

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



IVG: UM INDUTOR DE ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS?

Estudo dos níveis de Depressão, Ansiedade e Stress em mulheres no pré e
pós I.V.G.

Miguel António Mendes Vasco d'Almeida

Nº 11530

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

IVG: UM INDUTOR DE ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS?

Estudo dos níveis de Depressão, Ansiedade e Stress em mulheres no pré e
pós IVG.

Miguel António Mendes Vasco d`Almeida

Dissertação orientada por Professora Doutora Ivone Patrão

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Ivone Patrão, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ivone Patrão, orientadora deste trabalho, pela dedicação, paciência e constante apoio. Um exemplo do que é orientar que nunca esquecerei.

Ao Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de São Bernardo, mais concretamente ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, pelo acolhimento e recolha dos dados; sem eles este trabalho não se realizava.

À Dra. Ana Margarida Rocha, Psicóloga do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, pela disponibilidade, dedicação e acolhimento em toda a recolha dos dados deste trabalho.

Ao meu Avô, que este ano me deixou para entrar no descanso eterno, por me mostrar o significado da palavra dignidade.

À minha mãe, pelo apoio, dedicação e sobretudo por me mostrar o significado da palavra força.

Ao meu irmão, o meu melhor amigo, por me mostrar que o bom da vida está na simplicidade.

À Rita, porque um dia, sem eu dar por isso, me mostrou que o amor pode ser bom.

Ao Dr. João Seabra Diniz, por acreditar ser possível.

Aos meus colegas e amigos, porque sozinho este trabalho não tinha interesse.

RESUMO

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) tem vindo a ser realizada em outros países há alguns anos, dividindo a opinião dos investigadores no que se refere aos riscos para a saúde mental das mulheres.

O objectivo geral deste trabalho é perceber até que ponto a IVG induz alterações psicológicas nas mulheres que recorrem a este processo, mais concretamente, verificar se existe variabilidade nos níveis de depressão, ansiedade e stress no pré e pós IVG. Questionaram-se 30 participantes do sexo feminino no Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de São Bernardo, com idades compreendidas entre os 17 e os 40 anos. Utilizou-se como instrumentos um questionário Sócio-Demográfico e Clínico e uma Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), aferida para população portuguesa por José L. Pais-Ribeiro, Ana Honrado e Isabel Leal (2004) a partir da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) de Lovibond & Lovibond (1983).

O nosso estudo mostrou que a IVG não “induz” alterações psicológicas que ultrapassem a fronteira dos estados reactivos “normais” face ao processo em causa. No entanto, verificou-se que variáveis como o estado civil, habilitações literárias, religião, factores sócio-económicos, experiências passadas de interrupções da gravidez, idade e duração da gravidez, influenciam a resposta emocional das mulheres que recorrem à IVG.

Palavras-chave: *Ansiedade; Depressão; Stress; Consequências Psicológicas; Interrupção Voluntária da Gravidez.*

ABSTRACT

The voluntary interruption of pregnancy (VIP) has been performed in several countries for many years, dividing the points of view of key opinion leaders, concerning the risks of mental health problems of women.

The aim of the present work was to understand the extent of psychological changes induced by VIP in women that had gone through the procedure. Possible variations in the levels of depression, anxiety and stress, before and after VIP, were tested on 30 female subjects, aged between 17 and 40, from *Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de São Bernardo*. The instruments used in this study were a Sociodemographic and Clinical questionnaire and a Scale of Anxiety, Depression and Stress (EADS-21), validated for the Portuguese population by José L. Pais-Ribeiro, Ana Honrado e Isabel Leal (2004), based on Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) from Lovibond & Lovibond (1983).

Our study suggests that the VIP does not induce psychological changes beyond the border states of normal reaction to the concerned process. However, it was observed that factors such as marital status, education, religion, socioeconomic situation, past experience of pregnancy interruption, age and number of pregnancy weeks play an important role in the emotional response to a VIP.

Key-Words: Anxiety; Depression; Stress; Psychological Consequences, Voluntary Interruption of Pregnancy.

ÍNDICE

1- Introdução.....	1
2- Enquadramento Teórico	3
2.1 - Interrupção Voluntária da Gravidez.....	3
2.2 – Ansiedade.....	11
2.3 – Depressão.....	13
2.4 – Stress.....	16
2.5 – Ansiedade, Depressão e Stress na IVG.....	20
2.6 – Intervenção.....	23
3- Formulação do Problema.....	27
3.1 – Objectivo Geral.....	27
3.2 – Objectivos Específicos.....	27
4- Método.....	29
4.1 – Delineamento.....	29
4.2 – Variáveis.....	29
4.3 – Participantes.....	29
4.4 – Instrumentos.....	40
4.5 – Procedimento.....	46
5- Análise dos Resultados.....	48
6- Discussão.....	65
7- Considerações Finais.....	69
8- Referências Bibliográficas.....	70
9- Anexos.....	77

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Média e Desvio Padrão das Idades das participantes.....	31
Tabela 2 – Cotação EADS.....	43
Tabela 3 – Consistência interna da Escala de Ansiedade.....	45
Tabela 4 – Consistência interna na Escala de Depressão.....	45
Tabela 5 – Consistência interna na Escala de Stress.....	45
Tabela 6 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré e Pós IVG.....	48
Tabela 7 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress das participantes de nacionalidade Portuguesa no Pré e Pós IVG.....	49
Tabela 8 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress das participantes de nacionalidade Não Portuguesa no Pré e Pós IVG.....	50
Tabela 9 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente ao Estado Civil.....	52
Tabela 10 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente às Habilitações Literárias.....	53
Tabela 11 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente à Religião.....	54
Tabela 12 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente ao Uso de Contraceção.....	55
Tabela 13 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez.....	56
Tabela 14 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente aos motivos Sócio-económicos.....	57
Tabela 15 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente ao Estado Civil.....	58
Tabela 16 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente às Habilitações Literárias.....	59
Tabela 17 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente à Religião.....	60

Tabela 18 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente ao Uso de Contraceção.....	61
Tabela 19 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez.....	62
Tabela 20 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente aos motivos Sócio-económicos.....	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das Percentagens relativamente à Nacionalidade das participantes.....	30
Figura 2 - Distribuição das Percentagens relativamente ao Estado Civil das participantes.....	31
Figura 3 - Distribuição das Percentagens relativamente às Habilitações Literárias das participantes.....	32
Figura 4 - Distribuição das Percentagens relativamente à Religião das participantes.....	32
Figura 5 - Distribuição das Percentagens relativamente ao Número de Filhos.....	33
Figura 6 - Distribuição das Percentagens relativamente à Duração da Gravidez.....	33
Figura 7 - Distribuição das Percentagens relativamente ao Uso de Contraceção.....	34
Figura 8 - Distribuição das Percentagens relativamente a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez.....	35
Figura 9 - Distribuição das Percentagens relativamente aos motivos Sócio-económicos.....	36
Figura 10 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Idade.....	36
Figura 11 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Gravidez Recente.....	37
Figura 12 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Número de Filhos.....	37
Figura 13 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Momento Inadequado.....	38
Figura 14 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Mal Formação do Feto.....	39

Figura 15 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Problemas Conjugais.....	39
Figura 16 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Problemas de Saúde.....	40

ÍNDICE DOS ANEXOS

I- Anexo A – Carta de Consentimento Informado.....	78
II- Anexo B - Questionário Sócio-Demográfico e Clínico.....	80
III- Anexo C - Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21).....	82
IV- Anexo D - Autorização para a aplicação da EADS-21.....	84
V- Anexo E - Autorização do Centro Hospitalar para a recolha da amostra.....	86
VI- Anexo F - Outputs dos testes de normalidade, significância e correlações....	88

1 - INTRODUÇÃO

A grande maioria das pessoas que mantêm relacionamentos sexuais, têm como primeiro objectivo preencher necessidades afectivas, satisfazer o desejo de obter prazer, sendo a sexualidade uma forma muito mais comunicativa entre parceiros, do que utilizada para fins reprodutivos. A decisão de ter um filho é afectada por inúmeros factores (pressões familiares e sociais, condições económicas, entre outros) sendo uma decisão pessoal e do casal. Encarar a sexualidade desligada da concepção, é no entanto ainda complicado para algumas pessoas, por várias razões: rigidez dos papéis masculino e feminino na sociedade, códigos morais e religiosos, desconhecimento da estrutura e das funções do próprio corpo e desinformação sobre técnicas anticoncepcionais (Mazín, 1983).

Correia (1987), afirma que, durante a idade reprodutiva, a gravidez não planeada e não desejada é, seguramente, o mais frequente trauma físico e psíquico com que é confrontada a maior parte das mulheres portuguesas. As alterações profundas no seu projecto de vida, segundo os casos, vão fazer com que sozinha, se decida a aceitar aquele filho, que não desejou. Em alguns casos a mulher acaba por abrir espaço na sua vida e fazer do filho uma compensação, evoluindo o processo de uma maneira “positiva”. Em outros casos, são nove meses de revolta, um puerpério difícil e um relacionamento com o filho feito de “altos e baixos” e crises alternadas de amargura e de ternura excessivas, culpabilizando-se pela sua rejeição.

Neste sentido, por estas e outras razões, as mulheres recorrem muitas vezes à interrupção voluntária da gravidez (IVG).

Solicitar uma interrupção da gravidez é uma “tarefa” difícil de suportar. A mulher que toma esta decisão apresenta-se, normalmente, numa situação conflitual grave perante si mesma, perante o companheiro, perante a família. As mulheres, os casais no passado sempre se viram confrontados com este problema e transgrediram as leis religiosas e civis em vigor, recorrendo ao aborto e até mesmo, em algumas ocasiões, ao infanticídio (Bello, Dolto & Schiffman, 1984).

A grande questão que se coloca, actualmente, é saber até que ponto a IVG induz alterações psicológicas nas mulheres que recorreram a este processo.

Muitas são as possíveis consequências físicas e psíquicas, apontadas pelos autores, sendo a mais abordada o Síndrome Pós-Aborto (SPA).

A opinião, entre autores, quanto à existência ou não de Síndrome Pós-Aborto (SPA) é ambivalente, embora todos afirmem que podem aparecer consequências psicológicas negativas como resposta emocional a situações de aborto, cuja intensidade e duração dependem de um diverso número de condições. Esta discrepância de opinião também tem a ver com as diferentes posições: pró-vida e pró-aborto (pró-escolha) (Cosme & Leal, 1998).

No entanto *“Analisar as respostas pós-aborto implica uma árdua e holística reflexão acerca do fenómeno em causa, na medida em que é uma questão que se dispersa pelos múltiplos níveis da pessoa, nomeadamente o sócio-cultural e esferas políticas, que parecem ter um impacto na resposta do individual. Significa, no fundo, olhar para a IVG de forma mais aberta e ampla e ter em conta toda uma complexidade de dimensões, que resultam, de certo modo, da qualidade de ser um fenómeno indissociável da realidade pessoal”* (Noya & Leal, 1998, p. 432).

Como se pode constatar na literatura, poucos são os estudos feitos em Portugal sobre as possíveis consequências da IVG. Muito se deve ao facto de a interrupção da gravidez ter sido legalizada no nosso país em 2007.

Neste sentido, propusemo-nos estudar o possível “carácter” indutor de alterações psicológicas que a IVG pode ter, centrando-nos na análise comparativa dos níveis de ansiedade, depressão e stress no pré e pós IVG.

Deste modo, criou-se um plano de investigação que irá ser exposto ao longo deste trabalho. Iniciou-se este estudo com uma revisão bibliográfica onde abordámos as temáticas que consideramos mais pertinentes para a nossa investigação, estando dividida em 6 capítulos: *Interrupção Voluntária da Gravidez; Ansiedade; Depressão; Stress; Ansiedade, Depressão e Stress na IVG; Intervenção.*

Na segunda parte deste estudo será apresentado o método, onde se expôs o delineamento, a amostra, os instrumentos utilizados e o procedimento.

Por fim, apresentou-se os resultados obtidos, a discussão e as considerações finais desta investigação.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 - Interrupção Voluntária da Gravidez

Em cada civilização ter um filho é considerado de um modo diferente. Ser mãe numa determinada mulher, numa determinada civilização pode ser encarado como uma experiência perigosa, dolorosa, interessante, satisfatória ou importante. A forma de a experienciar associa-se quer às suas características individuais quer à atmosfera cultural que a circunda (Correia, 1998).

Para algumas mulheres, a gravidez é um estado muitíssimo desejado e gratificante, como por exemplo, a promessa de um filho para criar e educar, uma identificação positiva com a sua mãe ou ainda a construção da sua própria família. No entanto, para estas mesmas mulheres, mas num outro “timing”, ou para outras mulheres, a gravidez pode ser vista como algo extremamente difícil. Pode ser experienciada como uma invasão do corpo, ou pode trazer à tona conflitos e sentimentos relativos a uma mãe desvalorizada e odiada (Noya & Leal, 1998).

Hoje em dia, são, direitos fundamentais do ser humano, reconhecidos internacionalmente e integrados na Lei dos mais variados países, a liberdade de cada casal determinar o número de filhos que deseja, a possibilidade da mulher poder controlar a sua própria fecundidade e a oportunidade do casal desfrutar do prazer da sexualidade, sem riscos de uma gravidez não desejada. Esta aparente liberalização do sexo com recurso aos métodos contraceptivos tem consequências inevitáveis sobre o casal, com implicações na aceitabilidade dos vários meios de contraceção, o que leva muitas vezes a uma gravidez não planeada (Oliveira, 1987).

Neste sentido, a decisão de ter ou não um filho, apresenta-se, nos dias de hoje e por várias razões, como muito complexa, optando muitas mulheres por recorrer à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) em detrimento do que em outros tempos foi, o grande motivo de vida de muitas mulheres: ser mãe.

2.1.1 - Perspectiva Histórica do Aborto

O Movimento para a Contraceção e Aborto Livre e Gratuito, foi lançado em Abril de 1975, e exigia para além da legalização do aborto e a sua realização em instalações hospitalares, a difusão e informação sobre contraceptivos nos bairros, fábricas, escolas e zonas rurais. Na década de 80 este movimento despertou um maior interesse dos partidos políticos e das organizações sindicais pela legalização do aborto. A década de 90 ficou marcada pelo referendo sobre o aborto. Realizado a 28 de junho de 1998, após a aprovação na Assembleia da República, do projecto da JS pela despenalização do aborto. O referendo veio traduzir-se num resultado pouco expressivo, sem vinculação jurídica, dado que 68% dos eleitores se abstiveram. O Não à despenalização do aborto recolheu 51% dos votos e o Sim 49%. Em Junho de 2002, o Parlamento Europeu aprovou um Relatório sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos elaborados pela Comissão de Direitos da Mulher e da Igualdade de Oportunidades. Em causa, estava a recomendação da legalização do aborto em todos os países da União Europeia, para além da promoção da contraceção de emergência (Tavares, 2003).

2.1.2 - Incidência

De acordo com dados de 1999, o Allan Guttmacher Institute, 1999 (citado por Campos, 2007), refere que de todas as gravidezes que aparecem anualmente, 38% não são planeadas e 22% das gravidezes não desejadas acabam em aborto. Nos países desenvolvidos há 28 milhões de gravidezes por ano e 49% não são planeadas, terminando 38% das que não são desejadas em aborto.

Um estudo-base sobre práticas de aborto em Portugal, divulgado em Dezembro de 2006 (citado por Campos, 2007), com dados recolhidos entre 6 de Outubro e 10 de Novembro e efectuado sob a responsabilidade da APF, baseado em entrevistas a duas mil mulheres entre os 18 e 49 anos, distribuídas por todo o país, que correspondem a um universo de 2 446 386 mulheres em idade fértil; mostra dados importantes, através de uma amostra distribuída por grupos etários,

efectuando-se também a análise por estado civil, número de filhos, escolaridade e situação face à religião.

Em termos de prática do aborto verifica-se que, 14,5% das mulheres da amostra confessa já ter efectuado pelo menos um aborto (12% fez apenas um e 2,1% fez dois). Quando se distribui por grupos etários, comprova-se que das mulheres entre os 18 e 24 anos (20% do total da amostra) há 8,2% que já fez um aborto; entre 25 e 34 anos (32% da amostra) há 14,9%; entre 35 e 44 anos (33% da amostra) há 15,5% e entre 45 e 49 anos (15% do total da amostra) há 19,4% de mulheres que já abortaram.

Quanto ao nível de instrução, os dados mostram que as mulheres que abortaram se distribuem por todos os níveis de instrução (no Ensino Superior há 14% que abortaram, no Secundário 13% e no Básico 15%), quanto ao estado civil (entre as solteiras são 11,1%, entre as casadas ou união de facto 14%, nas separadas 25,3% e nas viúvas 26,8%). Quanto à posição face à religião, entre as ateias e não praticantes 16,7%, entre as praticantes ocasionais 11,4%, entre as praticantes frequentes 2,6%.

Verificou-se que 72,7% dos abortos foram feitos até à 10.^a semana; 46% das mulheres não usavam contracepção, mas 21% havia uso de contracepção que falhou.

A análise dos dados demonstram ainda que 78% acharam que a decisão foi difícil, tendo havido em 43% a participação do marido ou companheiro na decisão.

O aborto foi feito por método cirúrgico em 58% dos casos e foi feito por meios médicos em 25%, tendo havido complicações que levaram a internamento hospitalar em 27,4%.

Em 70,2% dos casos não houve qualquer aconselhamento posterior sobre contracepção.

2.1.3 - Actualidade

A Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) é um procedimento efectuado em vários países, desde há vários anos, como é o caso da Rússia, Suécia, Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suíça, os primeiros países a legalizar o aborto. Em Portugal a IVG é efectuada desde 2007, após publicação da lei da Assembleia da Republica número 16/2007 de 17 de Abril. Esta, veio trazer a possibilidade de pôr fim ao aborto clandestino e inseguro em Portugal. A Organização Mundial da Saúde afirma que, podem ocorrer gravidezes inesperadas que as mulheres não desejam

continuar, recorrendo ao aborto mesmo quando os métodos de planeamento familiar são largamente acessíveis e utilizados. Por este motivo, devem existir leis que autorizem a interrupção da gravidez em condições de segurança, de modo a preservar a saúde física e psíquica da mulher, nos mais diversos países (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Pode considerar-se que existem duas grandes categorias de abortos: o aborto induzido ou provocado e o aborto espontâneo. O aborto induzido é o meio mais longamente difundido de controlar o número de filhos, quer em Portugal como em todo o mundo. Como se percebe da própria classificação o aborto induzido ou provocado é, aquele que é produzido voluntariamente com intenção de interromper uma gravidez, quaisquer que sejam as razões consideradas para tal (Correia, 1987).

