)	3 (3.2)	
Occupation, n (%)			
Student	155 (87.6)	26 (27.4)	
Employed	7 (4.0)	46 (48.4)	
Unemployed	14 (7.9)	19 (20.0)	104.97(.63)***
Missing	1 (0.6)	4 (4.2)	
Educational level (years in school), n (%)			
1-4 years	0 (0.0)	1 (1.1)	
5-6 years	2 (1.1)	1 (1.1)	
7-9 years	41 (23.2)	15 (15.8)	
10-12 years	87 (49.2)	31 (32.6)	
≥ 13 years	15 (8.5)	36 (37.9)	35.63(.39)***
Missing	32 (18.1)	11 (11.6)	

Have children, <i>n</i> (%)				
No	175 (98.9)	56 (58.9)	76.97(.53)***	
Yes	2 (1.1)	39 (41.1)		
Previous induced abortions, <i>n</i> (%)				
No	165 (93.2)	74 (77.9)	13.62(.22)***	
Yes	12 (6.8)	21 (22.1)		
Gestational age (weeks)				
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	7.05 (1.49)	7.09 (1.43)		
Range	4-10	4-10		-17
Induced abortion procedure, <i>n</i> (%)				
Medical	148 (83.6)	88 (92.6)		
Surgical	26 (14.7)	7 (7.4)	3.28	
Missing	3 (1.7)	0 (0.0)		
Religious Beliefs, <i>n</i> (%)				
No	63 (35.6)	40 (42.1)		1.14
Yes	114 (64.4)	55 (57.9)		
Support from the mother				
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	3.64 (1.54)	4.01 (1.36)		-2.02(.13)*
Range	0-5	0-5		
Support from the partner				
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	3.87 (1.53)	3.84 (1.64)		.14
Range	0-5	0-5		
Desire for pregnancy, <i>n</i> (%)				
No	153 (86.4)	88 (92.6)		2.35
Yes	24 (13.6)	7 (7.4)		
Ambivalence toward the decision, <i>n</i> (%)				
No	109 (61.6)	59 (62.1)		.01
Yes	68 (38.4)	36 (37.9)		

**Table 1** | Descriptive statistics for all variables in study: adolescents and adult women who had an abortion, and comparison between age groups (cont.)

	Adolescents ( <i>n</i> = 177)	Adult Women ( <i>n</i> = 95)	$\chi^2(V)/\text{df}$
Concealing the decision to terminate the pregnancy from family, <i>n</i> (%)			
No	58 (32.8)	47 (49.5)	7.28(.16)**
Yes	119 (67.2)	48 (50.5)	
Feelings of being pressured to terminate pregnancy, <i>n</i> (%)			
No	147 (83.1)	81 (85.3)	0.22
Yes	30 (16.9)	14 (14.7)	
Satisfaction with the abortion decision			
<i>M</i> ( <i>SD</i> )	3.82 (1.91)	3.45 (2.04)	1.50
Range	1-7	1-7	

*Note.* <sup>a</sup> Marital Status was coded as single/divorced and Married/living with a partner because the divorced category only contained 3 (1.1%) women. <sup>b</sup> Socioeconomic status (SES) was derived from the educational level and occupation of the family's main provider, according to Portuguese standard procedures (i.e., low (e.g., non-specialized workers), medium (e.g., small business owners, high school teachers) and high (e.g., governmental or private companies' administrators, lawyers), Simões, 1994). For married women, SES was derived through the analysis of the SES of both partners. In case of discrepancy between the SES of both partners, the highest SES was used. Because the high SES category only contained 15 (5.5%) women, this variable was coded as low or medium/high. <sup>c</sup> Place of residence was assessed with the question "Where do you live (location)?" and was classified as 0 = urban (population density exceeding 500 inhabitants/km<sup>2</sup>) and 1 = rural/suburban (population density less than 500 inhabitants/km<sup>2</sup>; National Institute of Statistics [NIS], 2009).

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

## Measures

Data were obtained through a self-report questionnaire that the researchers developed for this project with open- and closed-ended questions. Individual, social and relational questions were adapted from the clinical assessment interview for pregnant adolescent patients of the Psychological Intervention Unit of the Maternity Daniel de Matos, HUC (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003). This clinical assessment interview was pilot-tested and adjusted to ensure clarity, comprehension and suitability (Canavarro, 2001). Additional questions on decisional process about terminating the pregnancy were based on literature review.

*Individual variables.* Age, ethnic origin, marital status, socioeconomic status (SES), place of residence, occupation, educational level and clinical variables (i.e. have children, previous abortion, gestational age and abortion procedure).

*Social variables.* Religious beliefs were assessed with the yes/no question 'Do you have any religious beliefs?'

*Relational variables.* Satisfaction with social support from the mother and from the partner was assessed with the question 'To what extent do you feel satisfied with the support you receive from your mother/partner?' Answers were scored on a six-point scale ranging from 0 (*Not at all satisfied*) to 5 (*Extremely satisfied*).

*Decision-making variables.* The desire for pregnancy, the woman's ambivalence toward the decision (i.e. considering both reproductive decisions, terminating vs. continuing the pregnancy), concealing the decision to terminate the pregnancy from the family and feelings of being pressured to terminate the pregnancy were assessed with yes/no questions. Satisfaction with the abortion decision was assessed with the question 'To what extent was a sense of satisfaction present?' Answers were scored on a seven-point scale ranging from 1 (*Non-existent*) to 7 (*Fully present*).

### *Outcome variables*

Depressive symptoms were assessed using the Portuguese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Portuguese version: Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996; Figueiredo, 1997). This measure includes 10 items assessing the presence of depressive symptoms during the previous seven days. Items were scored on a four-point scale ranging from 0 (*No, never*) to 3 (*Yes, almost always*). A global score was obtained by summing the scores of all items. The EPDS has primarily been used to screen depressive symptoms during the postnatal period. However, because it contains no items specifically related to motherhood, it has also been used for the non-postnatal period (Cox, Chapman, Murray, & Jones, 1996). A score higher than 9 indicates the possible presence of a major depressive episode (Figueiredo, 1997). The Portuguese version of the EPDS showed good internal consistency

(Cronbach's alpha = .85) and test-retest reliability ( $r = .75$ ). For our sample, the Cronbach's alpha for the scale was .86 for adolescents and .90 for adult women.

The Portuguese version of the EUROHIS-QOL-8 (Power, 2003; Portuguese version: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011) was used to assess the QoL. The EUROHIS-QOL-8 is an eight-item measure scored on a five-point scale ranging from 1 (*Not at all*) to 5 (*Completely*). The psychological, physical, social and environmental domains are each represented by two items. The overall QoL score is obtained by summing the scores of all items. Higher scores indicate a better QoL. Adequate internal consistency values were obtained using the Portuguese version of the psychometric study (Cronbach's alpha = .83, test-retest reliability ( $r = .73$ ); Pereira et al., 2011). For our sample, the Cronbach's alpha was .80 for adolescents and .85 for adult women.

## Data analysis

All data analyses were conducted using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Version 22.0. Descriptive statistics (means, standard deviations, and frequencies) and comparison tests ( $t$ -tests and chi-squared tests) were computed for characterisation purposes.

To address our first research aim, multivariate analyses of variance (MANOVA) were conducted to assess mean differences in the depressive symptoms and the QoL between age groups. Sociodemographic and clinical variables were not included as covariates because they reflected expected group differences. Preliminary assumption testing was conducted (normality and multicollinearity). Although the dependent variables did not present a normal distribution, the sample size is large and MANOVA is sufficiently robust to violation of normality (Field, 2009). To address our second research aim, hierarchical regression analyses (method enter) were performed to assess the explanatory role of individual, social, relational and decision-making factors on depressive symptoms and QoL. Prior to conducting the regression analyses, correlations between the main study variables and the outcomes were determined for both age groups to select the appropriate variables for introduction into the regression models. The correlation coefficients that were significant in at least one of the groups were converted into  $Z$ -Fisher scores (Preacher, 2002) and were compared between groups. If no difference was found, the variables were introduced into both regressions. The predictor variables were entered in blocks into the regression equation to examine the additional explained variance of each block. The regression analyses were separately conducted for adolescents and adult women and for each dependent variable. The assumptions underpinning the data analysis were tested (i.e. multicollinearity, normality, linearity, homoscedasticity, and independence of residuals) and none of them was violated.

## Results

### Differences in depressive symptoms and QoL between adolescents and adult women

As Table 2 shows, a significant multivariate effect was found [Pillai's Trace = 0.023,  $F_{(1,272)} = 3.195$ ,  $p = .043$ ,  $\eta_p^2 = .02$ ]. However, the following univariate analyses revealed a non-significant effect for depressive symptoms [ $F_{(1,272)} = .075$ ,  $p = .78$ ,  $\eta_p^2 = .00$ ] and QoL [ $F_{(1,272)} = 3.777$ ,  $p = .053$ ,  $\eta_p^2 = .01$ ]. Adolescents and adult women did not differ in depressive symptoms and QoL. However, both groups scored higher than 9, which could suggest depressive symptoms.

**Table 2** | Group means, standard deviations and univariate analyses of variance for depressive symptoms and QoL

Variables	Adolescents ( $n = 177$ )		Adult Women ( $n = 95$ )		$F_{(1,272)}$	$\eta_p^2$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$		
Depressive symptoms	11.27	5.76	11.06	6.33	0.08	.00
QoL	68.63	14.06	64.93	16.46	3.78	.01

*Note.*  $M$  = mean;  $SD$  = standard deviation. <sup>a</sup> Effect sizes were interpreted based on the recommendations of Field (2009): small:  $\eta_p^2 \geq .01$ ; medium:  $\eta_p^2 \geq .06$ ; large:  $\eta_p^2 \geq .14$ .

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

### Preliminary analysis: associations between study variables and depressive symptoms and QoL

Pearson's correlations for the study variables are presented in Table 3. In the adolescent group, the desire for pregnancy, ambivalence in the decision-making process, and feelings of being pressured into abortion were positively associated with depressive symptoms and negatively associated with QoL. Support from the mother and from the partner and satisfaction with the abortion decision were positively associated with QoL, and the latter was negatively associated with depressive symptoms. In the adult women group, support from the partner and satisfaction with the abortion decision were negatively associated with depressive symptoms, and the former was positively associated with QoL. Marital status, SES, having children and religious beliefs were not significantly correlated with depressive symptoms or QoL in either age group. Thus, only relational and decision-making variables associated with the dependent variables at the 0.05 level in the previous analyses were included in the regression models.

Table 3 | Bivariate Pearson's correlations among study variables and comparison between age groups

	Depressive Symptoms					QoL		
	Total Sample (n = 272)	Adolescents (n = 177)	Adult Women (n = 95)	Z-score <sup>i</sup>	Total Sample (n = 272)	Adolescents (n = 177)	Adult Women (n = 95)	Z-score <sup>i</sup>
1. Marital Status <sup>b</sup>	.02	.01	.04	-.23	-.13*	-.03	-.13	.78
2. Socioeconomic Status <sup>c</sup>	.05	.05	.08	-.23	-.07	-.06	-.03	-.23
3. Have children <sup>d</sup>	.02	.05	.04	.08	-.10	-.01	-.08	.54
4. Religious Beliefs <sup>e</sup>	.04	.01	.09	-.62	-.03	.04	-.14	1.4
5. Support from the mother	-.13*	-.12	-.13	.08	.15*	.20**	.12	.64
6. Support from the partner	-.14*	-.09	-.21*	.95	.20**	.18*	.24*	-.49
7. Desire for Pregnancy <sup>f</sup>	.20**	.21**	.20	.08	-.11	-.16*	-.07	-.71
8. Ambivalence toward the decision <sup>g</sup>	.18**	.20**	.14	.48	-.14*	-.21**	-.04	-1.34
9. Feelings of being pressured to terminate pregnancy <sup>h</sup>	.24***	.33***	.10	1.88	.19**	-.25**	-.11	-1.12
10. Satisfaction with the abortion decision	-.37***	-.38***	-.37***	-.09	.24***	.27***	.18	.74
11. Concealing the decision to terminate the pregnancy from family <sup>i</sup>	-.02	.02	-.09	0.86	.05	.00	.07	-.54

Note. <sup>a</sup>0 = Adolescent; 1 = Adult women; <sup>b</sup>0 = Single/Divorced; 1 = Married/cohabitation; <sup>c</sup>0 = Low; 1 = Medium/high; <sup>d</sup>0 = No; 1 = Yes; <sup>e</sup>0 = No; 1 = Yes; <sup>f</sup>0 = No; 1 = Yes; <sup>g</sup>0 = No; 1 = Yes; <sup>h</sup>0 = No; 1 = Yes; <sup>i</sup>Test of the difference between the correlation coefficients of the age groups.

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

## Relational and decision-making influences on depressive symptoms and QoL

### *Main effects model for depressive symptoms*

The regression models for depressive symptoms were significant (see Table 4). No evidence of multicollinearity was detected. In the adolescent group, the main effects model explained 22% of the variance in depressive symptoms. Feelings of being pressured into abortion ( $p = .002$ ) and lower satisfaction with the abortion decision ( $p < .001$ ) were significantly associated with depressive symptoms. In the adult women group, the main effects model explained 14% of the variance in depressive symptoms. Lower satisfaction with the abortion decision ( $p = .003$ ) was significantly associated with depressive symptoms (Table 4).

### *Main effects model for QoL*

The regression model for QoL was significant for only the adolescent group (see Table 5). No evidence of multicollinearity was detected. In the adolescent group, the main effects model explained 11% of the variance in QoL. Lower support from the mother ( $p = .017$ ), feelings of being pressured into abortion ( $p = .043$ ) and lower satisfaction with the abortion decision ( $p = .013$ ) were significantly associated with lower QoL. Regarding the adult women group, the main effects model was not significant, and none of the variables were significantly associated with QoL (Table 5).



**Table 5** | Hierarchical regression predicting QoL in adolescents and adult women who had an abortion

Variables	Adolescents					Adult Women				
	Step 1: Relational effects		Step 2: Decision-making effects		Step 1: Relational effects	Step 2: Decision-making effects		Step 2: Decision-making effects		
	$F_{(2,174)} = 6.06^{**}$		$\Delta R^2 = .11,$		$F_{(2,92)} = 3.00$		$\Delta R^2 = .03,$			
	$R^2 = .07$		Main effects model		$R^2 = .06$		Main effects model			
			$F_{(6,170)} = 6.18^{***}$				$F_{(6,88)} = 1.40$			
			$R^2 = .18$				$R^2 = .09$			
	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>B</i>	$\beta$	<i>t</i>	$\beta$	
Constant	57.00		16.24 <sup>***</sup>		12.88 <sup>***</sup>	53.05		8.92 <sup>***</sup>	51.01	
Support from the mother	1.66	.18	2.44 <sup>*</sup>	.17	2.41 <sup>*</sup>	.81	.07	.64	.06	
Support from the partner	1.45	.16	2.13 <sup>*</sup>	.14	-1.89	2.25	.22	2.17 <sup>*</sup>	.20	
Desire for Pregnancy <sup>a</sup>				-0.09	-1.26			-1.23	-0.02	
Ambivalence toward the decision <sup>b</sup>				-0.08	-1.05			.50	.02	
Feelings of being pressured to terminate the pregnancy <sup>c</sup>				-0.15	-2.04 <sup>*</sup>			-3.06	-0.07	
Satisfaction with the abortion decision				.19	2.51 <sup>*</sup>			1.08	.13	
									7.64 <sup>***</sup>	

Note: *n* = 272. <sup>a</sup>Reference group: 0 = No. <sup>b</sup>Reference group: 0 = No. <sup>c</sup>Reference group: 0 = No.  
<sup>\*</sup> *p* < .05. <sup>\*\*</sup> *p* < .01. <sup>\*\*\*</sup> *p* < .001.

## Discussion

Overall, our findings suggest that although adolescents are not at a greater risk of maladjustment than adult women (Pedersen, 2008; Pope et al., 2001; Quinton et al., 2001; Renner et al., 2014; Warren et al., 2010), abortion may be an emotionally significant event for both age groups (Fergusson et al., 2006; Pedersen, 2008; Rousset et al., 2011). However, longitudinal studies are necessary to clarify the permanence of psychosocial effects over time. Moreover, consistent with an ecological perspective (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Coleman et al., 2005), our study suggested that psychosocial adjustment may be predicted by variables corresponding to the different contexts of women's lives. Specifically, our findings show that the psychosocial adjustment after abortion was mostly predicted by relational variables (Cameron, 2010) and some decision-making process characteristics (Broen et al., 2005; Franz & Reardon, 1992; Major et al., 2000; Ralph et al., 2014). These findings also suggest that specific variables should be considered based on the age group.

In the adolescent group, the relational variables, particularly support from the mother, play a significant role in adolescents' well-being (Cameron, 2010; Ralph et al., 2014). Given that mothers typically assume the role of the main caregiver (Katz-Wise, Priess, & Hyde, 2010), they may provide an important source of support for adolescents' decision-making. When adolescents are not supported by their parents, they are less satisfied with their abortion decision (Ralph et al., 2014). These non-supportive attitudes may be related to pressure to terminate the pregnancy. Thus, adolescents may not perceive that they are making the abortion decision independently (Broen et al., 2005), which can be associated with their lower satisfaction with the decision (Ralph et al., 2014). Furthermore, feelings of being pressured into abortion may be related to the fact that most of the adolescents were single, students, and financially dependent on their families, as well as the social undesirability of a pregnancy at this developmental stage when education is prioritised over parental life (Sihvo, Bajos, Ducot, & Kaminski, 2003).

In the adult women group, psychosocial adjustment was mostly predicted by decision-making process characteristics and particularly by lower satisfaction with the abortion decision. Unlike the adolescent group, satisfaction with the abortion decision may be related to social class, which prioritises the establishment of a career and may suggest that the time is not right to have a child (Sihvo et al., 2003). Nevertheless, further research is required to identify the most important reasons for terminating a pregnancy to help explain why adolescents and adult women are dissatisfied with their decisions.

Our results show that other relational variables, such as support from the partners of both adolescents and adult women, does not predict psychosocial adjustment (Guedes, 2008). However, further investigation is required to clarify the decision-making process for abortion, the explanatory role of this support and the influence of significant others.

## Implications for clinical practice

Our findings have important implications for practice and research related to preventive interventions for (mal)adjustment after abortion. Overall, our results support the perspective that abortion may be an emotionally significant event in a woman's life and that the psychosocial adjustment of women after abortion is a complex and multidimensional process (Coleman et al., 2005; Curley & Johnston, 2013; Major et al., 2009; Steinberg & Finer, 2011). In fact, psychosocial adjustment seems to be predicted by variables from different ecological domains of women's lives and these predictors vary by age group. As such, preventive interventions should adopt a systematic and ecological approach and should be sensitive to a woman's age.

Our results highlight the importance of an informed decision-making process to prevent maladjustment after abortion. In European countries, different policies and practices regarding mandatory waiting periods and pre-abortion counselling have been applied. Portuguese law imposes a mandatory pre-abortion consultation, in which healthcare providers should support and provide information in accordance with women's needs in order to facilitate their decision. The law also states a period of reflection of at least three days before abortion. Moreover, healthcare services that perform abortions should provide the possibility for requesting psychological or/and social support (AR, 2007). Considering that the contact with psychologists is restricted, unless it is requested by women, the need to promote a multidisciplinary care is of major importance. In fact, our results draw attention to the need for healthcare providers to be aware of the potential explanatory factors of maladjustment after abortion. The implementation of developmentally adapted screening at pre-abortion counselling could be useful to identify adolescents who feel pressured into abortion or who receive low support from their mothers, and adolescents and adult women who are less satisfied with their decision, and refer them for specialised interventions. Providing additional psychological counselling could be useful to improve an informed decision-making process and prevent maladjustment after abortion. Regarding women who feel pressured into abortion, it would be important to identify sources of pressure and how they have been coerced to this reproductive decision.

Moreover, most European countries' laws stipulate that minors need parental authorization for abortion or at least one of the parents should be informed (Silva et al., 2011). Although only adolescents younger than 16 years of age require parental/legal guardian consent to terminate a pregnancy in Portugal (AR, 2007), our results show the key role of relational context in adolescents' well-being. Thus, healthcare providers should also promote the involvement and support of adolescents' mothers during the decision-making process and after abortion.

This clinical approach may be useful for assessing, screening and referring women to promote an informed decision-making process and for preventive interventions for (mal) adjustment after abortion.

## Limitations and strengths

The first limitation, although typical for psychological studies (Cohen, 1992), is that post-hoc power calculations demonstrated that the achieved sample size allowed for the detection of mainly medium to large effects. Furthermore, although a statistical multivariate effect of age group on psychosocial adjustment was found, our findings should be interpreted carefully. Given the unequal sample size across the two groups, univariate analyses for depressive symptoms and QoL may not have detected differences. Additional research is thus required to replicate our analysis with a larger sample. The cross-sectional nature of this study should also be considered in generalising the results. A longitudinal approach would clarify the temporal stability of the psychosocial effects. Moreover, it is important to include a baseline measure of mental health in pre-abortion appointments. However, the conditions for data collection were restricted by requirements of anonymity and confidentiality, so we could not directly access participants and establish contact before or after abortion. Furthermore, the assessment of predictor variables was based on single-item measures, which could not fully capture their complexity. Further studies should consider using more comprehensive measures to assess these variables. Finally, because the data were collected at multiple Portuguese health services and several healthcare providers were involved in the sample collection, we could not obtain complete information regarding how many women refused to participate. However, based on the discrepancy between the total number of our sample and the total number of abortions (DGH, 2015) during the time period when the study was conducted, we infer that the refusal rate was high.

Despite these limitations, our study has several strengths that make it an important contribution to existing research. This is the first study in Portugal to explore women's psychosocial adjustment and related explanatory factors by considering differences in reproductive age. Moreover, certain methodological choices surmounted the important limitations present in the previous research. First, to counter the tendency to evaluate only negative outcomes after abortion, our study included a measure of well-being (QoL) after abortion. Second, we adopted an ecological approach (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Coleman et al., 2005), whereby we considered different domains of women's lives and decision-making process variables that may predict psychological adjustment after abortion. Third, in contrast to most studies that have analysed the psychosocial adjustment of women who have had an abortion by treating the group as a whole, the differences in psychosocial adjustment between adolescents and adult women were explicitly considered in this study by analysing these age groups separately.

## References

- 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*, 1194-1204. doi:10.1037/0003-066X.47.10.1194
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos, HUC* [Clinical assessment interview for patients of Unit of Psychological Intervention, Maternity Daniel de Matos, HUC]. Unpublished manuscript.
- Assembly of the Republic [AR]. (2007). Law n.º 16/2007, 17 of april (1.<sup>st</sup> Serie). *Official Gazette, Serie I, 75*, 2417-2418. Retrieved from <http://goo.gl/IKmRR6>
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, *26*, 135-141. doi:10.1017/S0033291700033778
- Bellieni, C. V., & Buonocore, G. (2013). Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *67*, 301-310. doi:10.1111/pcn.12067
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., Steinberg, J. R., & Foster, D. G. (2014). Does abortion reduce self-esteem and life satisfaction? *Quality of Life Research*, *23*, 2505-2513. doi:10.1007/s11136-014-0687-7
- Brandão, A. M. C. (2014). *Business Intelligence: Indicadores da Interrupção Voluntária da Gravidez* [Business Intelligence: indicators of abortion] (dissertation). Engineering School of University of Minho. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/1822/34117>
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ø. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, *3*, 18. doi:10.1186/1741-7015-3-18
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ø. (2006). Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *85*, 317-323. doi:10.1080/00016340500438116
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology*. Theoretical models of human development (5th ed). (Vol. 1, pp. 993-1028). New York: John Wiley & Sons.
- Cameron, S. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Best practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *24*, 657-665. doi:10.1016/j.bpobgyn.2010.02.001
- Canário, C., Figueiredo, B., & Ricou, M. (2011). Women and men's psychological adjustment after abortion: A six months prospective pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *29*, 262-275. doi:10.1080/02646838.2011.592974

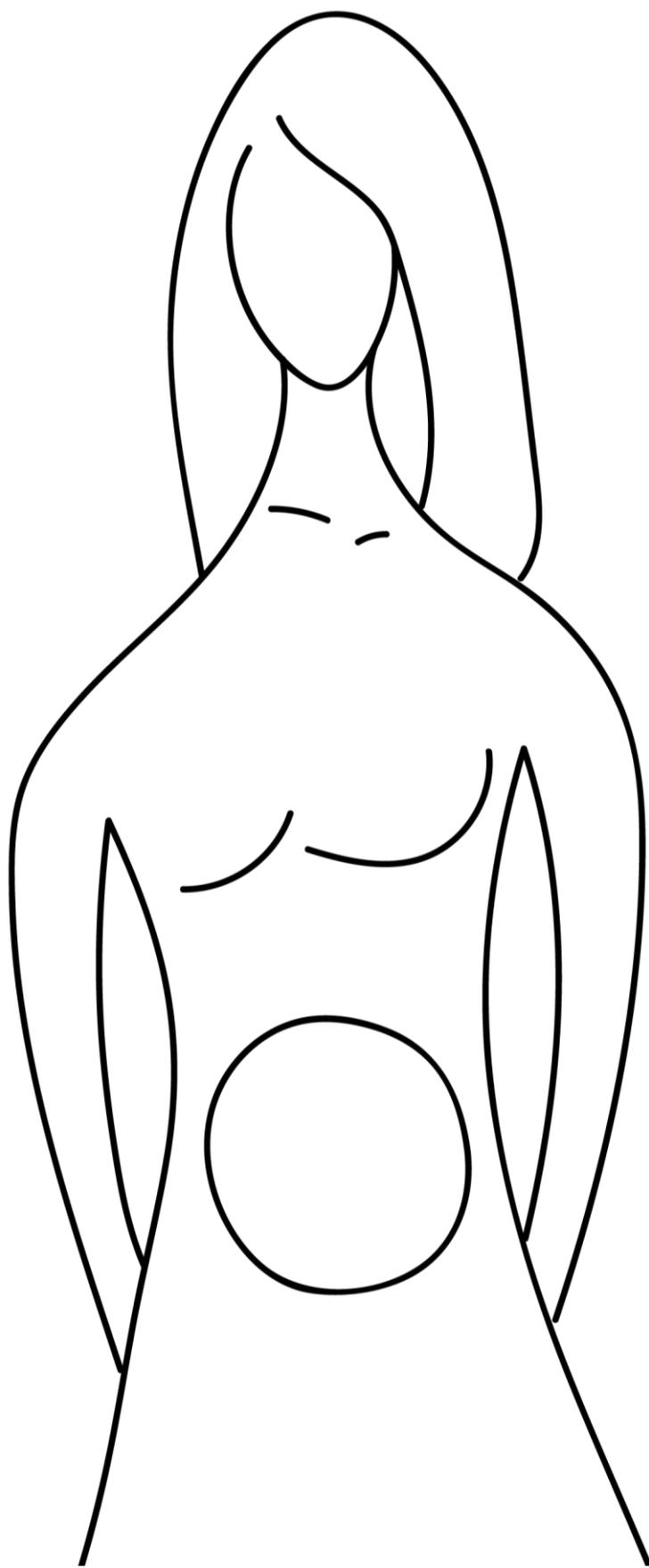
- Canavarro, M. C. (2001). *Consulta de Acompanhamento Psicológico - relatório de atividades referentes ao ano de 2000* [Psychological Counselling appointments - Activity Report for the year 2000]. Unpublished manuscript.
- Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., & Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: A systematic review of the evidence. *Contraception, 78*, 436-450. doi:10.1016/j.contraception.2008.07.005
- Cohen, J. (1992). A power prime. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *The British Journal of Psychiatry, 199*, 180-186. doi:10.1192/bjp.bp.110.077230
- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Strahan, T., & Cogle, J. R. (2005). The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology & Health, 20*, 237-271. doi:10.1020/0887044042000272921
- Commendador, K. (2010). Parental influences on adolescent decision making and contraceptive use. *Pediatric Nursing, 36*, 147-170. Retrieved from <https://goo.gl/UC2jWI>
- Cosme, M. J., & Leal, I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio de pós-stress traumático [Abortion and post-traumatic stress disorder]. *Análise Psicológica, 3*, 447-462. Retrieved from <https://goo.gl/4ygJui>
- Cox, J. L., Chapman, G., Murray, D., & Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of Affective Disorders, 39*, 185-189. doi:10.1016/0165-0327(96)00008-0
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Curley, M., & Johnston, C. (2013). The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 40*, 279-293. doi:10.1007/s11414-013-9328-0
- Directorate-General of Health. (2015). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2014* [Report of induced abortion under the Law 16/2007 of 17 April: Data for January to December 2014]. Lisbon: Author Edition. Retrieved from <https://goo.gl/fjF0IA>
- Dobkin, L. M., Perrucci, A. C., & Dehlendorf, C. (2013). Pregnancy options counseling for adolescents: Overcoming barriers to care and preserving preference. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 43*, 96-102. doi:10.1016/j.cppeds.2013.02.001
- Fergusson, D., Horwood, J., & Ridder, E. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 16-24. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x