A alínea e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal permite a interrupção da gravidez até às 10 semanas a todas as mulheres grávidas que o solicitem, desde que realizada em estabelecimentos de saúde oficial ou oficialmente reconhecido (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Nos estabelecimentos de saúde, as mulheres recebem, na consulta de IVG, toda a informação necessária para uma correcta decisão quanto à interrupção. A consulta prévia e o período de reflexão, são dois momentos fundamentais no processo de interrupção voluntária da gravidez.

O objectivo da consulta prévia é: a mulher expor a sua intenção de interromper a gravidez, com a garantia de não sofrer qualquer tipo de pressões; determinar o tempo de gestação e haver um esclarecimento relativamente a todo o processo; dar a conhecer os métodos contraceptivos existentes e mais adequados a cada mulher; ser entregue à mulher o impresso do Consentimento Livre e Esclarecido. O Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser lido, assinado e entregue ao médico até ao dia em que tiver lugar a interrupção da gravidez – é obrigatório um período de reflexão de 3 dias, entre a consulta prévia e a data da interrupção da gravidez. Nestes dias, a mulher pode solicitar o apoio de um psicólogo ou de um assistente social. No final da consulta prévia será marcada uma nova consulta onde eventualmente será realizada a interrupção da gravidez (Direcção Geral de Saúde, 2007).

2.1.4 - Métodos

Existem dois métodos utilizados na IVG: cirúrgico e medicamentoso. A técnica a utilizar depende do tempo de gravidez, da situação clínica e dos recursos técnicos disponíveis. O médico, na consulta prévia, ajuda a mulher na escolha do método. A interrupção cirúrgica da gravidez pode ser praticada até à 10ª semana de gravidez, e terá que ser feita num estabelecimento hospitalar oficial ou oficialmente reconhecido. A interrupção medicamentosa da gravidez pode ser praticada até à 9ª semana de gravidez em regime de ambulatório, num estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido. A consulta de controlo é obrigatória neste método, após a toma dos medicamentos, para averiguar se a interrupção foi bem sucedida (Direção-Geral da Saúde, 2007).

2.1.5 - Consequências Psicológicas

Não existem investigações portuguesas quanto às possíveis implicações psicológicas da IVG, contudo, estas foram analisadas em outros países, apresentando resultados pouco claros e não concordantes.

A grande questão que se coloca, e que vários especialistas em psicologia da saúde se têm debruçado, é se a interrupção voluntária da gravidez (IVG) induz alterações psicopatológicas nas mulheres que recorrem a este tipo de interrupção.

Segundo Garcia (2007), depois de se ter subestimado e negado os efeitos psicopatológicos do aborto durante anos, a comunidade científica em resultado da evidência de uma variedade de perturbações, começa hoje em dia, a admitir a existência de consequências após abortos voluntários. Assim até a Planned Parenthood – que é, como se sabe, a maior praticante de abortos nos Estados Unidos – confirmou a incidência de Síndrome Pós-Aborto (SPA).

Alguns autores consideraram o Síndrome Pós-Aborto como um tipo de Distúrbio Pós-Traumático de Stress. De acordo com um estudo de Jamieson e Stein (1986), citado por Leal (2001), a IVG é apontada em sexto lugar numa possível lista de treze acontecimentos traumáticos. Deste modo, foi com Speckard (1985) que o Síndrome Pós-Aborto foi mais divulgado, quando esta entrevistou mulheres que realizaram abortos e concluiu que a grande

maioria tinham sentido culpa e hostilidade (citado por Cosme & Leal, 1998). Outras investigações mostraram que a IVG pode ter um duplo papel, funcionando como um mecanismo de adaptação e como um stressor psicossocial, que é capaz de causar Distúrbio Pós-Traumático de Stress (DPTS) (Barnard, 1990; Rue, 1985, 1986 e 1987; Selby, 1990; Speckhard, 1987; Vaughan, 1991; citados por Cosme & Leal, 1998).

Deste ponto de vista, Rue e Speckhard (1992) defendem o SPA como um tipo de DPTS, caracterizado pelo desenvolvimento crónico ou retardado de sintomas, resultantes do impacto emocional e físico causado pelo trauma do aborto (citados por Cosme & Leal, 1998). Os autores descrevem quatro principais componentes do SPA como um tipo de DPTS: o primeiro é a exposição ou participação numa experiência de aborto, percebida como a destruição de um ser, traumática e intencional; o segundo é o reviver do acontecimento de forma incontrolada; o terceiro, a tentativa sem sucesso de evitar ou negar pensamentos acerca do acontecimento; e o último, a experiência de sintomas associados que não estavam presentes antes do aborto, como a culpa.

No entanto, os mesmos autores demonstraram que existem certas circunstâncias e características individuais que podem levar a uma predisposição para o SPA. Assim, são apontadas: número de abortos realizados; número de filhos; baixa auto-estima; o aborto ser no segundo trimestre; forte orientação maternal; afiliação religiosa ou conservadorismo; praticar o aborto por coerção ou pressão; falta de suporte a nível relacional ou relacionamentos interpessoais imaturos; ambivalência pré-aborto; problemas emocionais; traumas não resolvidos; falta de suporte familiar; ser adolescente; pobre aconselhamento pré-aborto (citados por Cosme e Leal, 1998).

Para Noya e Leal (1998) não se pode entender a resposta emocional da mulher em relação à IVG, se não se levar em consideração o significado que aquela gravidez tem, naquele momento particular da sua vida e se corresponde ou não a um efectivo projecto de Maternidade.

As autoras afirmam que, por si só, as consequências psicológicas da IVG não devem ser vistas unicamente como resultado do acto de abortar. Na maioria dos casos, as consequências psicológicas da IVG tendem a ser mais positivas que negativas, embora algumas mulheres, apresentem sentimentos como a tristeza, mágoa e angústia (Noya & Leal, 1998).

Bowles, James, Solursh, Yancey, Epperly, Folen (2000) (citados por Garcia, 2007) afirmam que, qualquer mulher que aborta, fica profundamente afectada, inclusivamente em caso

de aborto devido a causas naturais, embora não queira ou não consiga reconhecê-lo; e que no aborto provocado, como resposta natural de defesa contra o acontecimento stressante, se produz uma reacção de ansiedade e depressão. Essa reacção normalmente é acompanhada por um sentimento de culpa e um correspondente processo de luto.

A atitude prevalecente da sociedade, aponta no sentido de uma expectativa, que contempla uma resposta traumática, face ao aborto. As normas sociais são, normalmente, a favor do nascimento e por isso anti-aborto. Estas normas da comunidade tendem a ser internalizadas no individual e, deste modo, não raras vezes surgem, perante a interrupção voluntária da gravidez, sentimentos de culpa, vergonha e medo de reprovação. Sentimentos negativos, como perda, vazio, dor e mágoa, são frequentemente apontados como resultantes da experiência da interrupção voluntária da gravidez e reflectem o estigma social desta prática (Noya & Leal, 1998, p.432).

Noya e Leal (1998) referiram a existência de variáveis demográficas (idade, paridade e duração da gestação), sócio-culturais (religião e suporte social) e psicológicas (antecedentes psicológicos e grau de satisfação com a decisão tomada), que podem influenciar as respostas pós-aborto.

No que diz respeito à idade, pensa-se que as mulheres mais jovens têm uma maior tendência para traumas emocionais que as mulheres mais velhas (Adler, 1979; citado por Noya & Leal, 1998). Hendricks-Mattheews (citado por Turell *et al.*, 1990) referiu que a idade é um dos factores que mais contribui para a angústia emocional (citados por Noya & Leal, 1998).

Relativamente à paridade, Russo e Zierk (1992) concluíram que a IVG, para muitas mulheres não funciona como um meio de evitar a maternidade, uma vez que na sua maioria já tinham filhos (citados por Noya & Leal, 1998). Hendricks-Mattheews (citado por Turell *et al.*, 1990) sugeriu que as mulheres que têm mais filhos, lidam melhor com a IVG do que aquelas que não os têm (citados por Cosme & Leal, 1998).

Em relação à duração da gestação, Turell *et al.* (1990) citam trabalhos de Adler (1979), uma vez que descobriu que as mulheres ao interromperem a gravidez no segundo trimestre sentem mais mágoa (citados por Cosme & Leal, 1998). Turell *et al.* (1990) descreveram também os trabalhos de Osofsky e Osofsky, pois estes autores observaram que, quando a IVG ocorre no segundo trimestre, as mulheres sentem a decisão como mais difícil e experimentam maior nível de indecisão (citados por Noya & Leal, 1998). Sabe-se, ainda, que a IVG realizada depois do

primeiro trimestre representa um aumento dos riscos médicos e psicológicos para as mulheres que a elas recorrem (Bibring et al., 1961; Bracken & Swigar, 1972; Cates & Grimes, 1981; citados por Noya & Leal, 1998).

Quanto à variável religião, Noya e Leal (1998) citam um trabalho de Adler (1979) onde se descobriu que as mulheres católicas pareciam ter respostas mais negativas face à IVG do que as mulheres não católicas, explicável pela posição conhecida da Igreja perante esta temática. Outro estudo citado pelas autoras, de Payne et al. (1976), mostra uma comparação entre mulheres protestantes e judias com católicas, concluindo que estas últimas apresentam valores mais elevados de depressão, culpa e vergonha.

Relativamente ao suporte social, para a maioria das mulheres o suporte dos maridos, companheiros ou pais ajuda a haver respostas emocionais mais positivas (Noya e Leal, 1998). Bracken, Hachamovich e Grossman em 1974, (citados por Turell *et al.*, 1990), observaram que as mulheres tinham reacções mais favoráveis ao aborto quando existia um suporte dos outros mais significativo (citado por Cosme & Leal, 1998). Também Payne *et al.* (1976) elaboraram um estudo com objectivo de perceber como se dá o suporte dos companheiros às suas mulheres e revelaram que quando estas se encontravam em conflito com o marido, ou amante, apresentavam um maior índice de tristeza e depressão após o aborto (citados por Noya & Leal, 1998). Ainda outra investigação feita por Major, Mueller e Hildebrandt (1985), permitiu verificar que as mulheres acompanhadas pelos companheiros adaptaram-se pior e encontravam-se mais deprimidas após a IVG do que aquelas que estavam sós, concluindo que não importa somente o prestar apoio, mas também que deverá haver uma qualidade de suporte, importante para o bem-estar psicológico das mulheres (citados por Noya & Leal, 1998).

Quanto aos antecedentes psicológicos, David, Rasmussen & Holts (1981), consideraram que é importante reconhecer a existência de algumas mulheres com problemas emocionais pré-existentes, e que por isso mesmo, poderão ter um maior risco de respostas emocionais negativas perante a IVG (citados por Noya & Leal, 1998). Deste modo, Noya e Leal (1998) colocaram como hipótese que o estado emocional e psicológico da mulher no período precedente à IVG, poderá ter bastante influência no tipo de respostas que esta vai ter no tempo posterior ao acontecimento.

Por fim, no que diz respeito ao grau de satisfação com a decisão tomada, Turell et al. (1990) citam um trabalho de Shusterman (1979), no qual se descobriu que a população mais

susceptível a passar por respostas negativas após a IVG são aquelas mulheres que não ficaram satisfeitas com a sua decisão no pré-aborto (citados por Cosme & Leal, 1998). Adler (1975) assumiu também que a não satisfação com o processo de decisão da IVG estava associada a respostas emocionais como a ansiedade, a dúvida, a depressão e o aborrecimento (citado por Noya & Leal, 1998).

2.2 - Ansiedade

2.2.1 - Definição

Pode-se definir ansiedade como, uma emoção causada pela antecipação de um perigo vago, de difícil previsão e controlo. Ou uma emoção que se transforma em medo face a um perigo bem identificado. A ansiedade comporta modificações fisiológicas e hormonais características dos estados de activação elevada, estando muitas vezes associada ao comportamento de conservação: retirada ou a condutas de evitamento (Dantzer, 2001)

Santos e Castro (1998), descreveram ansiedade como uma sensação vaga de inquietação e apreensão, uma estranha antecipação de um acontecimento iminente, que envolve muitas vezes uma ameaça inespecífica ou relativamente incerta. São exemplos de situações causadoras de ansiedade a percepção de uma pessoa que pode perder um ente querido, um doente a aguardar uma intervenção cirúrgica ou o resultado de exames.

A ansiedade é um sintoma muito frequente, uma emoção normal que atravessa quase a nosologia somática e psicológica. Quando ocorre em conjunto com outra perturbação, a ansiedade é patológica, por exemplo no enfarte do miocárdio ou na depressão, ou quando os sintomas e comportamentos relacionados com a ansiedade são tão graves e ocorrem com tal frequência que interferem com o trabalho e a vida de relação (Paulino & Godinho, 2002)

Segundo Gleitman (1999), nas perturbações da ansiedade, os principais sintomas ou as defesas contra ela são: o paciente está constantemente apreensivo, receia o pior e está em guarda sistemática contra ela. Mesmo que estes sintomas causem frequentemente, grande angústia e diminuam o funcionamento do indivíduo, não se tornam geralmente tão graves ao ponto de o indivíduo se tornar psicótico.

Nas teorias psicodinâmicas, ansiedade é um sinal para o Eu de que uma pulsão inaceitável está a forçar a passagem para a representação consciente e descarga; como sinal, alerta o Eu para usar mecanismos de defesa contra aquela pressão. Nas teorias de aprendizagem, os teóricos dos reflexos condicionados conceptualizam a ansiedade ou o medo como resposta, inata e incondicional, do organismo a estímulos dolorosos ou perigosos. Do ponto de vista da genética, a ansiedade é um afecto universal mas varia grandemente nas pessoas, dependendo da circunstância; a predisposição para a ansiedade é uma característica individual, mais ou menos estável e há dados a favor de ser geneticamente determinada (Paulino & Godinho, 2002).

2.2.2 - Ansiedade Generalizada

A perturbação da ansiedade generalizada é caracterizada por uma ansiedade geral ou flutuante. O paciente apresenta um constante estado de tensão e preocupação, sente-se inadequado, hipersensível, não consegue concentrar-se ou tomar decisões e sofre de insónias. A acompanhar este tipo de perturbações, existe normalmente, um conjunto de concomitantes fisiológicos – ritmo cardíaco acelerado, respiração irregular, sudação excessiva e diarreia crónica. Do ponto de vista psicanalítico, a perturbação aparece quando não existem defesas contra a ansiedade ou quando essas defesas são excessivamente fracas e colapsam, de modo que os impulsos inaceitáveis conseguem penetrar na consciência e precipitar as reacções de ansiedade (Gleitman, 1999).

2.2.3 - Categorias nosológicas

Segundo o DSM-IV nas Pertubações da ansiedade encontramos: Ataques de Pânico, Agorafobia, Perturbações de Pânico sem Agorafobia, Perturbações de Pânico com Agorafobia, Agorafobia sem História de Perturbações de Pânico, Fobia Específica, Fobia Social, Perturbação Obsessiva – Compulsiva, Perturbações Pós-Stress Traumático, Perturbação Aguda de Stress, Perturbação da Ansiedade Generalizada, Perturbação da Ansiedade Provocada por Um Estado

Físico Geral, Perturbação da Ansiedade Induzida por Substância e Perturbação da Ansiedade Sem Outra Especificação

2.3 - Depressão

2.3.1 - Definição

A tristeza é uma reacção normal e comum, caracterizada por uma emoção desagradável desencadeada por uma situação de perda, deste modo, tal como a alegria, modula e dá colorido ao modo como as situações quotidianas são experimentadas. Deve distinguir-se tristeza de humor. Tristeza é o afecto, ou seja, a manifestação exterior da emoção; humor é um estado de ânimo interno e mantido. Enquanto a alegria é efémera e se dissipa depressa, a tristeza pode estruturar-se na personalidade do indivíduo e permanecer durante muito tempo depois do acontecimento desencadeante ou da sua gravidade, organizando o quadro clínico da depressão. A depressão deve ser, assim, entendida como uma síndrome que pode traduzir múltiplas etiologias, desde um pólo puramente psicológico, de reacções a acontecimentos exteriores, a tristeza anímica; a um pólo biológico em que a tristeza, dita vital, mais referida ao corpo, reflecte qualquer obscura disfunção do sistema nervoso central, ou uma disfunção do humor secundário a patologia somática ou induzida por fármacos, por exemplo. (Costa & Matez, 2002).

Segundo Beck (1967,1976) (citado por Gleitman, 1999), a condição depressiva do paciente pode ser percebida como consequência de uma tríade de crenças intensamente negativas e irracionais sobre si próprio, o seu futuro e o mundo circundante: que ele não serve absolutamente para nada, que o seu futuro é desolador e que, aconteça o que acontecer à sua volta, será sempre para o pior. Estas crenças formam um núcleo, de um esquema cognitivo negativo e, em função do qual, o paciente interpreta tudo o que lhe acontece. Perante circunstâncias adversas mínimas, o paciente exagera-as extraordinariamente; perante realizações importantes, diminui drasticamente o seu significado. Já Seligman (1971), relativamente a uma experiência com cães, defende que o desamparo apreendido em animais é parecido a pelo menos algumas formas de depressão humana. Assim como os cães desamparados, existe uma desistência

por parte dos pacientes deprimidos. São incapazes de tomar qualquer iniciativa que possa ajudar a ultrapassar a situação, limitando-se a estar sentados passivamente.

Numa perspectiva psicanalítica a depressão é associada à perda de objecto; tem lugar uma identificação ao objecto perdido e, conseqüentemente, um direccionamento do ódio para o próprio. Freud distingue entre o processo do luto – a reacção à perda, em si mesma não patológica, de uma pessoa ou objecto estimado; e a melancolia, associada a outro tipo de perdas e com outra natureza. Os modelos cognitivos da depressão relacionam o humor deprimido com perturbações cognitivas que enviesam a representação que a pessoa faz da realidade e de si própria e que ocorrem de uma forma inesperada – pensamentos depressivos automáticos; que existiriam latentes e em condições de stress, a sua activação leva às cognições depressivas e ao humor depressivo (Costa & Matez, 2002).

2.3.2 - Sintomatologia

Estima-se que 5% a 10% da população geral sofre de depressão, apresentando-se esta como uma das patologias mais antigas e mais frequentes. O quadro clínico mais típico é a melancolia, já não correspondendo no entanto, às formas mais numerosas. A semiologia da depressão é dominada pela associação de um humor depressivo e de uma lentificação psicomotora. Os pacientes, com um quadro clínico “completo” de depressão, apresentam: culpabilidade, desespero, visão pessimista da existência e sinais somáticos (insónia, astenia, modificações em maior ou menor grau do apetite e do peso); variando as proporções de sujeito para sujeito (Jouvent, 2001).

Em algumas depressões graves observa-se uma indiferença afectiva, uma incapacidade de ressoar emocionalmente as situações ambientais. Do ponto de vista do conteúdo, o pessimismo caracteriza as condições depressivas. A nada é atribuído valor, o que leva ao alheamento, ao isolamento social, ao desinteresse pelos objectos exteriores, à falta de entusiasmo pela vida – a anedonia. A insegurança, a falta de auto confiança, e o sentimento de incapacidade de controlar a própria vida estão associados à auto desvalorização, outra cognição depressiva (Costa & Matez, 2002).

Gleitman (1999), diz que, o extremo da depressão major é o estupor depressivo, no qual a pessoa pode entrar em completa letargia, abanando-se para trás e para a frente, urinando e defecando sobre si própria e balbuciando sons incoerentes.

É, no entanto, possível isolar um conjunto de factores de risco para a depressão (Costa & Maltez, 2002):

- sexo feminino
- mulheres casadas
- homens vivendo sozinhos
- idade: 20 – 40
- perdas parentais antes da adolescência
- história familiar de depressão
- puerpério
- ausência de um confidente
- acontecimentos vitais negativos
- residência em área urbana

Existe uma diferença visível entre sexos. Em cada 3 deprimidos 2 são mulheres. Dado que nas mulheres existem factores biológicos, nomeadamente, problemas do equilíbrio hormonal, como o parto e a menopausa que podem ser geradores de depressão (Mendes e Gusmão 1989).

Outro aspecto importante no estudo da depressão é o conceito de acontecimento de vida. Segundo Mendes e Gusmão (1989), o interesse dos acontecimentos de vida é a sua data de aparecimento, de modo a podermos determinar a sua causa-efeito como factor de risco de depressão, a partir do critério tempo. A questão está em saber, qual a probabilidade de depressão a seguir a um dado acontecimento. Vários estudos focaram situações de perda (de pais e companheiros) sendo os resultados ainda pouco claros e concisos, havendo necessidade de se efectuarem mais pesquisas.

2.3.3 - Categorias nosológicas

As Perturbações Depressivas encontram-se no DSM-IV dentro das Perturbações do Humor como: Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica, Perturbação Bipolar I, Perturbação Bipolar II , Perturbação Ciclotímica, Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação, Perturbação do Humor Devida a um Estado Físico Geral, Perturbação do Humor Induzida por Substância e Perturbação do Humor Sem Outra Especificação.

2.4 - Stress

2.4.1 - Definição

Stress é a condição que resulta quando as trocas (transacções) pessoa-meio ambiente, levam o indivíduo a perceber, sentir uma discrepância, que pode ser real ou não, entre as exigências de uma determinada situação e os recursos do indivíduo, ao nível biológico, psicológico ou de sistemas sociais (Santos & Castro, 1998).

Dantzer (2001), diz que o termo stress é usado para enunciar as múltiplas dificuldades a que o indivíduo tem de fazer face perante acontecimentos stressantes da vida, também denominados acontecimentos vitais, e os meios de que ele dispõe para gerir estas perturbações (estratégias de ajustamento).

Quando um acontecimento representa uma ameaça para a vida ou a segurança de uma pessoa e ultrapassa em intensidade as ocorrências comuns, a maioria dos seres humanos, ficam desesperados e sem saber o que devem fazer. O “desespero” indica o estado emocional em que a pessoa se encontra. “Sem saber o que deve fazer” mostra que o ser humano, nessas situações, normalmente sente que não tem aptidões nem recursos pessoais e/ou sociais para superar as exigências estabelecidas pela situação e desenvolve a percepção de não ter controlo sobre os acontecimentos. Geralmente as circunstâncias traumáticas despertam uma reacção de stress intenso (Vaz-Serra, 2003).

Segundo Baloglu (2003) as principais fontes de stress são:

Ambiente – ruído, poluição, multidões, condições meteorológicas

Fisiológicas – doenças, flutuações hormonais, nutrição e sono desadequados

Pensamentos – a forma como cada um pensa, afecta a forma como responde a esse mesmo pensamento, o pessimismo e o perfeccionismo vão contribuir para aumentar os níveis de stress

Stressores Sociais – problemas financeiros, exigências laborais, eventos sociais ou perda de um ente querido são alguns exemplos

2.4.2 - Sintomatologia

Na reacção de stress, existe uma analgesia, uma diminuição da sensibilidade à dor, induzida pela tensão, que vai permitir ao organismo centrar os seus recursos sobre os meios de combater a agressão. Deste modo existe continuidade entre os aspectos fisiológicos e psicológicos do stress. Há uma dependência das reacções hormonais às agressões, em relação aos factores psíquicos, como a novidade e a incerteza contidas na situação provocadora, e a capacidade de agir para modificar (Dantzer, 2001).

De acordo com Baloglu (2003), os sintomas do stress dividem-se em três grupos:

- Sintomas físicos: tensão muscular, constipação ou outras doenças, tensão arterial alta, indigestão, úlceras, insónias ou outras dificuldades de sono, cansaço, dor de cabeça.
- Sintomas emocionais: irritabilidade, depressão, raiva, medo ou ansiedade, flutuações do humor
- Sintomas cognitivos: pensamentos repetitivos ou indesejados, dificuldade de concentração

2.4.3 - Acontecimentos traumáticos

Os acontecimentos sentidos como ameaçadores ou perigosos e que provocam sentimentos e situações de tensão, são chamados de stressores ou acontecimentos traumáticos de vida. Estes acontecimentos ou agentes stressores produzem tensão nas pessoas a vários níveis (biológico,

psicológico e dos sistemas sociais), aparecendo aquilo a que se chama de “Reacções Biopsicossociais” ao Stress (Santos & Castro, 1998).

Os acontecimentos provocadores de stress podem provocar perturbações psiquiátricas. No entanto, estes acontecimentos podem desenvolver reacções emocionais que provocam sofrimento mas não suficientemente graves ou prolongadas para corresponderem a diagnósticos de perturbações ansiosas ou perturbações depressivas. O luto é um exemplo de uma reacção normal a uma experiência stressante de perda de alguém importante e só uma minoria de pessoas tem uma reacção muito grave ou excessivamente prolongada. Existe, portanto, um padrão normal de reacção a um acontecimento perigoso ou traumático como um acidente de carro. É muitas vezes complicado decidir onde colocar a linha de separação entre uma reacção normal e uma reacção anormal a um acontecimento stressante em termos de gravidade ou duração, e na prática a divisão é arbitrária (Paulino & Godinho, 2002).

Os acontecimentos traumáticos podem determinar transtornos psiquiátricos, que podem corresponder a vários quadros nosológicos como: uma depressão, uma fobia, um distúrbio de ansiedade generalizada, um distúrbio de stress pós-traumático, entre outros. Logo, existem tipos muito diferentes de acontecimentos traumáticos (acidentes graves, desastres naturais, agressão criminosa, exposição a situações de combate no decurso da vida militar, agressão sexual, abuso sexual infantil, abuso físico ou negligência grave na infância, situações de rapto, prisioneiros de guerra, tortura ou deslocação forçada devido a condições de guerra, testemunhar ou tomar conhecimento de acontecimentos traumáticos). De qualquer modo, as consequências de um acontecimento traumático sobre um indivíduo, podem ser muito variáveis. Algumas pessoas ultrapassam acontecimentos traumáticos sem que, posteriormente, apresentem quaisquer transtornos físicos ou psicopatológicos de especial gravidade, enquanto outros, apresentam depressões, transtornos mediados pela ansiedade, transtornos psicóticos, ou mesmo distúrbio de stress pós-traumático (DSPT) (Vaz-Serra, 2003).

2.4.4 - Perturbação Aguda de stress

Segundo Paulino & Godinho (2002), as reacções agudas de stress são respostas imediatas e breves a um stress súbito e intenso numa pessoa que não apresenta no momento outra

perturbação psiquiátrica. A prevalência durante a vida é de aproximadamente 100%. Nem todas as pessoas expostas ao mesmo acontecimento stressante desenvolvem o mesmo grau de reacção; estas variações sugerem que diferenças na constituição, experiência prévia e estilos de coping desempenham um papel na etiologia. Os sintomas nucleares na reacção aguda de stress são a ansiedade e/ou a depressão. Estes sintomas surgem frequentemente em conjunto pois muitos acontecimentos stressantes combinam perigo e perda. Podem também surgir sensações de estar paralisado ou entorpecido, insónias, agitação, dificuldades de concentração e sintomas físicos autonómicos, como diaforese, palpitações e tremor.

2.4.5 - Perturbação do Stress Pós-Traumático

Os seres humanos, ao longo da vida, podem passar por situações traumáticas e especialmente “stressantes”. Uma das possíveis consequências é o aparecimento de uma perturbação do stress pós-traumático. Há muito tempo que esta perturbação é conhecida em soldados que combateram no Vietnam (Figley, 1978). Os sinais e sintomas das perturbações do stress pós-traumático são semelhantes, independentemente do trauma. Logo após o trauma, constata-se, geralmente um período de apatia, durante o qual a vítima se sente alienada, socialmente retraída e estranhamente pouco afectada pelo acontecimento – esta reacção é conhecida tecnicamente por dissociação. Normalmente, depois deste período, seguem-se pesadelos repetidos e, em estado de vigília, memórias súbitas do acontecimento traumático. Estas são geralmente tão intensas que o indivíduo pode acreditar, momentaneamente, que está de novo na situação (Gleitman, 1999).

Segundo Paulino & Godinho (2002), depois de um acontecimento traumático isolado, a maior parte das pessoas que desenvolve uma perturbação aguda de stress ou uma perturbação de stress pós-traumático, volta gradualmente ao seu funcionamento anterior e vivencia uma diminuição ou desaparecimento dos sintomas ao longo do tempo. No entanto, a exposição constante ao traumatismo, provoca, muitas vezes, uma resposta mais complicada e de maior duração, podendo corresponder a patologias bem definidas como a perturbação stress pós-traumático.

2.5 – Ansiedade, Depressão e Stress na IVG

Um artigo de revisão de literatura sobre os efeitos do aborto induzido sobre as experiências emocionais e relacionais de Bradshaw & Slade (2003), tentou verificar se as conclusões retiradas de estudos anteriores ainda se mantinham. Assim 40–45% das mulheres vivenciam elevados níveis de ansiedade depois da descoberta de uma gravidez e cerca de 20% apresentam sintomas depressivos. O distress atenua depois do aborto, mas em cerca de 30% das mulheres, um mês depois, os problemas emocionais ainda se mantêm. Em relação às mulheres grávidas ou mulheres cuja gravidez é ameaçada por um aborto, as mulheres que fazem um aborto apresentam-se mais ansiosas e com maior distress, mas não estão pior psicologicamente a longo prazo, do que as mulheres que tiveram uma gravidez de termo. A auto-estima parece não ser afectada durante o processo. Foram relatados efeitos negativos em 20% das mulheres relativamente à qualidade das relações e do funcionamento sexual, embora a investigação não tem tido em consideração estas variáveis. As conclusões são em geral concordantes com as revisões anteriores. Todavia os sintomas de ansiedade são agora claramente assinalados, como a resposta desfavorável mais frequente.

A ligação do aborto com o bem-estar da mulher no contexto de experiências de maternidade e recursos de coping foi analisado ao longo de 8 anos, por Russo e Zierk (1992), numa amostra de 5,295 mulheres americanas. Contudo não foram descobertas evidências de trauma pós-aborto. A interrupção da gravidez encontra-se positivamente ligada a uma auto-estima globalmente positiva, mais especificamente sentimentos de auto-valia, capacidade e não se sentir como uma “falhada”. Analisando o contexto da maternidade e dos recursos de coping, a experiência de interrupção da gravidez (única ou repetida) parece não ter uma ligação independente com o bem-estar das mulheres. Os recursos de coping da mulher ligados com o emprego, salário e educação são muito mais valorizados para o seu bem-estar do que o facto de ter feito ou não um aborto. Acrescentam ainda, que até ao momento a maternidade influencia o acesso a esses recursos, podendo a interrupção da gravidez ter um papel marcante na mediação, moderação e promoção do bem-estar das mulheres.

Hemmerling, Siedentopf & Kentenich (2005) numa investigação, demonstraram que a IVG é uma solução positiva para uma gravidez indesejada, independentemente do método

(cirúrgico ou medicamentoso), dado existir uma diminuição dos níveis de ansiedade e depressão após a I.V.G.

Para Atwood (1996), (1990) (citado por Cosme & Leal, 1998), o síndrome pós-aborto (SPA) é um reconhecido trauma psicológico, parecido em causa e efeito ao síndrome de choque de longo prazo vivenciado por veteranos do Vietnam. No entanto, encontram-se veteranos que não padecem deste síndrome, o que se confirma nos casos de aborto, onde muitas mulheres consideram como principal problema os custos da interrupção da gravidez, não sentindo qualquer arrependimento pela sua decisão. No entanto a grande parte dos estudos consideram que estas mulheres estão em minoria, pois a maioria sofre de SPA, sobretudo aquelas que abortaram por motivos de graves perigos de saúde, incesto, violação ou deficiência do feto.

Um artigo sobre os factores psicológicos no aborto revela algumas conclusões fundamentais para a compreensão da interrupção voluntária da gravidez actualmente. O estudo menciona a história do envolvimento da APA, começa por negar a pouca probabilidade de que o aborto seja seguido de respostas psicológicas severas e que os aspectos psicológicos podem ser percebidos numa perspectiva de coping e stress normal mais do que numa perspectiva psicopatológica. Algumas mulheres podem vivenciar distress ou psicopatologia depois de uma interrupção da gravidez, no entanto não é certo que esteja relacionada directa e causalmente com a interrupção. As mulheres que se apresentam com maior risco de mostrarem respostas negativas abarcam aquelas que interrompem gravidezes desejadas e significativas, as que na interrupção da gravidez mostram falta de apoio do parceiro ou pais, as que têm maiores conflitos ou que se apresentam pouco seguras sobre a sua decisão e as competências de coping prévias das mulheres, as que adiam até ao segundo trimestre e as que se culpabilizam pela gravidez. Na maior parte das mulheres, a seguir à interrupção da gravidez existem sentimentos e emoções mistos, com predomínio de sentimentos positivos. Isto sucede logo após a interrupção e continua posteriormente. Nos EUA, os “melhores” estudos disponíveis acerca das respostas psicológicas à interrupção de uma gravidez indesejada, indicam que são raras as reacções negativas severas, e que se podem comparar a outras situações de vida causadoras de stress. Normalmente o momento de maior stress ocorre antes da interrupção. Embora a decisão de interrupção de uma gravidez indesejada ser complicada, no geral, as evidências psicológicas disponíveis indicam que, as mulheres tendem a lidar com sucesso e prosseguir normalmente com as suas vidas (Adler, David, Major, Roth, Russo & Wyatt, 1992).

Um estudo de Coleman, Reardon, Rue & Cogle (2002), revela que o aborto induzido tem riscos significativos de episódios psiquiátricos. Neste estudo fez-se a comparação dos tratamentos psiquiátricos entre mulheres que se tinham sujeitado a um aborto induzido e mulheres que tinham levado a gravidez até ao fim. Não foram consideradas todas as mulheres que se tinham submetido a qualquer tratamento psiquiátrico no ano anterior ao resultado da gravidez, de modo a excluir diferenças induzidas pela saúde psicológica das mulheres antes destes episódios. O estudo mostrou que num período de 90 dias após um aborto, cerca de 63% das mulheres apresentavam maior probabilidade de receber tratamento psiquiátrico, do que as mulheres que levaram a gravidez até ao fim. Refere ainda que persistem ao longo de quatro anos taxas consideravelmente mais elevadas de tratamentos de saúde mental subsequentes, dos dados examinados para as mulheres que se submeteram a um aborto. Sendo a depressão neurótica, desordem bipolar e desordens esquizofrénicas as perturbações mais fortemente ligadas aos tratamentos subsequentes.

Os mesmos autores publicaram outro estudo onde mostram que existe 2,6 vezes mais probabilidades de serem hospitalizadas para tratamento psiquiátrico as mulheres que se submeteram a um aborto, no período de 90 dias após o aborto, em relação a mulheres que dão à luz. Esta investigação foi baseada em 56.741 pacientes. Apresentando-se a psicose depressiva como o diagnóstico mais comum (Reardon, Cogle, Rue, Shuping, Coleman, & Ney, 2003).

Cogle, Reardon & Coleman (2005) referem num estudo em que mulheres que experimentaram uma primeira gravidez não intencional e sem qualquer historial de ansiedade, existe maior probabilidade de experimentar problemas subsequentes de ansiedade nas que abortam uma gravidez não intencional em comparação com as que levaram a gravidez não intencional até ao fim. Os autores da investigação constataram que as mulheres que decidiram abortar tinham maior probabilidade de referir sintomas subsequentes ligados a um diagnóstico de desordem generalizada de ansiedade.

Uma investigação feita na Suécia baseada em entrevistas efectuadas a mulheres no período de um ano após terem efectuado uma interrupção da gravidez, mostrou que cerca de 50-60% das mulheres sentiram stress emocional após o aborto. Em 30% das mulheres este stress foi considerado como “severo”, sendo necessário cuidados psiquiátricos. Aproximadamente 70% das mulheres também revelaram, que se fossem novamente confrontadas com uma gravidez não

desejada, não voltariam a considerar o aborto induzido como opção. (Soderberg, Janzon, & Sjoberg, 1998).

Neste sentido, tanto a IVG como a gravidez são “life events” que podem ser vistos como fonte de maturação e de crescimento pessoal, pelo que se torna pouco consistente a defesa da existência de um síndrome pós-traumático do aborto (SPTA), como sendo uma resposta emocional habitual da maioria das mulheres (Noya & Leal, 1998, p. 432).