- Fernandes, B. F. A. (2014). *Atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez* [Women's attitudes towards abortion] (dissertation). Superior School of Health of Viseu.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3<sup>a</sup> ed.). London: Sage
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil* [Postpartum depression, mother-infant interaction, and infant development] (dissertation). Braga, Portugal: University of Minho.
- Finer, L. B., & Henshaw, S. K. (2006). Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38*, 90-96. doi:10.1363/3809006
- Franz, W., & Reardon, D. (1992). Differential impact of abortion on adolescents and adults. *Adolescence, 27*(105),161-172.
- Guedes, M. (2008). *Interrupção voluntária da gravidez: Influência de aspetos individuais e relacionais no ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção* [Abortion: The influence of individual and relational variables in psychological adjustment to the decision making and experience of abortion] [dissertation]. Coimbra, Portugal: University of Coimbra.
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2010). Variáveis sociodemográficas e socioculturais e ajustamento psicológico à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez [Sociodemographic and sociocultural variables and psychological adjustment after decision-making process and experience of induced abortion]. *Psicologica, 52*, 527-543. Retrieved from <https://goo.gl/5Qs4hv>
- Katz-Wise, S., Priess, H., & Hyde, J. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental Psychology, 46*, 18-28. doi:10.1037/a0017820
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *The American Psychologist, 64*, 863-890. doi:10.1037/a0017497
- Major, B., & Cozzarelli, C. (1992). Psychosocial predictors of adjustment to abortion. *Journal of Social Issues, 43*, 121-142. doi:10.1111/j.1540-4560.1992.tb00900.x
- 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*, 777-784. doi:10.1001/archpsyc.57.8.777
- Major, B., & Gramzow, R. H. (1999). Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 735-745. doi:10.1037/0022-3514.77.4.735
- National Collaborating Centre for Mental Health (2011). *Induced abortion and mental health: A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors*. London: Academy of Medical Royal Colleges. Retrieved from <https://goo.gl/hpXy7a>

- National Institute of Statistics. (2009). *Tipologia de áreas urbanas (TIPAU)* [Urban area typology]. Lisbon: National Institute of Statistics. Retrieved from <http://goo.gl/mdsOJG>
- Ourô, A. M., & Leal, I. P. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não: O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência [The womb satiate, the eyes do not: Social support in adolescents who continued a pregnancy and women who underwent abortion in adolescence. *Análise Psicológica*, XVI, 441-446. Retrieved from <http://goo.gl/k5xrl0>
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 424-428. doi:10.1177/1403494807088449
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em português europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8 [Psychometric studies of the Portuguese version of the index of quality of life EUROHIS-QOL-8]. *Laboratório de Psicologia*, 9, 109-123. doi:10.14417/lp.627
- Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M.C. (2013). Induced abortion on request: Psychological adjustment of a Portuguese adolescents group. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 329-338. Retrieved from <https://goo.gl/08d27t>
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., & Canvarro, M. C. (2014). Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support. *Maternal and Child Health Journal*, 18, 789-800. doi:10.1007/s10995-013-1303-0
- Pope, L. M., Adler, N., & Tschann, J. (2001). Postabortion psychological adjustment: Are minors at increased risk? *Journal of Adolescent Health*, 29, 2-11. doi:10.1016/S1054-139X(01)00212-9
- PORDATA. (2014). *Taxa bruta de natalidade* [Crude birth rate]. Lisbon: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2014. Retrieved from <https://goo.gl/evMs16>
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov, & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys* (pp. 145-163). Amsterdam: IOS Press.
- Preacher, K. (2002). Calculation for the test of the difference between two independent correlation coefficients (computer software). Retrieved from <http://quantpsy.org>.
- Quinton, W., Major, B., & Richards, C. (2001). Adolescents and adjustment to abortion: Are minors at greater risk? *Psychology, Public Policy, and Law*, 7, 491-514. doi:10.1037/1076-8971.7.3.491
- Ralph, L., Gould, H., Baker, A., & Foster, D. G. (2014). The role of parents and partners in minors' decisions to have an abortion and anticipated coping after abortion. *Journal of Adolescent Health*, 54, 428-434. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.09.021
- Renner, R. M., Guzman, A., & Brahmí, D. (2014). Abortion care for adolescent and young women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 126, 1-7. doi:10.1016/j.ijgo.2013.07.034

- Rocca, C. H., Kimport, K., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 45*, 122-131. doi:10.1363/4512213
- Rousset, C., Brulfert, C., Séjourné, N., Goutaudier, N., & Chabrol, H. (2011). Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29*, 506-517. doi:10.1080/02646838.2012.654489
- Sihvo, S., Bajos, N., Ducot, B., & Kaminski, M. (2003). Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Journal of Epidemiology & Community Health, 57*, 601-605. doi:10.1136/jech.57.8.601
- Silva, M. O. da, Jahn, A., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., ... Hannaford, P. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *European Journal of Contraception and Reproductive Health, 16*, S1-S70. doi:10.3109/13625187.2011.607690
- Simões, M. R. (1994) *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* [Raven's Progressive Matrices: Aferition studies] (dissertation). University of Coimbra.
- Steinberg, J. R., & Finer, L. B. (2011). Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science & Medicine, 72*, 72-82. doi:10.1016/j.socscimed.2010.10.006
- Taft, A. J., & Watson, L. F. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: The confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health, 8*, 75. doi:10.1186/1471-2458-8-75
- Warren, J. T., Harvey, S. M., & Henderson, J. T. (2010). Do depression and low self-esteem follow abortion among adolescents? Evidence from a national study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 42*, 230-235. doi:10.1363/4223010
- Westhoff, C., Picardo, L., & Morrow, E. (2003). Quality of life following early medical or surgical abortion. *Contraception, 67*, 41-47. doi:10.1016/S0010-7824(02)00444-4
- World Health Organization. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Technical Report Series n°583*. Geneva: Author Edition. Retrieved from <http://goo.gl/LAFJUm>
- World Health Organization. (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems: Second edition*. Geneva: Author Edition. Retrieved from <https://goo.gl/10Ko>





## **Capítulo 4**

Síntese e discussão  
dos resultados



No presente capítulo, retomamos os objetivos gerais da nossa investigação – conhecer as trajetórias conducentes à gravidez e à decisão de IVG e analisar o ajustamento socioemocional e os seus fatores explicativos após a IVG – para, a partir deles, refletirmos acerca dos principais resultados alcançados<sup>7</sup>. Começaremos pela síntese e discussão integrada dos principais resultados alcançados e, de seguida, refletiremos acerca dos contributos desta investigação, procurando evidenciar as suas limitações, pontos fortes e implicações para estudos futuros. Por último, daremos particular destaque às implicações para as políticas e práticas de saúde dirigidas à promoção da saúde sexual e reprodutiva da população feminina.

## Síntese e discussão integrada dos principais resultados

Nos estudos empíricos que compõem a presente investigação, e procurando responder ao primeiro objetivo geral deste trabalho, obtivemos resultados informativos acerca 1) das decisões e comportamentos sexuais e contraceptivos que culminam na ocorrência de uma gravidez, das realidades interpessoais e sociodemográficas associadas a cada um deles (*Estudos Empíricos I e II*); e 2) das circunstâncias conducentes à decisão de IVG (*Estudo Empírico III*). Por outro lado, dando resposta ao segundo objetivo geral, os resultados obtidos permitiram clarificar o ajustamento socioemocional após a IVG e os seus fatores explicativos (*Estudo Empírico IV e V*). Em cada um destes níveis de análise, foram analisadas as diferenças de acordo com a idade da mulher. De entre todos os resultados encontrados, consideramos importante destacar os seguintes:

- i. Foram identificadas múltiplas trajetórias reprodutivas e relacionais conducentes à gravidez, cuja prevalência variou de acordo com a idade da mulher e às quais se associaram diferentes realidades sociodemográficas:**
  - a. As adolescentes <16 anos reportaram idades mais precoces da menarca, de iniciação sexual, e menor idade ginecológica, quando comparadas com as adolescentes mais velhas. Por sua vez, as adolescentes com 18-19 anos reportaram mais frequentemente estar fora do ensino escolar, casadas ou a viver em união de facto, com parceiros com maiores habilitações literárias, e maior número de parceiros sexuais, por comparação com as adolescentes mais novas.

---

<sup>7</sup> De referir que, no capítulo anterior, os resultados foram discutidos detalhadamente em cada um dos estudos empíricos elaborados. Como tal, não é nossa intenção repetir a discussão pormenorizada dos resultados encontrados nesta secção, mas sim contribuir para uma maior compreensão global acerca da forma como estes se articulam num corpo único de conhecimento.

- b. De forma global, as mulheres engravidaram de forma mais frequente no contexto de uma relação de namoro/conjugal duradoura, com parceiros mais velhos, maioritariamente com o ensino secundário, estudantes ou empregados, sem terem planeado a gravidez, utilizando contraceção e não tendo identificado a falha contracetiva que esteve na origem da gravidez.
- c. As adultas engravidaram de forma mais prevalente: 1) no contexto de uma relação casual, não utilizando contraceção; ou 2) utilizando contraceção e não identificando a falha contracetiva que esteve na origem da gravidez.
- d. Verificaram-se maiores diferenças de idade entre a mulher e homem nas trajetórias em que a gravidez ocorreu no contexto de uma relação casual e de não utilização de contraceção. As relações mais duradouras, entre as adolescentes, corresponderam a trajetórias em que reportaram a utilização de contraceção, tendo identificado ou não a falha contracetiva que esteve na origem da gravidez, ao contrário das adultas, que reportaram não ter utilizado contraceção.

**ii. Perante a ocorrência de uma gravidez não planeada, a IVG ocorreu mediante diferentes circunstâncias decisórias e motivacionais, cuja prevalência variou de acordo com a idade da mulher:**

- a. De forma global, as mulheres interromperam a gravidez de forma mais frequente não ponderando o seu prosseguimento, dando conhecimento à família da decisão reprodutiva, sendo o principal agente da decisão, e reportando como principais motivos para a IVG “seria mais difícil continuar a estudar ou trabalhar”, “não estar preparada para assumir o papel de mãe”, e “razões económicas”.
- b. As adolescentes interromperam a gravidez de forma mais frequente: 1) não ponderando o seu prosseguimento, dando conhecimento à família da decisão reprodutiva, referindo como motivos mais importantes para a IVG “ser muito nova”, “seria mais difícil continuar a estudar”, “não estar preparada para assumir o papel de mãe”; ou, 2) embora de forma menos frequente, ponderando continuar a gravidez, mas sendo pressionadas para a IVG pelos pais, seguidos do parceiro.
- c. As adultas interromperam a gravidez de forma mais frequente: 1) ponderando ou não o seu prosseguimento; não dando conhecimento à família da decisão reprodutiva; referindo como motivo mais importante para a IVG “razões económicas”; ou 2) embora de forma menos frequente, ponderando prosseguir a gravidez, mas sendo pressionadas para a IVG pelo parceiro.

iii. **A experiência de IVG teve um impacto emocional significativo e fatores pertencentes a diferentes níveis de influência contribuíram para explicar o ajustamento socioemocional à decisão de IVG de acordo com a idade da mulher:**

- a. As adolescentes que realizaram uma IVG apresentaram níveis de sintomatologia depressiva superior e menor QdV, quando comparadas com adolescentes sexualmente iniciadas e sem história de gravidez.
- b. Adolescentes e adultas não diferiram nos níveis de ajustamento socioemocional experienciados após a decisão de IVG. No entanto, ambos os grupos apresentaram níveis significativos de sintomatologia depressiva e diferentes fatores explicativos para os níveis de ajustamento socioemocional.
- c. As adolescentes que reportaram maior pressão para a IVG e menor satisfação com a decisão apresentaram níveis de sintomatologia depressiva superiores e, conseqüentemente, menor QdV. O apoio social da mãe revelou ser um fator protetor para os níveis de QdV.
- d. As adultas que reportaram menor satisfação com a decisão de IVG apresentaram níveis de sintomatologia depressiva superiores.

#### A diversidade de trajetórias conducentes à IVG: Quais as implicações?

Os nossos resultados apontam para a existência de diferentes decisões e comportamentos na origem da gravidez e decisão de IVG, corroborando assim a conceptualização da IVG enquanto um acontecimento de carácter multifásico (Bracken et al., 1978; Levels et al., 2012; Rossier et al., 2007; Rowlands, 2008). Além disso, permitem conhecer as diferentes realidades interpessoais e sociodemográficas em cada trajetória identificada. Desta forma, contribuem para o aumento do conhecimento sobre estes temas no contexto específico da IVG.

Em suma, os nossos resultados salientam que as mulheres que realizam uma IVG não constituem um grupo homogéneo, e inerentes a estes estão importantes implicações para a investigação e prática clínica. Neste sentido, a nossa investigação vem reforçar que as medidas que visam prevenir a ocorrência desta prática deverão ser simultaneamente abrangentes e diversificadas, de forma a incorporar as várias decisões e comportamentos sexuais e contraceptivos (Pires, 2014) que podem conduzir as mulheres à IVG, as diferentes realidades sociodemográficas e relacionais, mas ao mesmo tempo devem ter em conta as especificidades de acordo com a idade da mulher. De seguida, faremos uma abordagem integrada de todos estes tópicos.

*A ocorrência de uma gravidez não planejada*

Da análise integrada dos *Estudos Empíricos I e II* podemos concluir que a maioria das IVG tiveram origem em gravidezes não planejadas, e que mais de metade destas ocorreram no contexto da utilização de contraceção à data da concepção. Além disso, a ocorrência de gravidez sem identificação da falha contracetiva que esteve na sua origem foi a situação mais frequente. Os nossos resultados chamam assim à atenção para a necessidade de diferenciar as mulheres que não utilizam contraceção daquelas que o fazem, uma vez que as implicações ao nível da intervenção serão necessariamente diferentes para estes dois grupos (Gold et al., 2010; Jones et al., 2002; Pires, 2014).

Por um lado, os nossos resultados reforçam a importância do conhecimento das diferentes motivações para a ausência de utilização de contraceção (Phipps et al., 2008; Pires et al., 2014). No entanto, e de acordo com os resultados do *Estudo Empírico I*, apenas uma minoria das adolescentes revelou as motivações para este comportamento, reportando não ter vida sexual ativa ou não estar numa relação, esquecimento no uso de contraceção, indesejabilidade por parte da adolescente ou do companheiro em usar contraceção, não ter acesso a métodos contracetivos e receio dos efeitos secundários que advêm da sua utilização. A literatura tem vindo a justificar estes comportamentos através de uma perceção inadequada do risco de gravidez associada à não utilização de contraceção (Jones et al., 2002).

Por outro lado, e tendo em conta as trajetórias pautadas pelo uso de contraceção, é então necessário reconhecer o atual conhecimento das mulheres sobre métodos contracetivos, as suas-valias dessa informação e a sua capacidade para os implementar com vista à prevenção de uma gravidez. No entanto, tal como têm vindo a alertar alguns estudos (Araújo Pedrosa, 2009; Costa, 2009; Costa & Leal, 2005; Fernandes, 2014; Moreau et al., 2012; Pires et al., 2014; Prucha, 2013; Rossier et al., 2007; Sereno et al., 2012), surge também a necessidade de considerar as dificuldades na correta implementação desses comportamentos contracetivos e as consequências que daí podem advir. Neste sentido, os resultados do *Estudo Empírico I e II* alertam para a importância das falhas contracetivas decorrentes do uso de contraceção (Costa, 2009; Fernandes, 2014; Pires et al., 2014; Sereno et al., 2012). De acordo com estes, apesar das mulheres que identificaram as falhas contracetivas reportarem situações maioritariamente detetáveis ou passíveis de serem antecipadas, tais como o rompimento do preservativo ou o esquecimento na toma da pílula, tal não as levou a adotar comportamentos capazes de colmatar essa falha e prevenir a ocorrência da gravidez. A literatura tem vindo a justificar estes comportamentos pela falta de conhecimento sobre estes comportamentos alternativos<sup>8</sup> para lidar com a falha contracetiva (Johnson, Nshom, Nye, & Cohall, 2010; Nunes, 2005). Assim, os nossos resultados vêm reforçar a necessidade de

---

<sup>8</sup> Os comportamentos alternativos eficazes capazes de prevenir a ocorrência da gravidez dizem respeito ao uso da contraceção de emergência; abstinência ou utilização de métodos contracetivos de barreira durante os períodos de risco devidos ao esquecimento na toma da pílula e/ou interferências medicamentosas ou gastrointestinais com a sua eficácia, bem como aos ajustes na toma da pílula recomendados nestas situações (Adoles(Ser), 2013; Castro & Rodrigues, 2009; French & Cowan, 2009; Sampaio et al., 2000).

investir na prevenção da ocorrência da gravidez não só através do planeamento e implementação eficaz de comportamentos contraceptivos, mas também na informação sobre estratégias alternativas face a dúvidas sobre a eficácia desses mesmos comportamentos (Pires, 2014).

Além disso, a partir dos resultados dos *Estudos Empíricos I e II*, concluímos que a gravidez ocorreu maioritariamente no contexto de uma relação de namoro/conjugal duradoura, com parceiros mais velhos, com o ensino secundário, estudantes ou empregados. Verificaram-se maiores diferenças de idade entre a mulher e o homem na trajetória associada à ocorrência da gravidez no contexto de uma relação casual e pela não utilização de contraceção. Estes resultados vêm permitir o conhecimento sobre os contextos relacionais em que esta experiência reprodutiva ocorre, bem como das características destes parceiros, variáveis até então pouco exploradas no contexto da IVG.

Por fim, os resultados integrados do *Estudo I e II* apontam ainda para a necessidade de reconhecer a heterogeneidade de trajetórias na origem da gravidez não planeada de acordo com a idade da mulher. Apesar de algumas diferenças serem expectáveis em função das diferentes fases desenvolvimentais dos grupos sob análise, nomeadamente o número de parceiros sexuais, de filhos e gravidezes prévias, outras devem ser tidas em conta ao nível das medidas preventivas na ocorrência da gravidez não planeada. Neste sentido, deve ser dada particular atenção às adolescentes, uma vez que reportam idades da menarca e de iniciação sexual mais precoces e menor idade ginecológica. Além disso, reportam maior uso do preservativo, associado a maiores taxas de falha (Lim et al., 2012), estão numa relação de namoro e, caso tenham uma vida sexual ativa, encontram-se durante um maior período de tempo expostas ao risco (Araújo Pedrosa, 2009; Treffers, Olukoya, Ferguson, & Liljestrand, 2001; Valle, Torgersen, Røysamb, Klepp, & Thelle, 2005) para a ocorrência de uma nova gravidez. Além disso, estes parceiros tendem a ser mais velhos, alguns deles adultos. Os estudos têm vindo a chamar à atenção para que estas diferenças de idade possam colocar a adolescente em maior risco de ineficácia na prevenção da ocorrência de uma gravidez (Araújo Pedrosa, 2009), uma vez que podem proporcionar menor suporte por parte destes parceiros para o uso de contraceção, quando comparados com parceiros de idades semelhantes (Wang & Chiou, 2008). Por outro lado, a literatura tem vindo a referenciar as adolescentes mais novas pelo menor conhecimento que estas detêm sobre saúde sexual e reprodutiva (Leppälähti et al., 2012) e pela imaturidade cognitiva característica desta etapa desenvolvimental (Commendador, 2010; Dixon-Mueller, 2008; Weinberger et al., 2005). O predomínio do pensamento concreto e da impulsividade (Steinberg et al., 2008), a incapacidade de abstração para antecipação das consequências a longo prazo de determinados comportamentos, e a maior propensão à pressão social (Sumter, Bokhorst, Steinberg, & Westenberg, 2009), são características que se traduzem na maior vulnerabilidade ao nível da implementação de comportamentos contraceptivos seguros e eficazes (Commendador, 2007; Wang & Chiou, 2008; Weinberger et al., 2005). Por outro lado, as adolescentes mais velhas reportaram mais frequentemente características associadas a um maior risco de ineficácia de

prevenção da ocorrência de uma gravidez (Coker, Richter, Valois, McKeown, & Garrison, 1994; Vikat, Rimpela, Kosunen, & Rimpela, 2002), bem como à repetição da prática de IVG (Leppälahti et al., 2012), nomeadamente já não viverem com os pais, e reportarem maior número de parceiros sexuais. Por fim, as relações mais duradouras neste grupo correspondem a trajetórias em que as adolescentes reportam a utilização de contraceção à data da conceção. Estes resultados apontam para a preocupação deste grupo na prevenção da ocorrência de uma gravidez nesta etapa desenvolvimental. No entanto, a implementação desses mesmos comportamentos contraceptivos foi ineficaz.

No que diz respeito às adultas, estas apresentaram maior taxa de reincidência nesta prática reprodutiva, maior número de parceiros sexuais, e engravidaram de forma mais frequente no contexto de uma relação casual, quando comparadas com as adolescentes. Neste contexto relacional reportaram não ter utilizado contraceção, ou tendo utilizado não identificam a falha contraceptiva que esteve na origem da gravidez. Tendo em conta a sua média de idades, estas mulheres enquadram-se numa nova conceção de desenvolvimento que surge na literatura, e que compreende o período entre o final da adolescência e os 25 anos, denominada de *adultez emergente* (Arnett, 2000; Arnett & Tanner, 2006). Contudo, podem surgir dificuldades de adequação da conceção de *adultez* a diferentes contextos socioculturais, uma vez que, em Portugal, por exemplo, as transições sociodemográficas tendem a ocorrer mais tardiamente (Buhl & Lanz, 2007). Neste âmbito, a literatura tem vindo a salientar algumas mudanças económicas e sociais na sociedade ao longo das últimas décadas (Brandão, Saraiva, & Matos, 2012) que explicam a conceção desta etapa desenvolvimental. Entre estas, destacam-se mudanças ao nível sociodemográfico e tarefas desenvolvimentais que tornam o final da adolescência e os anos vintes não apenas num período de transição para o papel de adulto, mas numa etapa distinta do ciclo de vida. De forma mais específica, o processo de globalização e a maior exigência e competitividade associada ao prolongamento dos estudos, inserções laborais difíceis e instáveis e maior dependência da família de origem (Mendonça, Andrade, & Fontaine, 2009) levaram ao aumento da idade média de saída de casa (29 anos; Eurostat, 2015), do casamento (31 anos; PORDATA, 2016a) e do nascimento do primeiro filho (30 anos; PORDATA, 2016b), e conseqüente adiamento dos papéis e responsabilidades características da idade adulta (Brandão et al., 2012). Este período destaca-se pela maior exploração da identidade e das relações interpessoais, experimentação, mudança e instabilidade, traduzindo-se numa ampla diversidade de experiências antes do estabelecimento dos papéis e responsabilidade da vida adulta (Arnett, 2000). Neste sentido, os estudos têm vindo a reportar uma mudança de atitude em relação à sexualidade, traduzida numa vivência das relações de forma mais descomprometida (Mendonça et al., 2009), maior prevalência de comportamentos de risco, nomeadamente de contextos de relações ocasionais e relações sexuais desprotegidas, quando comparada com outras etapas (Boislard, van de Bongardt, & Blais, 2016; Manning, Longmore, & Giordano, 2000), o que pode explicar as características encontradas no nosso estudo. Por outro lado, tendo em conta as

relações mais duradouras, verificou-se o não uso de contraceção ou o seu uso de forma inconsistente, o que pode indicar pouca percepção de risco ou preocupação na prevenção da gravidez. Neste sentido, alguns estudos têm vindo a reportar associações entre o não uso de contraceção e ambivalência no planeamento da gravidez (Frost, Singh, & Finer, 2007; Higgins, Popkin, & Santelli, 2012). Esta maior ambivalência pode ser mais prevalente nos jovens adultos dado que dispõem de condições de vida mais ajustadas à prossecução de um plano parental, nomeadamente ao nível profissional e relacional, comparativamente com a fase da adolescência (Higgins et al., 2012).

Assim, da análise integrada dos resultados dos *Estudos Empíricos I e II*, a nossa investigação chama à atenção para a necessidade de intervenções preventivas da ocorrência da gravidez sensíveis à idade e às características destas mulheres.

### *A decisão de interromper a gravidez*

Conforme tivemos oportunidade de expor no primeiro capítulo deste trabalho, até à data da despenalização da IVG, verificaram-se dificuldades incontornáveis no que se refere ao conhecimento sobre esta decisão reprodutiva no contexto sociocultural português. Neste sentido, o nosso trabalho vem permitir um conhecimento mais específico sobre o processo de tomada de decisão subjacente à IVG. De acordo com os nossos resultados, verificou-se que a interrupção de uma gravidez não planeada ocorreu sob diferentes circunstâncias decisórias e motivacionais, corroborando assim as evidências da literatura acerca da heterogeneidade das trajetórias que desta resultam (Levels et al., 2012; Rossier et al., 2007; Rowlands, 2008). Da análise dessas circunstâncias emergiram igualmente algumas especificidades de acordo com a idade da mulher.

Em primeiro lugar, os resultados do *Estudo Empírico III* permitem concluir que a maioria das mulheres interrompeu a gravidez sem ponderar o seu prosseguimento, sendo possível hipotetizar que estas estavam certas da sua decisão (Goenee et al., 2014; Ralph, Greene, Kimport, Turok, & Roberts, 2016) e que já a tivessem tomado aquando da solicitação da consulta prévia (AR, 2007a). Tal facto pode dever-se à percepção do impacto negativo do prosseguimento da gravidez na vida destas mulheres, nomeadamente ao nível da ponderação dos custos envolvidos nesta opção, como a prossecução de objetivos profissionais/académicos e de maiores encargos e responsabilidade (Helström et al., 2006). De facto, os nossos resultados foram congruentes com os estudos internacionais (e.g., Biggs et al., 2013; Kirkman et al., 2009; Larsson et al., 2002; Sihvo et al., 2003) que sugerem que, para além do não planeamento da gravidez, a decisão de interrompê-la está relacionada com uma maior valorização da vida académica/profissional e motivações socioeconómicas. A conceção emergente nos países industrializados, na qual o estabelecimento de uma carreira é priorizado previamente à concretização de um plano parental, pode levar a mulher/o casal a considerar que não seja a altura ideal para ter um filho (Carvalho,

2008; Sihvo et al., 2003). Por outro lado, as condições socioeconómicas atuais do nosso país, em recuperação de uma crise económica, traduzem-se em taxas elevadas de desemprego (11.1%; PORDATA, 2016c), sendo que 28% do total de desempregados têm idades <25 anos (PORDATA, 2016d), baixos salários e instabilidade, o que pode justificar o peso atribuído às motivações económicas para o término da gravidez.

Em segundo lugar, a questão da autonomia na decisão reprodutiva foi analisada tendo em conta o envolvimento de outros significativos na decisão. À luz dos dados do *Estudo Empírico III*, dando a conhecer ou não a decisão reprodutiva à família, podemos concluir que apenas 7% das mulheres atribuíram a decisão à imposição/influência de outros significativos. Apesar de exploratórios, estes resultados são tranquilizadores no que se refere às preocupações apresentadas por alguns autores sobre o efeito da pressão exercida por parte de outros significativos durante o processo de tomada de decisão e/ou das leis de consentimento parental (e.g., Coleman, 2006; Perrucci, 2012; Pires, 2014; Pope et al., 2001; Ralph et al., 2014) na decisão reprodutiva.

Por fim, o *Estudo Empírico III* aponta ainda para a necessidade de reconhecer a heterogeneidade de trajetórias na decisão de IVG de acordo com a idade da mulher. Os nossos resultados são congruentes com os estudos internacionais (Griffin-Carlson & Mackin, 1993; Henshaw & Cost, 1992; Moreau et al., 2012; Madkour et al., 2013; Ralph et al., 2014; Resnick, Beringer, Stark, & Blum, 1994) que reportam que as adolescentes informam de forma mais frequente a família sobre a decisão reprodutiva, quando comparadas com as adultas. Estes dados podem justificar-se pela maior necessidade de apoio por parte de adultos significativos neste processo de tomada de decisão (Madkour et al., 2013; Ralph et al., 2014). No entanto, de acordo com os resultados da nossa investigação, podemos concluir que este envolvimento foi de encontro à decisão das adolescentes, uma vez que apenas uma minoria referiu ter sido pressionada para interromper a gravidez. Quando tal se verificou, as fontes de pressão mais comumente identificadas foram os pais, seguidos do parceiro (Foster et al., 2012; Ralph et al., 2014). Esta pressão pode justificar-se pelo facto da maioria das adolescentes serem estudantes, economicamente dependentes das suas famílias (Madkour et al., 2013; Ralph et al., 2014), e pela priorização das questões académicas e posterior estabelecimento de uma carreira e estabilidade económica, antes da concretização de um plano parental (Ekstrand, Tydén, Darj, & Larsson, 2009; Levels et al., 2012; Santelli et al., 2006; Sihvo et al., 2003). Neste sentido foram igualmente os motivos referidos pelas próprias adolescentes como os mais importantes para a decisão de IVG, relacionados com as características desta etapa desenvolvimental, nomeadamente pela imaturidade para assumir o papel de mãe e priorização dos planos académicos/profissionais.

Por outro lado, considerando o grupo das adultas, apesar do *Estudo Empírico III* não nos permitir obter esta informação, é possível de hipotetizar que a ocultação desta decisão à família possa estar relacionada com sentimentos de vergonha ou receio de desaprovação por parte de outros significativos em relação à decisão de IVG (Cockrill, Upadhyay, Turan, & Greene, 2013;

Coleman, 2011). Além disso, apenas uma minoria refere ter sido pressionada para a IVG, sendo que o parceiro se destaca como a principal fonte de pressão (Foster et al., 2012). A literatura tem vindo a chamar à atenção para a importância de avaliar de que forma estes parceiros estão envolvidos nesta decisão, identificar situações de pressão para a decisão de IVG e história prévia de violência doméstica (Grace, 2016).

Assim, os resultados da nossa investigação permitem um conhecimento mais específico sobre o processo de tomada de decisão de IVG face à ocorrência de uma gravidez não planeada, possibilitando uma atuação mais informada por parte dos profissionais de saúde que auxiliam as mulheres no processo de IVG, tendo em conta igualmente as necessidades de acordo com a sua idade.

### Ajustamento socioemocional à decisão de IVG

Os resultados alcançados nos *Estudos Empíricos IV e V* revelam que a experiência de IVG tem um impacto emocional significativo (Coleman et al., 2009; Cogle et al., 2005; Curley & Johnston, 2013; Fergusson et al., 2006; Pedersen, 2008; Rousset et al., 2011). Por outro lado, o *Estudo Empírico V* reforça que, apesar dos níveis de ajustamento socioemocional não diferirem entre adolescentes e adultas (Pedersen, 2008; Pope et al., 2001; Quinton et al., 2001; Renner et al., 2014; Warren et al., 2010), este é um processo complexo e multidimensional, e que fatores pertencentes a diferentes níveis de influência (Adler et al., 1992; Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Coleman et al., 2005; Curley & Johnston, 2013; Major & Cozzarelli, 1992; Major et al., 2009) explicam os níveis mais ou menos ajustados após a decisão de IVG, verificando-se igualmente especificidades de acordo com a idade da mulher. De forma mais específica, as adolescentes que reportaram maior pressão para a IVG e menor satisfação com a decisão (Broen et al., 2005a; Franz & Reardon, 1992; Major et al., 2000; Ralph et al., 2014) apresentaram níveis de sintomatologia depressiva superiores e, conseqüentemente, menor QdV. Além disso, e de acordo com a literatura (Cameron, 2010; Ralph et al., 2014), o apoio social da mãe constitui-se como um importante fator de proteção para os níveis de QdV. Dado que estas geralmente assumem o papel de principal cuidador (Katz-Wise, Priess, & Hyde, 2010), podem ser uma fonte de apoio importante ao processo de tomada de decisão das adolescentes. Por outro lado, caso isso não aconteça, pode levar a uma menor satisfação com a decisão de IVG (Ralph et al., 2014), uma vez que atitudes menos favoráveis podem estar relacionadas com pressão para a IVG. Assim, as adolescentes podem não percecionar a decisão de IVG como delas (Broen et al., 2005a), mas imposta por outros, levando à menor satisfação com a decisão (Ralph et al., 2014).

Por seu lado, o ajustamento das adultas foi explicado exclusivamente pela menor satisfação com a decisão de IVG, associada a níveis de sintomatologia depressiva superiores. Apesar de exploratórios, os nossos resultados, reforçaram as mais-valias de transpor a compreensão da associação entre as dimensões negativas e positivas da saúde mental (Biggs et al., 2014; Broen et

al., 2005b; Westhoff et al., 2003) para o contexto específico da IVG. Por fim, constituem importantes avanços ao nível da compreensão dos fatores explicativos de diferentes níveis de ajustamento socioemocional após a decisão de IVG, das suas especificidades de acordo com a idade da mulher e, conseqüentemente, das iniciativas que poderão ser adotadas à minimização do potencial impacto negativo desta experiência reprodutiva. Mais à frente neste capítulo analisaremos de forma detalhada estas questões.

## Contributos da investigação

### Limitações e pontos fortes

O presente trabalho possui algumas limitações que importa assinalar e considerar na interpretação dos resultados. A primeira delas advém do seu desenho transversal. Apesar de concordarmos com a posição de Compas e Reslund (2009) no que respeita à preferência pelos estudos de natureza longitudinal aquando da análise dos processos subjacentes às trajetórias (mal)adaptativas do desenvolvimento humano, esta opção metodológica foi tomada após uma ponderação cuidada sobre as condições de realização e as limitações temporais às quais a investigação se encontrava sujeita, bem como sobre as vantagens, custos e limitações desta metodologia tendo em conta os objetivos previamente estabelecidos, tal como referido no Capítulo 2. Além disso, as condições de recolha de amostra, restritas pelos requisitos de anonimato e confidencialidade associadas às contingências legais em vigor (AR, 2007a), não nos possibilitaram aceder diretamente às participantes de forma a incluir uma medida de ajustamento na consulta prévia, bem como no estabelecimento de contacto após a terceira consulta protocolada. Assim, apesar da sequência temporal das variáveis analisadas ter sido ponderada e fundamentada pela literatura existente sobre o tema, temos em conta que os nossos resultados devem ser interpretados à luz da sua natureza exploratória.

Outras das limitações diz respeito ao carácter retrospectivo das respostas e ao facto de a única fonte de informação ser o autorrelato das participantes, o que poderá ter aumentado a presença de enviesamentos típicos desse tipo de avaliação (Araújo Pedrosa, 2009; Logan, Holcombe, Manlove, & Ryan, 2007). Além disso, a natureza sensível das questões colocadas, nomeadamente ao nível das variáveis relativas à saúde sexual e reprodutiva e do processo de tomada de decisão, poderá ter incrementado a probabilidade de respostas socialmente desejáveis (Palen et al. 2008; Rose et al., 2009). Por outro lado, não foi avaliada a presença de história de perturbação emocional prévia à experiência reprodutiva, variável que tem vindo a ser identificada como um fator explicativo da inadaptação posterior (Cozzarelli, 1993; Major et al., 2009; Major et al., 2000; Mota, Burnett, & Sareen, 2010; Robinson, Stotland, Russo, Lang, & Occhiogrosso, 2009; Warren

et al., 2010). Por fim, outra limitação está relacionada com os métodos de recolha de informação. Apesar de fundamentadas pela revisão da literatura e com o objetivo de não sobrecarregar as participantes, a avaliação das variáveis do processo de tomada de decisão e dos preditores do ajustamento socioemocional baseou-se maioritariamente em medidas de um único item, o que pode ter limitado a compreensão da complexidade deste processo.

Por outro lado, importa salientar um conjunto de limitações relacionadas com as características da amostra e que resultam dos procedimentos de seleção e recolha das participantes. Em primeiro lugar, embora decorra de uma delimitação conceptual explícita, em função dos objetivos estabelecidos, a informação relativa às participantes que realizaram uma IVG foi recolhida em consultas de aconselhamento reprodutivo oficiais ou oficialmente reconhecidas, pelo que foram excluídas as IVG realizadas em contexto ilegal. Além disso, e uma vez que a recolha de dados decorreu em diversos serviços de saúde do nosso país e que envolveu inúmeros profissionais de saúde, não nos foi possível obter informação sobre o número de adolescentes e adultas que se recusaram a participar na nossa investigação. Baseado no número total de participantes na nossa investigação e no número total de IVG realizadas durante o período de recolha de dados do presente trabalho (DGS, 2016b), é possível hipotetizar que essa taxa tenha sido elevada. No que se refere ao grupo de comparação recrutado, isto é, adolescentes sexualmente iniciadas e sem história de gravidez, este foi recolhido em escolas e serviços de saúde públicos, pelo que foram excluídas as jovens que usufruem exclusivamente de serviços de educação e/ou saúde privados. Ainda no que se refere à recolha de participantes, tal como referido no Capítulo 2, não foi possível obter a representatividade nacional do grupo das adultas.

Por último, devido à ausência de um grupo de controlo de adolescentes e adultas que solicitaram a consulta prévia, ao abrigo da Lei nº 16/2007, de 17 de abril (AR, 2007a), mas que decidiram prosseguir a gravidez, não nos foi possível conhecer as especificidades dos mesmos tendo em conta a decisão reprodutiva (IVG vs. prosseguimento da gravidez). No entanto, não são do nosso conhecimento dados oficiais sobre o número de primeiras consultas realizadas (AR, 2007a) e o número de mulheres que prosseguiram a gravidez.

Apesar das limitações referidas, consideramos que o nosso trabalho apresenta alguns pontos fortes que fazem dele um contributo válido e inovador para o conhecimento atual sobre as trajetórias conducentes à IVG e à (in)adaptação à decisão. Em primeiro lugar, o nosso estudo é pioneiro no nosso país pela inexistência de investigações de âmbito nacional que tenham abordado os objetivos a que nos propusemos. Neste sentido, destacamos o alcance da representatividade nacional do grupo das adolescentes que realizaram uma IVG no nosso país.

Em segundo lugar, do nosso conhecimento a nossa investigação foi a primeira a investir no estudo intragrupo através uma abordagem multifásica e ecológica da IVG, constituindo assim importantes avanços conceptuais e metodológicos face à literatura nacional e internacional sobre o tema. Essa abordagem traduziu-se na compreensão das diferentes decisões e comportamentos que podem conduzir as mulheres à gravidez e posterior IVG e das diferentes trajetórias individuais

que daí advêm. Além disso, para cada um desses níveis de análise, foram analisadas as suas especificidades tendo em conta a idade da mulher, o que se traduziu numa maior especificidade dos resultados alcançados.

Em terceiro lugar, apesar do extenso corpo de literatura sobre os comportamentos sexuais e contraceptivos na origem da gravidez, bem como do processo de tomada de decisão e adaptação à mesma, a nossa investigação permitiu colmatar importantes limitações que restringiam a generalização de resultados para o contexto específico da IVG. Salientamos, a este nível: 1) o estudo das especificidades de acordo com a idade da mulher, tendo por base a constituição de grupos etários considerando as definições da literatura existente e condições legais, nomeadamente no que se refere ao grupo das adolescentes (OMS, 1975); e 2) a recolha de dados, de abrangência nacional, em diversos contextos educacionais e de saúde.

Em quarto lugar, consideramos que a avaliação do contexto relacional em que esta decisão reprodutiva se enquadrou, bem como as características dos respetivos parceiros, constituiu um importante contributo uma vez que estas variáveis têm vindo a ser negligenciadas no contexto da IVG.

Por fim, a nossa investigação foi a primeira no nosso país a investir no estudo da (in)adaptação após a decisão de IVG através de uma abordagem multidimensional, ecológica e compreensiva do conceito de (in)adaptação individual. Por um lado, para além das dimensões negativas (i.e., sintomatologia depressiva), incluímos indicadores das dimensões positivas da adaptação, como a QdV, ainda escassos na investigação da IVG. Por outro, ao contrário da maioria dos estudos nesta área que analisam áreas de influência restrita, tivemos em conta diferentes dimensões das várias ecologias das participantes (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998; Coleman et al., 2005), tendo em conta o seu carácter independente, mas também as suas especificidades, de acordo com a idade da mulher, com o objetivo de compreender o seu contributo para os níveis de ajustamento socioemocional experienciados após a decisão.

## Implicações para estudos futuros

Os contributos e as limitações que apontámos ao nosso estudo constituem o ponto de partida para refletir acerca de investigações futuras. Especificamente, destacamos a necessidade de conduzir estudos capazes de integrar a complexidade das trajetórias conducentes à IVG, não só ponto de vista da conceptualização (privilegiando uma perspetiva simultaneamente multifásica da ocorrência da gravidez e decisão de IVG), como também dos métodos de recolha de dados (incluindo a avaliação das várias ecologias de vida da mulher, das dimensões negativas e positivas de (in)adaptação, e o recurso a diversas fontes de informação, nomeadamente os parceiros). A realização de estudos sobre este tópico com uma amostra maior, nomeadamente que permita garantir a representatividade do grupo das adultas, permitirá conhecer melhor as especificidades de outros subgrupos que não foi possível investigar no nosso estudo, nomeadamente algumas

especificidades do grupo de mulheres em idade materna avançada ( $\geq 35$  anos; Mills & Lavender, 2014). Por outro lado, a realização de estudos de natureza longitudinal permitirá conhecer os percursos de (in)adaptação após a experiência de IVG, devendo por isso ser privilegiada em investigações futuras. Contudo, a condução de estudos de natureza longitudinal e garantia da representatividade nacional da amostra acarreta a necessidade de mais recursos na implementação da investigação.

Por outro lado, as pistas sugeridas pela interpretação de alguns dos resultados obtidos colocam algumas questões que merecem ser investigadas em estudos futuros. Na sua maioria, estas questões foram referidas em secção apropriada ao longo dos estudos empíricos que constam do presente trabalho. Contudo, na presente secção gostaríamos de retomar de forma sumária algumas delas, assim como expor novas questões que surgem da discussão integrada dos resultados efetuada no presente capítulo.

Em primeiro lugar, destacamos a necessidade de esclarecimentos adicionais acerca da situação que de forma mais frequente conduziu as mulheres à gravidez: a utilização de contraceção, sem identificação da falha ocorrida. Apesar de a nossa investigação proporcionar resultados exploratórios relevantes para a compreensão desta problemática (nomeadamente através da descrição do tipo de métodos contraceptivos usados), estudos futuros devem analisar melhor as circunstâncias em que estas gravidezes ocorrem. Uma questão particularmente importante diz respeito aos comportamentos alternativos adotados pelas mulheres face a uma relação sexual desprotegida de forma a evitar a ocorrência da gravidez e/ou as razões que as levam a não adotar qualquer comportamento compensatório face à identificação de uma falha contraceptiva. Neste sentido, estudos futuros devem avaliar a perceção de risco de gravidez por parte do casal face à ocorrência de falhas contraceptivas, o seu conhecimento sobre contraceção de emergência, nomeadamente os mecanismos de ação deste tipo de contraceção, as situações nas quais deve ser usada e a partir de que altura esta já não exerce qualquer tipo de ação, os locais onde podem aceder-lhe e os obstáculos percebidos à sua aquisição e/ou à solicitação do aconselhamento especializado por parte de profissionais de saúde (Ahern, Frattarelli, Delto, & Kaneshiro, 2010; Castro & Rodrigues, 2009; Johnson et al., 2010; Morgado, Coutinho, & Duarte, 2013; Nunes, 2005).

Em segundo lugar, os nossos resultados reforçam a importância de aprofundar o conhecimento sobre a influência que os parceiros exercem na adoção de comportamentos contraceptivos. Por um lado, as diferenças de idade detetadas entre o casal, particularmente no grupo das adolescentes, levantam questões pertinentes, nomeadamente legais (Males & Chew, 1996; Taylor, Chavez, Adams, Chabra, & Shah, 1999), ao nível destes relacionamentos. Por outro lado, surge a necessidade de um conhecimento mais aprofundado sobre a influência que estes parceiros parecem assumir nos comportamentos contraceptivos das mulheres mais novas.

Em terceiro lugar, é necessário produzir conhecimento adicional sobre os fatores explicativos para a recorrência à prática de IVG, mais prevalente no grupo das adolescentes mais velhas e adultas.

Em quarto lugar, destacamos a importância de conhecer melhor o processo de tomada de decisão que conduz as mulheres à interrupção de uma gravidez não planejada. A averiguação dos fatores que explicam a satisfação com a decisão de IVG merece ser alvo particular de investimentos num futuro próximo dada a sua relevância clínica para o posterior ajustamento à IVG. Além disso, os nossos resultados sublinham a necessidade de avaliar de que forma a família e parceiros participam na decisão, em particular quando a mulher se sente coagida/pressionada para uma determinada decisão. No grupo das adultas assume particular relevância a avaliação de história de violência doméstica prévia. Por outro lado, investigações futuras devem averiguar as motivações parentais no grupo de mulheres que ponderaram prosseguir a gravidez e nas adultas que reportam relações mais duradouras, no sentido de esclarecer os motivos para a não utilização de contraceção ou do seu uso inconsistente. A inclusão de variáveis que permitam o estudo mais detalhado destas questões permitirá perceber se a decisão ocorre num contexto totalmente informado e esclarecido sobre as alternativas possíveis à ocorrência de uma gravidez não planejada e, por outro, baseado em competências individuais para a tomada de decisão e/ou devidamente suportado por redes de apoio social (formal e/ou informal) que possam colmatar as necessidades específicas das mulheres a esses níveis.

Em quarto lugar, no que se refere ao ajustamento socioemocional à decisão de IVG, os resultados da nossa investigação reforçam a necessidade de um maior investimento ao nível da abordagem ecológica e compreensão do contributo de fatores de diferentes níveis de influência. O aumento de conhecimento nesta área poderá permitir a compreensão holística da (in)adaptação à IVG, e, conseqüentemente, para o estabelecimento de ações de prevenção e intervenção eficazes.

Por último, importa referir que a condução bem-sucedida de uma investigação implica uma estratégia de equilíbrio entre o que é relevante investigar e a exequibilidade da investigação. Assim os investigadores vêm-se obrigados a tomar opções sobre os tópicos a abordar, nomeadamente no que respeita às variáveis a incluir no protocolo de avaliação, em função da exequibilidade da recolha de dados e da responsabilidade ética de não sobrecarregar os participantes. De forma expectável, dada a elevada dimensão pretendida para a sua amostra bem como o tema sensível que aborda, foi este o caso da presente investigação. No entanto, reconhecemos que existem outras dimensões no tema da IVG, que, apesar de não terem sido considerados no nosso estudo, devem ser objeto de investigação em futuras investigações. A este nível, gostaríamos de referir a pertinência de estudos que considerem outras dimensões da adaptação (e.g., adaptação conjugal), de perturbação emocional, (e.g., a perceção de stresse e outros indicadores de psicossomatologia), bem como de bom funcionamento (e.g., indicadores de autoeficácia e resiliência).

## Implicações para as políticas e práticas de saúde

O conhecimento gerado pelo nosso trabalho poderá contribuir para aumentar a compreensibilidade dos decisores políticos, agentes educativos e profissionais de saúde acerca das características e necessidades da população feminina que opta pela IVG face à ocorrência de uma gravidez, do processo de tomada de decisão reprodutiva que lhe subjaz e dos resultados mais ou menos ajustados ao nível da saúde mental após a decisão, tendo em conta igualmente as suas especificidades de acordo com a idade da mulher. Por sua vez, este conhecimento pode ter implicações ao nível da intervenção e da prática clínica, nomeadamente no planeamento e implementação de políticas de saúde sensíveis às especificidades desenvolvimentais destinadas, por um lado, à promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção da ocorrência da gravidez não planeada e posterior IVG e, por outro, à promoção de trajetórias adaptativas após a decisão de IVG (Ely & Dulmus, 2008; Pope et al., 2001; Prucha, 2013; Renner et al., 2014). De seguida, faremos um resumo das principais implicações dos nossos resultados a estes níveis.

### *Prevenir diferentes decisões e comportamentos sexuais e contraceptivos*

Os resultados da nossa investigação vêm reforçar a necessidade de ter em conta não só a diversidade de decisões e comportamentos na origem da gravidez, mas também as especificidades de acordo com a idade da mulher para o delineamento de ações ao nível da prevenção da ocorrência da gravidez e posterior IVG.

De forma geral, o conhecimento gerado pelos nossos resultados fundamenta a necessidade de diferenciar as mulheres que não utilizam contraceção daquelas que o fazem, uma vez que as implicações ao nível da intervenção serão necessariamente diferentes para estes dois grupos (Gold et al., 2010; Jones et al., 2002; Pires, 2014). Neste sentido, e tendo em conta as trajetórias mais frequentes na nossa amostra, o estabelecimento de diretrizes orientadas para a prevenção da ocorrência de falhas contraceptivas na utilização de contraceção, nomeadamente para a sua identificação e mobilização de estratégias preventivas face à sua ocorrência assume-se de extrema relevância. Assim, os nossos resultados reforçam a necessidade de incluir e/ou reforçar nas políticas e práticas de saúde informações precisas sobre: 1) contraceção, nomeadamente sobre a diversidade de opções contraceptivas adequadas às características individuais e interpessoais, e educação para o seu uso de forma consistente (Bankole, Singh, & Haas, 1998; Larsson et al., 2002; Nunes, 2005); 2) fomentar o treino de competências para a identificação de possíveis falhas contraceptivas aquando da sua utilização (Pires et al., 2014), informar sobre estratégias alternativas para colmatar essas mesmas falhas (Adoles(Ser), 2013; Castro & Rodrigues, 2009; French & Cowan, 2009; Kost et al., 2008; Sampaio et al., 2000) e sobre os mecanismos de atuação e disponibilização da contraceção de emergência (Pires et al., 2014). No que se refere a esta última, um estudo à escala nacional reporta que de entre as mulheres

sexualmente ativas, 84% das adolescentes e mais de 90% das mulheres entre os 20 e os 39 anos conhecem a contraceção de emergência. Contudo, apenas 17% destas mulheres refere já ter recorrido a ela (Águas et al., 2016).

Por outro lado, os nossos resultados reforçam a necessidade de promoção de utilização de contraceção nas trajetórias que se pautam pela ausência de contraceção e relações casuais. Desta forma, é importante não desinvestir na informação sobre o risco de relações sexuais desprotegidas, nomeadamente para a ocorrência de uma gravidez não planeada, como para a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (Burstein, Lowry, Klein, & Santelli, 2003; Dias, 2009; Pereira, Morais, & Matos, 2010). Neste sentido, a sensibilização para o uso do preservativo no contexto de relações casuais assume extrema relevância. Além disso, importa desmistificar os efeitos secundários negativos da contraceção, privilegiando os seus benefícios (Pires et al., 2014), e informar acerca das possibilidades de acesso. Acresce que no serviço nacional de saúde o acesso ao planeamento familiar e à contraceção é gratuito (AR, 1984). Por fim, uma vez que o não uso de contraceção se verificou nas trajetórias em que havia maior diferença de idade entre os membros do casal, o que poderá estar associado a maiores dificuldades de negociação no uso de contraceção, aumentando assim o risco de ineficácia na prevenção da ocorrência de gravidez (Araújo Pedrosa, 2009), a promoção de competências de negociação sobre o uso de contraceção com o parceiro deve ser integrada nas medidas preventivas (Pires et al., 2014; Sedgh et al., 2012).

Os nossos resultados salientam ainda que a maioria das participantes se encontrava numa relação de namoro/conjugal à data da conceção, reforçando assim a necessidade de repensar as políticas de saúde, com o intuito de incluir a população masculina, muitas vezes negligenciada, na promoção de uma sexualidade segura e em ações preventivas na ocorrência da gravidez não planeada (Pires, 2014). Considerando que um dos métodos mais utilizados na nossa amostra foi o preservativo, os nossos resultados reforçam a necessidade de colocar o foco no investimento da consciencialização de que o homem deve ser parte integrante do planeamento familiar, independentemente da sua idade, e que por isso deve estar envolvido nas decisões e comportamentos contraceptivos com vista à prevenção da ocorrência de uma gravidez. Por outro lado, a partilha na escolha do método contraceptivo mais adequado à situação do casal poderá contribuir para uma melhor adesão à sua utilização (Pires, 2014).

Além disso, os resultados da nossa investigação enfatizam que as intervenções preventivas para a ocorrência da gravidez não planeada e prática da IVG devem ser sensíveis à heterogeneidade das características das mulheres e, de acordo com a sua idade, devem ser priorizados diferentes contextos de intervenção, nomeadamente a escola e a comunidade. De forma mais específica, os nossos resultados reforçam a necessidade de desenvolver intervenções preventivas precoces junto das adolescentes que reportam idades mais precoces da menarca, de iniciação sexual e menor idade ginecológica (i.e., diferença entre a idade de conceção e a idade da menarca), características que as distinguem dos outros grupos e que não devem ser ignoradas, dada a maior exposição ao possível risco de gravidez, caso mantenham uma vida sexual ativa

(Araújo Pedrosa, 2009; Coley & Chase-Lansdale, 1998; Treffers et al., 2001; Valle et al., 2005). Neste sentido, deve ser priorizada a sua inclusão em ações destinadas ao adiamento da iniciação sexual e à promoção precoce das competências necessárias a uma iniciação sexual informada e segura (Pires, 2014). A escola tem vindo a assumir-se como um contexto de intervenção privilegiado para as adolescentes e parceiros que se encontram no sistema de ensino. Desde 2010, a educação sexual assumiu um carácter obrigatório nos currículos escolares portugueses (AR, 2010), e os nossos resultados vêm reforçar a importância do trabalho realizado até então neste contexto (Matos, Boislard, Ramiro, Ribeiro, & Leal, 2014). Contudo, de acordo com o estudo de Matos e colegas (2014) sobre a avaliação da implementação da educação sexual nas escolas, a extinção das áreas curriculares não disciplinares, de acesso generalizado a todos os estudantes, obrigou à utilização do tempo das aulas curriculares para a abordagem destes temas. Neste sentido, as disciplinas de Ciências Naturais/Biologia (no ensino básico e no secundário, respetivamente) passaram a ser utilizadas para tal. No entanto, tal facto leva a que os alunos do ensino secundário das áreas de artes, de ciências socio-económicas e de línguas e humanidades, assim como os alunos dos cursos profissionais, não tenham a mesma facilidade de acesso a estas temáticas (Matos et al., 2014). Por outro lado, os alunos, professores e pais, para além de uma adequação e progressão na abordagem destes temas ao longo dos vários ciclos de ensino, sugerem ainda que a abordagem da sexualidade não se centre unicamente nos aspetos biológicos da reprodução e nas infeções sexualmente transmissíveis (Matos et al., 2014). Neste sentido, os nossos resultados vêm ressaltar a importância da abordagem e esclarecimento dos temas previamente referidos ao nível da comunicação, tomada de decisões, contraceção e da sua implementação de forma eficaz.

Por outro lado, o papel exercido pelos profissionais de saúde como vias de ação alternativas à escola (American Academy of Pediatrics, 2014; APF, 2010; Burstein et al., 2003; Chernick, Kharbanda, Santelli, & Dayan, 2012; Pereira et al., 2010; Pires, 2014; Silva et al., 2012), ao nível das intervenções preventivas no contexto comunitário, assume particular relevância nomeadamente para as adolescentes mais velhas que se encontram fora do sistema de ensino, e que por isso não são abrangidas pelos programas escolares de educação sexual (OMS, 2004b), como para as adultas e os seus parceiros. Neste sentido, as consultas de planeamento familiar, de acesso gratuito no nosso país (AR, 1984), assumem um papel preponderante ao nível da promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher (OMS, 2004b). Contudo, de acordo com os dados mais recentes no nosso país, cerca de 40% das mulheres não frequentaram consultas de planeamento familiar no ano anterior à participação no estudo. Esta situação é particularmente relevante no grupo das adolescentes, em que apenas 11.9% refere tê-lo feito, comparativamente com 77,4% no grupo dos 30 aos 39 anos e 74,8% no grupo dos 40 aos 49 anos. De acordo com os autores, estes resultados levam a refletir sobre a necessidade de criação de condições atrativas de forma a aproximar estas jovens aos cuidados de saúde (Águas et al., 2016). Por outro lado, levantam questões relativamente à monitorização dos comportamentos contraceptivos prescritos e/ou da automedicação mais frequente na fase da adolescência (Vilar, 2012). A ausência de prescrição e

supervisão médica poderá contribuir para a inadequabilidade da escolha dos métodos contraceptivos de acordo com as características individuais e interpessoais dos seus intervenientes, bem como para falhas na utilização dos mesmos (Pires, 2014).