2.6 - Intervenção

A psicologia da saúde tem como principal objectivo, prestar cuidados, aos sujeitos que recorrem aos serviços de saúde numa perspectiva ampla, isto é, tendo em conta que a personalidade, os acontecimentos de vida, os estilos individuais de lidar com a adversidade e outros factores psicológicos, podem influenciar na causalidade, multifactorial do adoecer corporal e na evolução, prognóstico, tratamento e prevenção das doenças físicas (Carvalho-Teixeira, 1993).

Carvalho-Teixeira (1993), considera que em Psicologia da Saúde, existem algumas estratégias genéricas de intervenção nos diferentes níveis:

- Individual: modificação de respostas fisiológicas envolvidas na doença, mudança de estados emocionais, fornecimento de informação e mudança de conceptualização do problema (reestruturação cognitiva) e, finalmente, mudanças de comportamento;

- Familiar: promoção de um funcionamento familiar adequado às limitações da pessoa doente, ajudar a família a lidar com a ansiedade, facilitar expectativas realistas face à doença e promover suporte consistente;

- Serviços de Saúde: contribuir para a melhoria do seu ambiente físico, trabalhar com os sentimentos que os técnicos de saúde desenvolvem em relação à pessoa doente, aumentar os conhecimentos dos técnicos de saúde sobre aspectos psicológicos da saúde, doença e cuidados de saúde, ainda, facilitar comportamentos que estimulem a autonomia e o autocontrolo da pessoa doente;

- Contexto Social: considerar a rede social de apoio da pessoa doente, a sua eventual problemática profissional e potencial interesse da sua inclusão em grupos de ajuda mútua.

Na prática da interrupção voluntária da gravidez, existe um grupo de técnicos que tem um papel fundamental na sua consecução: o pessoal do sistema de cuidados de saúde (Pais-Ribeiro & Araújo, 1998).

Especificamente, em relação à IVG, Zapian (1997) (citado por Nodin, 2005), sugere um protocolo para o aconselhamento em IVG, que acompanha todo o processo, desde a tomada de decisão até ao momento após a intervenção.

Podemos deste modo dividir a intervenção em duas partes: intervenção na consulta prévia e intervenção na consulta de controlo.

2.6.1 - Intervenção na consulta prévia

A intervenção na consulta prévia divide-se em duas partes. Na primeira o psicólogo vai tentar perceber o “porquê” da ida da paciente à consulta de psicologia. A segunda parte é mais informativa, onde o psicólogo vai explicar que a consulta é um espaço de ajuda, onde a paciente pode esclarecer dúvidas referentes ao procedimento e métodos da IVG, bem como as possíveis consequências físicas e psicológicas.

Zapian (1997, citado por Nodin, 2005) considera importante abordar a questão do método a utilizar para a realização da interrupção, com o objectivo de lidar com crenças e receios que possam existir sobre esse assunto, o que vai permitir diminuir os níveis de ansiedade da mulher.

Efectuar uma interrupção da gravidez, pode ser um processo difícil. São inúmeros os factores que influenciam a tomada da decisão, e por isso é importante falar abertamente sobre eles. Nestes poderão estar incluídos questões de carreira profissional, estabilidade financeira e de relacionamento, qualidade da relação, dimensão do agregado familiar, idade, religião, opinião que tem em relação à própria interrupção, em relação aos métodos, a representação que tem do que é um feto e das consequências que poderá ter fisicamente e psicologicamente para si (Rivera, 1998).

No momento de tomada de decisão quanto à realização de uma IVG é importante colocar a mulher face à perspectiva futura da sua decisão.

Fisher, Castle e Garrity (1998) consideram importante utilizar algumas técnicas cognitivas nesta consulta. Por exemplo, caso haja conflito entre a escolha da mulher e a opinião de um familiar ou do companheiro pode utilizar-se o *role playing*, este poderá aumentar a sua confiança na tomada de decisão. Outra técnica que poderá ser utilizada é a imagética, onde a paciente visualiza o pior cenário, desenvolvendo posteriormente diferentes estratégias para lidar com a situação, podendo recorrer a técnicas de relaxamento e de auto-instrução (Serra, 2002). Outra técnica apontada por Fisher et al. (1998) é a disputa socrática. Esta técnica tem como objectivo guiar a pessoa na identificação, discussão e contestação dos seus próprios pensamentos irracionais, substituindo-os por pensamentos mais razoáveis.

No final da consulta, é importante haver uma sumarização, que consiste numa síntese de tudo o que se falou na consulta, bem como de um esclarecimento quanto ao uso de contraceptivos, de modo a prevenir uma futura gravidez indesejada.

A abordagem na consulta prévia, de todas estas questões, poderá ajudar a paciente a lidar de forma mais tranquila com o processo da IVG e prevenir possíveis consequências psicológicas. Em caso de necessidade, a paciente pode solicitar mais do que uma consulta de psicologia, podendo mesmo esta ser aconselhada pelo psicólogo, se este considerar que a paciente não reúne todas as condições, principalmente ao nível da consciência e segurança, para tomar uma decisão sensata relativamente à interrupção da gravidez.

2.6.2 - Intervenção na consulta de controlo

Neste momento, os técnicos deverão averiguar possíveis complicações físicas e reacções psicológicas negativas ao processo e se necessário, realizar um encaminhamento para um apoio médico ou psicológico. Rivera (1998) refere mesmo a possibilidade de a mulher poder desenvolver um luto patológico, não só pela perda do filho, mas também pela perda do papel de mãe. Neste caso será importante falar da sua perda.

A análise do estado emocional é, neste sentido, um ponto fundamental da consulta de controlo, na qual se tenta averiguar as possíveis alterações emocionais ou, em casos mais graves, indicadores de perturbação do stress pós-traumático.

Para que este processo decorra com eficácia, é importante que a paciente encontre na consulta de controlo um espaço empático onde possa expressar o que está a sentir e clarificar o sentido da IVG, sem medo de ser julgada.

Deverão, ainda, ser explorados os factores que provocaram a gravidez não desejada no passado e os recursos que a mulher dispõe no futuro, nomeadamente ao nível do suporte social, sendo de extrema importância maximizar as estratégias de *coping*.

Aquando da conclusão do processo propõe-se ainda trabalhar o planeamento familiar, com o intuito de prevenir riscos no futuro (Zapian, 1997) (citado por Nodin, 2005). Deste modo, assim como na consulta prévia, a temática da contraceção deve ser abordada, para que a paciente saiba qual a mais adequada no seu caso, de modo a prevenir uma futura gravidez indesejada.

Nesta consulta, em caso de necessidade, é disponibilizado à mulher a possibilidade de iniciar um processo psicoterapêutico.

3 - Formulação do Problema

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) é um procedimento efectuado em outros países há alguns anos, dividindo a opinião dos investigadores no que se refere aos riscos para a saúde mental das mulheres.

Como se consegue constatar da análise de muitos estudos internacionais, existem questões fundamentais relativamente à interrupção voluntária da gravidez que não têm uma resposta clara. Aspectos como a indução de alterações psicológicas da IVG são muitas vezes contrapostos e justificados com continuações de estados psicopatológicos já existentes ou mesmo com estados reactivos face à situação em causa.

A presente investigação pretende, deste modo, “responder” à questão:
Será que existe variabilidade dos níveis de ansiedade, depressão e stress após a IVG?

3.1 - Objectivo Geral

Avaliar os níveis de depressão, stress e ansiedade em mulheres que realizaram uma IVG, em dois momentos (pré e pós IVG).

3.2 - Objectivos específicos

- Avaliar os níveis de depressão, stress e ansiedade após a consulta prévia (1º momento).
- Avaliar os níveis de depressão, stress e ansiedade após consulta de controlo (2º momento).
- Comparar os níveis de depressão, stress e ansiedade no 1º e no 2º momento (pré e pós IVG).
- Avaliar como variam os níveis de depressão, stress e ansiedade no 1º e no 2º momento em relação à nacionalidade (Portuguesas VS Não Portuguesas).

- Avaliar como variam os níveis de depressão, stress e ansiedade no 1º e no 2º momento em relação à idade.
- Avaliar como variam os níveis de depressão, stress e ansiedade no 1º e no 2º momento em relação ao estado civil.
- Avaliar como variam os níveis de depressão, stress e ansiedade no 1º e no 2º momento em relação ao número de filhos.
- Avaliar como variam os níveis de depressão, stress e ansiedade no 1º e no 2º momento em relação à duração da gravidez.
- Avaliar como variam os níveis de depressão, stress e ansiedade no 1º e no 2º momento em relação à religião.
- Avaliar como variam os níveis de depressão, stress e ansiedade no 1º e no 2º momento em relação às habilitações literárias.
- Avaliar como variam os níveis de depressão, stress e ansiedade no 1º e no 2º momento em relação à existência passada de experiências de interrupção da gravidez.
- Avaliar como variam os níveis de depressão, stress e ansiedade no 1º e no 2º momento em relação aos motivos que levaram à IVG.
- Avaliar como variam os níveis de depressão, stress e ansiedade no 1º e no 2º momento em relação ao uso de contraceptivos.

4 - MÉTODO

4.1 - Delineamento

Este estudo centra-se em dois “grandes” momentos distintos. No primeiro momento pretende-se avaliar os níveis de depressão, stress e ansiedade das mulheres aquando da consulta prévia - avaliação pré IVG. No segundo momento pretende-se avaliar novamente os níveis de depressão, stress e ansiedade, duas a três semanas após a realização da IVG, aquando da consulta de controlo - avaliação pós IVG.

Nesta investigação é assim apresentado um *estudo analítico prospectivo* (estudo longitudinal) onde se procura analisar o que aconteceu numa amostra ao longo do tempo (prospectivamente), mais concretamente as variações dos níveis de depressão, stress e ansiedade em mulheres no pré e pós IVG (Ribeiro, 2007).

4.2 - Variáveis

Deste modo a variável independente é a realização da IVG (existindo dois momentos avaliativos: pré e pós IVG) e as variáveis dependentes são os níveis de depressão, stress e ansiedade.

As variáveis secundárias são: a nacionalidade, a idade, o estado civil, o número de filhos, a duração da gravidez, a religião, as habilitações literárias, contraceptivos utilizados, experiências passadas de interrupção da gravidez e motivos da IVG.

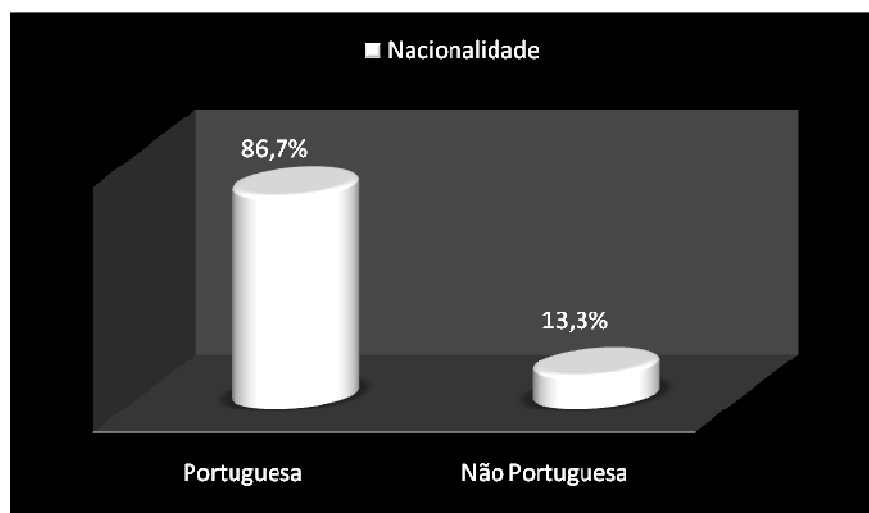
4.3 - Participantes

Participaram neste estudo 30 sujeitos do sexo feminino que efectuaram uma IVG no período e local em causa determinados para a recolha da amostra, sendo deste modo considerada uma amostragem não probabilística de conveniência (Dommermuth cit. por Ribeiro 2007).

As participantes que se disponibilizaram, após uma breve explicação do estudo, a participar na investigação foram então avaliadas nos dois momentos acima descritos. As únicas condições impostas para que pudessem participar nesta investigação era os sujeitos serem do sexo feminino e terem idade superior a 17 anos.

Sendo a participação dos sujeitos voluntária, só responderam ao questionário e à escala os participantes que assim o desejaram.

Figura 1 - Distribuição das Percentagens relativamente à Nacionalidade das participantes.



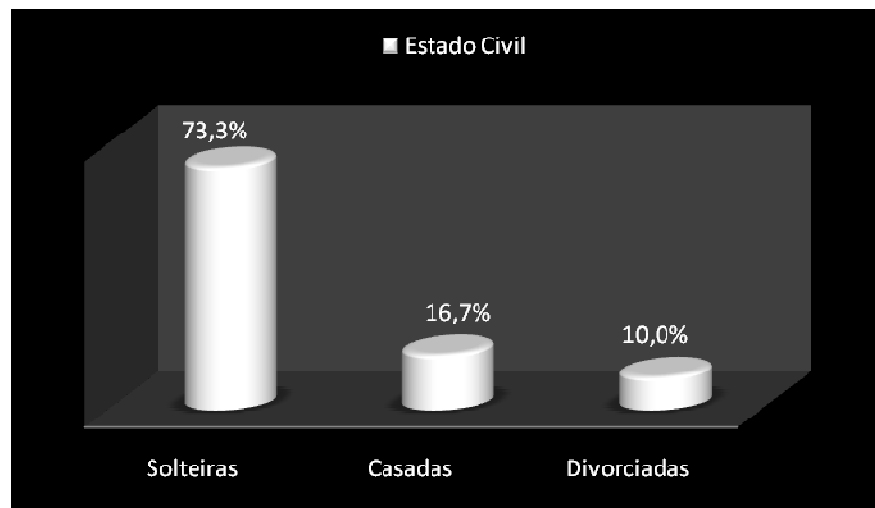
Como podemos observar na *Figura 1*, 86,7% das participantes da amostra têm nacionalidade Portuguesa e 13,3% têm nacionalidade estrangeira.

Tabela 1 – Média e Desvio Padrão das Idades das participantes.

N	30
Média	26,0333
Mediana	25,5
Desvio Padrão	6,80509
Mínimo	17
Máximo	40

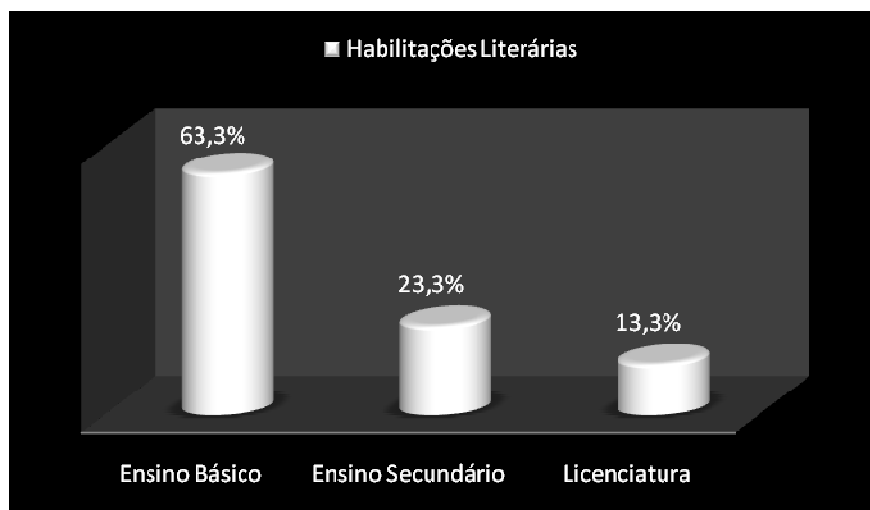
O *Tabela 1* indica-nos que a média das idades dos sujeitos é 26 anos, sendo que a participante mais nova tem 17 anos e a mais velha 40 anos.

Figura 2 - Distribuição das Percentagens relativamente ao Estado Civil das participantes.



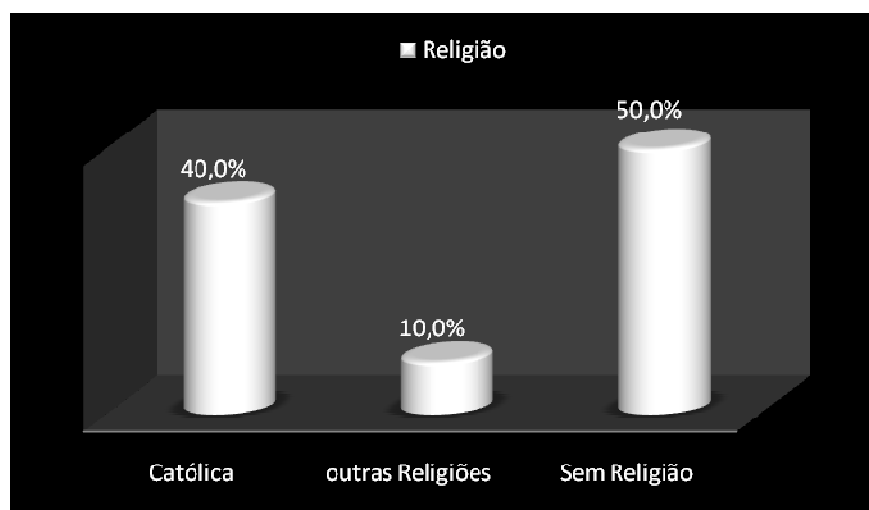
Como podemos observar na *Figura 2*, relativamente ao estado civil, 73,3% das participantes são solteiras, 16,7% casadas e 10% divorciadas.

Figura 3 - Distribuição das Percentagens relativamente às Habilitações Literárias das participantes.