Ao nível dos cuidados de saúde primários, e em função da idade da mulher, as consultas de medicina geral e familiar e as consultas de pediatria representam igualmente importantes oportunidades de aconselhamento sobre sexualidade e contraceção (American Academy of Pediatrics, 2014; Chernick et al., 2012; Nunes, 2005; Prucha, 2013; Silva et al., 2012). Uma vez que, mesmo após a prescrição de contraceção, podem surgir dificuldades na compreensão da informação fornecida pelo profissional de saúde e implementação destes comportamentos (OMS, 2004a), a monitorização dos mesmos e todas as dificuldades inerentes a estes devem, sempre que possível, ser avaliadas e discutidas no decorrer destas consultas (American Academy of Pediatrics, 2014; OMS, 2004a, Zink, Shireman, Ho, & Buchaman, 2002). Neste contexto, e tendo em conta o grupo de jovens, uma vez que poderão estar acompanhados pelos pais ou outros significativos, é importante disponibilizar aos adolescentes um espaço próprio da consulta para debater estas questões mais sensíveis e particulares. De forma global, estas consultas constituem-se como um contexto privilegiado para a discussão individualizada dos planos reprodutivos destas mulheres (e.g., planeamento em ter filhos ou não, número de filhos desejados, idade desejada para os ter), das condições necessárias à consecução desses mesmos planos, ao fornecimento de informação tangível à implementação de estratégias necessárias à sua prossecução eficaz ao longo do tempo (Johnson, 2013), bem como na reflexão sobre comportamentos de risco e as suas consequências. Desta forma, fomenta-se um processo de tomada de decisão de qualidade relativamente à saúde sexual e reprodutiva da mulher, prevenindo igualmente a ocorrência de gravidezes não planeadas e recorrência da IVG. Ao longo deste processo, e sempre que possível, os profissionais de saúde devem integrar os dois membros do casal, promovendo a sua comunicação e respeitando a sua autonomia.

Os nossos resultados chamam ainda à atenção para a eficácia contraceptiva dos métodos mais utilizados na nossa amostra (preservativo e pílula) que se encontra mais dependente do seu utilizador e tem associada uma maior taxa de falhas contraceptivas (Lim et al., 2012). Por outro lado, estudos têm vindo a reportar taxas mais baixas de adesão de medicação prescrita, nomeadamente contraceção oral, em adolescentes e jovens adultas (Davtyan, 2000; Molloy, Graham, & McGuinness, 2012; Taddeo, Egedy, & Frappier, 2008). Neste sentido, a promoção da procura de prescrição e supervisão especializada para a utilização de métodos contraceptivos de longa duração, menos sujeitos a erros por parte do utilizador, têm vindo a ser recomendados como uma opção segura e efetiva na prevenção da gravidez não planeada, nomeadamente para as mulheres mais jovens (Adoles(Ser), 2013; French & Cowan, 2009; Kost et al., 2008; OMS, 2004b; Sedlecky & Stanković, 2016; Silva et al., 2011; Vilar, 2012), não descurando da recomendação do uso do preservativo na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Esta prescrição de

métodos contraceptivos de longa duração poderá ser particularmente adequada às relações duradouras nos quais os seus intervenientes não pretendam engravidar num futuro próximo.

As consultas realizadas no âmbito da decisão reprodutiva da IVG surgem igualmente como uma oportunidade para os profissionais de saúde analisarem o conhecimento destas mulheres acerca da contraceção e dos comportamentos contraceptivos adotados e dificuldades experienciadas anteriormente (Jones et al., 2002; Moreau et al., 2010; Tripp & Viner, 2005), com o intuito de promover escolhas contraceptivas informadas e adaptadas às características destas mulheres após a IVG, prevenindo assim a recorrência desta prática. Apesar da maioria das mulheres da nossa amostra reportar a intenção de adotar um método contraceptivo após a IVG, a sua implementação eficaz o mais precocemente possível diminui o risco de repetição da ocorrência de uma gravidez não planeada e posterior IVG (Heikinheimo, Gissler, & Suhonen, 2008).

Por fim, dada a importância que as novas tecnologias têm vindo a assumir na nossa sociedade durante as últimas décadas, o recurso à *e-health* e *m-health*, i.e., o uso de tecnologias de comunicação e informação na promoção da educação e adoção de comportamentos eficazes e responsáveis ao nível da saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente através da construção de sites apelativos e aplicações de telemóvel, tem vindo a ser crescentemente valorizado (Gonsalves et al., 2015; Jones, Eathinghton, Baldwin, & Sipsma, 2014; L'Engle, Mangone, Parcesepe, Agarwal, & Ippoliti, 2016; Matos et al., 2014). Diversas são as vantagens associadas a este tipo de abordagens: aumento do acesso e flexibilidade da informação obtida de forma rápida, eficaz e económica; abrangência de um maior número de pessoas, ultrapassando assim as barreiras geográficas; e garantia do anonimato (L'Engle et al., 2016). No contexto da saúde sexual e reprodutiva, as intervenções baseadas na *m-health* na promoção da saúde sexual e reprodutiva têm vindo a demonstrar a sua eficácia, nomeadamente na adesão à medicação (L'Engle et al., 2016). Mais especificamente, a utilização de aplicações de telemóvel que auxiliem na utilização e/ou prevenção do esquecimento da contraceção (e.g., no uso da pílula, anel vaginal), é um dos exemplos da sua aplicabilidade. Em Portugal, a importância desta forma de comunicação é reforçada pelos dados mais recentes que indicam que a fonte mais utilizada, por exemplo pelas adolescentes, para obtenção de informação acerca da contraceção é a *internet* (Águas et al., 2016).

Em suma, os resultados da nossa investigação reforçam a importância de continuar a investir em intervenções preventivas apelativas e desenvolvimentalmente adaptadas às necessidades específicas da população feminina (French & Cowan, 2009; OMS, 2004b), bem como à inclusão dos seus parceiros.

#### *Promover um processo de tomada de decisão de qualidade*

De acordo com os nossos resultados, apesar da maioria das mulheres não ponderar prosseguir a gravidez, aquelas que o fazem devem merecer particular atenção por parte dos profissionais de

saúde no sentido de possibilitar um aconselhamento adicional, caso a mulher deseje, de forma a promover um processo de tomada de decisão mais informado (Cameron & Glasier, 2013; Dobkin et al., 2013; Rowlands, 2008). Embora em Portugal o acompanhamento psicológico e/ou social seja opcional durante este processo de decisão reprodutiva (AR, 2007a), a promoção de intervenções multidisciplinares é extremamente importante. Assim, a promoção de momentos de reflexão guiada e desenvolvimentalmente adaptada acerca das alternativas existentes e dos seus custos/benefícios, deveres e direitos associados a cada uma das opções (continuação vs. interrupção da gravidez), nomeadamente acerca das políticas de apoio à maternidade, dada a importância das motivações económicas à decisão reprodutiva, poderá ser essencial ao nível do apoio especializado a prestar às mulheres que procuram a consulta de aconselhamento reprodutivo, fomentando assim a qualidade e satisfação com o processo de tomada de decisão.

Apesar da maioria das mulheres se considerar como o principal agente da decisão, aquelas que identificaram fontes de pressão para a IVG viram a autonomia no processo de tomada de decisão comprometida. Neste sentido, os profissionais de saúde devem avaliar de que forma outros significativos estão envolvidos nesta decisão (Grace, 2016). Em situações em que se verifique pressão para uma determinada decisão, o adiamento da tomada de decisão e/ou aconselhamento adicional poderão fomentar a qualidade e satisfação do processo de tomada de decisão (Ralph et al., 2014).

Por outro lado, os nossos resultados recomendam que o apoio a proporcionar ao processo de tomada de decisão reprodutiva tenha em conta a heterogeneidade das trajetórias de tomada de decisão de acordo com a idade da mulher. O conhecimento da decisão reprodutiva por parte da família das adolescentes, conseqüente da maior necessidade de apoio por parte de outros significativos pode, por sua vez, levar a um maior envolvimento dos familiares neste processo de tomada de decisão. Apesar de apenas uma minoria referir ter sido pressionada para a IVG, os profissionais de saúde devem-lhes prestar especial atenção, bem como às adolescentes menores de 16 anos, procurando promover um processo de tomada de decisão livre, ausente de imposição/pressão por parte de significativos (Perrucci, 2012).

No grupo das adultas, tendo sido o parceiro identificado como a principal fonte de pressão, um estudo recente (Grace, 2016) alertou para a relação entre a pressão para a decisão reprodutiva e história de violência. Assim, os nossos resultados destacam a importância de incluir rotinas de avaliação e triagem de situações de pressão reprodutiva e/ou violência doméstica de forma a promover a qualidade do processo de tomada de decisão. Por outro lado, Grace (2016) aponta para a relação entre história de violência doméstica e taxas elevadas de gravidezes não planeadas. Neste sentido, e perante a identificação destas condições, os profissionais de saúde podem disponibilizar preferencialmente métodos contraceptivos não detetáveis após a IVG (e.g., DIU e implante) como forma de evitar a repetição desta prática (Grace, 2016).

*Prevenir o desajustamento socioemocional das mulheres que realizam uma IVG*

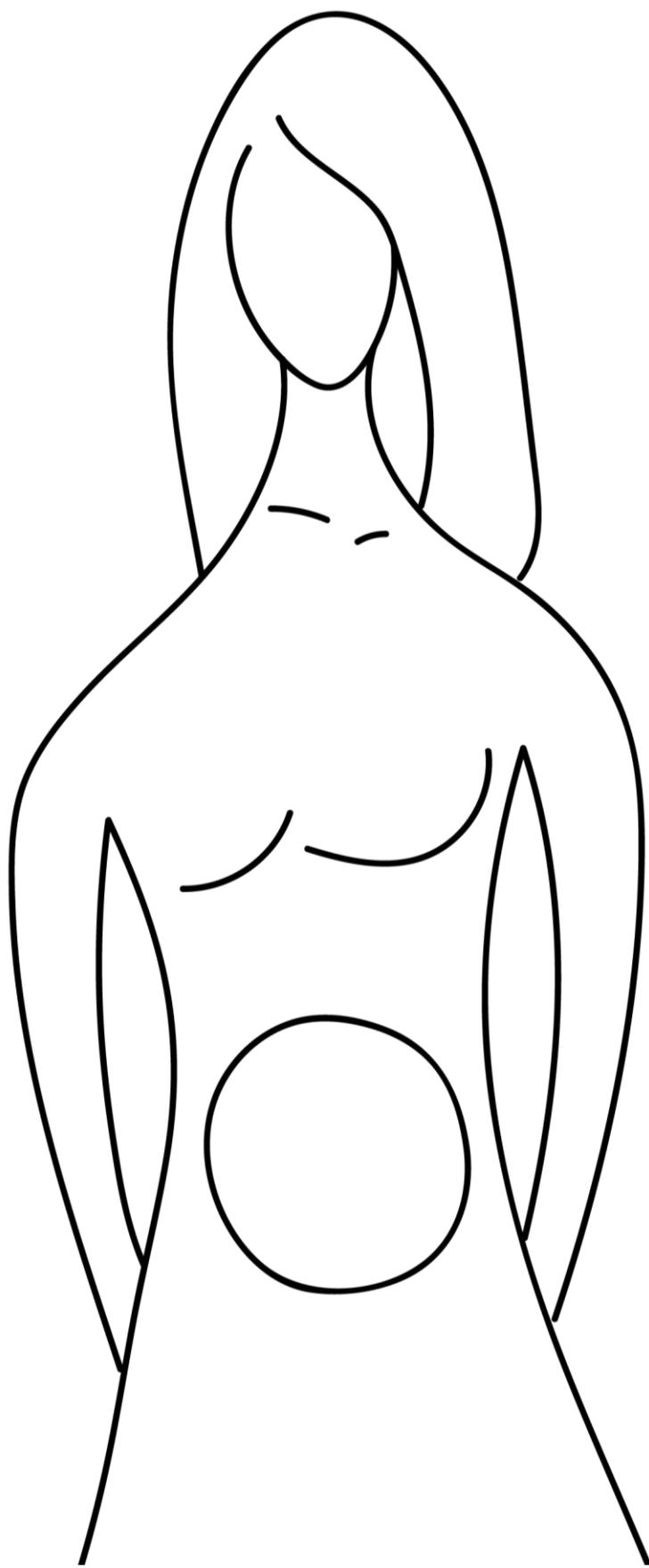
No que respeita aos níveis de ajustamento socioemocional à decisão de IVG, os resultados da nossa investigação sugerem que a IVG é uma experiência com impacto emocional significativo, e reforçam a adoção de uma perspectiva sistemática e ecológica com vista à prevenção da inadaptação, atendendo igualmente às suas especificidades de acordo com a idade da mulher. Mais especificamente, salientam a necessidade de atender aos fatores de risco para o desajustamento no planeamento de ações de carácter seletivo e precoce que visem a prevenção do mesmo.

Uma vez que o contacto por parte do psicólogo se encontra restrito pelas condições legais em vigor no contexto sociocultural português, a não ser que seja solicitado pela mulher, a promoção de uma intervenção multidisciplinar assume igualmente um papel de extrema importância neste contexto. Assim, tendo em conta o contacto privilegiado que estabelecem com estas mulheres, os profissionais de saúde envolvidos neste processo de tomada de decisão deverão estar sensibilizados com os possíveis fatores de risco para a inadaptação a esta experiência reprodutiva. Desta forma, os nossos resultados valorizam não só a importância de incluir rotinas de triagem desenvolvimentalmente adaptadas na consulta prévia à decisão reprodutiva com vista à deteção de sintomas depressivos e menor QdV, bem como a necessidade de detetar precocemente as adolescentes que reportem a influência/imposição para a decisão de IVG por parte de figuras significativas, menor suporte social por parte da mãe ou então das adolescentes e adultas que refiram menor satisfação com a decisão de IVG. Tal abordagem permitirá promover a avaliação, triagem e referência das mulheres em maior risco de inadaptação para intervenções precoces, especializadas e adaptadas às suas necessidades. A disponibilização de acompanhamento psicológico adicional poderá promover não só uma melhor adaptação à decisão, como um processo de tomada de decisão mais informado.

Neste sentido, os nossos resultados proporcionam igualmente pistas para o trabalho clínico com estas mulheres. Apesar de apenas as adolescentes menores de 16 anos precisarem do consentimento parental para realização da IVG (AR, 2007a), os nossos resultados sugerem que os recursos sociais, nomeadamente o suporte social por parte da mãe, assume extrema importância no ajustamento socioemocional destas adolescentes. Assim, poderá ser útil promover a identificação das necessidades de apoio por parte das adolescentes e trabalhar estratégias destinadas à sua mobilização, bem como à promoção de relações de qualidade entre estas figuras.

Por fim, a psicoeducação sobre as respostas psicológicas comuns à experiência reprodutiva de IVG e a sensibilização para estratégias capazes de promover a sua gestão de forma bem-sucedida (e.g., aceitação e partilha de emoções positivas e negativas) devem ser valorizadas, de forma a validar a diversidade de reações emocionais possíveis de serem experienciadas durante e após este processo.





**Referências  
bibliográficas**



- 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*, 1194-1204. doi:10.1037/0003-066X.47.10.1194
- Adler, N. E., Ozer, E. J., & Tschann, J. (2003). Abortion among adolescents. *American Psychologist*, *58*, 211-217. doi:10.1037/0003-066X.58.3.211
- Adoles(Ser). (2013). *Guia de boas práticas*. Retirado de <https://goo.gl/yWUzbz>
- Águas, F., Bombas, T., & Silva, D. P. da (2016). Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, *10*(3), 184-192. Retirado de <https://goo.gl/7jbF9Q>
- Ahern, R., Frattarelli, L. A., Delto, J., & Kaneshiro, B. (2010). Knowledge and awareness of emergency contraception in adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *23*, 273-278. doi:10.1016/j.jpag.2010.02.010
- Alferes, V. R. (2002). *SPSS: Syntax files* [Programas informáticos e documentação]. Retirado de <https://goo.gl/p3JVnK>
- Alves, M., Santos, A. C., Barradas, C., & Duarte, M. (2009). A despenalização do aborto em Portugal - Discursos, dinâmicas e acção colectiva: Os referendos de 1998 e 2007. *Oficina do CES*, *320*, 1-41. Retirado de <http://goo.gl/qs83ND>
- Ambuel, B., & Rappaport, J. (1992). Developmental trends in adolescents' psychological and legal competence to consent to abortion. *Law & Human Behavior*, *16*, 129-154. doi:10.1007/BF01044794
- American Academy of Pediatrics. (2014). Contraception for adolescents. *Pediatrics*, *134*, e1244-e1256. doi:10.1542/peds.2014-2299
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Retirado de <https://goo.gl/2wYhR5>
- American Psychological Association Interdisciplinary Committee on Adolescence Abortion (1987). Adolescent abortion: Psychological and legal issues. *American Psychologist*, *42*, 73-78.
- Ancl, P. Y., Lelong, N., Papiernik, E., Saurel-Cubizolles, M. J., & Kaminski, M. L. (2004). History of induced abortion as a risk factor for preterm birth in European countries: Results of the EUROPOP study. *Human Reproduction*, *19*, 734-740. doi:10.1093/humrep/deh107
- Araújo Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e transição para a maternidade na adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC*. Manuscrito não publicado.
- Araújo Pedrosa, A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and

- relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy*, 33, 107-127. doi:10.1007/s10591-011-9148-4
- Arnett, J. J. (2000). Emerging Adulthood. *American Psychologist*, 55, 469-480. doi:10.1037//0003-066X.55.5.469
- Arnett, J. J., & Tanner, J. L. (2006). *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Assembleia da República. (1966, novembro, 25). Decreto-lei n.º 47344/66 de 25 de novembro (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 274. Retirado de <http://goo.gl/1gjxE>
- Assembleia da República. (1978, novembro, 25). Decreto-lei n.º 496/77, de 25 de novembro (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 273, 2818-(11). Retirado <http://goo.gl/PKkXDE>
- Assembleia da República. (1984, maio, 11). Lei n.º 6/1984 de 11 de maio (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 109, 1518-1519. Retirado de <https://goo.gl/uqaEgA>
- Assembleia da República. (1997, julho, 30). Lei n.º 89/1997 de 30 de julho (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 174, 3930-3931. Retirado de <https://goo.gl/1Kr4XC>
- Assembleia da República. (1998, outubro, 26). Lei n.º 67/98 de 26 de outubro (1.ª série). *Diário da República, Série I-A*, 247, 5536-5546. Retirado de <http://goo.gl/NXwLwZ>
- Assembleia da República. (2002, novembro, 5). Decreto-lei n.º 244/2002 de 5 de novembro (1.ª série). *Diário da República, Série I-A*, 255, 7101-7103. Retirado de <http://goo.gl/filBfD>
- Assembleia da República. (2004, agosto, 19). Lei n.º 46/2004 de 19 de agosto (1.ª série). *Diário da República, Série I-A*, 195, 5368-5378. Retirado de <http://goo.gl/WvfmfW>
- Assembleia da República. (2007a, abril, 17). Lei n.º 16/2007 de 17 de abril (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 75, 2417-2418. Retirado de <http://goo.gl/IKmRR6>
- Assembleia da República. (2007b, junho, 21). Portaria n.º 741-A/2007 de 21 de junho (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 118, 3936(2)-3936(11). Retirado de <http://goo.gl/zaGgmr>
- Assembleia da República. (2007c, novembro, 21). Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores n.º 27/2007/A (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 228, 8662. Retirado de <http://goo.gl/YbpXeP>
- Assembleia da República. (2010, abril, 9). Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril (1.ª série). *Diário da República, Série I*, 69, 1170(2)-1170(4). Retirado de <http://goo.gl/am8fE7>
- Associação para o Planeamento da Família. (2010). *Um guia para o desenvolvimento de políticas sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva de jovens na Europa*. Retirado de <http://goo.gl/uZT4HS>
- Atrash, H. K., & Hogue, C. J. (1990). The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 4, 391-405. doi:10.1016/S0950-3552(05)80234-2
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26, 135-141. doi:10.1017/S0033291700033778

- Azeredo, I. H. C. (2013). *Experiência da realização de uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) – dois anos depois* (Tese de mestrado não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1998). Reasons why women have induced abortions: Evidence from 27 countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 24, 117-127. doi:10.2307/3038208
- Baptista, M. I. (2013). Do recurso à interrupção voluntária da gravidez em Portugal: Uma análise exploratória. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 3, 28-36. Retirado de <https://goo.gl/8LKg98>
- Bellieni, C. V., & Buonocore, G. (2013). Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 301-310. doi:10.1111/pcn.12067
- Bhattacharya, S., Lowit, A., Bhattacharya, S., Raja, E. A., Lee, A. J., Mahmood, T., & Templeton, A. (2012). Reproductive outcomes following induced abortion: A national register-based cohort study in Scotland. *BMJ Open*, 2, e000911. doi:10.1136/bmjopen-2012-000911
- Biggs, M. A., Gould, H., & Foster, D. G. (2013). Understanding why women seek abortions in the US. *BMC Women's Health*, 13, 29. doi:10.1186/1472-6874-13-29
- Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., Steinberg, J. R., & Foster, D. G. (2014). Does abortion reduce self-esteem and life satisfaction? *Quality of Life Research*, 23, 2505-2513. doi:10.1007/s11136-014-0687-7
- Boislard, M., Van de Bongardt, D., & Blais, M. (2016). Sexuality (and lack thereof) in adolescence and early adulthood: A review of the literature. *Behavioral Sciences*, 6, 8. doi:10.3390/bs6010008
- Bombas, T. (2012). Impacto da despenalização da interrupção de gravidez em Portugal. In Sociedade Portuguesa da Contraceção (Coord.), *Contraceção* (p. 7). Coimbra: Sociedade Portuguesa da Contraceção. Retirado de <https://goo.gl/mnifvB>
- Boyce, P. M., Johnsonstone, S. J., Hickey, A. R., Morris-Yates, A. D., Harris, M. G., & Trachan, T. (2000). Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 91-97. doi:10.1007/s007370070002
- Bracken, M. B., Klerman, L. V., & Bracken, M. (1978). Abortion, adoption, or motherhood: An empirical study of decision-making during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 130(3), 251-262. Retirado de <https://goo.gl/OsV3wK>
- Brandão, T., Saraiva, L., & Matos, P. M. (2012). O prolongamento da transição para a idade adulta e o conceito de adultez emergente: Especificidades do contexto português e brasileiro. *Análise Psicológica*, XXX(3), 301-313. Retirado de <https://goo.gl/UR11FW>
- Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., & Ekeberg, Ø. (2005a). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: A prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry*, 27, 36-43. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.09.009

- Broen, A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., & Ekeberg, Ø. (2005b). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, *3*, 18. doi:10.1186/1741-7015-3-18
- Broen, A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., & Ekeberg, Ö. (2006). Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: A longitudinal five-year follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *85*, 317-323. doi:10.1080/00016340500438116
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, *22*, 723-742. doi:10.1037/0012-1649.22.6.723
- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological systems theory. In R. Vasta (Coord.), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187-249). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, *101*, 568-586. doi:10.1037/0033-295X.101.4.568
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner (Coord.), *Handbook of child psychology. Vol. 1. Theoretical models of human development* (5<sup>a</sup> ed., pp. 993-1028). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Coord.), *Handbook of child psychology. Vol. 1. Theoretical models of human development* (6<sup>a</sup> ed., pp. 793-828). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Buhl, H. M., & Lanz, M. (2007). Emerging adulthood in Europe: Common traits and variability across five European countries. *Journal of Adolescent Research*, *22*, 439-443. doi:10.1177/0743558407306345
- Burstein, G. R., Lowry, R., Klein, J. D., & Santelli, J. S. (2003). Missed opportunities for sexually transmitted diseases, human immunodeficiency virus, and pregnancy prevention services during adolescent health supervision visits. *Pediatrics*, *111*, 996-1001. doi:10.1542/peds.111.5.996
- Calhoun, B. C., Shadigian, E., & Rooney, B. (2007). Cost consequences of induced abortion as an attributable risk for preterm birth and impact on informed consent. *The Journal of Reproductive Medicine*, *52*(10), 929-937. Retirado de <https://goo.gl/H73VRY>
- Cameron, S. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, *24*, 657-665. doi:10.1016/j.bpobgyn.2010.02.001
- Cameron, S. T., & Glasier, A. (2013). Identifying women in need of further discussion about the decision to have an abortion and eventual outcome. *Contraception*, *88*, 128-132. doi:10.1016/j.contraception.2012.10.032

- Canário, A. C. M. (2009). *Aspetos éticos e psicológicos do abortamento no casal* (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Canário, C., Figueiredo, B., & Ricou, M. (2011). Women and men's psychological adjustment after abortion: A six months prospective pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29, 262-275. doi:10.1080/02646838.2011.592974
- Canavarro, M. C. (2001). *Consulta de Acompanhamento Psicológico: Relatório de actividades referentes ao ano de 2000*. Manuscrito não publicado.
- Canavarro, M. C. (2009). *Gravidez e maternidade na adolescência nos Açores: Relatório final*. Manuscrito não publicado.
- Canavarro, M. C., & Araújo Pedrosa, A. (2012). Gravidez e parentalidade na adolescência: Perspetivas teóricas. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 2, 34-55. Retirado de <https://goo.gl/z9L1VB>
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspetivas teóricas. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., & Vaz Serra, A. (Coords.) (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 116-124. doi:10.1007/s12529-008-9024-2
- Carvalho, P. L. S. (2012). *Fatores de influência individuais, psicossociais e relacionais para a ocorrência de gravidez na adolescência em Portugal Continental* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade da Beira Interior, Covilhã.
- Carvalho, S. I. S. (2008). *Interrupção voluntária da gravidez: Da representação dos estudantes de medicina à realidade de um grupo de utentes do Hospital de São João*. (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Casper, L. M. (1990). Does family interaction prevent adolescent pregnancy? *Family Planning Perspectives*, 22, 109-114. doi:10.2307/2135640
- Castro, J. F., & Rodrigues, V. M. C. P. (2009). Conhecimentos e atitudes dos jovens face à contraceção de emergência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 889-894. doi:10.1590/S0080-62342009000400021
- Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., & Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: A systematic review of the evidence. *Contraception*, 78, 436-450. doi:10.1016/j.contraception.2008.07.005
- Chernick, L., Kharbanda, E. O., Santelli, J., & Dayan, P. (2012) Identifying adolescent females at high risk of pregnancy in a pediatric emergency department. *Journal of Adolescent Health*, 51, 171-178. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.11.023

- Chibber, K. S., Biggs, M. A., Roberts, S. C. M., & Foster, D. G. (2014). The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Women's Health Issues, 24*, e131–e138. doi:10.1016/j.whi.2013.10.007
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Coords.), *Developmental psychopathology*. Vol. 1. Theory and method (2ª ed., pp. 1-23). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Cockrill, K., Upadhyay, U. D., Turan J., & Greene, F. D. (2013). The stigma of having an abortion: Development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 45*, 79-88. doi:10.1363/4507913
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Coker, A. L., Richter, D. L., Valois, R. F., McKeown, R. E., & Garrison, C. Z. (1994). Correlates and consequences of early initiation of sexual intercourse. *Journal of School Health, 64*, 372-377. doi:10.1111/j.1746-1561.1994.tb06208.x
- Coleman, P. K. (2005). Induced abortion and increased risk of substance abuse: A review of the evidence. *Current Women's Health Reviews, 1*, 21-34. doi:10.2174/1573404052950311
- Coleman, P. K. (2006). Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. *Journal Youth Adolescence, 35*, 903-911. doi:10.1007/s10964-006-9094-x
- Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *The British Journal of Psychiatry, 199*, 180-186. doi:10.1192/bjp.bp.110.077230
- Coleman, P. K., Coyle, C. T., Shuping, M., & Rue, V. M. (2009). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national co-morbidity survey. *Journal of Psychiatric Research, 43*, 770-776. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.10.009
- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Strahan, T., & Cogle, J. R. (2005). The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology & Health, 20*, 237-271. doi:10.1020/0887044042000272921
- Coley, R. L., & Chase-Lansdale, P. L. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist, 53*, 152-166. doi:10.1037/0003-066X.53.2.152
- Comissão Europeia. (2009). *Data protection and privacy ethical guidelines*. Bruxelas: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/F1mUqX>
- Commendador, K. A. (2007). The relationship between female adolescent self-esteem, decision making, and contraceptive behavior. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 19*, 614-623. doi:10.1111/j.1745-7599.2007.00267.x
- Commendador, K. A. (2010). Parental influences on adolescent decision making and contraceptive use. *Pediatric Nursing, 36*(3), 147-156. Retirado de <https://goo.gl/6hheqB>