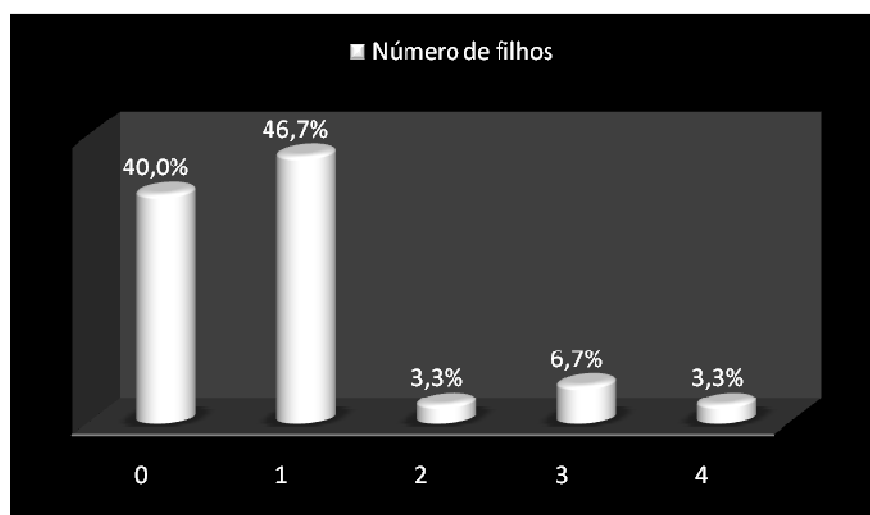
A *Figura 3*, indica-nos que 63,3% das participantes têm o ensino básico, 23,3% o ensino secundário e 13,3% são licenciadas.

Figura 4 - Distribuição das Percentagens relativamente à Religião das participantes.



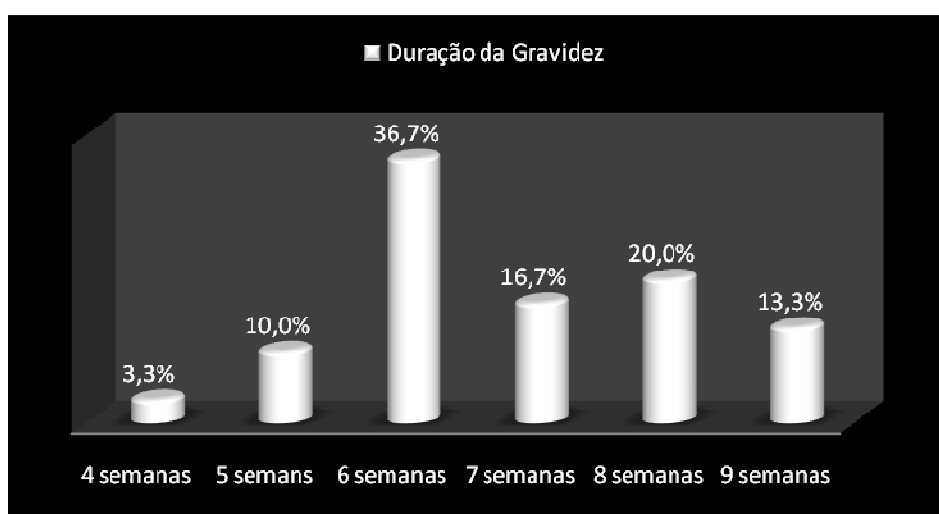
Quanto à religião, a *Figura 4* indica-nos que 40% das participantes são católicas, 10% têm outras religiões, e 50% não têm nenhuma religião.

Figura 5 - Distribuição das Percentagens relativamente ao Número de Filhos.



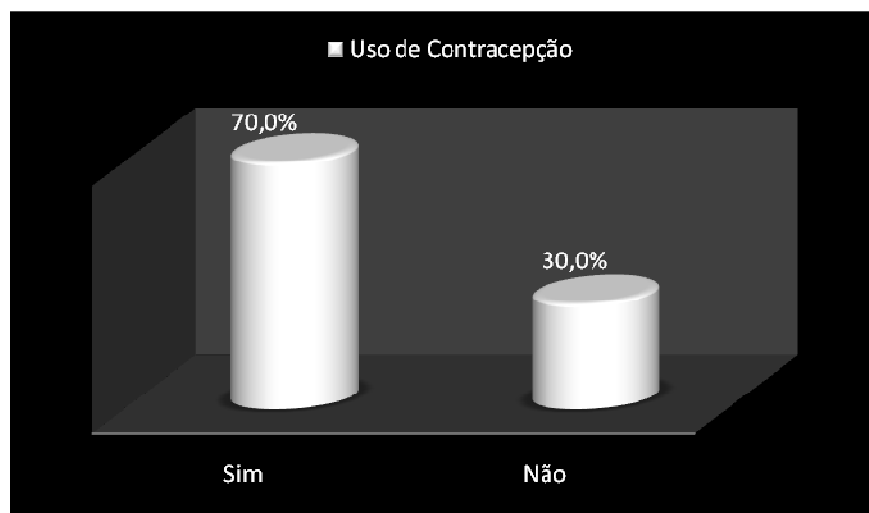
No que diz respeito ao número de filhos, 40% das participantes afirmaram não terem filhos, 46,7% têm um filho, 3,3% têm dois filhos, 6,7% têm três filhos e 3,3% têm quatro filhos.

Figura 6 - Distribuição das Percentagens relativamente à Duração da Gravidez.



A *Figura 6*, indica-nos que 3,3% das participantes estavam grávidas de 4 semanas, 10% de 5 semanas, 36,7% de 6 semanas, 16,7% de 7 semanas, 20% de 8 semanas e 13,3% de 9 semanas.

Figura 7 - Distribuição das Percentagens relativamente ao Uso de Contraceção.



Em relação ao uso de contraceção, a *Figura 7* revela-nos que 70% das participantes usam contraceção, e 30% não usam meios contraceptivos.

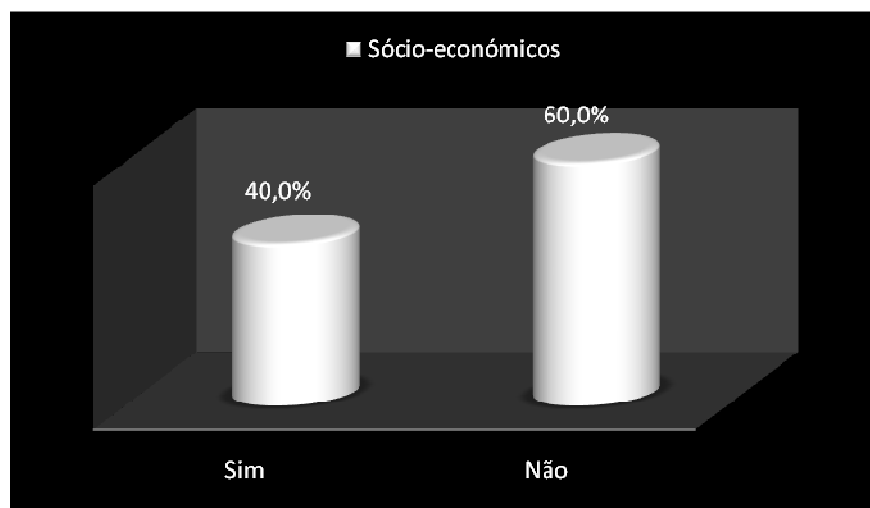
Figura 8 - Distribuição das Percentagens relativamente a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez



Relativamente a experiências passadas de interrupção da gravidez, 26,7% da amostra admitiu já ter passado por uma experiência deste tipo, tendo sido esta a primeira experiência para 73,3% da amostra inquirida.

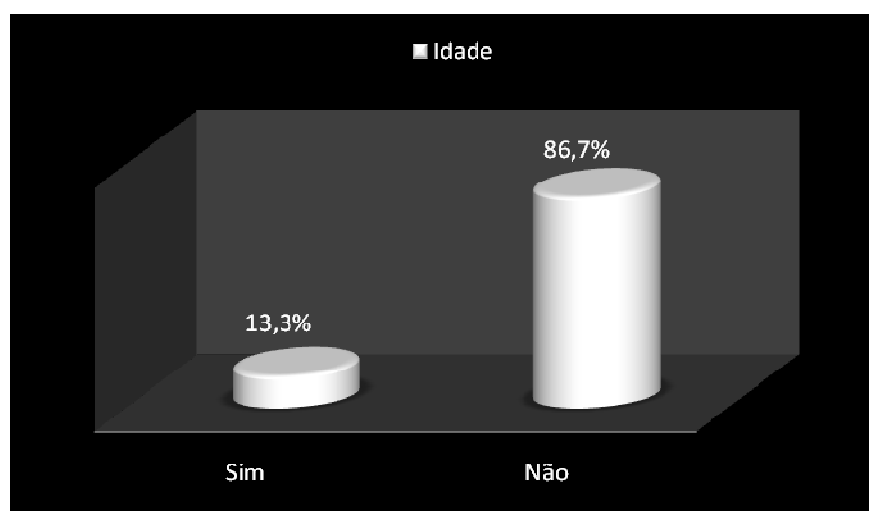
No que diz respeito aos motivos que levaram as mulheres a efectuar a IVG, foram indicados oito: sócio-económicos, idade, gravidez recente, número de filhos, momento inadequado, mal formação do feto, problemas conjugais, problemas de saúde.

Figura 9 - Distribuição das Percentagens relativamente aos motivos Sócio-económicos.



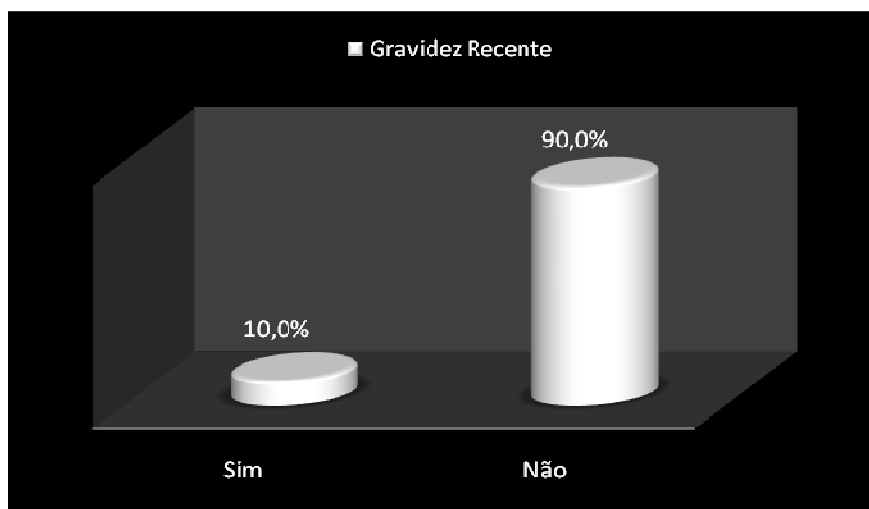
Como podemos verificar na *Figura 9*, 40% das participantes apresentaram motivos sócio-económicos para efectuar a IVG.

Figura 10 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Idade.



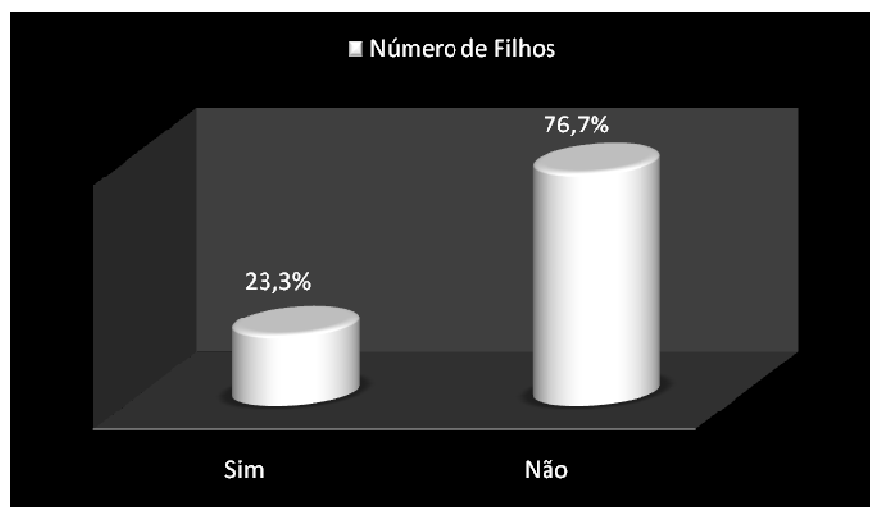
A *Figura 10*, indica-nos que 13,3% das participantes indicaram a idade como um dos motivos para realizarem a IVG.

Figura 11 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Gravidez Recente.



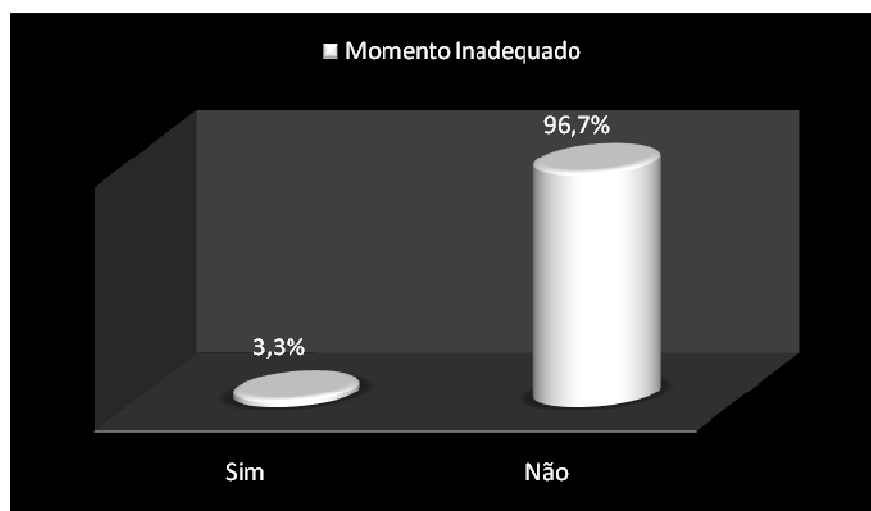
A *Figura 11*, indica-nos, que 10% da amostra apontam o facto de terem sido mães à pouco tempo como um dos motivos para efectuar a IVG.

Figura 12 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Número de Filhos.



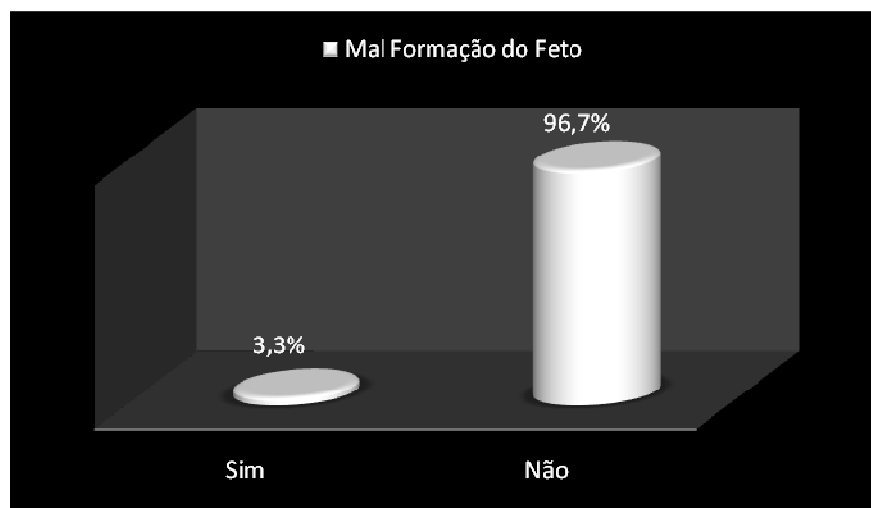
Analisando a *Figura 12*, 23,3% da amostra indica o número de filhos, como uma das razões para se submeter à IVG.

Figura 13 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Momento Inadequado.



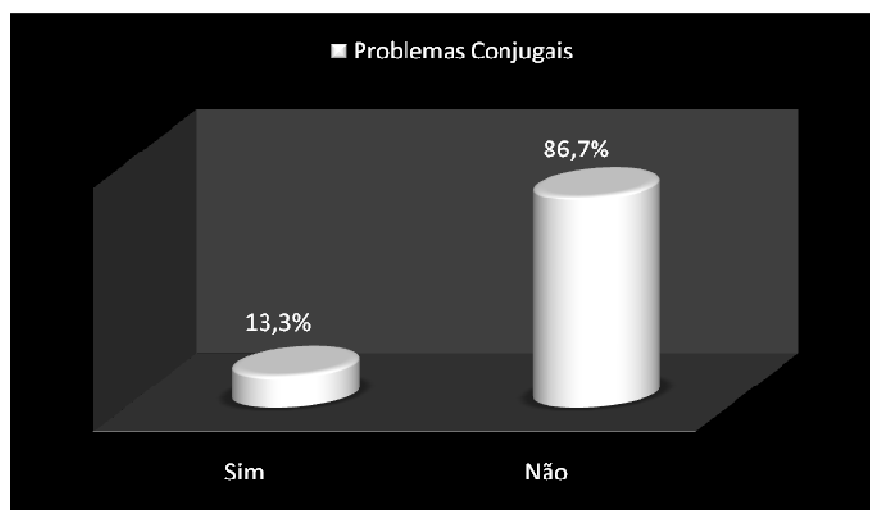
Relativamente ao momento inadequado, a *Figura 13* mostra-nos que apenas 3,3% dos sujeitos apresentaram este motivo para realizar a IVG.

Figura 14 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Mal Formação do Feto.



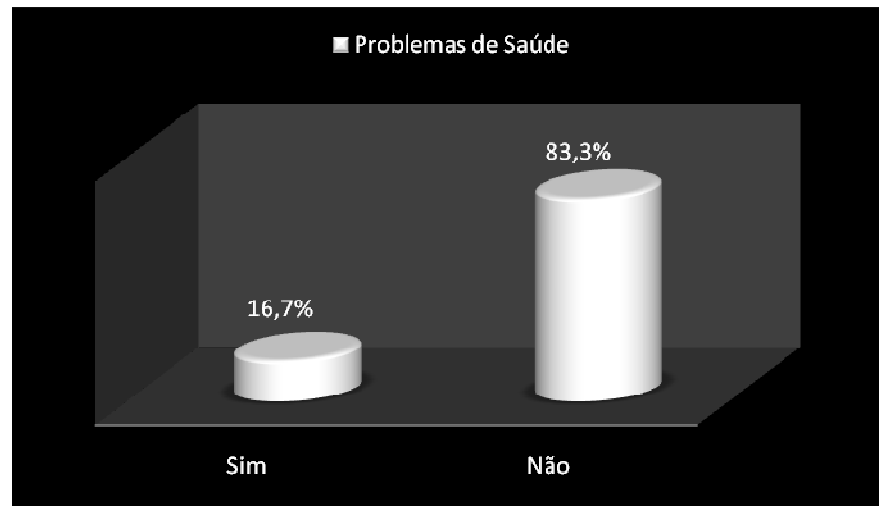
No que confere à mal formação do feto, a *Figura 14* indica-nos que apenas 3,3% dos sujeitos apontaram esta como uma das razões para a IVG.