- Compas, B. E., & Reeslund, K. L. (2009). Processes of risk and resilience during adolescence. In R. M. Lerner, & L. Steinberg (Coords.), *Handbook of adolescent psychology: Vol. 1. Individual bases of adolescent development* (3ª ed., pp. 3-14). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Cosme, M. J. M., & Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio pós-traumático de stress. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 447-462. Retirado de <https://goo.gl/qWW6J6>
- Costa, A. M. M. A. (2009). *Fatores que levam a mulher a interromper voluntariamente a gravidez: Um estudo no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE*. (Tese de licenciatura não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Costa, D., Dritsa, M., Rippen, N., Lowensteyn, I., & Khaliffé, S. (2006). Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 95-102. doi:10.1007/s00737-005-0108-6
- Costa, E., & Leal, I. P. (2005). Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Análise Psicológica*, XXIII, 247-260. Retirado de <https://goo.gl/ZbNFhB>
- Costescu, D. J., & Lamont, J. A. (2013). Understanding the pregnancy decision-making process among couples seeking induced abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35, 899-904. doi:10.1016/S1701-2163(15)30811-2
- Cogle J., Reardon, D., & Coleman, P. (2005). Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: A cohort study national survey of family youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 137-142. doi:10.1016/j.janxdis.2003.12.003
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Cox, J. L., Chapman, G., Murray, D., & Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of Affective Disorders*, 39, 185-189. doi:10.1016/0165-0327(96)00008-0
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65,1224-1236. doi:10.1037/0022-3514.65.6.1224
- Curley, M., & Johnston, C. (2013). The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40, 279-293. doi:10.1007/s11414-013-9328-0
- Gissler, M., Hannikainen-Ingman, K., Donati, S., Jahn, A., Silva, M. O. da, Hemminki, E., & REPROSTAT-group. (2008). The feasibility of European reproductive health indicators. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 13, 376-386. doi:10.1080/13625180802344257
- Goenee, M. S., Donker, G. A., Picavet, C., & Wijnen, C. (2014). Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice. *Family Practice*, 31, 564-570. doi:10.1093/fampra/cmu033

- Davtyan, C. (2000). Evidence-based case review. Contraception for adolescents. *The West Journal of Medicine*, 172(3), 166-171. Retirado de <https://goo.gl/Nsf1fZ>
- Dias, S. (2009). *Comportamentos sexuais nos adolescentes: Promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/Sida*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian & Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2008 - Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/7i8452>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2009 - Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/EafNv5>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010 - Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/i4Cnaa>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011 - Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/V0xGyt>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2012 - Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/qzgA9A>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez: Dados de 2013 - Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/niC47c>
- Direção-Geral da Saúde. (2016a). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez: Dados de 2014 - Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/1kiagk>
- Direção-Geral da Saúde. (2016b). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez: Dados de 2015*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/JSbFrf>
- Dixon-Mueller, R. (2008). How young is "too young"? Comparative perspectives on adolescent sexual, marital, and reproductive transitions. *Studies in Family Planning*, 39, 247-262. doi:10.1111/j.1728-4465.2008.00173.x
- Dobkin, L. M., Perrucci, A. C., & Dehlendorf, C. (2013). Pregnancy options counseling for adolescents: Overcoming barriers to care and preserving preference. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 43, 96-102. doi:10.1016/j.cppeds.2013.02.001
- Ekstrand, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2009). An illusion of power: Qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41, 173-180. doi:10.1363/4117309
- Elder, G. H. (1998). The life course as developmental theory. *Child Development*, 69, 1-12. doi:10.1111/j.1467-8624.1998.tb06128.x

- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ely, G. E., & Dulmus, C. N. (2008). A psychosocial profile of adolescent pregnancy termination patients. *Social Work in Health Care, 46*, 69-83. doi:10.1300/J010v46n03\_04
- Episcience (2008). *Estudo estatístico-epidemiológico das interrupções voluntárias da gravidez, realizadas em território nacional de 15 de julho a 31 dezembro de 2007 a pedido do Programa de Saúde Reprodutiva da Direcção-Geral da Saúde*. Sacavém: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/PxhYYl>
- Eurostat. (2015). *What it means to be young in the European Union today*. Bruxelas: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/dMdWJs>
- Evans, A. (2001). The influence of significant others on Australian teenagers' decisions about pregnancy resolution. *Family Planning Perspectives, 33*, 224-230. doi:10.1363/3322401
- Felton, G. M., Parsons, M. A., & Hassell, J. S. (1998). Health behavior and related factors in adolescents with a history of abortion and never-pregnant adolescents. *Health Care for Women International, 19*, 37-47. doi:10.1080/073993398246566
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). Abortion and mental health: Evidence from a 30-year longitudinal study. *British Journal of Psychiatry, 193*, 444-451. doi:10.1192/bjp.bp.108.056499
- Fergusson, D., Horwood, J., & Ridder, E. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 16-24. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x
- Fernandes, B. F. A. (2014). *Atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez* (Tese de mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª ed.). Londres: Sage.
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebé e desenvolvimento infantil* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Finer, L. B., Frohworth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2005). Reasons U.S. women have abortions: Quantitative and qualitative perspectives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 37*, 110-118. doi:10.1363/psrh.37.110.05
- Finer, L. B., Frohworth, L. F., Dauphinee, L. A., Singh, S., & Moore, A. M. (2006). Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception, 74*, 334-344. doi:10.1016/j.contraception.2006.04.010
- Fisher, C. B. (2012). *Decoding the ethics code: A practical guide for psychologists* (3ª ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Foster, D. G., Gould, H., Taylor, J., & Weitz, T. A. (2012). Attitudes and decision making among women seeking abortions at one U.S. clinic. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 44*, 117-124. doi:10.1363/4411712

- Frank, P. I., McNamee, R., Hannaford, P. C., Kay, C. R., & Hirsch, S. (1991). The effect of induced abortion on subsequent pregnancy outcome. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *98*, 1015-1024. doi:10.1111/j.1471-0528.1991.tb15340.x
- Franz, W., & Reardon, D. (1992). Differential impact of abortion on adolescents and adults. *Adolescence*, *27*(105), 161-172.
- French, R. S., & Cowan, F. M. (2009). Contraception for adolescents. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynecology*, *23*, 233-247. doi:10.1016/j.bpobgyn.2008.12.002
- Frost, J. J., Singh, S., & Finer, L. B. (2007). Factors associated with contraceptive use and nonuse, United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *39*, 90-99. doi:10.1363/3909007
- Gage, A. J. (1998). Sexual activity and contraceptive use: The components of the decision-making process. *Studies in Family Planning*, *29*, 254-266. doi:10.2307/172156
- Gameiro, S., Soares, A., Moura Ramos, M., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2008). Estudos psicométricos da versão portuguesa adaptada do Convoy Model, um questionário de avaliação da rede e apoio social. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (Coords.), *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos*. Braga: Psiquilibrios.
- Gold, M. A., Sheftel, A. V., Chiappetta, L., Young, A. J., Zuckoff, A., DiClemente, C. C., ... Primack, B. A. (2010). Associations between religiosity and sexual and contraceptive behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *23*, 290-297. doi:10.1016/j.jpjpag.2010.02.012
- Gonsalves, L., L'Engle, K. L., Tamrat, T., Plourde, K. F., Mangone, E. R., Agarwal, S., ... Hindin, M. J. (2015). Adolescent/Youth reproductive mobile access and delivery initiative for love and life outcomes (ARMADILLO) study: Formative protocol for mHealth platform development and piloting. *Reproductive Health*, *12*, 67. doi:10.1186/s12978-015-0059-y
- Grace, K. T. (2016). Caring for women experiencing reproductive coercion. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *61*, 112-115. doi:10.1111/jmwh.12369
- Griffin-Carlson, M. & Mackin, K. (1993). Parental consent: Factors influencing adolescent disclosure regarding abortion. *Adolescence*, *28*(109), 1-11.
- Guedes, M. (2008). *Interrupção voluntária da gravidez: Influência de aspetos individuais e relacionais no ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção* (Tese de mestrado integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2010). Variáveis sociodemográficas e socioculturais e ajustamento psicológico a decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psychologica*, *52*, 527-543. Retirado de <https://goo.gl/wxWP7Y>
- Heikinheimo, O., Gissler, M., & Suhonen, S. (2008). Age, parity, history of abortion and contraceptive choices affect the risk of repeat abortion. *Contraception*, *78*, 149-154. doi:10.1016/j.contraception.2008.03.013

- Helström, L., Zätterström, C., & Odland, V. (2006). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 19*, 209-213. doi:10.1016/j.jpjag.2006.02.007
- Henshaw, S., Kost, K. (1992). Parental involvement in minors' abortion. *Family Planning Perspectives, 24*(5), 196-207.
- Higgins, J. A., Popkin, R. A., & Santelli, J. S. (2012). Pregnancy ambivalence and contraceptive use among young adults in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 44*, 236-243. doi:10.1363/4423612
- Huang, Y., Zhang, X., Li, W., Song, F., Dai, H., Wang, J., ... Chen, K. (2014). A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females. *Cancer Causes & Control, 25*, 227-236. doi:10.1007/s10552-013-0325-7
- Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2007). *4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/UeR5N2>
- Johnson, M. H. (2013). A patient perspective. *Reproductive BioMedicine Online, 27*, 1-3. doi:10.1016/j.rbmo.2013.04.009
- Johnson, R., Nshom, M., Nye, A. M., & Cohall, A. T. (2010). There's always plan B: Adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception, 81*, 128-132. doi:10.1016/j.contraception.2009.08.005
- Jones, R. K., Darroch, J. E., & Henshaw, S. K. (2002). Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. *Perspective on Sexual and Reproductive Health, 34*, 294-303. doi:10.1363/3429402
- Jones, K., Eathington, P., Baldwin, K., & Sipsma, H. (2014). The impact of health education transmitted via social media or text messaging on adolescent and young adult risky sexual behavior: A systematic review of the literature. *Sexually Transmitted Diseases, 41*, 413-419. doi:10.1097/OLQ.0000000000000146
- Jones, R. K., Moore, A. M., & Frohirth, L. F. (2011). Perceptions of male support among U.S. women obtaining abortions. *Women's Health Issues, 21*, 117-123. doi:10.1016/j.whi.2010.10.007
- Katz-Wise, S., Priess, H., & Hyde, J. (2010). Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood. *Developmental Psychology, 46*, 18-28. doi:10.1037/a0017820
- Kero, A., Högberg, U., & Lalos, A. (2001). Contraceptive risk-taking in women and men facing legal abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 6*, 205-218. doi:10.1080/ejc.6.4.205.218
- Khan, R. L., & Antonucci, T. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In P. B. Baltles, & O. B. Brim (Eds), *Life span development and behavior* (vol. 3, pp. 253-368). New York: Academic Press.

- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S., & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: A review of the literature. *Archives of Women's Mental Health, 12*, 365-378. doi:10.1007/s00737-009-0084-3
- Klaczynski, P. A., Byrnes, J. P., & Jacobs, J. (2001). Introduction to the special issue: The development of decision making. *Applied Developmental Psychology, 34*, 175-187. doi:10.1016/S0193-3973(01)00081-8
- Klemetti, R., Gissler, M., Niinimäki, M., & Hemminki, E. (2012). Birth outcomes after induced abortion: A nationwide register-based study of first births in Finland. *Human Reproduction, 27*, 3315-3320. doi:10.1093/humrep/des294
- Kost, K., Singh, S., Vaughan, B., Trussell, J., & Bankole, A. (2008). Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. *Contraception, 77*, 10-21. doi:10.1016/j.contraception.2007.09.013
- Larsson, M., Aneblom, G., Odlind, V., & Tydén, T. (2002). Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 81*, 64-71. doi:10.1046/j.0001-6349.2001.00169.x
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- L'Engle, K. L., Mangone, E. R., Parcesepe, A. M., Agarwal, S., & Ippoliti, N. B. (2016). Mobile phone interventions for adolescent sexual and reproductive health: A systematic review. *Pediatrics, 138*, e20160884. doi:10.1542/peds.2016-0884
- Leppälähti, S., Gissler, M., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2012). Trends in teenage termination of pregnancy and its risk factors: A population-based study in Finland, 1987-2009. *Human Reproduction, 27*, 2829-2836. doi:10.1093/humrep/des253
- Lerner, R. M. (2006). Developmental science, developmental systems, and contemporary theories of human development. In W. Damon, & R. M. Lerner (Coords.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6<sup>a</sup> ed., pp. 1-17). Nova Iorque: John Wiley
- Lerner, R. M., Fisher, C. B., & Weinberg, R. A. (2000). Applying developmental science in the 21<sup>st</sup> century: International scholarship for our times. *International Journal of Behavioral Development, 24*, 24-29. doi:10.1080/016502500383430
- Levels, M., Need, A., Nieuwenhuis, R., Sluiter, R., & Ultee, W. (2012). Unintended pregnancy and induced abortion in the Netherlands 1954-2002. *European Sociological Review, 28*, 301-318. doi:10.1093/esr/jcq065
- Li, J., Mao, J., Du, Y., Morris, J. L., Gong, G., & Xiong, X. (2012). Health-related quality of life among with and without depression in Hubei, China. *Maternal and Child Health Journal, 16*, 1355-1363. doi:10.1007/s10995-011-0900-z

- Lim, L., Wong, H., Yong, E., & Singh, K. (2012). Profiles of women presenting for abortions in Singapore: Focus on teenage abortions and late abortions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *160*, 219-222. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.11.017
- Logan, C., Holcombe, E., Manlove, J., & Ryan, S. (2007). *The consequences of unintended childbearing: A white paper*. Washington, DC: Child Trends. Retirado de <http://goo.gl/hyn0H5>
- Machado, I. P. (2012). *Saúde sexual e reprodutiva e saúde mental: Follow-up 2 anos após a realização de uma interrupção voluntária da gravidez* (Tese de mestrado não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Madkour, A. S., Xie, Y., & Harville, E. W. (2013). The association between prepregnancy parental support and control and adolescent girls' pregnancy resolution decisions. *Journal of Adolescent Health*, *53*, 413-419. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.04.016
- Magnusson, D., & Cairns, R. (1996). Developmental science: Toward a unified framework. In R. B. Cairns, G. H. Elder, & E. J. Costello (Coords.), *Developmental Science* (pp. 7-30). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *The American Psychologist*, *64*, 863-890. doi:10.1037/a0017497
- Major, B., & Cozzarelli, C. (1992). Psychosocial predictors of adjustment to abortion. *Journal of Social Issues*, *43*, 121-142. doi:10.1111/j.1540-4560.1992.tb00900.x
- 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*, 777-784. doi:10.1001/archpsyc.57.8.777
- 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*, 735-752. doi:10.1037//0022-3514.74.3.735
- Males, M., & Chew, K. S. Y. (1996). The age of fathers in California adolescent births, 1993. *American Journal of Public Health*, *86*, 565-568. doi:10.2105/AJPH.86.4.565
- Manning, W. D., Longmore, M. A., & Giordano, P. C. (2000). The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Family Planning Perspectives*, *32*, 104-110. doi:10.1363/3210400
- Masten, A., Burt, K., & Coatsworth, J. D. (2006). Competence and psychopathology in development. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Volume 3 – Risk, disorder, and adaptation* (pp. 696-738). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Matos, M. G. de, Reis, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social (2011). *A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários: Relatório do estudo – dados nacionais 2010*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL & FMH/Universidade Técnica de Lisboa.

- Matos, M. G. de, Reis, M., Ramiro, L., Ribeiro, J. L., & Leal, I. (2014). Educação sexual em Portugal: Legislação e avaliação da implementação nas escolas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*, 335-355. Retirado de <https://goo.gl/Pcw8yK>
- Matos, M. G. de, Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Reis, M., ... Morais, M. (2010). O comportamento sexual dos adolescentes portugueses: Estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). In M. G. de Matos (Coord.), *Sexualidade, afectos e cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar* (pp. 93-158). Lisboa: Coisas de ler.
- Mavroforous, A., Koumantakis, E., & Michalodimitrakis, E. (2004). Adolescence and abortion in Greece: Women's profile and perceptions. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology, 17*, 321-326. doi:10.1016/j.jpag.2004.06.007
- Mendonça, M., Andrade, C., & Fontaine, A. M. (2009). Transição para a idade adulta e adultez emergente: Adaptação do Questionário de Marcadores da Adultez junto de jovens portugueses. *Psychologica, 51*, 147-168. Retirado de <https://goo.gl/XCiSGJ>
- Miller, W. B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues, 48*, 67-93. doi:10.1111/j.1540-4560.1992.tb00898.x
- Mills, T., & Lavender, T. (2014). Advanced maternal age. *Obstetrics, Gynecology & Reproductive Medicine, 24*, 85-90. doi:10.1016/j.ogrm.2014.01.004
- Molloy, G. J., Graham, H., & Mcguinness, H. (2012). Adherence to the oral contraceptive pill: A cross-sectional survey of modifiable behavioural determinants. *BMC Public Health, 12*, 838. doi:10.1186/1471-2458-12-838
- Moreau, C., Trussell, J., & Bajos, N. (2012). Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *Journal of Adolescent Health, 50*, 389-394. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.07.013
- Moreau, C., Trussell, T., Desfreres, J., & Bajos, N. (2010). Patterns of contraceptive use before and after an abortion: Results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception, 82*, 337-344. doi:10.1016/j.contraception.2010.03.011
- Morgado, A. P., Coutinho, E., & Duarte, J. (2013). As jovens e a contraceção de emergência: Vivências da sexualidade. *Millenium, 44*, 141-169. Retirado de <http://goo.gl/tAetWz>
- Mota, N., Burnett, M., & Sareen J. (2010). Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behavior in a nationally representative sample. *The Canadian Journal of Psychiatry, 55*, 239-247. doi:10.1177/070674371005500407
- Naseem, K., Khurshid, S., Khan, S. F., Moeen, A., Farooq, M. U., Sheikh, S., ... Yawar, A. (2011). Health related quality of life in pregnant women: A comparison between urban and rural populations. *Journal of the Pakistan Medical Association, 6*, 308-312. Retrieved from <http://goo.gl/3BvcBm>
- Needle, R., & Walker, L. (2008). *Abortion Counseling*. New York: Springer Publishing Company.
- Noya, A., & Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise Psicológica, 3(XVI)*, 431-139. Retirado de <https://goo.gl/HGSNYq>

- Nunes, M. T. (2005). Conhecimento e utilização da contracepção de emergência em alunas do ensino secundário em Guimarães. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 247-256. Retirado de <http://goo.gl/G4WYaV>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). *Código deontológico*. Lisboa: Edição do autor.
- Organização Mundial de Saúde. (1970). *L'avortement spontané ou provoqué: Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS*. Genebra: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/jOIHQX>
- Organização Mundial de Saúde. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting*. Genebra: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/1zeLYr>
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Regional strategy on sexual and reproductive health*. Copenhaga: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/3mTDib>
- Organização Mundial de Saúde. (2004a). *Contraception: Issues in adolescent health and development*. Genebra: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/R4nHVS>
- Organização Mundial de Saúde. (2004b). *Medical eligibility criteria for contraceptive use, 3<sup>rd</sup> edition*. Genebra: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/IJ5D6q>
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002*. Genebra: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/Bxfj41>
- Organização Mundial de Saúde. (2012a). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems: Second edition*. Genebra: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/rzh5OI>
- Organização Mundial de Saúde. (2012b). *European Health for all database*. Genebra: Edição do autor. Retirado de <https://goo.gl/aNkPtU>
- Ourô, A. M., & Leal, I. P. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não: O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 441-446. Retirado de <https://goo.gl/C4PQn3>
- Palen, L. A., Smith, E., Caldwell, L. L., Flisher, A. J., Wegner, L., & Vergnani, T. (2008). Inconsistent reports of sexual intercourse among South African high school students. *Journal of Adolescent Health*, 42, 221-227. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.08.024
- Pauwels, E., & European Commission. (2007). *Ethics for researchers: Facilitating research excellence in FP7*. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.
- Pearson, V. A. H., Owen, M., Phillips, D., Gray, D., & Marshal, M. (1995). Teenage pregnancy: A comparative study of teenage choosing termination of pregnancy or antenatal care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(7), 384-388. Retirado de <https://goo.gl/2nfWYf>
- Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: A population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 424-428. doi:10.1177/1403494807088449
- Pereira, A. I. (2001). *Contextos relacionais de vulnerabilidade e proteção para a gravidez na adolescência* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em português europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia, 9*(2), 109-123. Retirado de <https://goo.gl/PqEZDH>
- Pereira, S., Morais, M., & Matos, M. G. de (2010). Sexualidade, comportamentos sexuais e VIH/SIDA. In M. G. de Matos (Coord.), *Sexualidade, afectos e cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar* (pp. 19-31). Lisboa: Coisas de ler.
- Peres, S. O., & Heilborn, M. L. (2006). Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: O avesso da gravidez na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública, 22*, 1411-1420. doi:10.1590/S0102-311X2006000700006
- Perrucci, A. C. (2012). *Decision Assessment and Counseling in Abortion Care: Philosophy and Practice*. New York, NY: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Phipps, M. G., Rosengard, C., Weitzen, S., Meers, A., & Billinkoff, Z. (2008). Age group differences among pregnant adolescents: Sexual behavior, health habits and contraceptive use. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology, 21*, 9-15. doi:10.1016/j.jpag.2007.07.009
- Phipps, M. G., & Sowers, M. (2002). Defining early adolescent childbearing. *American Journal of Public Health, 92*, 125-128. doi:10.2105/AJPH.92.1.125
- Picavet, C., Goenee, M., & Wijnen, C., (2013). Characteristics of women who have repeat abortions in the Netherlands. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 18*, 327-334. doi:10.3109/13625187.2013.820824
- Pires, R. (2009). *Contributo para a compreensão da etiologia e impacto da gravidez na adolescência: A influência de variáveis sociodemográficas e de variáveis relacionais, passadas e presentes, no ajustamento socioemocional de um grupo de grávidas adolescentes* (Tese de mestrado integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pires, R. (2014). *Percursos conducentes à maternidade adolescente em Portugal*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2014). Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support. *Maternal and Child Health Journal, 18*, 789-800. doi:10.1007/s10995-013-1303-0
- Pires, R., Pereira, J., Araújo Pedrosa, A., Bombas, T., Vilar, D., Vicente, L., & Canavarro, M. C. (2014). Trajetórias relacionais e reprodutivas conducentes à gravidez na adolescência: A realidade nacional e regional portuguesa. *Acta Médica Portuguesa, 27*, 543-555. Retirado de <http://goo.gl/g24oto>
- Pires, R., Pereira, J., Araújo Pedrosa, A., Vilar, D., Vicente, L., & Canavarro, M. C. (2015). Contributo de fatores individuais, sociais e ambientais para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência: Um estudo caracterizador da realidade portuguesa. *Análise Psicológica, 33*, 19-38. doi:10.14417/ap.827

- Poggenpoel, M., & Myburgh, C. P. H. (2002). The developmental implications of a termination of pregnancy on adolescents with reference to the girl and her partner. *Education, 122*(4), 731-741.
- Pope, L. M., Adler, N. E., & Tschann, J. M. (2001). Post abortion psychological adjustment: Are minors at increased risk? *Journal of Adolescent Health, 29*, 2-11. doi:10.1016/S1054-139X(01)00212-9
- PORDATA. (2015). *Taxa bruta de natalidade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <https://goo.gl/5APuze>
- PORDATA. (2016a). *Idade média ao primeiro casamento, por sexo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <https://goo.gl/aZA38z>
- PORDATA. (2016b). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <https://goo.gl/ECWzDQ>
- PORDATA. (2016c). *Taxa de desemprego: total e por sexo*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <https://goo.gl/3jQvHn>
- PORDATA. (2016d). *Taxa de desemprego: total e por grupo etário*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <https://goo.gl/nBGpUy>
- Power, M. J. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov, & C. Gudex (Coords.), *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys* (pp. 145-163). Amsterdão: IOS Press.
- Prucha, B. S. S. (2013). *Interrupção da gravidez opcional na Maternidade Júlio Dinis: Análise e caracterização da população no ano 2012*. (Tese de mestrado integrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Quinton, W., Major, B., & Richards, C. (2001). Adolescents and adjustment to abortion: Are minors at greater risk? *Psychology, Public Policy and Law, 7*, 491-514. doi:10.1037/1076-8971.7.3.491
- Ralph, L. J., Gould, H., Baker, A., & Foster, D. G. (2014). The role of parents and partners in minors' decisions to have an abortion and anticipated coping after abortion. *Journal of Adolescent Health, 54*, 428-434. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.09.021
- Ralph, L. J., Greene, D., Kimport, K., Turok, D., & Roberts, S. C. M. (2016). Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception, 95*, 269-278. doi:10.1016/j.contraception.2016.09.008
- Regushevskaya, E., Dubikaytis, T., Nikula, M., Kuznetsova, O., & Hemminki, E. (2009). Contraceptive use and abortion among women in St. Petersburg, Russia. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 41*, 51-58. doi:10.1111/j.1931-2393.2009.04115109.x
- Renner, R. M., Guzman, A., & Brahmí, D. (2014). Abortion care for adolescent and young women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 126*, 1-7. doi:10.1016/j.ijgo.2013.07.034

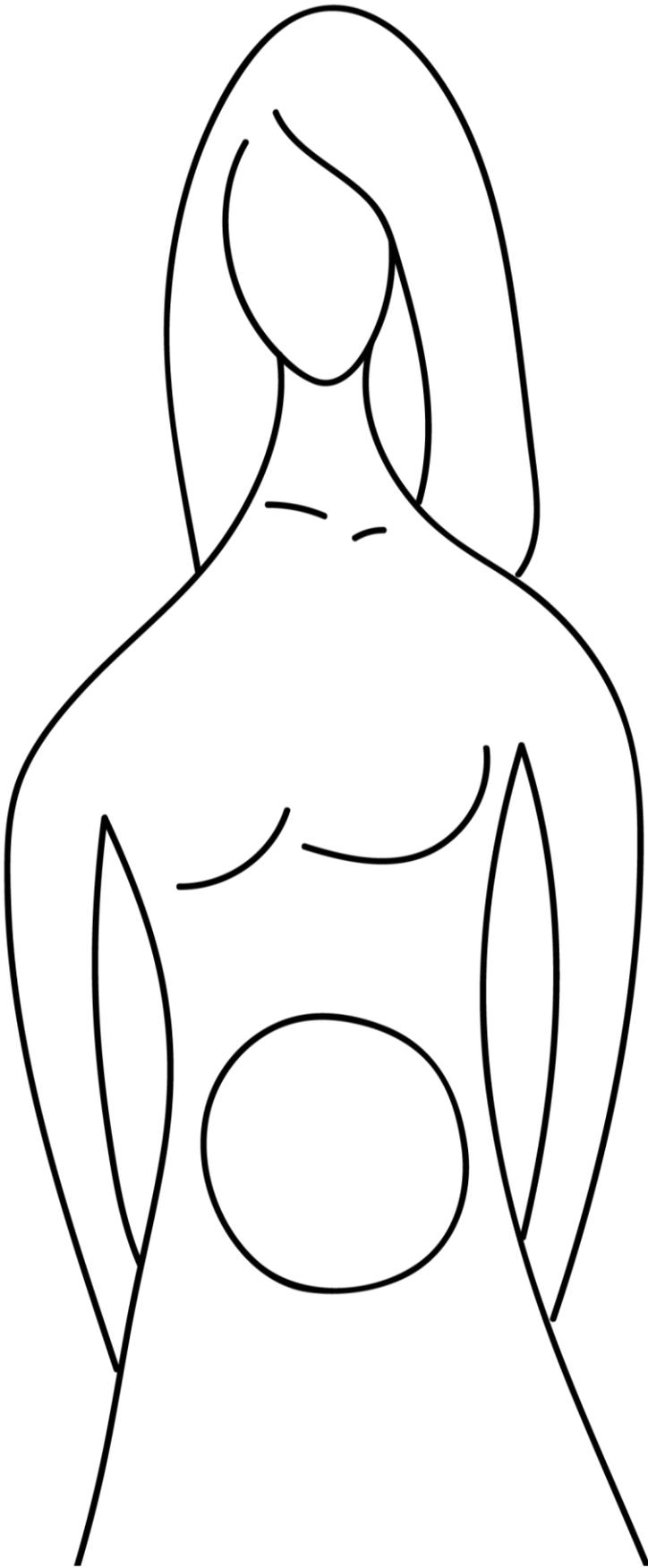
- Resnick, M. D., Bearinger, L. H., Stark, P., & Blum, R. W. (1994). Patterns of consultation among adolescent minors obtaining an abortion. *The American Journal of Orthopedics*, *64*, 310-316. doi:10.1037/h0079523
- Ribeiro, J. L. P., & Araújo, T. (1998). Atitudes de técnicos de saúde e interrupção voluntária da gravidez. *Análise Psicológica*, *3(XVI)*, 469-479. Retirado de <https://goo.gl/eZSJyg>
- Robinson, G., Stotland, N., Russo, N., Lang, J., & Occhiogrosso, M. (2009). Is there an abortion trauma syndrome? Critiquing the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, *17*, 268-269. doi:10.1080/10673220903149119
- Rorbye, C., Nørgaard, M., & Nilas, L. (2005). Medical versus surgical abortion: Comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Human Reproduction*, *20*, 834-838. doi:10.1093/humrep/deh643
- Rose, E., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Sales, J. M., Latham, T. P., Crosby, R. A., ... Hardin, J. (2009). The validity of teens' and young adults' self-reported condom use. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *163*, 61-64. doi:10.1001/archpediatrics.2008.509
- Rossier, C., Michelot, F., Bajos, N., & COCON Group (2007). Modeling the process leading to abortion: An application to French survey data. *Studies in Family Planning*, *38*, 163-172. doi:10.1111/j.1728-4465.2007.00128.x
- Rousset, C., Brulfert, C., Séjourné, N., Goutaudier, N., & Chabrol, H. (2011). Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *29*, 506-517. doi:10.1080/02646838.2012.654489
- Rowlands, S. (2008). The decision to opt for abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, *34*, 175-180. doi:10.1783/147118908784734765
- Rue, V., Coleman, P. K., & Reardon, D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medicine Science Monitoring*, *10*, SR5-16. Retirado de <https://goo.gl/pa9n2N>
- Sampaio, M. G. L., Chaves, I., & Dias, A. (2000). Contraceção hormonal oral. *Acta Médica Portuguesa*, *13*, 231-236. Retirado de <http://goo.gl/i4V1DE>
- Santelli, J. S., Speizer, I. S., Avery, A., & Kendall, C. (2006). An exploration of the dimensions of pregnancy intentions among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. *American Journal of Public Health*, *96*, 2009-2015. doi:10.2105/AJPH.2005.064584
- Santos, N. (2010). *Interrupção voluntária da gravidez, satisfação conjugal e apoio social: Que impacto?* (Tese de mestrado integrado não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Sathe, P. A., Chaudhari, K. R., & Parikh, N. S. (2012). Immediate complications and subsequent reproductive outcome after medical abortion: Hospital based cross sectional study. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, *4*, 1975-1978. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20151297