Figura 15 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Problemas Conjugais.



Relativamente aos problemas conjugais, 13,3% das participantes indicaram este como um dos motivos para a realização da IVG.

Figura 16 - Distribuição das Percentagens relativamente ao motivo Problemas de Saúde.



Por fim, no que respeita aos problemas de saúde, a *Figura 16* indica-nos que 16,7% da amostra aponta esta como uma das razões para realizar a IVG.

4.4 – Instrumentos

Tendo em conta que objectivo deste trabalho é avaliar os níveis de depressão, stress e ansiedade em mulheres que realizaram uma IVG, em dois momentos (pré e pós IVG), procedeu-se à aplicação do Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (ANEXO B) e à escala EADS-21 (ANEXO C).

4.4.1 - Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

O Questionário Sócio-Demográfico e Clínico foi desenvolvido pelos autores da investigação, no sentido de recolher dados fundamentais para a caracterização da amostra.

O Questionário Sócio-Demográfica inclui itens como: a nacionalidade, a idade, o estado civil, habilitações literárias, religião e número de filhos.

O Questionário Clínico inclui itens como: a duração da gravidez, uso de contraceção, experiências passadas de interrupção da gravidez, motivo que levou à realização da interrupção.

4.4.2 - Escala de Depressão, Stress e Ansiedade

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens (ANEXO C), foi aferida para população portuguesa por José L. Pais-Ribeiro, Ana Honrado e Isabel Leal (2004) a partir da Depression, Anxiety and stress Scale (DASS) de Lovibond & Lovibond (1983).

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress existe em duas versões, uma versão de 42 itens e uma versão de 21 itens, propondo-se ambas a medir os mesmos constructos do mesmo modo. As medidas reduzidas como a EADS-21 são fundamentais em psicologia da saúde, pois nesta área as populações encontram-se numa situação vulnerável e os instrumentos muito extensos podem ser um entrave à investigação.

A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos.

As perturbações psicológicas na EADS são consideradas como dimensionais e não categoriais, assumindo que é o grau que diferencia depressão, ansiedade e stress experimentadas por sujeitos normais e com perturbações. Os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições entre “normal” e “muito grave”.

Lovibond e Lovibond (1995) caracterizam as escalas do seguinte modo: a depressão principalmente pela perda de auto-estima e de motivação, associada a uma baixa percepção da probabilidade de serem atingidas metas significativas na vida de uma pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas agudas de medo, além de medir ansiedade situacional. O stress sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo limiar para a frustração e desilusão.

Neste sentido, a EADS organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens. Cada escala inclui vários conceitos, nomeadamente: Depressão – Disforia; Desânimo; Desvalorização da vida; Auto-depreciação; Falta de interesse ou de envolvimento; Anedonia; Inércia. Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo; Efeitos Músculo Esqueléticos; Ansiedade Situacional; Experiências Subjectivas de Ansiedade. Stress – Dificuldade em Relaxar; Excitação Nervosa; Facilmente Agitado/Chateado; Irritável/Reacção Exagerada; Impaciência.

Exemplo:

STRESS

Irritável/ reacções exageradas

6-Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações

DEPRESSÃO

Disforia

13-Senti-me desanimado e melancólico

ANSIEDADE

Efeitos músculo esqueléticos

7-Senti tremores (por ex., nas mãos)

Cada item consiste numa frase, uma afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

Exemplo:

A classificação é a seguinte:

0 – não se aplicou nada a mim

1 – aplicou-se a mim algumas vezes

2 – aplicou-se a mim de muitas vezes

3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

<i>1 Tive dificuldades em me acalmar</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<i>21 Senti que a vida não tinha sentido</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

Cotação

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos.

Os itens da EADS de 21 itens foram seleccionados de modo que possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois.

Tabela 2 – Cotação EADS

	Depressão	Ansiedade	Stress
Normal	0 a 9	0 a 7	0 a 14
Médio	10 a 13	8 a 9	15 a 18
Moderado	14 a 20	10 a 14	19 a 25
Severo	21 a 27	15 a 19	26 a 33
Muito Severo	28+	20+	34+

Consistência interna da EADS

A consistência interna foi avaliada com recurso ao Alfa de Cronbach. Os resultados encontrados para a EADS foram respectivamente de 0,85 (0,93 na versão de 14 itens) para a escala de depressão, de 0,74 para a de ansiedade (0,83 na versão de 14 itens) e de 0,81 para a de stress (0,88 na versão de 14itens). Como a consistência interna aumenta com o número de itens da escala, uma outra medida indicadora é a correlação item escala a que pertence corrigida para sobreposição, onde se verificou que a magnitude de correlação item escala a que pertence, corrigida para sobreposição é semelhante para as versões de 7 e 14 itens.

Correlação entre EADS-21 e EADS-42

Verifica-se uma correlação elevada entre as mesmas escalas da versão de 21 e a de 42 itens, com variâncias explicadas de 89%, 90% e 96% respectivamente para o stress, a ansiedade e a depressão. E verifica-se que a correlação entre cada escala e as restantes, na versão reduzida e completa, é idêntica. Estes resultados apontam para uma identidade das medidas da versão de 21 e de 42 itens.

Depois de exposta a EADS, parece-nos ser adequado utilizar as escalas uma vez que demonstram ter uma grande consistência interna e discriminação significativa numa variedade de settings, para além de poderem ser utilizadas tanto por clínicos como por investigadores em vários momentos de investigação, nas três dimensões: depressão, ansiedade e stress.

Análise da consistência interna das Escalas.

A análise consistência interna das escales fez-se através do Alpha de Cronbach.

“Esta medida possibilita avaliar a fidelidade do instrumento, ou seja, até que ponto um conjunto de itens é homogéneo e permite avaliar o grau em que a medida é consistente, ou encontra-se livre de erro aleatório” (Cronbach, 1992).

Tabela 3 – Consistência interna da Escala de Ansiedade

Alfa de Cronbach	Nº de Itens
0,833	7

Relativamente à Escala de Ansiedade o valor da consistência interna é muito forte, logo a escala é muito fiável.

Tabela 4 – Consistência interna na Escala de Depressão

Alfa de Cronbach	Nº de Itens
0,879	7

Relativamente à Escala de Depressão o valor da consistência interna é muito forte, logo a escala é muito fiável.

Tabela 5 – Consistência interna na Escala de Stress

Alfa de Cronbach	Nº de Itens
0,874	7

Relativamente à Escala de Stress o valor da consistência interna é muito forte, logo a escala é muito fiável.

4.5 - Procedimento

A recolha dos dados desta investigação foi realizada no Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital de São Bernardo, no Serviço Ginecologia e Obstetrícia mais concretamente na consulta de IVG.

No Hospital foi pedida a autorização escrita (ANEXO E) para a recolha da amostra, sendo apresentado à Comissão de Ética da Saúde um projecto com toda a informação sobre a investigação, objectivos, recolha de amostra, instrumentos e carta de consentimento informado (ANEXO A).

A todos os sujeitos a quem se pediu a colaboração na investigação foi explicado o objectivo do estudo, a forma de recolha (dois momentos), a sua pertinência, o seu carácter pessoal e voluntário, e asseguradas, todas as questões referentes ao anonimato e confidencialidade.

Posteriormente, aos sujeitos que optaram por participar na investigação fez-se uma breve apresentação dos instrumentos, e salientou-se novamente a necessidade de responderem à escala nos dois momentos avaliativos. Aos sujeitos que optaram por colaborar na investigação, procurou-se que o fizessem num local isolado e sem interrupções, de modo, a evitar a influência de variáveis externas nas respostas das participantes.

O Questionário Sócio-Demográfico e Clínico e a EADS-21 foram deste modo aplicados no primeiro momento aquando da idade das pacientes à consulta prévia, e no segundo momento, duas a três semanas depois, aquando da ida das pacientes à consulta de controlo.

É fundamental referir, que para assegurar o carácter anónimo e confidencial desta investigação, foi efectuada uma lista no decorrer do estudo onde se atribuíram números aos participantes no primeiro momento (consulta prévia), e os mesmos números voltaram a ser atribuídos no segundo momento (consulta de controlo), de modo a não existir falhas na comparação dos dois momentos avaliativos, e fundamentalmente para assegurar a confidencialidade e o anonimato das participantes.

No final da recolha agradeceu-se a colaboração a todas as participantes.

Depois de recolhidos os dados e de uma longa investigação bibliográfica, procedeu-se ao tratamento dos dados recolhidos. A apresentação dos resultados e da respectiva análise estatística foi efectuada através do programa “Statistical Package for Social Sciences – SPSS” (versão 15.0).

Antes de se realizar cada teste, verificou-se se os dados seguem uma distribuição normal. Visto em todos os casos, as duas amostras serem de dimensão inferior a 50, o teste de normalidade mais adequado é o Shapiro-Wilk. Nos casos em que este pressuposto se verificou (como é o caso da depressão e do stress no pré e pós IVG nas participantes de nacionalidade Não Portuguesa) utilizou-se o teste paramétrico T-Student, visto as amostras serem emparelhadas. Nos outros casos foram utilizados testes não paramétricos: o teste de Wilcoxon para duas amostras emparelhadas, o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para duas amostras independentes, o teste de Kruskal-Wallis para mais de duas amostras independentes. Utilizou-se o teste *Post – Hoc de Tukey*, para verificar, nos casos de mais de duas amostras, entre que amostras se registaram as diferenças significativas. Aplicou-se a Correlação de Pearson para relacionar variáveis quantitativas.

O valor das variáveis encontradas foi considerado significativo a partir de 95% de probabilidade estatística, ou seja, no tratamento estatístico o nível de significância usado em todos os testes foi de 0,05 ($p < 0,05$).

As Tabelas relativos aos testes de normalidade, significância e correlações encontram-se em anexo (ANEXO F).

5 - ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise dos resultados obtidos decorreram de procedimentos de validação estatística com o intuito de comparar o pré e pós IVG (os dois momentos em estudo) relativamente aos níveis de ansiedade, stress e depressão dos sujeitos.

No presente capítulo, procedeu-se à comparação das médias dos valores de ansiedade, depressão e stress nos dois momentos avaliativos. De seguida utilizámos os testes adequados para verificar se as médias são significativamente diferentes.

5.1 – Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress nos dois momentos avaliativos

Tabela 6 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré e Pós IVG.

	Média	N	Desvio Padrão
Ansiedade_Pré	9,2667	30	9,34375
Ansiedade_Pós	7,9333	30	7,51061
Depressão_Pré	12,9333	30	11,1508
Depressão_Pós	11,5333	30	9,52215
Stress_Pré	16	30	10,06188
Stress_Pós	15,5333	30	8,7207

Como podemos verificar na *Tabela 6*, existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade no pré e pós IVG, encontrando-se o valor mais elevado no pré IVG, no entanto, nos dois casos as médias encontram-se no nível Médio (TABELA 2).

O teste de Wilcoxon indica-nos que o sig ($p=0,366$) não é inferior a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de ansiedade não são afectados significativamente pelo momento (pré e pós IVG).

Relativamente à depressão, existem diferenças nas médias dos valores no pré e pós IVG, encontrando-se o valor mais elevado no pré IVG, contudo, nos dois casos as médias encontram-se no nível Médio.

O teste de Wilcoxon indica-nos que o sig ($p=0,174$) não é inferior a 0,05, logo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de depressão não são afectados significativamente pelo momento (pré e pós IVG).

No que respeita ao stress, existem diferenças nas médias dos valores no pré e pós IVG, encontrando-se o valor mais elevado no pré IVG, embora, mais uma vez, as médias nos dois casos se encontrem no nível Médio.

O teste de Wilcoxon indica-nos que o sig ($p=0,540$) não é inferior a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de stress não são afectados significativamente pelo momento (pré e pós IVG).

5.2 – Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress nos dois momentos avaliativos relativamente às participantes de nacionalidade Portuguesa

Tabela 7 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress das participantes de nacionalidade Portuguesa no Pré e Pós IVG.

	Média	N	Desvio Padrão
Ansiedade_Pré	9,7692	26	9,67185
Ansiedade_Pós	8,5385	26	7,91065
Depressão_Pré	13,3077	26	11,52309
Depressão_Pós	12,3846	26	9,66676
Stress_Pré	16,7692	26	10,58417
Stress_Pós	16,3846	26	9,06897

Como podemos verificar na *Tabela 7*, existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade no pré e pós IVG, encontrando-se o valor mais elevado no pré IVG. No pré IVG a média encontra-se no nível Moderado e no pós IVG a média encontra-se no nível Médio.

O teste de Wilcoxon indica-nos que o sig ($p=0,456$) não é inferior a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de ansiedade nas participantes de nacionalidade Portuguesa, não são afectados significativamente pelo momento (pré e pós IVG).

Relativamente à depressão, existem diferenças nas médias dos valores no pré e pós IVG, encontrando-se o valor mais elevado no pré IVG. No entanto, nos dois casos as médias encontram-se no nível Médio.

O teste de Wilcoxon indica-nos que o sig ($p=0,323$) não é inferior a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de depressão nas participantes de nacionalidade Portuguesa, não são afectados significativamente pelo momento (pré e pós IVG).

No que respeita ao stress, existem diferenças nas médias dos valores no pré e pós IVG, encontrando-se o valor mais elevado no pré IVG. Contudo, nos dois casos as médias também se encontram no nível Médio.

O teste de Wilcoxon indica-nos que o sig ($p=0,647$) não é inferior a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de stress nas participantes de nacionalidade Portuguesa, não são afectados significativamente pelo momento (pré e pós IVG).

5.3 – Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress nos dois momentos avaliativos relativamente às participantes de nacionalidade Não Portuguesa

Tabela 8 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress das participantes de nacionalidade Não Portuguesa no Pré e Pós IVG.

	Média	N	Desvio Padrão
Ansiedade_Pré	6	4	6,9282
Ansiedade_Pós	4	4	0
Depressão_Pré	10,5	4	9,29157
Depressão_Pós	6	4	7,11805
Stress_Pré	11	4	2,58199
Stress_Pós	10	4	1,63299

Como podemos verificar na *Tabela 8*, existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade no pré e pós IVG, encontrando-se o valor mais elevado no pré IVG. No entanto, nos dois casos as médias encontram-se no nível Normal.

O teste de Wilcoxon indica-nos que o sig ($p=0,655$) não é inferior a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de ansiedade nas participantes de nacionalidade Não Portuguesa, não são afectados significativamente pelo momento (pré e pós IVG).

Relativamente à depressão existem diferenças nas médias dos valores no pré e pós IVG, encontrando-se o valor mais elevado no pré IVG. No pré IVG a média encontra-se no nível Médio e no pós IVG a média encontra-se no nível Normal.

O teste T – Student indica-nos que o sig ($p=0,337$) não é inferior a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de depressão nas participantes de nacionalidade Não Portuguesa, não são afectados significativamente pelo momento (pré e pós IVG).

No que respeita ao stress, existem diferenças nas médias dos valores no pré e pós IVG, encontrando-se o valor mais elevado no pré IVG. Embora, nos dois casos as médias se encontrem no nível Normal.

O teste T – Student indica-nos que o sig ($p=0,495$) não é inferior a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de stress nas participantes de nacionalidade Não Portuguesa, não são afectados significativamente pelo momento (pré e pós IVG).

5.4 – Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG relativamente ao Estado Civil

Tabela 9 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente ao Estado Civil.

		N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade_Pré	Solteira	21	11,9048	9,82805
	Casada	6	2,3333	4,08248
	Divorciada	3	4,6667	3,05505
	Total	30	9,2667	9,34375
Depressão_Pré	Solteira	21	14,6667	12,00555
	Casada	6	5,3333	2,73252
	Divorciada	3	16	11,13553
	Total	30	12,9333	11,1508
Stress_Pré	Solteira	21	16,0952	10,5731
	Casada	6	14	8,39047
	Divorciada	3	19,3333	12,05543
	Total	30	16	10,06188

Analisando a Tabela 9, existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pré IVG. Em relação à ansiedade, a média dos valores coloca as solteiras no nível Moderado, enquanto que as casadas e as divorciadas encontram-se no nível Normal. Relativamente à depressão as solteiras e as divorciadas encontram-se no nível Moderado, já as casadas estão no nível Normal. Quanto ao stress, as solteiras encontram-se no nível Médio, as casadas no nível Normal e as divorciadas no nível Moderado.

O teste de Kruskal – Wallis indica-nos que o sig ($p=0,011$) relativamente à ansiedade é inferior a 0,05, logo existem diferenças significativas, ou seja, **os valores de ansiedade no pré IVG são afectados significativamente pelo estado civil.**

Como são mais de 2 amostras utilizou-se o teste *Post-Hoc de Tukey* para verificar entre que amostras se registaram as diferenças significativas. **As diferenças encontram-se entre as participantes casadas e as participantes solteiras, com um $p=0,041$.**

5.5 – Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG relativamente às Habilitações Literárias

Tabela 10 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente às Habilitações Literárias.

		N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade_Pré	Ensino Básico	19	10,7368	10,33248
	Ensino Secundário	7	9,1429	7,19788
	Licenciados	4	2,5	5
	Total	30	9,2667	9,34375
Depressão_Pré	Ensino Básico	19	16,2105	11,67894
	Ensino Secundário	7	9,1429	9,29926
	Licenciados	4	4	1,63299
	Total	30	12,9333	11,1508
Stress_Pré	Ensino Básico	19	17,0526	11,22237
	Ensino Secundário	7	16	9,16515
	Licenciados	4	11	3,82971
	Total	30	16	10,06188

A Tabela 10 indica-nos que existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pré IVG. No que respeita à ansiedade, a média dos valores coloca as participantes com o ensino básico no nível Moderado, as que têm o ensino secundário no nível Médio e as licenciadas no nível Normal. Relativamente à depressão, as que têm o ensino básico estão no nível Moderado, as que têm o ensino secundário no nível Normal e as licenciadas no nível Normal. Quanto ao Stress, as que têm o ensino básico encontram-se no nível Médio, as que têm o ensino secundário no nível Médio e as licenciadas no nível Normal.

O teste de Kruskal – Wallis indica-nos que o sig ($p=0,043$) relativamente à depressão é inferior a 0,05, logo existem diferenças significativas, ou seja, **os valores de depressão no pré IVG são afectados significativamente pelas habilitações literárias.**

Como são mais de 2 amostras utilizou-se o teste *Post-Hoc de Tukey* para verificar entre que amostras se registaram as diferenças significativas. **As diferenças encontram-se entre as participantes com o ensino básico e as participantes licenciadas, com um $p= 0,046$.**

5.6 – Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG relativamente à Religião

Tabela 11 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente à Religião.

		N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade_Pré	Católica	12	13,6667	11,87307
	Outras Religiões	2	19	4,24264
	Sem Religião	16	4,75	3,78594
	Total	30	9,2667	9,34375
Depressão_Pré	Católica	12	14,6667	12,97083
	Outras Religiões	2	29	9,89949
	Não tem	16	9,625	7,87295
	Total	30	12,9333	11,1508
Stress_Pré	Católica	12	19,6667	12,05543
	Outras Religiões	2	22	14,14214
	Sem Religião	16	12,5	6,87023
	Total	30	16	10,06188

Como podemos verificar na *Tabela 11*, existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pré IVG. No que respeita à ansiedade, a média dos valores coloca as participantes católicas no nível Moderado, as que afirmaram não ter religião estão no nível Normal, e as participantes com outras religiões encontram-se no nível Severo. Relativamente à depressão as católicas estão no nível Moderado, as que afirmam não ter religião estão no nível Médio e as participantes com outras religiões estão no nível Muito Severo. Quanto ao stress, as católicas encontram-se no nível Moderado, as que afirmam não ter religião no nível Normal e as que têm outras religiões no nível Moderado.

O teste de Kruskal – Wallis indica-nos que o sig ($p=0,019$) relativamente à ansiedade é inferior a 0,05, logo existem diferenças significativas, ou seja, **os valores de Ansiedade no Pré IVG são afectados significativamente pela Religião.**

Como são mais de 2 amostras utilizou-se o teste *Post-Hoc de Tukey* para verificar entre que amostras se registaram as diferenças significativas. **As diferenças encontram-se entre as participantes católicas e as participantes que afirmam não ter religião, com um $p=0,021$.**

5.7 – *Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG relativamente ao Uso de Contraceção.*

Tabela 12 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente ao Uso de Contraceção.

		N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade_Pré	sim	21	8,6667	9,96661
	não	9	10,6667	8,06226
	Total	30	9,2667	9,34375
Depressão_Pré	sim	21	12,5714	11,45675
	não	9	13,7778	11,02018
	Total	30	12,9333	11,1508
Stress_Pré	sim	21	15,5238	10,8426
	não	9	17,1111	8,43274
	Total	30	16	10,06188

Analisando a *Tabela 12*, existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pré IVG. No que respeita à ansiedade, a média dos valores coloca as participantes que usam contraceção no nível Médio e as que não usam no nível Moderado. Relativamente à depressão as participantes que usam contraceção estão no nível Médio, as que

não usam no nível Moderado. Quanto ao stress, tanto as participantes que usam contracepção como as que não usam estão no nível Médio.

O teste de Wilcoxon – Mann – Whitney indica-nos que os sig ($p=0,398$, $p=0,509$, $p=0,439$) não são inferiores a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de ansiedade, depressão e stress no pré IVG não são afectados significativamente pelo uso de contracepção.

5.8 – Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG relativamente a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez.

Tabela 13 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez.

		N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade_Pré	Sim	8	6,5	6,65475
	Não	22	10,2727	10,09093
	Total	30	9,2667	9,34375
Depressão_Pré	Sim	8	10,75	9,25434
	Não	22	13,7273	11,86103
	Total	30	12,9333	11,1508
Stress_Pré	Sim	8	10,75	5,11999
	Não	22	17,9091	10,80524
	Total	30	16	10,06188

A *Tabela 13*, indica-nos que existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pré IVG. No que respeita à ansiedade, a média dos valores coloca as participantes que já tiveram experiências passadas de interrupção da gravidez no nível Normal e as que não tiveram no nível Moderado. Relativamente à depressão as participantes que já tiveram experiências passadas de interrupção da gravidez estão no nível Médio e as que não tiveram no nível Moderado. Quanto ao stress, as participantes que já tiveram experiências passadas de interrupção da gravidez estão no nível Normal e as que não tiveram estão nível Médio.

O teste de Wilcoxon – Mann – Whitney indica-nos que os sig ($p=0,298$, $p=0,741$, $p=0,059$) não são inferiores a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de ansiedade, depressão e stress no pré IVG não são afectados significativamente pelas experiências passadas de interrupção da gravidez.

5.9– *Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG relativamente aos motivos Sócio-económicos.*

Tabela 14 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, relativamente aos motivos Sócio-económicos.

		N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade_Pré	sim	12	16,5	10,16679
	não	18	4,4444	4,52733
	Total	30	9,2667	9,34375
Depressão_Pré	sim	12	21,3333	12,60111
	não	18	7,3333	5,13351
	Total	30	12,9333	11,1508
Stress_Pré	sim	12	22,5	11,6658
	não	18	11,6667	5,91111
	Total	30	16	10,06188

Como podemos verificar na *Tabela 14*, existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pré IVG. No que respeita à ansiedade, a média dos valores coloca as participantes que apresentaram motivos sócio-económicos para realizar a IVG, no nível Severo, enquanto que, as que não apresentaram este como um motivo para a IVG estão no nível Normal. Relativamente à depressão as participantes que apresentaram motivos sócio-económicos estão no nível Severo, enquanto que as que não apresentaram, estão no nível Normal. Quanto ao stress, as participantes que apresentaram motivos sócio-económicos para realizar a IVG, estão no nível Moderado, enquanto que, as que não apresentaram este como o motivo da IVG estão no nível Normal.

O teste de Wilcoxon – Mann – Whitney indica-nos que os sig ($p=0,000$, $p=0,005$, $p=0,018$) são inferiores a 0,05, deste modo, existem diferenças significativas, ou seja, **os valores de ansiedade, depressão e stress no pré IVG são afectados significativamente pelos motivos sócio-económicos.**

5.10 – Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG relativamente ao Estado Civil

Tabela 15 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente ao Estado Civil.

		N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade_Pós	Solteira	21	8,8571	8,40408
	Casada	6	3,6667	3,4448
	Divorciada	3	10	3,4641
	Total	30	7,9333	7,51061
Depressão_Pós	Solteira	21	11,3333	9,70223
	Casada	6	7,6667	8,14043
	Divorciada	3	20,6667	6,1101
	Total	30	11,5333	9,52215
Stress_Pós	Solteira	21	14,6667	8,81665
	Casada	6	14,6667	9,26643
	Divorciada	3	23,3333	3,05505
	Total	30	15,5333	8,7207

Analisando a *Tabela 15*, existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pós IVG. No que respeita à ansiedade, a média dos valores coloca as solteiras no nível Médio, enquanto que as casadas estão no nível Normal e as divorciadas no nível Moderado. Relativamente à depressão as solteiras encontram-se no nível Médio, as casadas no nível Normal e as divorciadas no nível Severo. Quanto ao stress, as solteiras encontram-se no nível Médio, as casadas no nível Médio e as divorciadas no nível Moderado.

O teste de Kruskal – Wallis indica-nos que os sig ($p=0,099$, $p=0,183$, $p=0,272$) não são inferiores a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de ansiedade, depressão e stress no pós IVG não são afectados significativamente pelo estado civil.

5.11 – Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG relativamente às Habilitações Literárias

Tabela 16 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente às Habilitações Literárias.

		N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade_Pós	Ensino Básico	19	8,1053	7,95749
	Ensino Secundário	7	10,2857	7,69663
	Licenciados	4	3	1,1547
	Total	30	7,9333	7,51061
Depressão_Pós	Ensino Básico	19	13,3684	10,24267
	Ensino Secundário	7	9,4286	7,09124
	Licenciados	4	6,5	9
	Total	30	11,5333	9,52215
Stress_Pós	Ensino Básico	19	14,9474	9,43677
	Ensino Secundário	7	18,5714	8,1416
	Licenciados	4	13	6
	Total	30	15,5333	8,7207

A Tabela 16, indica que existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pós IVG. No que respeita à ansiedade, a média dos valores coloca as participantes que têm o ensino básico no nível Médio, as que têm o ensino secundário no nível Médio e as licenciadas no nível Normal. Relativamente à depressão as que têm o ensino básico estão no nível Médio, as que têm o ensino secundário no nível Normal e as licenciadas no nível Normal. Quanto ao stress, as que têm o ensino básico encontram-se no nível Médio, as que têm o ensino secundário no nível Moderado e as licenciadas no nível Normal.

O teste de Kruskal – Wallis indica-nos que os sig ($p=0,150$, $p=0,353$, $p=0,469$) não são inferiores a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de

ansiedade, depressão e stress no pós IVG não são afectados significativamente pelas habilitações literárias.

5.12 – *Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG relativamente à Religião*

Tabela 17 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente à Religião.

		N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade_Pós	Católica	12	9,5	9,72812
	Outras Religiões	2	9	7,07107
	Sem Religião	16	6,625	5,69064
	Total	30	7,9333	7,51061
Depressão_Pós	Católica	12	11,1667	9,92548
	Outras Religiões	2	18	16,97056
	Sem Religião	16	11	8,82421
	Total	30	11,5333	9,52215
Stress_Pós	Católica	12	18	8,98484
	Outras Religiões	2	18	8,48528
	Sem Religião	16	13,375	8,50784
	Total	30	15,5333	8,7207

Como podemos verificar na *Tabela 17*, existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pós IVG. No que respeita à ansiedade, a média dos valores coloca as participantes católicas no nível Moderado, as que afirmaram não ter religião estão no nível Normal, e as participantes com outras religiões encontram-se no nível Médio. Relativamente à depressão as católicas estão no nível Médio, as que afirmam não ter religião estão no nível Médio e as participantes com outras religiões estão no nível Moderado. Quanto ao stress, as católicas encontram-se no nível Médio, as que afirmam não ter religião estão no nível Normal e as que têm outras religiões no nível Médio.

O teste de Kruskal – Wallis indica-nos que os sig ($p=0,755$, $p=0,654$, $p=0,323$) não são inferiores a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de ansiedade, depressão e stress no pós IVG não são afectados significativamente pela religião.

5.13 – *Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG relativamente ao Uso de Contraceção.*

Tabela 18 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente ao Uso de Contraceção.

		N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade_Pós	sim	21	7,5238	7,76929
	não	9	8,8889	7,2188
	Total	30	7,9333	7,51061
Depressão_Pós	sim	21	11,619	9,24379
	não	9	11,3333	10,72381
	Total	30	11,5333	9,52215
Stress_Pós	sim	21	16	8,53229
	não	9	14,4444	9,58007
	Total	30	15,5333	8,7207

Analisando a *Tabela 18*, existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pós IVG. No que respeita à ansiedade, a média dos valores coloca as participantes que usam contraceção e as participantes que não usam no nível Médio. Relativamente à depressão as participantes que usam contraceção estão no nível Médio, as que não usam também estão no nível Médio. Quanto ao stress, as participantes que usam contraceção estão no nível Médio, as que não usam estão no nível Normal.

O teste de Wilcoxon – Mann – Whitney indica-nos que os sig ($p=0,515$, $p=0,784$, $p=0,553$) não são inferiores a 0,05, deste modo, não existem diferenças significativas, ou seja, os valores de ansiedade, depressão e stress no pós IVG não são afectados significativamente pelo uso de contraceção

5.14 – Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG relativamente a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez.

Tabela 19 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez.

		N	Mean	Std. Deviation
Ansiedade_Pós	Sim	8	2,75	1,83225
	Não	22	9,8182	7,92607
	Total	30	7,9333	7,51061
Depressão_Pós	Sim	8	7	6,59004
	Não	22	13,1818	10,00303
	Total	30	11,5333	9,52215
Stress_Pós	Sim	8	12,5	8,53564
	Não	22	16,6364	8,71531
	Total	30	15,5333	8,7207

A Tabela 19, indica-nos que existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pós IVG. No que respeita à ansiedade, a média dos valores coloca as participantes que já tiveram experiências passadas de interrupção da gravidez no nível Normal e as que não tiveram no nível Moderado. Relativamente à depressão as participantes que já tiveram experiências passadas de interrupção da gravidez estão no nível Normal e as que não tiveram no nível Médio. Quanto ao stress, as participantes que já tiveram experiências passadas de interrupção da gravidez estão no nível Normal e as que não tiveram no nível Médio.

O teste de Wilcoxon – Mann – Whitney indica-nos que o sig ($p=0,008$, $p=0,185$, $p=0,344$), relativamente à ansiedade é inferior a 0,05, deste modo, existem diferenças significativas, ou seja, **os valores de ansiedade no pós IVG são afectados significativamente pelas experiências passadas de interrupção da gravidez, com um $p=0,008$.**

5.15 – Comparação da média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG relativamente aos motivos Sócio-económicos.

Tabela 20 – Média dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, relativamente aos motivos Sócio-económicos.

		N	Média	Desvio Padrão
Ansiedade_Pós	sim	12	11,8333	9,88878
	não	18	5,3333	3,88057
	Total	30	7,9333	7,51061
Depressão_Pós	sim	12	15,1667	11,10146
	não	18	9,1111	7,70705
	Total	30	11,5333	9,52215
Stress_Pós	sim	12	20,3333	7,47521
	não	18	12,3333	8,15295
	Total	30	15,5333	8,7207

Como podemos verificar na *Tabela 20*, existem diferenças nas médias dos valores de ansiedade, depressão e stress no pós IVG. No que respeita à ansiedade, a média dos valores coloca as participantes que, apresentaram motivos sócio-económicos para realizar a IVG, no nível Moderado, enquanto que, as que não apresentaram este como o motivo da IVG estão no nível Normal. Relativamente à depressão as participantes que, apresentaram motivos sócio-económicos para realizar a IVG, estão no nível Moderado, enquanto que, as que não apresentaram estão no nível Normal. Quanto ao stress, as participantes que, apresentaram motivos sócio-económicos para realizar a IVG, estão no nível Moderado, enquanto que, as que não apresentaram estão no nível Normal.

O teste de Wilcoxon – Mann – Whitney indica-nos que o sig ($p=0,078$, $p=0,114$, $p=0,009$) relativamente ao stress é inferior a 0,05, deste modo, existem diferenças significativas, ou seja, **os valores de stress no pós IVG são afectados significativamente pelos motivos sócio-económicos, com um $p=0,009$.**

5.16 – Comparação dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré e Pós IVG relativamente à Idade

A correlação de Pearson, indica-nos que a **correlação de valor -0,451 é altamente significativa (para alpha=0,05) entre a idade e a ansiedade no pós IVG.** Isto quer dizer que estamos perante uma correlação negativa de intensidade razoável, o que significa que 45,1% da variação da idade é explicada pelo valor da ansiedade no pós IVG, ou seja, **quanto maior a idade menor a ansiedade no pós IVG, e vice-versa.**

Quanto à **correlação de valor -0,367 também é altamente significativa (para alpha=0,05) entre a idade e a depressão no pós IVG.** Isto quer dizer que estamos perante uma correlação negativa de intensidade razoável, o que significa que 36,7% da variação da idade é explicada pelo valor da depressão no pós IVG, ou seja, **quanto maior a idade menor a depressão no pós IVG, e vice-versa.**

5.17 – Comparação dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré e Pós IVG relativamente ao Número de Filhos

A correlação de Pearson, indica-nos que **não existe nenhuma correlação significativa entre o número de filhos e as três dimensões em estudo, tanto no pré como no pós IVG.**

5.18 – Comparação dos valores de Ansiedade, Depressão e Stress no Pré e Pós IVG relativamente à Duração da Gravidez.

A correlação de Pearson, indica-nos que a **correlação de valor 0,375 é altamente significativa (para alpha=0,05) entre a duração da gravidez e a depressão no pré IVG.** Isto quer dizer, que estamos perante uma correlação positiva de intensidade razoável, o que significa que 37,5% da variação da duração da gravidez é explicada pelo valor da depressão no pré IVG, ou seja, **quanto maior a duração da gravidez maior a Depressão no pré IVG, e vice-versa.**

6 – DISCUSSÃO

Expostos os resultados desta investigação, prosseguimos com a discussão dos mesmos com o intuito de reflectir sobre a possível conduta indutora de alterações psicológicas que a IVG pode causar nas mulheres que passam por este processo, baseando-nos na comparação dos níveis de ansiedade, depressão e stress no pré e pós IVG.

Deste modo, no que respeita à comparação dos dois momentos avaliativos, podemos afirmar que no geral existe uma tendência para os índices de ansiedade, depressão e stress se apresentarem mais elevados no pré IVG em comparação com o pós IVG. Embora a média dos valores de ansiedade, depressão e stress mostrem esta pequena diferença, quantitativamente as participantes encontram-se no nível médio nos dois momentos, no que respeita às três dimensões, reflectindo a inexistência de significância estatística dos resultados. Esta ligeira alteração do estado emocional das mulheres no pré IVG, pode ser encarada como um estado reactivo inicial face à situação em causa, que se atenua depois de efectuada a interrupção da gravidez (pós IVG). Neste sentido, podemos pensar a IVG como indutora de fantasias que alteram reactivamente o estado emocional, mais que não seja, pelo simples facto de ser uma experiência totalmente nova para a maior parte das mulheres que recorrem a este processo.

Podemos, contudo, apontar algumas variáveis resultantes desta investigação, que influenciam de certa forma a resposta emocional das mulheres que recorrem à IVG, tais como: factores sócio-económicos, o estado civil, habilitações literárias, religião, experiências passadas de interrupções da gravidez, idade e duração da gravidez.

Quanto aos factores sócio-económicos, verificou-se que as mulheres que indicaram estes factores para realizar a IVG, apresentaram índices de ansiedade, depressão e stress mais elevados no pré IVG, e de stress no pós IVG, em relação às mulheres que não apontaram este, como um dos motivos para efectuar a interrupção. A investigação bibliográfica não se refere a esta variável, no entanto, apercebemo-nos, que o “balanceamento” entre a falta de condições sócio-económicas e o possível desejo de ser mãe, seja uma situação geradora de conflito interno. Embora não nos atrevamos a referir a intensidade com que cada mulher vivencia sentimentos como culpabilidade, vergonha e desespero, até porque esta é influenciada por uma enorme variedade de factores, sabemos que sentimentos de incapacidade, originados pelo presente

dilema, são geradores de grande angústia e tristeza. Contudo os resultados do estudo indicam que esta situação tende a amenizar depois do processo de IVG.