- Schmidt, S., Mühlan, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health, 16*, 420-428. doi:10.1093/eurpub/cki155
- Sedgh, G., Bankole, A., Singh, S., & Eilers, M. (2012). Legal abortion levels and trends by woman's age at termination. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38*, 143-153. doi:10.1363/3814312
- Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A., & Singh, S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: Levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health, 56*, 223-230. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.007
- Sedlecky, K., & Stanković, Z. (2016). Contraception for adolescents after abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 21*, 4-14. doi:10.3109/13625187.2015.1082175
- Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico no processo de decisão. *Revista Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade, 1*, 65-81. Retirado de <https://goo.gl/MeQSBw>
- Setse, R., Grogan, R., Pham, L., Cooper, L. A., Strobino, D., Powe, N. R., & Nicholson, W. (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: The Health Status in Pregnancy (HIP) study. *Maternal and Child Health Journal, 13*, 577-587. doi:10.1007/s10995-008-0392-7
- Sihvo, S., Bajos, N., Ducot, B., & Kaminski, M. (2003). Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*, 601-605. doi:10.1136/jech.57.8.601
- Silva, H. M., Ferreira, S., Águeda, S., Almeida, A. F., Lopes, A., & Pinto, F. (2012). Sexualidade e risco de gravidez na adolescência: Desafios de uma nova realidade pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa, 43*, 8-15. Retirado de <http://goo.gl/4tzDs9>
- Silva, M. O. da, Jahn, A., Olsen, J., Karro, H., Temmerman, M., Gissler, M., ... Hannaford, P. (2011). The reproductive health report: The state of sexual and reproductive health within the European Union. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 16*, S1-S70. doi:10.3109/13625187.2011.607690
- Skevington, S., Lotfy, M., & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-Bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial - A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research, 13*, 299-310. doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Soares, I. (2000). Introdução à psicopatologia do desenvolvimento: Questões teóricas e de investigação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 11-43). Coimbra: Quarteto Editora.
- Speckhard, A., & Rue, V. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues, 48*, 95-119. doi:10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x

- Steinberg, L., Albert, D., Cauffman, E., Banich, M., Graham, S., & Woolard, J. (2008). Age differences in sensation seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report: Evidence for a dual systems model. *Developmental Psychology, 44*, 1764-1778. doi:10.1037/a0012955
- Steinberg, J. R., & Finer, L. B. (2011). Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science & Medicine, 72*, 72-82. doi:10.1016/j.socscimed.2010.10.006
- Stotland, N. L. (2001). Psychiatric aspects of induced abortion. *Archives of Women Mental Health, 4*, 27-31. doi:10.1097/NMD.0b013e318225f135
- Sumter, S. R., Bokhorst, C. L., Steinberg, L., & Westenberg, P. M. (2009). The developmental pattern of resistance to peer influence in adolescence: Will the teenager ever be able to resist? *Journal of Adolescence, 32*, 1009-1021. doi:10.1016/j.adolescence.2008.08.010
- Taddeo, D., Egedy, M., & Frappier, J. (2008). Adherence to treatment in adolescents. *Paediatrics and Child Health, 13*(1), 19-24. Retirado de <https://goo.gl/ZuPkCf>
- Taylor, D. J., Chavez, G. F., Adams, E. J., Chabra, A., & Shah, R. S. (1999). Demographic characteristics in adult paternity for first births to adolescents under 15 years of age. *Journal of Adolescent Health, 24*, 251-258. doi:10.1016/S1054-139X(98)00122-0
- Temmerman, M., Foster, L. B., Hannaford, P., Cattaneo, A., Olsen, J., Bloemenkamp, ... da Silva, M. O. (2006). Reproductive health indicators in the European Union: The REPROSTAT project. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 126*, 3-10. doi:10.1016/j.ejogrb.2005.11.047
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*, 24-56. doi:10.1080/00207411.1994.11449286
- Treffers, P. E., Olukoya, A. A., Ferguson, B. J., & Liljestrand, J. (2001). Care for adolescent pregnancy and childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75*, 111-121. doi:10.1016/S0020-7292(01)00368-X
- Tripp, J., & Viner, R. (2005). Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *BMJ, 330*, 590-593. doi:10.1136/bmj.330.7491.590
- Truong, H.-H. M., Kellogg, T., McFarland, W., Kang, M.-S., Darney, P., & Drey, E. A. (2006). Contraceptive intentions among adolescents after abortion. *Journal of Adolescent Health, 39*, 283-286. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.11.025
- Vale, M. C. (s. d.). *Ensaios clínicos em populações vulneráveis*. Retirado de <https://goo.gl/sB52wv>
- Vale, M. C., & Oliveira, G. (s. d.). *Consentimento informado em menores*. Retirado de <https://goo.gl/WvbuKR>
- Valle, A. K., Torgersen, L., Røysamb, E., Klepp, K. I., & Thelle, D. S. (2005). Social class, gender and psychosocial predictors for early sexual debut among 16 year olds in Oslo. *European Journal of Public Health, 15*, 185-194. doi:10.1093/eurpub/cki121
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da

- Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49. Retirado de <https://goo.gl/PH9ysY>
- Vikat, A., Rimpela, A., Kosunen, E., & Rimpela, M. (2002). Sociodemographic differences in the occurrence of teenage pregnancies in Finland in 1987-1998: A follow up study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 659-668. doi:10.1136/jech.56.9.659
- Vilar, D. (2012). Posfácio. In M. G. Matos, M. Reis, L. Ramiro, & Equipa Aventura Social (Coords.), *A saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários: Relatório do estudo – dados nacionais* (pp. 109-112). Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL & FMH/Universidade Técnica de Lisboa.
- Virk, J., Zhang, J., & Olsen, J. (2007). Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 357, 648-653. doi:10.1056/NEJMoa070445
- Wang, R. H., & Chiou, C. J. (2008). Relative contribution of intrapersonal and partner factors to contraceptive behaviour among Taiwanese female adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 40, 131-136. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00217.x
- Warren, J. T., Harvey, S. M., & Henderson, J. T. (2010). Do depression and low self-esteem follow abortion among adolescents? Evidence from a national study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42, 230-235. doi:10.1363/4223010
- Wheeler, S. R., & Austin, J. K. (2001). The impact of early pregnancy loss. *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 26, 154-159. doi:10.1097/00005721-200105000-00014
- Weinberger, D. R., Elvegag, B., & Giedd, J. N. (2005). *The adolescent brain: A work in progress*. Retirado de <https://goo.gl/a5gTy5>
- Westhoff, C., Picardo, L., & Morrow, E. (2003). Quality of life following early medical or surgical abortion. *Contraception*, 67, 41-47. doi:10.1016/S0010-7824(02)00444-4
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558. Retirado de <http://goo.gl/1udO2Y>
- World Medical Association. (2000). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 284, 3043-3045. doi:10.1001/jama.284.23.3043
- Zavodny, M. (2001). The effect of partners' characteristics on teenage pregnancy and its resolution. *Family Planning Perspective*, 33, 192-205. doi:10.1363/3319201
- Zhou, W., & Olsen, J. (2003). Are complications after an induced abortion associated with reproductive failures in a subsequent pregnancy? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 177-181. doi:10.1034/j.1600-0412.2003.00005.x

Zink, T. M., Shireman, T. I., Ho, M., & Buchanan, T. (2002). High-risk teen compliance with prescription contraception: An analysis of Ohio Medicaid claims. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 15, 15-21. doi:10.1016/S1083-3188(01)00134-6



**Anexos**



## **Anexo I**

Lista das Instituições onde  
decorreu a recolha de amostra



Quadro 1| Instituições onde decorreu a recolha de amostra, por região (NUTS II, 2002) e grupo alvo da recolha

Instituição	Grupo alvo da recolha de dados	
	IVG	ASHG
<b>Norte</b>	<b>IVG</b>	<b>ASHG</b>
Centro Hospitalar do Porto, EPE – Maternidade Júlio Dinis	✓	
Centro Hospitalar de São João, EPE – Hospital de São João	✓	
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Unidade II	✓	
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE – Hospital de São Sebastião, EPE	✓	
Instituto Português do Desporto e Juventude de Braga – Gabinete de Saúde Juvenil		✓
Associação para o Planeamento da Família (APF) Norte – Centro de Atendimento a Jovens		✓
Escola Profissional de Braga		✓
Escola E.B. 2/3 Dr. Leonardo Coimbra		✓
<b>Centro</b>	<b>IVG</b>	<b>ASHG</b>
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – Hospital Infante D. Pedro	✓	
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE – Maternidade Daniel de Matos	✓	
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE – Maternidade Bissaya Barreto	✓	
Centro Hospitalar de Leiria Pombal, EPE – Hospital de Santo André	✓	
Escola Secundária Afonso de Albuquerque		✓
EnsiGuarda – Escola Profissional da Guarda		✓
Escola Secundária Avelar Brotero		✓
Escola Secundária c/3.º Ciclo de Pinhel		✓
<b>Lisboa e Vale do Tejo</b>	<b>IVG</b>	<b>ASHG</b>
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Maternidade Alfredo da Costa	✓	
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – Hospital De São Bernardo	✓	
Clínica dos Arcos	✓	
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria	✓	
APF Lisboa, Tejo e Sado – Centro de Atendimento a Jovens		✓
Escola Secundária Baixa da Banheira		✓
Escola Secundária do Lumiar		✓
Escola Secundária Dom Manuel Martins		✓
Escola Profissional de Setúbal		✓
<b>Alentejo</b>	<b>IVG</b>	<b>ASHG</b>
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano; EPE – Hospital Dr. José Maria Grande	✓	
APF Alentejo – Centro de atendimento a Jovens		✓
Escola Secundária com 3º ciclo D. Manuel I		✓
<b>Algarve</b>	<b>IVG</b>	<b>ASHG</b>
Hospital de Faro, EPE	✓	
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio, EPE	✓	
Escola E.B. 2/3 Poeta Bernardo Passos		✓
Escola Secundária Manuel Teixeira Gomes		✓
<b>Região Autónoma dos Açores (ilha) - continuação</b>	<b>IVG</b>	<b>ASHG</b>
Escola Básica Integrada da Praia da Vitória (Terceira)		✓
Escola Básica Integrada de Angra do Heroísmo (Terceira)		✓
Escola Profissional da Praia da Vitória (Terceira)		✓
Escola Secundária Jerónimo Emiliano de Andrade (Terceira)		✓
Escola Básica Integrada dos Biscoitos (Terceira)		✓
Escola Básica Integrada da Horta (Faial)		✓
Escola Secundária Manuel de Arriaga (Faial)		✓
Escola Profissional da Horta (Faial)		✓
<b>Região Autónoma da Madeira</b>	<b>IVG</b>	<b>ASHG</b>
Serviço de Saúde da RAM, EPE – Hospital Dr. Nélcio Mendonça	✓	
Centro de Saúde da Nazaré		✓
Centro Saúde Funchal – Bom Jesus		✓
Escola Básica e Secundária de Santa Cruz		✓
<b>Total: 44</b>	<b>Total: 16</b>	<b>Total: 28</b>



## **Anexo II**

### Estudo Empírico

Contributo de fatores individuais, sociais e ambientais para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência: Um estudo caracterizador da realidade portuguesa

RAQUEL PIRES, JOANA PEREIRA, ANABELA ARAÚJO PEDROSA, DUARTE VILAR, LISA VICENTE,  
& MARIA CRISTINA CANAVARRO

2015

*Análise Psicológica*  
Volume 33  
Páginas: 19-38  
doi:10.14417/ap.827



## Resumo

Foi nosso objetivo explorar o contributo simultâneo de fatores individuais, sociais e ambientais e das possíveis interações entre eles para a decisão de prosseguir uma gravidez adolescente à luz do atual quadro legislativo que despenaliza a interrupção da gravidez por opção da mulher, em Portugal. A amostra foi constituída por 276 adolescentes que engravidaram de forma não planeada e contactaram com os serviços de saúde dentro do prazo legal que lhes permitiria optar pela interrupção: 133 adolescentes que prosseguiram a gravidez e 143 que a interromperam. Os dados foram recolhidos entre 2008 e 2013 em 53 serviços de saúde de todas as regiões. Não ter ponderado as duas alternativas possíveis (prosseguimento/interrupção), pertencer a famílias de baixo nível socioeconómico e com história de maternidade adolescente, ter abandonado a escola e residir em áreas com maior densidade populacional e onde a população feminina é menos escolarizada foram fatores explicativos do prosseguimento da gravidez. A menor idade da adolescente associou-se com o prosseguimento apenas quando não foram ponderadas ambas as alternativas. O efeito da religiosidade local variou de acordo com o envolvimento religioso da adolescente. Estes resultados têm importantes implicações para a prática clínica e investigação na área da decisão reprodutiva na adolescência.

Palavras-chave: decisão reprodutiva, gravidez na adolescência, interrupção voluntária da gravidez, maternidade.

## Abstract

The aim of the current study was to explore the simultaneous contribution of individual, social, and environmental factors, as well as the possible interactions between them to the decision to continue an adolescent pregnancy after the abortion on women's demand has been legalized in Portugal. The sample consisted of 276 adolescents who became unintentionally pregnant and contacted with healthcare services within the legal period for induced abortion: 133 adolescents who chose to continue the pregnancy and 143 who chose to terminate the pregnancy. Data were collected between 2008 and 2013, in 53 healthcare centers of all country areas. Not having thought about both available options (i.e., continuing vs. terminating the pregnancy), belonging to families of low socioeconomic status and with adolescent pregnancy history, having dropped out of school and having lived in areas with higher population density and less educated females predicted the decision to continue the pregnancy. The lower the adolescents' age, the more frequent was the decision to continue the pregnancy, but only when adolescents' had not thought about both options. The effect of local religiosity differed according to the adolescents' religious involvement. These findings have important implications for clinical practice and research on adolescents' reproductive decisions.

Keywords: abortion, adolescent pregnancy, motherhood, reproductive decision.

## Introdução

Cerca de 4% dos nascimentos portugueses ocorrem em mulheres com menos de 20 anos (PORDATA, 2013b). Este fenómeno é mais frequente em Portugal do que na maioria dos países da União Europeia (United Nations Population Found [UNPF], 2013), o que constitui uma preocupação premente à luz das mudanças sociais que marcaram as últimas décadas. Espera-se atualmente que o papel da mulher na sociedade vá além das tradicionais funções de esposa e de mãe e, como tal, que as jovens concluam os seus estudos e ingressem no mercado de trabalho antes da transição para a maternidade (Canavarró & Pereira, 2001; UNPF, 2013). A par destas expectativas, a recente despenalização da interrupção voluntária da gravidez quando realizada, por opção da mulher, nas 10 primeiras semanas de gravidez (IVG, Lei n.º 16/2007; Assembleia da República [AR], 2007a) e a sua crescente disponibilização em serviços de saúde públicos de todo o país (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2009, 2013) têm contribuído para que o processo de tomada de decisão entre o prosseguimento e a interrupção da gravidez se coloque cada vez em caso de gravidez adolescente. No entanto, 62% das adolescentes que engravidam tornam-se mães (DGS, 2013; PORDATA, 2013b); entre aquelas que não planearam a gravidez, estima-se que 46% a tenham prosseguido por opção, dado que tinham enquadramento legal para a IVG (Pires, Pereira, Araújo Pedrosa, & Canavarró, 2013). Uma vez que esta decisão poder ter implicações imediatas e duradouras para o desenvolvimento e saúde das jovens (Figueiredo, Pacheco, & Magarinho, 2004; Pires, Araújo Pedrosa, & Canavarró 2014) e dos seus filhos (Black et al., 2002; Kashan, Baker, & Kenny, 2010), e dado que não são do nosso conhecimento estudos nacionais sobre o tema, torna-se necessário explorar os fatores que contribuem para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência à luz do atual quadro legislativo português. Tal conhecimento poderá contribuir para uma atuação mais informada e ajustada às características e aos contextos de vida destas jovens por parte dos profissionais de saúde envolvidos no apoio ao processo de tomada de decisão e à posterior adaptação da jovem à sua decisão reprodutiva.

### Compreensão da decisão reprodutiva na adolescência

Até à data da despenalização da IVG verificaram-se dificuldades incontornáveis ao nível da investigação sobre a decisão reprodutiva subjacente ao prosseguimento ou à interrupção de uma gravidez não planeada na realidade sociocultural portuguesa. No caso da população adolescente, conhecemos apenas um estudo que se debruçou sobre a questão (Ourô & Leal, 1998). Após a despenalização, alguns trabalhos proporcionaram contributos importantes para a compreensão do perfil sociodemográfico e clínico das mulheres que optam pela IVG (Canário, 2009; Guedes, 2008; Pereira, Pires, & Canavarró, 2013; Pimenta, 2010; Santos, 2010). No entanto, estes estudos

são no geral unicêntricos e descritivos, não tendo como objetivo a análise dos fatores que influenciam a decisão reprodutiva, nem das especificidades da mesma entre adolescentes.

Internacionalmente, o modelo bioecológico (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998) tem vindo a ser considerado uma grelha adequada para a compreensão da decisão reprodutiva na adolescência. De acordo com este modelo, os estudos têm salientado o contributo de fatores de diferentes níveis de influência e das suas interações recíprocas para a determinação desta decisão. Os fatores mais mencionados dizem respeito a características individuais (e.g., desenvolvimentais e comportamentais), às características dos principais sistemas sociais em que o desenvolvimento ocorre (e.g., família, escola e religião) e à interação que o indivíduo mantém com os mesmos. Também as características ambientais (i.e., condições culturais e económicas dos locais de residência) têm sido referidas (Evans, 2001; Lee, Clements, Ingham, & Stone, 2004; Murry, 1995).

No entanto, os estudos que abordam o efeito de fatores de diferentes níveis de influência, propondo-se a testar as possíveis interações entre eles, são escassos (Evans, 2001; Murry, 1995). Verifica-se ainda que nestes e em vários outros estudos (e.g., Coleman, 2006; Lee et al., 2004; Madkour, Xie, & Harville, 2013) a análise dos fatores de influência é feita com base no resultado reprodutivo (i.e., gravidez levada a termo vs. gravidez interrompida). Por si só, este resultado não reflete todas as questões essenciais à compreensão da decisão reprodutiva. A limitação mais relevante parece-nos ser a de que este resultado não incorpora a existência ou não de oportunidade legal para a interrupção. Acresce que as restrições legais e condições de realização da interrupção (e.g., prazos legais e acessibilidade aos serviços) variam de acordo com o país em causa. Todas estas variáveis podem comportar diferenças assinaláveis ao nível dos fatores explicativos da decisão reprodutiva (Adamczyk, 2008; Murry, 1995; Peres & Heilborn, 2006; Stotland, 1996).

Por estas razões, e com vista a uma maior compreensão da decisão reprodutiva na adolescência em Portugal, reveste-se de particular importância explorar simultaneamente o contributo dos fatores individuais, sociais e ambientais apontados na literatura, tendo em conta as possíveis interações entre eles e as especificidades nacionais ao nível da despenalização da IVG.

## Fatores explicativos a decisão reprodutiva na adolescência

### *Individuais*

A idade, as competências cognitivas, a autonomia da jovem no processo de decisão e o padrão contraceptivo prévio têm sido as variáveis individuais mais apontadas como suscetíveis de influenciar a decisão reprodutiva.

Relativamente à idade, os resultados têm sido inconsistentes. Enquanto alguns autores concluem que as adolescentes mais novas optam mais frequentemente pelo prosseguimento da gravidez (Murry, 1995; Ourô & Leal, 1998), outros reportam resultados inversos (Miller & Moore, 1990; Zabin & Hayward, 1993) ou a inexistência de diferenças ao nível da idade entre as jovens que prosseguem a gravidez e aquelas que a interrompem (Evans, 2001; Madkour et al., 2013). Por um lado, esta incongruência poderá dever-se a variações metodológicas entre os estudos (e.g., resultados avaliados, controlo do planeamento da gravidez, amostras referentes a populações específicas) e a diferenças legais/socioculturais relativas à interrupção (e.g., restrições legais, envolvimento/consentimento parental, acessibilidade prática ao procedimento). Por outro lado, consideramos que as discrepâncias poderão igualmente dever-se à não consideração das possíveis interações entre a idade e duas características do desenvolvimento adolescente que têm sido apontadas como influentes nos seus processos de tomada de decisão em contexto reprodutivo: a capacidade cognitiva para ponderar as alternativas possíveis e a autonomia no processo de decisão.

A incapacidade de abstração para, de forma espontânea, ponderar as alternativas possíveis tem sido apontada como uma das principais vulnerabilidades cognitivas da população adolescente face a tomadas de decisão complexas (Halpern-Felsher & Cauffman, 2001; Klaczynski, Byrnes, & Jacobs, 2001). Segundo Murry (1995), quanto mais nova é a adolescente, menores são as suas capacidades para ponderar as alternativas possíveis e, portanto, menor a probabilidade de identificar os maiores custos que a maternidade poderá trazer à sua vida, por comparação com os custos de uma interrupção. Consequentemente, maior será a sua predisposição para prosseguir a gravidez. De forma congruente com esta perspetiva, os resultados de Pires et al. (2013) revelam que 85% das adolescentes que prosseguem uma gravidez não planeada com enquadramento para a IVG não ponderaram a possibilidade de interromper a gravidez. No entanto, alguns autores chamam a atenção para a inexistência de uma relação inequívoca entre a idade da adolescente e as suas competências para o processo de tomada de decisão (Halpern-Felsher & Cauffman, 2001; Klaczynski et al., 2001). Em função destas evidências, parece-nos possível hipotetizar que os resultados inconsistentes relativamente ao efeito da idade na decisão reprodutiva possam dever-se às diferentes oportunidades que as jovens da mesma idade podem ter para ponderar as alternativas possíveis e, assim, identificar as respetivas consequências. Neste sentido, é de esperar que as jovens mais novas decidam prosseguir a gravidez apenas quando a ponderação das duas alternativas possíveis não se verificar.

Outra característica inerente ao desenvolvimento adolescente que poderá influenciar processos de tomada de decisão complexos é a autonomia no processo de decisão (Klaczynski et al., 2001). Os resultados de alguns estudos sugerem que as adolescentes mais novas poderão interromper mais frequentemente a gravidez por estarem mais sujeitas à interferência de adultos significativos na sua decisão (Coleman, 2006; Henshaw & Kost, 1992; Lee et al., 2004). De acordo com esta perspetiva, os resultados de Evans (2001) revelam que as adolescentes que prosseguem

a gravidez sofrem menores níveis de interferência de outros na sua decisão do que os seus pares que interrompem a gravidez. Relativamente ao contexto português, apesar da inexistência de dados sobre a interferência de outros na decisão de interromper a gravidez, os resultados de Pires et al. (2013) indicam que apenas cerca de 5% das adolescentes que prosseguem uma gravidez não planeada com enquadramento para a IVG foram influenciadas por outros na sua decisão. No entanto, alguns estudos internacionais chamam a atenção para a possível inexistência de uma relação linear entre a idade e a autonomia da jovem na decisão reprodutiva (Klaczynski et al., 2001; Lee et al., 2004). Acresce que a realização de uma IVG por menores de 16 anos em Portugal exige o consentimento do representante legal da adolescente (AR, 2007a), mas, à semelhança dos demais países (Stotland, 1996), a opção pelo prosseguimento da gravidez pode ser feita de forma autónoma, independentemente da idade da jovem. Como tal, parece-nos possível hipotetizar que os resultados inconsistentes relativamente ao efeito da idade na decisão reprodutiva possam igualmente dever-se a diferentes níveis de envolvimento de adultos significativos na decisão de jovens da mesma idade. É de esperar que as adolescentes mais novas optem pela interrupção de forma mais frequente quando não são o principal agente da decisão, mas que possam optar de forma mais frequente pelo prosseguimento quando são os principais agentes da decisão.

Relativamente ao padrão contraceptivo prévio, os estudos são consensuais, sendo possível concluir que a utilização de contraceção à data da conceção é mais frequente entre as jovens que prosseguem a gravidez do que entre as que a interrompem (Murry, 1995). Estes efeitos têm sido explicados à luz da maior predisposição das jovens que não utilizam contraceção para comportamentos de risco no geral e no contexto reprodutivo, em particular, nos quais os autores incluem a interrupção de gravidez (Coleman, 2006).

### *Sociais*

No que diz respeito aos principais sistemas sociais em que o desenvolvimento ocorre, bem como às interações que a adolescente estabelece com os mesmos, as características familiares e o envolvimento escolar e religioso são as variáveis que, de forma mais consensual, têm sido referidas como explicativas da decisão reprodutiva. Pertencer a famílias não intactas (i.e., monoparentais, reconstituídas ou que não incluam nenhum dos pais biológicos; Evans, 2001; Murry, 1995), com história materna de gravidez adolescente (Evans, 2001) e de nível socioeconómico baixo (Eisen, Zellman, Leibowitz, Chow, & Evans, 1983; Murry, 1995) parece influenciar a decisão no sentido do prosseguimento. Este efeito pode dever-se às reduzidas expectativas de vida das adolescentes pertencentes a famílias mais pobres e à exposição a maiores níveis de aceitabilidade da gravidez e da parentalidade fora do contexto da conjugalidade e/ou em idades precoces vivenciada pelas adolescentes com famílias não intactas e/ou com história materna de gravidez adolescente (Coleman, 2006; Evans, 2001; Murry, 1995).

No que se refere ao envolvimento escolar, espera-se que as jovens que já abandonaram o sistema de ensino apresentem valores menos normativos acerca do desenvolvimento adolescente e menores expectativas em termos de escolaridade e carreira do que os seus pares que permanecem envolvidas com o sistema escolar. Como tal, é de esperar que as primeiras se encontrem mais predispostas ao prosseguimento de uma gravidez precoce (Adamczyk, 2008; Evans, 2001; Murry, 1995; Ourô & Leal, 1998).

Relativamente ao envolvimento religioso, os estudos têm revelado que as adolescentes com afiliação religiosa optam mais frequentemente pelo prosseguimento da gravidez, quando comparadas com as adolescentes sem afiliação religiosa. Este efeito parece dever-se às atitudes negativas relativamente à interrupção que podem decorrer desse envolvimento religioso (Adamczyk, 2008; Evans, 2001).

### *Ambientais*

Alguns estudos têm chamado a atenção para a relevância de integrar as características ambientais – culturais e económicas – dos locais de residência na compreensão dos processos de tomada de decisão subjacentes aos comportamentos sexuais e reprodutivos na adolescência (Bradshaw, Finch, & Miles, 2005; Evans, 2001; Lee et al., 2004) e/ou pré-conjugais (Adamczyk, 2008). De acordo com esses estudos, tais características podem constituir uma importante operacionalização dos valores e condições de vida globais a que as adolescentes se encontram expostas durante o seu desenvolvimento. Essa exposição poderá influenciar as atitudes da adolescente em relação à maternidade e à interrupção, bem como as suas expectativas de vida em termos de educação e carreira, influenciando, assim, a sua decisão reprodutiva.

Alguns estudos têm concluído, por exemplo, que as adolescentes expostas a ambientes rurais, mais empobrecidos e onde a valorização da escolarização feminina é menor apresentam menores expectativas em termos de educação e carreira. Espera-se, igualmente, que as adolescentes expostas a ambientes onde a parentalidade fora do casamento é mais frequente apresentem uma maior aceitabilidade da maternidade na adolescência. Em ambos os casos, as adolescentes poderão estar mais predispostas ao prosseguimento da gravidez (Adamczyk, 2008; Bradshaw et al. 2005; Evans, 2001; Lee et al., 2004).

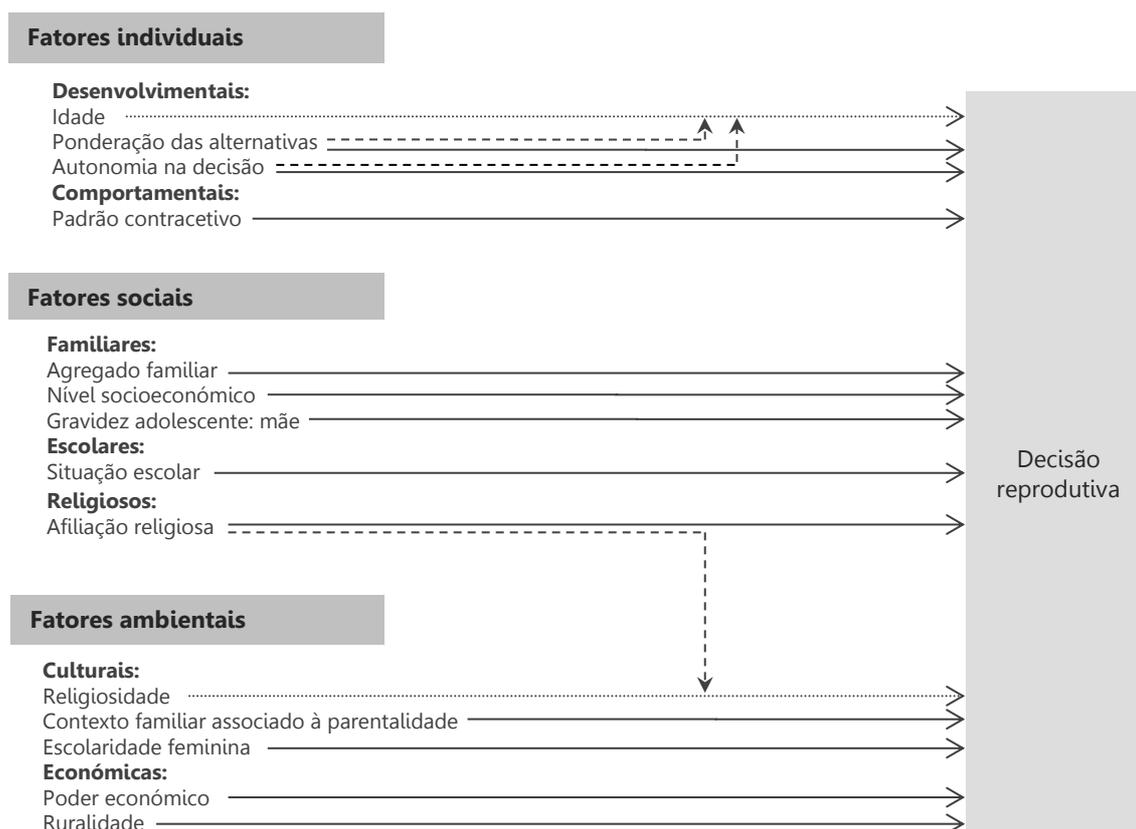
Adamczyk (2008) sugere ainda que prosseguir uma gravidez pré-conjugal em ambientes caracterizados por valores religiosos conservadores quanto à sexualidade fora do contexto do matrimónio significa assumir publicamente o incumprimento das normas dominantes. Tal facto pode levar as jovens a optar menos frequentemente pelo prosseguimento da gravidez, por medo das reações negativas da comunidade; a IVG, pelo seu carácter mais privado, poderá ser vista pelas jovens como uma forma de ocultar esse incumprimento. Apesar de neste estudo não se ter verificado um efeito significativo da religiosidade local na decisão reprodutiva após o controlo da afiliação religiosa da jovem, consideramos que tal pode ter ocorrido pela ausência de

consideração da interação entre essas duas variáveis. Sendo contrários os efeitos esperados da religiosidade local e da afiliação religiosa da jovem na decisão reprodutiva – uma vez que se espera que, quanto maior a religiosidade local, menos frequente seja a opção pelo prosseguimento, mas também se espera que as jovens com afiliação religiosa optem mais frequentemente pelo prosseguimento –, parece-nos possível hipotetizar que o efeito inibidor do prosseguimento da gravidez por parte da maior religiosidade da área de residência possa apenas verificar-se quando as jovens não possuam afiliação religiosa.

## Objetivos e hipóteses

Com vista a ultrapassar algumas das limitações descritas e tendo por base uma perspetiva ecológica (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 1998), o objetivo geral do presente estudo consistiu em explorar o contributo de um conjunto de fatores individuais, sociais e ambientais, bem como das possíveis interações entre eles, para a decisão de prosseguir uma gravidez adolescente não planeada à luz do atual quadro legislativo que despenaliza a IVG em Portugal. De forma específica, hipotetizamos que (cf. Figura 1):

- 1) não ponderar as duas alternativas possíveis (i.e., o prosseguimento da gravidez e a IVG), ser o principal agente da decisão e utilizar contraceção à data da conceção influenciará a decisão no sentido do prosseguimento (efeitos principais: fatores individuais).
- 2) pertencer a famílias não intactas, de baixo nível socioeconómico e com história materna de gravidez adolescente, ter abandonado a escola antes da conceção e possuir afiliação religiosa conduzirá as jovens de forma mais frequente ao prosseguimento da gravidez (efeitos principais: fatores sociais).
- 3) residir em áreas rurais, mais empobrecidas, com menores níveis de escolaridade da população feminina e onde a parentalidade fora do casamento é mais frequente influenciará a decisão reprodutiva no sentido do prosseguimento (efeitos principais: fatores ambientais).
- 4) ser mais nova influenciará a decisão no sentido do prosseguimento, mas apenas quando não forem ponderadas ambas as alternativas possíveis e/ou de forma mais frequente quando a adolescente for o principal agente da decisão (efeitos moderados: interação entre fatores individuais; moderadores: ponderação das alternativas e autonomia na decisão).
- 5) residir em locais com maior religiosidade influenciará a decisão no sentido da interrupção, mas apenas quando a jovem não possuir afiliação religiosa (efeito moderado: interação entre fatores ambientais e sociais; moderador: afiliação religiosa).



**Figura 1** | Modelo ecológico proposto para a compreensão da decisão reprodutiva na adolescência. As setas a cheio representam as hipóteses relativas aos efeitos principais dos fatores individuais, sociais e ambientais. As setas a pontilhado representam as hipóteses relativas aos efeitos moderados, resultantes da interação entre fatores individuais e entre fatores sociais e ambientais; as setas a tracejado representam os respetivos papéis moderadores da ponderação das alternativas e da autonomia na decisão sobre o efeito da idade e o papel moderador da afiliação religiosa sobre o efeito da religiosidade do local de residência.

## Método

### Participantes

A amostra foi constituída por 276 adolescentes que engravidaram de forma não planeada e contactaram presencialmente com os serviços de saúde dentro do prazo legal que lhes permitiria optar pela IVG (i.e., “nas primeiras 10 semanas de gravidez”; AR, 2007a, p. 2417). As participantes, com idades entre os 12 e os 19 anos, encontravam-se distribuídas por dois grupos distintos: 1) adolescentes que decidiram prosseguir a gravidez (AG,  $n = 133$ ) e 2) adolescentes que decidiram interromper a gravidez (AIVG,  $n = 143$ ).

Relativamente às principais características sociodemográficas, os grupos revelaram-se equivalentes ao nível da etnia, sendo as jovens maioritariamente Caucasianas (AG:  $n = 121$ , 91,0%; AIVG:  $n = 125$ , 87,4%). No entanto, comparadas com as AIVG, as AG eram mais novas ( $M = 16,29$ ,

$DP = 1,27$ ; amplitude: 12-19 vs. AIVG:  $M = 17,05$ ,  $DP = 1,56$ , amplitude: 13-19;  $t_{(269,36)} = 5,73$ ,  $p < 0,001$ ,  $d = 0,53$ ) e encontravam-se mais frequentemente casadas/unidas de facto ( $n = 38$ , 28,6% vs. AIVG:  $n = 7$ , 4,9%;  $\chi^2_{(1)} = 28,31$ ,  $p < 0,001$ ,  $V = 0,32$ ) e fora do sistema de ensino à data da avaliação ( $n = 73$ , 54,9% vs. AIVG:  $n = 22$ , 15,4%,  $\chi^2_{(1)} = 47,64$ ,  $p < 0,001$ ,  $V = 0,42$ ). Relativamente às características obstétricas, não se verificaram diferenças entre os grupos na história prévia de gravidez ou interrupção. Para a maioria das adolescentes tratou-se da primeira gravidez (AG:  $n = 119$ , 89,5%; AIVG:  $n = 131$ , 92,3%) e apenas uma minoria apresentava história prévia de interrupção (AG:  $n = 7$ , 5,3%; AIVG:  $n = 8$ , 5,6%). As AG apresentavam uma idade gestacional média de 20 semanas à data da avaliação ( $M = 19,96$ ,  $DP = 9,96$ , amplitude: 5-40). As AIVG reportaram uma idade gestacional média de 7 semanas à data da IVG ( $M = 6,96$ ,  $DP = 1,61$ , amplitude: 4-10).

## Procedimentos

Os dados foram recolhidos entre maio de 2008 e novembro de 2013 em 52 serviços de saúde públicos e um serviço de saúde privado, mediante a aprovação das respetivas Comissões de Ética. Estas instituições foram selecionadas de forma a garantir a recolha de dados de um grupo nacionalmente representativo de adolescentes grávidas e de um grupo de comparação de adolescentes que interromperam uma gravidez ao abrigo da Lei n.º 16/2007 (AR, 2007a). Para tal, foram selecionados hospitais, maternidades e unidades locais de saúde com valência de obstetrícia de acordo com a sua localização geográfica por NUTS II (AR, 2002). Foram igualmente selecionados hospitais e maternidades públicos e uma clínica privada com valência de aconselhamento reprodutivo, de acordo com o critério geográfico e ainda tendo por base a casuística anual de IVG (DGS, 2009, 2011).

As AG foram convidadas a participar durante o seu seguimento obstétrico, em qualquer momento da gravidez. Aquelas que acederam a colaborar assinaram um formulário de consentimento informado para a participação no estudo, no qual eram explicados os objetivos da investigação, salvaguardados o anonimato e a confidencialidade das respostas e o carácter voluntário da participação e explicados os papéis dos investigadores. Quando as participantes tinham menos de 18 anos, os seus representantes legais assinaram também o formulário de consentimento. A recolha de dados ocorreu através do preenchimento de uma ficha de caracterização construída para o efeito, sob a supervisão de um assistente de investigação.

No caso das AIVG, o contacto foi realizado durante o seu processo de aconselhamento reprodutivo, no final da segunda consulta protocolada ao abrigo da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho (i.e., a consulta destinada ao procedimento médico de IVG; AR, 2007b). Todas as adolescentes tinham já tomado a sua decisão, assinado o consentimento livre e esclarecido para a IVG e realizado o respetivo procedimento médico. Aquelas que acederam a colaborar assinaram o formulário de consentimento informado para a participação no estudo. Quando as participantes

tinham menos de 16 anos – idade até à qual as jovens necessitam do consentimento dos seus representantes legais para a realização da IVG –, os seus representantes legais assinaram igualmente o formulário de consentimento para participação no estudo. As participantes foram instruídas a preencher uma versão adaptada da ficha de caracterização no decorrer da semana para a qual ficasse marcada a consulta seguinte (i.e., terceira consulta protocolada ao abrigo da mesma Portaria; AR, 2007b). Nessa consulta, deveriam devolver a ficha preenchida, em envelope fechado e sem qualquer identificação. Sempre que esta devolução não ocorreu ou que a adolescente revelou relutância no preenchimento da ficha fora da instituição, apesar de aceitar colaborar no estudo, foi-lhe dada a possibilidade de preencher a ficha na instituição, à data da terceira consulta.

No total, foram recolhidos dados de 660 adolescentes: 483 em seguimento obstétrico e 177 em processo de aconselhamento reprodutivo. Cumpriam critérios de inclusão jovens grávidas ou que interromperam uma gravidez, por opção, ao abrigo da Lei n.º 16/2007 (AR, 2007a), com idade inferior a 20 anos (OMS, 1975) e com um nível de compreensão da língua portuguesa adequado ao preenchimento do protocolo de avaliação. Foram critérios de exclusão ter engravidado de forma planeada, não ter enquadramento legal para a IVG à data do primeiro contacto presencial com os serviços de saúde e não disponibilizar informação sobre todas as variáveis em estudo. A seleção das participantes encontra-se descrita na Figura 2.

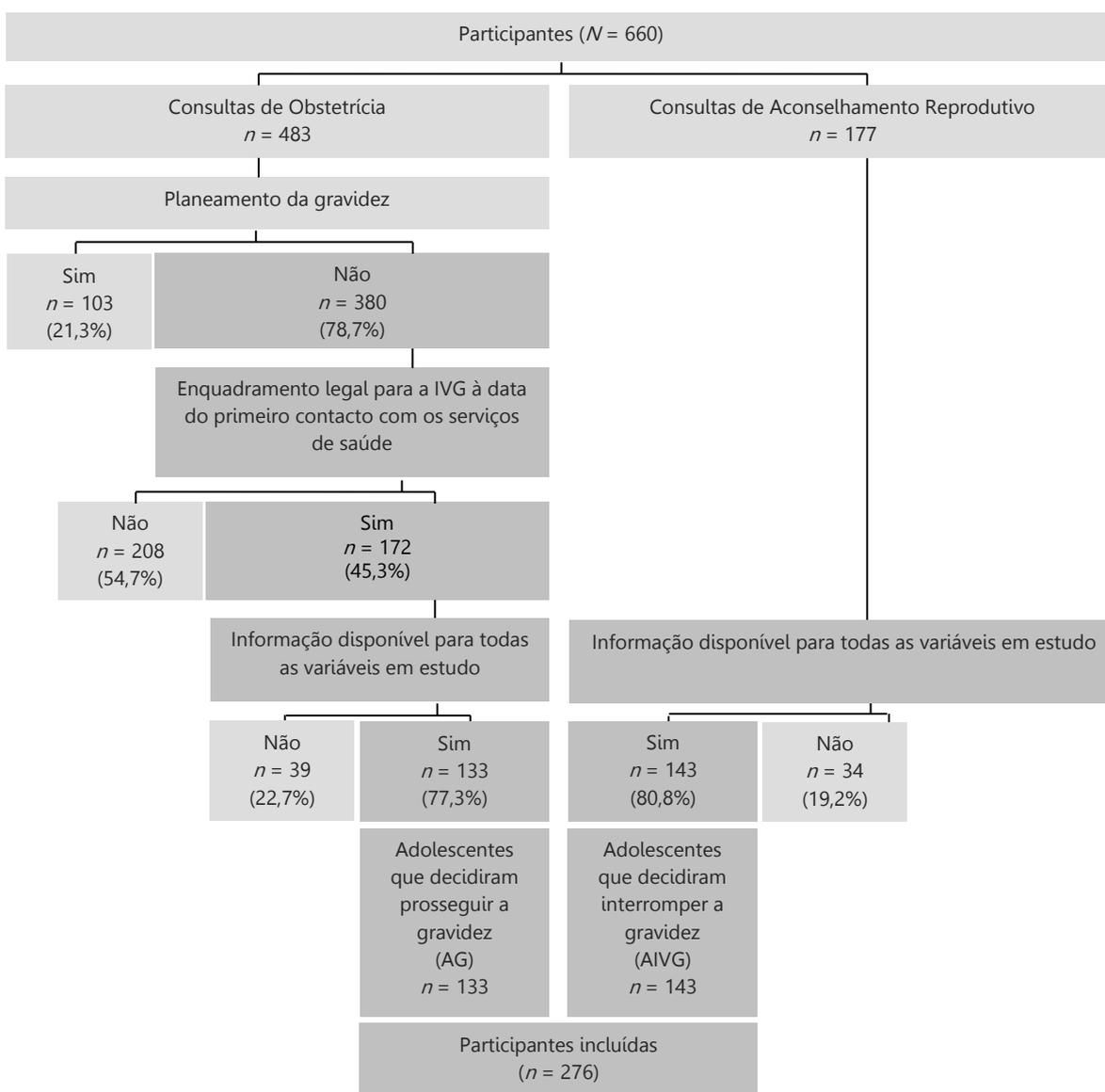
## Instrumentos

A recolha de informação foi feita através de uma ficha de caracterização, com perguntas de resposta aberta e fechada, construída a partir da entrevista semiestruturada utilizada na Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE) para triagem das utentes da Consulta de Grávidas Adolescentes (Araújo Pedrosa, Canavarro, & Pereira, 2003).

As variáveis usadas para selecionar a amostra do presente estudo a partir do total de participantes foram avaliadas através das perguntas “A gravidez foi planeada para o momento atual?” e “Com quantas semanas de gravidez iniciou as consultas?”. As respostas foram respetivamente codificadas como 0 = não planeada vs. 1 = planeada e 0 = fora do prazo legal para a IVG, i.e., após as 10 primeiras semanas de gravidez vs. 1 = dentro do prazo legal para a IVG, i.e., nas 10 primeiras semanas de gravidez.

Quanto às variáveis individuais propostas como explicativas da decisão reprodutiva, a ponderação das alternativas possíveis foi avaliada através da pergunta “Ponderou interromper a gravidez (AG)/prosseguir a gravidez (AIVG)?” (0 = não, i.e., a adolescente não ponderou as duas alternativas vs. 1 = sim, i.e., a adolescente ponderou as duas alternativas). A autonomia da decisão foi avaliada através da pergunta “[Se ponderou], porque não o fez?”. Quando a jovem apontou razões pessoais (e.g., AG: ser contra o aborto, querer ter um filho, não ter coragem; AIVG: ainda

se encontrar a estudar, ser demasiado nova para ser mãe, considerar que um filho deve ser desejado e este não o seria), considerámos que ela fora o principal agente da decisão. Quando a jovem apontou a interferência de outros (e.g., a família/o companheiro não permitiu/permitiram) considerámos que a adolescente não fora o principal agente da decisão. A variável autonomia na decisão foi codificada como 0 = não, i.e., a adolescente não foi o principal agente da decisão vs. 1 = sim, i.e., a adolescente foi o principal agente da decisão. O comportamento contraceptivo prévio foi avaliado através da pergunta "Utilizava algum método contraceptivo?" (0 = não vs. 1 = sim).



**Figura 2** | Processo de seleção das participantes. Os dados recolhidos em consultas de obstetrícia disseram respeito a adolescentes grávidas. Os dados recolhidos em consultas de aconselhamento reprodutivo disseram respeito a adolescentes que interromperam a gravidez, por opção, ao abrigo da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril.

Relativamente às variáveis sociais, a estrutura do agregado familiar e a história materna de gravidez adolescente foram avaliadas através das perguntas “Com quem viveu na infância?” e “Tem conhecimento de alguém da sua família que tenha tido um bebé antes dos 20 anos? Quem?”. As respostas foram respetivamente codificadas como 0 = família intacta, i.e., ambos os pais biológicos vs. 1 = família não intacta, i.e., todas as outras estruturas (e.g., apenas a mãe, apenas o pai, apenas familiares ou outros adultos que não os pais biológicos) e 0 = não, i.e., sem história materna de gravidez adolescente vs. 1 = sim, i.e., com história materna de gravidez adolescente. O nível socioeconómico foi avaliado de acordo com os critérios de Simões (1994) para a população portuguesa e codificado como 0 = baixo vs. 1 = médio/alto. A situação escolar à data da conceção e a afiliação religiosa da jovem foram avaliadas através das perguntas “Abandonou a escola? Antes ou depois da gravidez?” e “Religião. Qual?”. As respostas foram respetivamente codificadas como 0 = não, i.e., não abandonou a escola antes de engravidar vs. 1 = sim, i.e., abandonou a escola antes de engravidar e 0 = não, i.e., sem afiliação religiosa, 1 = sim, i.e., com afiliação religiosa.

Por fim, o local de residência da jovem foi avaliado através da pergunta “[Qual a] freguesia onde mora?”, tendo sido considerado o município correspondente, de acordo com a Carta Administrativa Oficial de Portugal utilizada na cartografia de suporte à operação Censos 2011 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). À semelhança dos estudos internacionais que abordam a influência das características ambientais dos locais de residência das jovens nos seus comportamentos sexuais e reprodutivos, considerámos um conjunto de indicadores económicos e culturais representativos da ruralidade (i.e., densidade populacional), da capacidade económica (i.e., proporção de poder de compra, por total do país: 0-100), da escolaridade da população feminina (i.e., proporção de mulheres que completaram o ensino secundário, por total de mulheres: 0-100), dos contextos familiares de ocorrência da maternidade (i.e., proporção de nados-vivos fora do casamento, por total de nados vivos: 0-100) e da religiosidade (i.e., proporção de casamentos católicos, por total de casamentos entre pessoas de sexos diferentes: 0-100). A densidade populacional foi avaliada de acordo com os critérios estabelecidos pelo INE (2012) e codificada como 0 = baixa (nível 3) vs. 1 = alta/média (níveis 1 e 2). A fonte dos restantes indicadores foi a PORDATA (2013a, 2013c, 2013d, 2013e). A escolha do ensino secundário como referencial para a escolaridade feminina foi feita de acordo com a sugestão de Evans (2001). O ano de referência para todos os indicadores foi o de 2011.

## Análises estatísticas

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico SPSS, v. 17. Para a caracterização da amostra, calculámos estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-padrão). Para averiguar a existência de diferenças entre os grupos ao nível das características sociodemográficas e clínicas, bem como das variáveis propostas como explicativas

da decisão reprodutiva, recorremos a testes de qui-quadrado e a testes  $t$  de Student. A significância destas e de todas as análises subsequentes foi definida como  $p < 0,05$ . Estimámos ainda a magnitude dos resultados encontrados, através do cálculo das estatísticas  $V$  de Cramer e  $d$  de Cohen (efeitos pequenos:  $d \geq 0,20$ ,  $V \geq 0,10$ ; efeitos médios:  $d \geq 0,50$ ,  $V \geq 0,30$ ; efeitos grandes:  $d \geq 0,80$ ,  $V \geq 0,50$ ; Cohen, 1992; Field, 2009). As variáveis nas quais os grupos não revelaram diferenças e cuja participação em efeitos de interação não foi hipotetizada não foram incluídas nas análises posteriores.

Com o objetivo de explorar o contributo das variáveis individuais, sociais e ambientais em estudo para a decisão reprodutiva, foram efetuadas análises de regressão logística binária (método *Enter*). As variáveis foram introduzidas na análise de regressão em três blocos, de acordo com a sua natureza individual (bloco 1), social (bloco 2) ou ambiental (bloco 3, *modelo final: efeitos principais*). De forma a averiguar os efeitos moderadores da ponderação das alternativas e da autonomia na decisão no efeito que a idade da jovem apresentava na decisão reprodutiva, e o efeito moderador da afiliação religiosa da jovem no efeito que a religiosidade da sua área de residência apresentava na decisão reprodutiva, foram introduzidos os respetivos termos de interação (i.e., Idade x Ponderação alternativas, Idade x Autonomia e Casamentos católicos x Afiliação religiosa da jovem) num bloco adicional (bloco 4, *modelo final: efeitos principais e de interação*). Estes procedimentos seguiram as diretrizes de Aiken e West (1991), uma vez que as variáveis contínuas foram centradas de forma a reduzir a multicolinearidade entre a variável explicativa e o termo de interação e que as variáveis explicativas e moderadoras foram introduzidas na análise de regressão antes dos respetivos termos de interação. Os procedimentos estatísticos seguiram igualmente as instruções de Frazier, Tix e Barron (2004) para a análise de múltiplos efeitos de interação através de análises de regressão, uma vez que os termos de interação foram introduzidos juntos, no mesmo bloco. De acordo com o recomendado por Pestana e Gageiro (2009), a significância dos efeitos testados foi avaliada recorrendo à estatística Wald. O tamanho dos efeitos significativos foi avaliado recorrendo aos respetivos *Odds Ratio* (OR) e intervalos de confiança (IC). A adequação dos modelos finais foi avaliada através da significância do modelo dada pelo teste do qui-quadrado, da bondade do ajustamento dada pelo teste de Hosmer e Lemeshow (se  $p > 0,05$  confirmou-se a bondade do ajustamento), da força da associação dada por  $R^2$  de Nagelkerke e da percentagem de acertos (i.e., percentagem de casos corretamente classificados).

## Resultados

### Comparação entre grupos

Como se pode observar no Quadro 1, verificámos que, comparadas com as AIVG, as AG eram mais novas, tinham com menos frequência ponderado as duas alternativas, sendo que mais frequentemente pertenciam a agregados de baixo nível socioeconómico e com história materna de gravidez adolescente, tinham abandonado a escola antes da conceção e viviam em municípios com uma densidade populacional média/alta e com menor proporção de mulheres que completaram o ensino secundário. Não se verificaram diferenças entre os grupos relativamente às restantes variáveis.

### Análise dos efeitos principais

Quando analisados os efeitos principais das variáveis em estudo na decisão reprodutiva (Quadro 2, modelo final: efeitos principais), observou-se que foi explicativo da decisão de prosseguir a gravidez ser mais nova ( $p < 0,001$ ), não ter ponderado as duas alternativas ( $p < 0,001$ ), pertencer a famílias de baixo nível socioeconómico ( $p = 0,010$ ) e com história materna de gravidez adolescente ( $p = 0,002$ ), ter abandonado a escola antes da conceção ( $p < 0,001$ ) e residir em municípios com maior densidade populacional ( $p = 0,001$ ) e menor proporção de mulheres que concluíram o ensino secundário ( $p = 0,024$ ). A probabilidade da adolescente prosseguir a gravidez, em função de cada uma destas características, encontram-se descritas no Quadro 2 (OR). A autonomia no processo de decisão, a afiliação religiosa e a proporção de casamentos católicos não foram explicativas da decisão reprodutiva.

Quando o modelo incluiu apenas a constante, a estatística *-2Log-likelihood* assumiu o valor de 382,26; este diminuiu para 280,64 no bloco 3 do modelo, indicando que o valor explicativo do modelo aumentou com a consideração dos efeitos principais das variáveis mencionadas. O modelo final foi significativo ( $\chi^2_{(10)} = 101,61$ ,  $p < 0,001$ ), classificando corretamente 75,4% dos casos e explicando 41,0% da variância da decisão reprodutiva. O teste de Hosmer e Lemeshow não foi significativo ( $\chi^2_{(8)}$  (Hosmer & Lemeshow) = 7,35,  $p = 0,499$ ), revelando um adequado ajustamento entre os resultados observados e esperados.

Quadro 1 | Estatísticas descritivas e comparação entre grupos

Variáveis	AIVG	AG	$t$ ( $d^{\text{a}}$ ) / $\chi^2$ ( $V$ )	$p$
	( $n = 143$ )	( $n = 133$ )		
	$n$ (%)	$n$ (%)		
Idade: Média ( $DP$ ; amplitude)	17.05 (1.56; 13-19)	16.29 (1.27; 12-19)	5.73(.53)	<0,001
Ponderação das duas alternativas				
Não	85 (59.4)	118 (88.7)	30.37(.33)	<0,001
Sim	58 (40.6)	15 (11.3)		
Autonomia na decisão				
Não	12 (8.4)	5 (3.8)	-2.56(-.10)	0,110
Sim	131 (91.6)	128 (96.2)		
Utilização de contraceção (conceção)				
Não	30 (21.0)	40 (30.1)	3.01(.10)	0,083
Sim	113 (79.0)	93 (69.9)		
Agregado familiar (infância)				
Intacto	100 (69.9)	95 (71.4)	0.08(.02)	0,793
Não intacto	43 (30.1)	38 (28.6)		
Nível socioeconómico				
Baixo	104 (72.7)	122 (91.7)	16.77(.25)	<0,001
Medio/Alto	39 (27.3)	11 (8.3)		
Gravidez adolescente: mãe				
Não	124 (86.7)	95 (71.4)	9.84(.19)	0,002
Sim	19 (13.3)	38 (28.6)		
Abandono escolar (conceção)				
Não	121 (84.6)	81 (60.9)	19.75(.27)	<0,001
Sim	22 (15.4)	52 (39.1)		
Afiliação religiosa				
Não	50 (35.0)	44 (33.1)	0.11(.02)	0,742
Sim	93 (65.0)	89 (66.9)		
Casamentos católicos:	34.96 (12.62; 8.30-	37.66 (14.02; 5.60-	-1.68(-.20)	0,094
Média ( $DP$ ; amplitude)	75.70)	66.50)		
Nados-vivos fora do casamento:	34.54 (12.95; 8.30-	37.31 (14.36; 5.60-	-1.68(-.20)	0,094
Média ( $DP$ ; amplitude)	75.70)	66.50)		
Mulheres ensino secundário:	16.23 (2.78; 8.90-	15.44 (2.36; 11.20-	2.52(.31)	0,012
Média ( $DP$ ; amplitude)	22.50)	22.50)		
Poder de compra:	2.08 (3.31; 0.02-	2.56 (3.29; 0.02-	-1.19(.15)	0,234
Média ( $DP$ ; amplitude)	11.06)	11.06)		
Densidade populacional				
Baixa	42 (29.4)	22 (16.5)	6.37(.15)	0,012
Alta /Média	101 (70.6)	111 (83.5)		

Nota.  $n = 276$ . AIVG = Adolescentes que decidiram interromper a gravidez. AG = Adolescentes que decidiram prosseguir a gravidez.

<sup>a</sup> Categoria de referência: 0 = Adolescentes que decidiram interromper a gravidez.

**Quadro 2 | Regressão logística: Efeitos principais e moderados de variáveis individuais, sociais e ambientais na decisão reprodutiva na adolescência**

Variáveis	Modelo final: efeitos principais e moderados										
	Modelo final: efeitos principais					Modelo final: efeitos principais e moderados					
	B	Wald	OR	95% IC		B	Wald	OR	95% IC		$\Delta R^2$ Nagelkerke
			Inferior	Superior				Inferior	Superior		
Constante	1,02					1,94					
Idade	-0,46	18,33***	0,63	0,51	0,78	-0,62	22,72***	0,54	0,42	0,69	
Ponderação alternativas <sup>a</sup>	-1,47	13,43***	0,23	0,10	0,50	-1,45	12,96***	0,24	0,11	0,51	
Autonomia na decisão <sup>a</sup>	0,22	0,12	1,25	0,35	4,47	0,01	0,01	1,01	0,27	3,79	0,22 (bloco 1)
Nível socioeconômico <sup>c</sup>	-1,16	6,70*	0,31	0,13	0,75	-1,44	8,96**	0,24	0,09	0,61	
Gravidez adolescente: mãe <sup>a</sup>	1,20	9,93**	3,30	1,57	6,94	1,15	8,50**	3,16	1,46	6,85	
Abandono escolar <sup>a</sup>	1,32	14,12***	3,73	1,88	7,41	1,76	20,13***	5,84	2,70	12,62	
Afiliação religiosa <sup>a</sup>	0,28	0,75	1,33	0,70	2,54	0,38	1,15	1,46	0,73	2,90	0,14 (bloco 2)
Casamentos: católicos (CC)	0,01	0,76	1,01	0,99	1,04	-0,07	8,00**	0,93	0,89	0,98	
Mulheres: ensino secundário	-0,16	5,13*	0,85	0,74	0,98	-0,24	8,78**	0,79	0,67	0,92	
Densidade populacional <sup>d</sup>	1,26	10,37**	3,54	1,64	7,63	1,44	12,29***	4,23	1,98	9,48	0,05 (bloco 3)
Idade x Autonomia na decisão						-0,39	0,61	0,68	0,25	1,82	
Idade x Ponderação alternativas						0,78	6,88**	2,18	1,22	3,90	
CC x Afiliação religiosa						0,11	15,56***	1,12	1,06	1,18	0,07 (bloco 4)

Nota. n = 276. VD: decisão reprodutiva, 0 = Adolescentes que decidiram interromper a gravidez (categoria de referência). B = coeficiente não estandarizado. OR = Odds ratio. IC = Intervalo de confiança.  
<sup>a</sup> Categoria de referência: 0 = Não. <sup>b</sup> Categoria de referência: 0 = Baixo. <sup>c</sup> Categoria de referência: 0 = Rural. \*p < 0,05. \*\*p < 0,01. \*\*\*p < 0,001

## Análise dos efeitos de interação

Como é visível no Quadro 2 (modelo final: efeitos principais e de interação), o efeito de interação entre a idade e autonomia na decisão não foi significativo. No entanto, o efeito de interação entre a idade e a ponderação das duas alternativas possíveis foi significativo ( $p = 0,009$ ). Quando não foram ponderadas ambas as alternativas, quanto menor a idade das adolescentes, mais frequente foi a opção de prosseguir a gravidez ( $B = -0,62$ ,  $p < 0,001$ ,  $OR = 0,54$ ,  $IC = 0,42/0,69$ ). No entanto, quando as adolescentes ponderaram as duas alternativas possíveis, o efeito da idade na decisão reprodutiva não foi significativo ( $B = 0,16$ ,  $p = 0,548$ ,  $OR = 1,17$ ,  $IC = 0,70/1,96$ ; dados não apresentados no quadro). O efeito de interação entre a proporção de casamentos católicos do município de residência e a afiliação religiosa da adolescente foi significativo ( $p < 0,001$ ). Quando as adolescentes não possuíam afiliação religiosa, quanto maior a proporção de casamentos católicos no município de residência, menos frequente foi a opção de prosseguir a gravidez ( $B = -0,07$ ,  $p = 0,005$ ,  $OR = 0,93$ ,  $IC = 0,89/0,98$ ). No entanto, quando as adolescentes tinham afiliação religiosa, quanto maior a proporção de casamentos católicos no município de residência, mais frequente foi a opção de prosseguir a gravidez ( $B = 0,04$ ,  $p = 0,008$ ,  $OR = 1,04$ ,  $IC = 1,01/1,08$ ; dados não apresentados no quadro).

No modelo final incluindo os efeitos principais e de interação, a estatística *-2Log-likelihood* diminuiu para 258,52, indicando que o valor explicativo do modelo aumentou com a consideração dos efeitos de interação mencionados. O modelo final foi significativo ( $\chi^2_{(13)} = 123,74$ ,  $p < 0,001$ ), classificando corretamente 77,2% dos casos e explicando 48,0% da variância na decisão reprodutiva. O teste de Hosmer e Lemeshow não foi significativo ( $\chi^2_{(8)}$  (Hosmer & Lemeshow) = 4,51,  $p = 0,809$ ).

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar o contributo de um conjunto de fatores individuais, sociais e ambientais, bem como das possíveis interações entre eles, para a decisão de prosseguir uma gravidez adolescente não planeada à luz do recente quadro legislativo que despenaliza a IVG em Portugal. Não ter ponderado as duas alternativas possíveis, pertencer a famílias de baixo nível socioeconómico e com história materna de gravidez adolescente, ter abandonado a escola antes da conceção e residir em áreas com maior densidade populacional e onde a população feminina é menos escolarizada foram fatores explicativos da decisão de prosseguir a gravidez. Verificámos, ainda, que a menor idade da adolescente se associou à decisão de prosseguir a gravidez apenas quando não foram ponderadas ambas as alternativas e que o efeito da religiosidade local variou de acordo com o envolvimento religioso da jovem. Estes

resultados têm implicações importantes para a investigação e prática clínica ao nível da decisão reprodutiva na adolescência, que discutiremos de seguida.

Os nossos resultados foram congruentes com os estudos internacionais que sugerem que a decisão de prosseguir uma gravidez adolescente se associa a contextos familiares empobrecidos (Eisen et al., 1983, Murry, 1995) e onde a aceitabilidade de uma gravidez precoce poderá ser maior em função da sua história prévia de maternidade adolescente (Coleman, 2006; Evans, 2001), assim como a locais de residência onde a valorização de projetos de vida escolarizados e de carreira poderá ser menor à luz da menor escolaridade da população feminina (Adamczyk, 2008; Bradshaw et al., 2005; Evans, 2001; Lee et al., 2004). Associados ao abandono escolar precoce (Adamczyk, 2008; Evans, 2001; Ourô & Leal, 1998) e à ausência de ponderação das alternativas possíveis face à ocorrência da gravidez (Murry, 1995; Pires et al., 2013), estes contextos sociais e ambientais parecem contribuir para que a maternidade adolescente se configure como um projeto de vida válido para a jovem de engravida. Segundo diversos autores, sob estas condições, a maternidade adolescente pode mesmo ser perspectivada como uma via de autonomização e de realização pessoal (Araújo Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011; Murry, 1995). Acresce que, quando a jovem possui afiliação religiosa (Adamczyk, 2008; Evans, 2001) e o seu meio envolvente apresenta um maior grau de religiosidade, parecem estar reunidas condições desfavoráveis à realização de uma IVG.

No entanto, contrariamente ao esperado, o prosseguimento da gravidez foi mais frequente em áreas urbanas do que em áreas rurais. Tal facto recomenda alguma prudência na generalização dos resultados da investigação internacional para a realidade sociocultural portuguesa, fornecendo importantes pistas para a investigação futura. A ruralidade é habitualmente sugerida como potenciadora de projetos de vida voltados para a família e para a maternidade na adolescência (Araújo Pedrosa et al., 2011; Bradshaw et al., 2005). De forma congruente com esta perspetiva, alguns estudos nacionais concluem que o planeamento da gravidez adolescente é mais frequente no Alentejo e na Região Autónoma dos Açores (Pires et al., 2013), áreas cujos municípios são maioritariamente rurais (INE, 2012). No entanto, de acordo com os nossos resultados, esta influência não se verifica quando restringimos a nossa análise à decisão reprodutiva das jovens que engravidaram de forma não planeada. Temos ainda que, ao contrário do que acontece na maioria dos países onde foram conduzidos os estudos revistos (e.g., Adamczyk, 2008; Bradshaw et al., 2005), a pequena dimensão do nosso país e a descentralização das consultas de aconselhamento reprodutivo por unidades hospitalares de todas as regiões e por unidades locais de saúde em municípios geograficamente mais afastados desses serviços centrais, sem custos para a utente (DGS, 2013), podem contribuir para que a pertença a áreas rurais não seja sinónimo de dificuldades estruturais de acesso à IVG. Acresce que a menor densidade populacional das áreas rurais poderá ser sinónimo de uma maior proximidade da adolescente e da sua família com a comunidade. A este nível, seria importante averiguar se o efeito inibidor do prosseguimento da gravidez associado à pertença a áreas rurais se poderá

dever à maior visibilidade social que uma gravidez precoce assumiria nessas áreas, por comparação àquela que assumiria em meios urbanos. Seria ainda pertinente averiguar se este efeito inibidor do prosseguimento da gravidez se poderá dever a diferenças percebidas pela adolescente ao nível das condições estruturais de apoio à transição para a maternidade (e.g., disponibilização de bens essenciais, como enxoval e alimentação, de formação parental e de creches públicas) das áreas rurais, por comparação com as das áreas urbanas. Ao perceber menores recursos da comunidade em que se inserem para as apoiar na transição para a maternidade, as adolescentes poderão ficar menos predispostas ao prosseguimento da gravidez.

Os nossos resultados foram ainda contrários aos dos estudos que sugerem como potenciais determinantes da decisão reprodutiva na adolescência a autonomia no processo de decisão (Klaczynski et al., 2001), o padrão contraceptivo prévio (Murry, 1995), a constituição do agregado familiar (Evans, 2001) e o poder económico e os contextos familiares associados à parentalidade nas áreas de residência (Adamczyk, 2008; Bradshaw et al., 2005; Evans, 2001; Lee et al., 2004). Estes resultados chamam a atenção para a importância de testar a contribuição simultânea de fatores de diferentes níveis de influência e da interação entre eles para a decisão reprodutiva, tendo em conta as especificidades da realidade sociocultural em que ela ocorre. No caso particular da autonomia, consideramos que os resultados alcançados poderão ser tranquilizadores face às preocupações de alguns autores (e.g., Coleman, 2006) sobre o efeito das leis de consentimento parental na decisão reprodutiva da jovem. Entre as adolescentes da nossa amostra, apenas uma minoria indicou outros significativos como sendo os principais agentes da decisão. No entanto, consideramos necessários estudos futuros que se debrucem sobre a existência de participação (ou não) de outros significativos e o formato sob a qual essa participação ocorre.

Os resultados do presente estudo devem ser tidos em conta, por um lado, no apoio a prestar ao processo de tomada de decisão reprodutiva na adolescência e, por outro, no planeamento de intervenções destinadas ao apoio posterior no processo de adaptação à transição para a maternidade ou à experiência de IVG. No primeiro caso, apesar da inexistência de uma definição única sobre o que constitui um processo de tomada de decisão de qualidade, os diversos modelos teóricos que se debruçam sobre o tema são consensuais quanto à importância da avaliação dos custos e benefícios associados a cada uma das alternativas disponíveis, apenas possível quando ambas são ponderadas (Halpern-Felsher & Cauffman, 2001). Neste sentido, ao não terem ponderado a opção de IVG, a maioria das jovens da nossa amostra que optaram pelo prosseguimento poderá ter desenvolvido processos de tomada de decisão reprodutiva de menor qualidade do que os seus pares que interromperam a gravidez após terem ponderado ambas as alternativas. Apesar da necessidade de estudos futuros que clarifiquem esta questão, a promoção de momentos de reflexão guiada e desenvolvimentalmente adaptada acerca das alternativas existentes e dos seus custos/benefícios poderá ser essencial à qualidade do processo de tomada de decisão reprodutiva das jovens que se dirijam aos serviços de saúde dentro do prazo legal

para a IVG. Esta reflexão é de extrema importância para as jovens que solicitam uma IVG, tal como a Portaria nº 741-A/2007 o define (AR, 2007b), mas, à luz dos nossos resultados, poderá ser igualmente relevante em caso de solicitação de acompanhamento pré-natal, e tanto mais quanto mais jovem for a adolescente.

Relativamente ao planeamento do apoio ao processo de adaptação à transição para a maternidade, os nossos resultados chamam a atenção para a necessidade de intervenções precoces e continuadas, nomeadamente durante a gravidez e após o nascimento. Segundo estudos prévios, as condições sociais e económicas desfavoráveis em que as jovens da nossa amostra decidiram prosseguir a gravidez podem comprometer uma adesão adequada aos cuidados pré-natais, influenciando, dessa forma, os resultados obstétricos e o próprio desenvolvimento infantil (Araújo Pedrosa, 2009; Silva, 1992). Estas condições podem igualmente dificultar a prestação de cuidados físicos e emocionais ao bebé, assim como o desenvolvimento, a autonomia e a integração social das jovens mães (Canavarro & Pereira, 2001; Soares & Jongenelen, 1998). Assim, a identificação precoce dos casos de maior risco e a ativação de fatores individuais e familiares de proteção nestes campos, bem como a mobilização atempada dos recursos comunitários disponíveis, poderão ser iniciativas de extrema importância na determinação de trajetórias de vida mais adaptativas.

Os nossos resultados sugerem ainda a pertinência de intervenções precoces e especializadas com vista à prevenção de situações de desajustamento emocional durante o processo de transição para a maternidade. De acordo com as evidências da literatura, as jovens da nossa amostra que decidiram prosseguir a gravidez poderão estar particularmente vulneráveis a este nível: a deterioração do ajustamento das jovens após o parto e durante os primeiros meses de vida do bebé, sugerido por diversos estudos (e.g., Araújo Pedrosa, 2009; Canavarro & Pereira, 2001), tem sido precisamente explicado à luz do confronto que as jovens vivenciam nesses períodos com as exigências antes não ponderadas da maternidade, com a não concretização das expectativas de autonomização e realização pessoal e conjugal, e com o agravamento das condições de vida que habitualmente ocorre nestas situações (Araújo Pedrosa, 2009; Figueiredo et al., 2004).

No que respeita às jovens que interrompem a gravidez, apesar de a investigação mostrar poucos ou nenhuns riscos ao nível do seu funcionamento social posterior (Bailey et al., 2001), de acordo com os nossos resultados, a averiguação do ajustamento emocional destas jovens deve ser priorizado em investigações futuras. Segundo diversos autores, as respostas emocionais negativas observadas em adolescentes que realizaram uma IVG (e.g., Pereira et al., 2013) resultam não tanto do procedimento em si, mas dos fatores individuais e contextuais envolvidos nesta decisão reprodutiva (Brien & Fairbairn, 1996; Mufel, Speckhard, & Sivuha, 2002; Poggenpoel & Mycurgh, 2002; Stotland, 1996). De acordo com os nossos resultados, a decisão das jovens que interromperam a gravidez foi tomada de forma tão autónoma quanto a decisão das jovens que prosseguiram a gravidez, maioritariamente após a ponderação das alternativas possíveis e

enquadrada num percurso normativo do ponto de vista do desenvolvimento adolescente (e.g., frequência da escola). No entanto, o carácter inibidor do prosseguimento da gravidez revelado pela maior religiosidade e pela ruralidade dos seus locais de residência sugere que esta decisão pode não só decorrer das crenças da jovem acerca da maternidade e da interrupção, formadas em interação com esses contextos, mas também das expectativas da comunidade percebidas pela adolescente como condenatórias da gravidez nesta fase da sua vida. Acresce que, segundo Adamczyk (2008), em ambientes com estas características o estigma face à realização de uma IVG poderá ser igualmente elevado, dificultando o ajustamento posterior da jovem que a realiza, quer pelos sentimentos de culpa que podem ser despoletados, quer pela dificuldade de mobilização de redes de apoio adequadas, quer, ainda, pela reduzida empatia com que a jovem poderá confrontar-se ao mobilizá-las (Brien & Fairbairn, 1996; Mufel et al., 2002; Poggenpoel & Mycurgh, 2002).

O presente estudo tem algumas limitações que devem ser tidas em conta na generalização dos seus resultados. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo transversal. Apesar de a ordem/estabilidade temporal ter sido assegurada aquando da escolha dos fatores a incluir nos modelos explicativos da decisão reprodutiva, investigações futuras deverão privilegiar uma metodologia longitudinal, de forma a averiguar a causalidade das relações propostas (Baltes, Reese, & Nesselroade, 1988). Também o carácter retrospectivo das respostas pode ter aumentado a presença de enviesamentos típicos desse tipo de avaliação (Logan, Holcombe, Manlove, & Ryan, 2007) e a natureza sensível das questões incrementado a probabilidade de respostas socialmente desejáveis, nomeadamente ao nível da utilização de contraceção, da ponderação de ambas as alternativas e da interferência de outros na decisão.

Apesar destas limitações, o nosso estudo foi o primeiro a explorar as variáveis que contribuem para a decisão de prosseguir uma gravidez não planeada na adolescência à luz do atual quadro legislativo que despenaliza a IVG em Portugal. Pelo seu desenho integrador de vários níveis de influência e pela abrangência nacional da sua amostra, constitui, assim, um importante avanço na compreensão deste fenómeno na realidade sociocultural portuguesa. A nível internacional, foi ainda o primeiro estudo que partiu de uma perspetiva ecológica com vista a explorar o contributo de fatores de diferentes níveis de influência e das suas interações recíprocas para a decisão reprodutiva entre adolescentes, restringindo a sua análise às adolescentes que tiveram a oportunidade legal de decidir pela interrupção de uma gravidez não planeada. Por fim, os nossos resultados têm importantes implicações para a prática clínica e investigação na área da decisão reprodutiva na adolescência. Em primeiro lugar, reforçam a necessidade de políticas e práticas de saúde especializadas e desenvolvimentalmente adequadas ao nível do apoio ao processo de tomada de decisão reprodutiva e à posterior adaptação à mesma. Em segundo lugar, fundamentam a necessidade de investigação ao nível do impacto que as circunstâncias em que ocorre esta decisão reprodutiva poderão ter no ajustamento subsequente das jovens que a vivenciam.

## Referências

- Adamczyk, A. (2008). The effects of religious contextual norms, structural constraints, and personal religiosity on abortion decisions. *Social Science Research, 37*, 657-672. doi:10.1016/j.ssresearch.2007.09.003
- Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage.
- Araújo Pedrosa, A. (2009). *Gravidez e transição para a maternidade na adolescência: Determinantes individuais e psicossociais da ocorrência de gravidez e da adaptação. Estudo com adolescentes da Região Autónoma dos Açores* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Araújo Pedrosa, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2003). *Entrevista de avaliação clínica para as utentes da Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Doutor Daniel de Matos, HUC*. Manuscrito não publicado.
- Araújo Pedrosa, A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy, 33*, 107-127. doi:10.1007/s10591-011-9148-4
- Assembleia da República. (2002, novembro, 5). Decreto-lei n.º 244/2002 de 5 de novembro (1.ª série). *Diário da República, Série I-A, 255*, 7101-7103. Retirado de <http://goo.gl/fILBfD>
- Assembleia da República. (2007a, abril, 17). Lei n.º 16/2007 de 17 de abril (1.ª série). *Diário da República, Série I, 75*, 2417-2418. Retirado de <http://goo.gl/IKmRR6>
- Assembleia da República. (2007b, junho, 21). Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho (1.ª série). *Diário da República, Série I, 18*, 3936(2)-3936(11). Retirado de <http://goo.gl/zaGgmr>
- Bailey, P. E., Bruno, Z. V., Bezerra, M. F., Queiroz, I., Oliveira, C. M., & Chen-Mok, M. (2001). Adolescent pregnancy 1 year later: The effects of abortion vs. motherhood in Northeast Brazil. *Journal of Adolescent Health, 29*, 223-232. doi:10.1016/S1054-139X(01)00215-4
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Nesselroade, J. R. (1988). *Introduction to research methods: Life-span developmental psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Black, M. M., Papas, M. A., Hussey, J. M., Dumbowitz, H., Kotch, J. B., & Starr, R. H. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*, 16-26. doi:10.1207/S15374424JCCP3101\_04
- Bradshaw, J., Finch, N., & Miles, J. N. V. (2005). Deprivation and variations in teenage conceptions and abortions in England. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 31*, 15-19. doi:10.1783/0000000052973022
- Brien, J., & Fairbairn, I. (1996). *Pregnancy and abortion counseling*. Londres: Routledge.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1997). Ecological systems theory. In R. Vasta (Coord.), *Six theories of child development: Revised formulations and current issues* (pp. 187-249). Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Canário, A. C. M. (2009). *Aspetos éticos e psicológicos do abortamento no casal* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Canavarro, M. C., & Pereira, A. I. (2001). Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp. 323-357). Coimbra: Quarteto.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Coleman, P. K. (2006). Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 903-911. doi:10.1007/s10964-006-9094-x
- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2008*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/zkEKum>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/DoKT3m>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011 – Edição revista*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/WisdoZ>
- Eisen, M., Zellman, G. L., Leibowitz, A., Chow, W. K., & Evans, J. R. (1983). Factors discriminating pregnancy resolution decisions of unmarried adolescents. *Genetic Psychology Monographs*, 108, 69-95.
- Evans, A. (2001). *Motherhood or abortion: Pregnancy resolution decisions of Australian teenagers* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade Nacional da Austrália, Camberra, Austrália.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª ed.). Londres: Sage.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., & Magarinho, R. (2004). Utentes da consulta externa de grávidas adolescentes da Maternidade Júlio Dinis entre os anos de 2000 e 2003. *Análise Psicológica*, XXII, 551-570. Retirado de <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/226/pdf>
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 115-134. doi:10.1037/0022-0167.51.1.115

- Guedes, M. (2008). *Interrupção voluntária da gravidez: Influência de aspectos individuais e relacionais no ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção* (Tese de mestrado integrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Halpern-Felsher, B. L., & Cauffman, E. (2001). Costs and benefits of a decision: Decision-making competence in adolescents and adults. *Applied Developmental Psychology, 22*, 257-273. doi:10.1016/S0193-3973(01)00083-1
- Henshaw, S. K., & Kost, K. (1992). Parental involvement in minors' abortion decisions. *Family Planning Perspectives, 24*, 196-208. doi:10.2307/2135870
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Reorganização administrativa territorial autárquica: Informação geográfica – Conceitos e definições*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://goo.gl/Up2eGX>
- Kashan, A. S., Baker, P. N., & Kenny, L. C. (2010). Preterm birth and reduced birth weight in first and second teenage pregnancies: A register-based cohort study. *British Medical Journal of Pregnancy and Childbirth, 10*, 36-44. doi:10.1186/1471-2393-10-36
- Klaczynski, P. A., Byrnes, J. P., & Jacobs, J. (2001). Introduction to the special issue: The development of decision making. *Applied Developmental Psychology, 34*, 175-187. doi:10.1016/S0193-3973(01)00081-8
- Lee, E., Clements, S., Ingham, R., & Stone, N. (2004). *A matter of choice? Explaining national variation in teenage abortion and motherhood*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Logan, C., Holcombe, E., Manlove, J., & Ryan, S. (2007). *The consequences of unintended childbearing: A white paper*. Washington, DC: Child Trends. Retirado de <http://goo.gl/hyn0H5>
- Madkour, A. S., Xie, Y., & Harville, E. W. (2013). The association between pregnancy parental support and control and adolescent girls' pregnancy resolution decisions. *Journal of Adolescent Health, 53*, 413-419. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.04.016
- Miller, B. C., & Moore, K. A. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy, and parenting: Research through the 1980s. *Journal of Marriage and Family, 52*, 1025-1044. Retirado de <http://goo.gl/Zlf3Vc>
- Mufel, N., Speckhard, A., & Sivuha, S. (2002). Predictors of posttraumatic stress disorder following abortion in a former Soviet Union Country. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 17*, 41-61. Retirado de <http://goo.gl/rSXttc>
- Murry, V. M. (1995). An ecological analysis of pregnancy resolution decisions among African American and Hispanic adolescent females. *Youth & Society, 26*, 325-350. doi:10.1177/0044118X95026003003
- Organização Mundial de Saúde. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting*. Genebra: Edição do autor. Retirado de [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_583.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf)

- Ourô, A. M., & Leal, I. P. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não: O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência. *Análise Psicológica*, XVI, 441-446. Retirado de <http://goo.gl/k5xrl0>
- Pereira, J., Pires, R., & Canavarro, M. C. (2013). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico numa amostra de jovens portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(2), 329-338.
- Peres, S. O., & Heilborn, M. L. (2006). Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: O avesso da gravidez na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1411-1420. doi:10.1590/S0102-311X2006000700006
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2009). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo*. Lisboa: Lidel.
- Pimenta, E. (2010). *Causas e consequências do abortamento induzido* (Dissertação de mestrado integrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Pires, R., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2014). Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support. *Maternal and Child Health Journal*, 18, 789-800. doi:10.1007/s10995-013-1303-0
- Pires, R., Pereira, J., Araújo Pedrosa, A., & Canavarro, M. C. (2013). Maternidade adolescente: Escolha, aceitação ou resignação? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14, 339-347. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/362/36227023011.pdf>
- Poggenpoel, M., & Myburgh, C. P. H. (2002). The developmental implications of a termination of pregnancy on adolescents with reference to the girl and her partner. *Education*, 122, 731-741. Retirado de <http://goo.gl/spxoUV>
- PORDATA. (2013a). *Casamentos entre pessoas do sexo oposto: Total e por forma de celebração – Municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/Sfcaoh>
- PORDATA. (2013b). *Nados-vivos de mães residentes em Portugal: Total e por grupo etário da mãe – Municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/g5BAld>
- PORDATA. (2013c). *Nados-vivos fora do casamento, com coabitação e sem coabitação dos pais (%) nos municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/8VALVy>
- PORDATA. (2013d). *População residente do sexo feminino com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%) nos municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/6jyPtB>
- PORDATA. (2013e). *Proporção de poder de compra nos municípios*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de <http://goo.gl/nkyjLw>
- Santos, N. (2010). *Interrupção voluntária da gravidez, satisfação conjugal e apoio social: Que impacto?* (Dissertação de mestrado integrado não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Silva, M. O. da (1992). *A gravidez na adolescência: Relevância clínica da intervenção pré-natal* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Soares, I., & Jongenelen, I. (1998). Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica*, XVI, 373-384. Retirado de <http://goo.gl/CDxwpm>
- Stotland, N. L. (1996). Conceptions and misconceptions: Decisions about pregnancy. *General Hospital Psychiatry*, 18, 238-243. doi:10.1016/0163-8343(96)00043-6
- United Nations Population Fund. (2013). *The state of world population 2013: Motherhood in childhood – Facing the challenge of adolescent pregnancy*. Nova Iorque: Edição do autor. Retirado de <https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/EN-SWOP2013-final.pdf>
- Zabin, L. S., & Hayward, S. C. (1993). *Adolescent sexual behavior and childbearing*. Newbury Park, CA: Sage