Quanto ao Estado Civil, verificou-se que as mulheres solteiras são mais ansiosas no pré IVG em relação às mulheres casadas. Esta situação, pode ser explicada com a falta de apoio, acompanhamento e suporte que as mulheres solteiras podem sentir comparativamente com as mulheres casadas. Noya e Leal (1998), referiram que para a maioria das mulheres o suporte dos maridos, companheiros ou pais ajuda a haver respostas emocionais mais positivas. Bracken, Hachamovich e Grossman em 1974, (citados por Turell et al., 1990), observaram que as mulheres tinham reacções mais favoráveis ao aborto quando existia um suporte dos outros mais significativo (citado por Cosme & Leal, 1998).

Relativamente às Habilitações Literárias, as mulheres com o ensino básico são mais depressivas no pré IVG do que as mulheres licenciadas. Reflectindo sobre esta questão, não podemos, de modo algum, esquecer a variável informação. Assim, a falta de informação, e possíveis fantasias que daí advêm, que as mulheres com o ensino básico podem ter em relação às mulheres licenciadas, podem levar a um estado depressivo baseado no desconhecido. Esta situação também tem tendência a normalizar no pós IVG.

Na variável Religião, observou-se que as mulheres católicas são mais ansiosas no pré IVG do que as mulheres que afirmaram não ter religião. Ao pensarmos nestes resultados, apercebemo-nos da pressão acrescida que as mulheres católicas têm, tanto no processo de tomada de decisão, como no processo de interrupção propriamente dito. Assim, não podemos deixar de olhar para a Igreja Católica como “indutora de uma possível culpa”, capaz de alterar negativamente o estado emocional destas mulheres. Estes resultados, já tinham sido anteriormente apontados por Adler (1979), que verificou que as mulheres católicas pareciam ter respostas mais negativas face à IVG do que as mulheres não católicas, explicável pela posição conhecida da Igreja perante esta temática. Outro estudo citado pelas autoras, de Payne et al. (1976), mostra uma comparação entre mulheres protestantes e judias com católicas, concluindo que estas últimas apresentam valores mais elevados de depressão, culpa e vergonha (citado por Noya & Leal, 1998).

Na variável experiências passadas de interrupção da gravidez, constatou-se que as mulheres que não tinham passado por experiências de interrupção da gravidez, apresentam índices mais elevados de ansiedade no pós IVG, em relação às mulheres que já tinham passado por uma experiência similar. Como inicialmente referimos, a IVG poderá ter características que

induzem fantasias capazes de alterar reactivamente e negativamente o estado emocional das mulheres, mais que não seja pelo facto de ser uma experiência nova para a maior parte das mulheres que recorrem voluntariamente à interrupção da gravidez. No entanto, esta alteração do estado ansioso ocorre no pós IVG, onde a “fantasia” e o imaginado já deram lugar ao real. Neste sentido, parece-nos lógico afirmar, que esta é “uma ansiedade” causada pela culpa e pelo receio das possíveis consequências futuras, que o acto da interrupção pode causar.

Relativamente à variável idade, as mulheres mais novas apresentaram índices de ansiedade e depressão mais elevados no pós IVG. Adler, 1979 (citado por Noya & Leal, 1998) relativamente às respostas das mulheres no pós aborto, referiu que as mulheres mais jovens têm uma maior tendência para traumas emocionais que as mulheres mais velhas. Hendricks-Mattheews (citado por Turell et al., 1990) referiu que a idade é um dos factores que mais contribui para a angústia emocional (citados por Noya & Leal, 1998). Várias razões podem ser apontadas para justificar este facto, como a insegurança na tomada de decisão provocada pela falta de maturidade emocional, ou simplesmente, o contraste entre sentimentos opostos: um forte desejo de ser mãe, muito comum nas mulheres mais novas, e a impossibilidade, por qualquer razão, de acolher este filho. É importante mencionar a possível não existência de um relacionamento consistente e a maior susceptibilidade a pressões externas (como pais, namorado, companheiro), que estão sujeitas a maioria das mulheres mais novas, podendo a decisão de interrupção da gravidez não reflectir, verdadeiramente, o seu desejo de interrupção.

Por último, quanto à variável duração da gravidez, verificou-se que as mulheres com gravidezes mais longas tinham maiores índices de depressão no pré IVG. Deste modo, é fácil de pensar que quanto mais tempo uma mulher está grávida, mais planos para o seu filho faz, mais transformações corporais vivencia, mais “definido” fica o bebé imaginário, mais difícil fica a decisão de interromper um desejo, um estado, que por muito que não se veja, se sente, e com o passar do tempo nos vai parecendo cada vez mais real. Turell et al. (1990) citaram trabalhos de Adler (1979), uma vez que descobriu que as mulheres ao interromperem a gravidez no segundo trimestre sentem mais mágoa (citados por Cosme & Leal, 1998). Turell et al. (1990) descreveram também os trabalhos de Osofsky e Osofsky, pois estes autores observaram que, quando a IVG ocorre no segundo trimestre, as mulheres sentem a decisão como mais difícil e experimentam maior nível de indecisão (citados por Noya & Leal, 1998). Sabe-se, ainda, que a IVG realizada depois do primeiro trimestre representa um aumento dos riscos médicos e psicológicos para as

mulheres que a elas recorrem (Bibring *et al.*, 1961; Bracken & Swigar, 1972; Cates & Grimes, 1981; citados por Noya & Leal, 1998).

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tinha como objectivo principal avaliar a variabilidade dos níveis de ansiedade, depressão e stress, no pré e pós IVG, ou seja, verificar em que medida a IVG é um possível indutor de alterações psicológicas.

Pela análise dos resultados, não podemos “afirmar” que IVG induza alterações psicológicas que ultrapassem a fronteira dos estados reactivos “normais” face ao processo em causa, que acabam por se atenuar depois de efectuada a interrupção da gravidez. No entanto, e como temos plena consciência das limitações desta investigação, seria fundamental fazer uma avaliação às três dimensões, três e seis meses após a IVG, com vista a confirmar tais ilações.

No entanto, podemos, apontar algumas variáveis resultantes desta investigação, que influenciam de alguma forma a resposta emocional das mulheres que recorrem à interrupção voluntária da gravidez, tais como: o estado civil, habilitações literárias, religião, factores sócio-económicos, experiências passadas de interrupções da gravidez, idade e duração da gravidez.

Em conclusão, existe uma enorme variabilidade nas resposta emocionais à IVG, e um igual número de factores que influenciam estas reacções. No entanto, deve considerar-se a IVG como um momento de muita tensão e vulnerabilidade para as mulheres, sendo fundamental a intervenção na interrupção voluntária da gravidez. A intervenção deve incidir na informação e prevenção quanto à possível conduta psicopatológica da IVG (alteração dos níveis de ansiedade, stress e depressão ou mesmo uma possível perturbação do stress pós-traumático), bem como o encaminhamento e acompanhamento adequado nos casos em que se verifica que o estado emocional da paciente se encontra patologicamente alterado. É deste modo, da responsabilidade de todos os técnicos envolvidos no processo de interrupção, acolher, aconselhar, informar, prevenir e encaminhar a mulher, nas mais diversas alterações psicológicas e físicas.

Considera-se necessário efectuar, não só estudos na área das consequências psicológicas, mas também investigações que abordem a temática da intervenção ao nível psicológico na interrupção voluntária da gravidez em Portugal.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler, N., David, H., Major, B., Roth, S., Russo, N., & Wyatt, G. (1992). Psychological factors in abortion. *American Psychologist*, 47(10), p. 1194-1204.

Assembleia da Republica, Lei nº 16/2007 de 17 de Abril, “exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez”.

Baloglu, D., (2003). Individual differences in statistics anxiety among college students. *Personality and Individual Differences*. 34(5), p. 855-865.

Bello, P., Dolto, C. & Schiffmann, A. (1984). *Contraceção, gravidez e aborto*. (1ªed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Bradshaw, Z. & Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*. 23, p. 929–958.

Campos, A. (2007). *Crime ou Castigo: da perseguição contra as mulheres até à despenalização do aborto*. Coimbra: Almedina.

Carvalho-Teixeira, J. A. (1993). *Psicologia da Saúde e Sida*. Lisboa: ISPA

- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Rue, V. M. and Cogle, J. (2002). State-funded abortions versus deliveries: A comparison of outpatient mental health claims over 4 years. *American Journal of Orthopsychiatry*. 72(1), p. 141-152.
- Correia, M. (1998). Sobre a Maternidade. *Análise Psicológica*, 16(3), 365-371.
- Correia, M. I. (1987). O Aborto. In *Sexologia em Portugal: Sexualidade e Cultura* (Vol.2) (pp. 120-130). Lisboa: Texto Editora.
- Cosme, M. & Leal, I. (1998) Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio pós-traumático de stress. *Análise Psicológica*, 16(3), 447-462.
- Costa, N. F. & Maltez, J. C. (2002). Depressão. In *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 559-594). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cogle, J. R., Reardon, D. C. & Coleman, P. K. (2005). Generalized Anxiety Following Unintended Pregnancies Resolved Through Childbirth and Abortion: A Cohort Study of the 1995 National Survey of Family Growth. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, p. 137-142.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of Psychological Testing* (5th Edition). New York: Harper & Row.

Dantzer, R. (2001). Ansiedade. In *Dicionário de Psicologia* (pp. 67-68). Lisboa: Climepsi.

Dantzer, R. (2001). Stress. In *Dicionário de Psicologia* (pp. 720-721). Lisboa: Climepsi.

Direcção Geral de Saúde (2007). Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher – Guia Informativo. Consultado em 8 de Maio de 2008 através de www.dgs.pt

Direcção Geral de Saúde (2007). Interrupção medicamentosa da gravidez. Consultado em 8 de Março de 2008 através de www.dgs.pt

Direcção Geral de Saúde (2007). Interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação. Consultado em 24 de Março de 2008 através de www.dgs.pt

Fisher, B., Castle, M. A. & Garrity, J. M. (1998). A cognitive approach to patient-centered abortion care. In *The civil war – the psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 301-327). Washington: APA.

Frances, A. & Ross, R. (2004). *DSM-IV-TR: Casos Clínicos - Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi.

Garcia, S. M. & Asociación de Víctimas del Aborto (2007). *Eu abortei: Testemunhos reais de abortos provocados*. Estoril: Principia.

Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Hemmerling, A., Siedentopf, F. & Kentenich, H. (2005). Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: A German experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), p. 23–31.

Jouvent, R. (2001). Depressão. In *Dicionário de Psicologia* (pp. 214). Lisboa: Climepsi.

Leal, I. P. (2001). Interrupção Voluntária de Gravidez O que a Psicologia pode e sabe dizer. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 32, 7-11.

Leal, I. P. (2001). O Feminino e o Materno. In M. C. Canavarro (coord), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 51-74). Coimbra: Quarteto.

Lovibond, P.F. & Lovobond, S.H. (1995). The structure of negative emocional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research And Therapy*, 33, p. 335-343.

Mazín, R. (1983). Controle voluntário da reprodução. In *Sexo e Juventude: um programa educacional* (pp. 54-60). São Paulo: Brasiliense.

Mendes, L. & Gusmão, P. (1989). Factores sociais da depressão. *Análise Psicológica*, 7(4), 543-546.

- Nodin, N. (2005). Intervenção em Psicologia da Sexual e Reprodutiva. In *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 127-145). Lisboa: Fim De Século.
- Noya, A. & Leal, I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso Psicológico?. *Análise Psicológica*, 16(3), 431-439.
- Oliveira C. (1987). Sexualidade e Contraceção. In *Sexologia em Portugal: Sexualidade e cultura* (Vol.2) (pp. 107-119). Lisboa: Texto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L. & Araújo, T. (1998). Atitudes dos técnicos de saúde e interrupção voluntária da gravidez. *Análise Psicológica*, 16(3), 469-479.
- Pais-Ribeiro, J.L. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.
- Pais-Ribeiro, J. Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress de Lovibond e Lovibond. *Psychological*, 36, p. 235-246.
- Pais-Ribeiro, J. Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), p. 229-239.

- Paulino, M. & Godinho, J. (2002). Perturbações da ansiedade. In *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 445-486). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Reardon, D. C., Cogle, J. R., Rue, V. M., Shuping, M. W., Coleman, P.K. & Ney, P. G. (2003). Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), p. 1253-1256.
- Reis, T. (1989). Síndrome depressivo e modelos de depressão. *Análise Psicológica*, 7(4), 537-541.
- Rivera, M. J. (1998). Abortion issues in Psychotherapy. In L. J. Beckman, & S. M. Harvey (Eds.), *The civil war – the psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 329-352). Washington: APA
- Russo, N. F. & Zierk, K. L. (1992). Abortion, Childbearing and Women's Well-Being. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(4), p. 269-280.
- Santos, A. & Castro, J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 16(4), 675-690.
- Serra, J. (2003). *Psicoterapia Integrada: um Modelo para o Processo terapêutico*. Coimbra: Quarteto.

Soderberg, H., Janzon, L. and Sjoberg, N. O. (1998). Emotional distress following induced abortion - A study of its incidence and determinants among abortees in Malmo, Sweden. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 79(2), p. 173-178.

Vaz-Serra, A (2003). *O distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra.

8 - ANEXOS

ANEXO A

Carta de Consentimento Informado

Exma. Sr.^a:

Eu, Miguel António Mendes Vasco d`Almeida, no âmbito do Seminário de Dissertação do 5º ano do curso de Psicologia Aplicada, área de clínica do ISPA, tenciono fazer um trabalho de investigação em Psicologia da Saúde, sobre a incidência de psicopatologia na Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).

Para sua realização existe necessidade de aplicar uma escala, totalmente anónima e confidencial, não existindo respostas “certas” ou “erradas”, a pacientes que recorrem à consulta de IVG. A escala é aplicada em dois momentos distintos: no momento da consulta prévia, e duas a três semanas depois de efectuada a IVG aquando da ida da paciente à consulta de controlo.

Para toda a informação recolhida é assegurado o anonimato dos participantes, bem como a confidencialidade dos dados, sendo os participantes livres de participar no estudo, ou de recusar a continuar no estudo se e quando entender.

Para isto preciso de toda a colaboração de V. Ex.^a.

Agradeço desde já a sua atenção.

Atenciosamente com os melhores cumprimentos

ANEXO B

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

Data:___/___/___

Número do participante:_____

1 - NACIONALIDADE_____

2-IDADE_____

3- ESTADO CIVIL_____

4- HABILITAÇÕES LITERÁRIAS_____

5- RELIGIÃO_____

6- NÚMERO DE FILHOS_____

7- DURAÇÃO DA GRAVIDEZ_____

8-USA OU USAVA ALGUM TIPO DE CONTRACEPTIVOS?

SIM NÃO

9-JÁ PASSOU POR UMA EXPERIÊNCIA DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ?

SIM NÃO 10-QUAL O MOTIVO QUE A LEVA\LEVOU A FAZER UMA I.V.G.?
_____**Obrigado pela sua colaboração!**

ANEXO C

Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS-21) de 21 itens de Lovibond e Lovibond, adaptada para a população portuguesa por José L. Pais-Ribeiro, Ana Honrado e Isabel Leal (2004).

EADS-21

Número _____ Data ____/____/____

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0 – não se aplicou nada a mim
- 1 – aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1 Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2 Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4 Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5 Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6 Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7 Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9 Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11 Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12 Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13 Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14 Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15 Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16 Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17 Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18 Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20 Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21 Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

ANEXO D

Autorização para a aplicação da EADS-21.

autorização EDAS-21 Caixa de entrada | X

☆ Miguel Almeida para ileal [mostrar detalhes](#) 23 fev [Responder](#) ▼

Boa tarde Professora Isabel Leal,

Na sequência da nossa conversa de ontem no ISPA, venho por este meio pedir autorização para utilizar a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS-21), fundamental para a minha Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, na temática da Interrupção Voluntária da Gravidez.

Com os melhores cumprimentos,

Miguel Almeida

[Responder](#) → [Encaminhar](#)

☆ Isabel M. Leal para mim [mostrar detalhes](#) 25 fev [Responder](#) ▼

Miguel,
Pode usar o instrumento. Os 2 artigos publicados que se referem ao teste, um referido à versão de 42 itens e outro à versão de 21 estão disponíveis on-line no meu site isabel.leal.com
Bom trabalho.
Isabel Leal

De: Miguel Almeida [mailto:miguel.mendes.almeida@gmail.com]
Enviada: sáb 23-02-2008 13:48
Para: Isabel M. Leal
Assunto: autorização EDAS-21

- Mostrar texto das mensagens anteriores -

[Responder](#) → [Encaminhar](#)

ANEXO E

Autorização do Centro Hospitalar de Setúbal para a recolha da amostra.

ANEXO F

Outputs dos testes de normalidade, significância e correlações.

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade nos dois momentos avaliativos.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pré	,203	30	,003	,832	30	,000
Ansiedade_Pós	,266	30	,000	,828	30	,000

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon entre a Ansiedade e os dois momentos avaliativos.

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics(b)

	Ansiedade_Pós - Ansiedade_Pré
Z	-,905(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,366

a Based on positive ranks.
b Wilcoxon Signed Ranks Test

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Depressão nos dois momentos avaliativos.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Depressão_Pré	,204	30	,003	,881	30	,003
Depressão_Pós	,153	30	,072	,901	30	,009

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon entre a Depressão e os dois momentos avaliativos.

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics(b)

	Depressão_Pós - Depressão_Pré
Z	-1,361(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,174

a Based on positive ranks.
b Wilcoxon Signed Ranks Test

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade do Stress nos dois momentos

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Stress_Pré	,245	30	,000	,880	30	,003
Stress_Pós	,191	30	,007	,943	30	,109

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon entre o Stress e os dois momentos avaliativos.

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics(b)

	Stress_Pós - Stress_Pré
Z	-,612(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,540

a Based on positive ranks.
b Wilcoxon Signed Ranks Test

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade (participantes de nacionalidade Portuguesa) nos dois momentos avaliativos.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pré	,190	26	,017	,839	26	,001
Ansiedade_Pós	,217	26	,003	,868	26	,003

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon entre a Ansiedade (participantes de nacionalidade Portuguesa) e os dois momentos avaliativos.

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics(b)

	Ansiedade_Pós - Ansiedade_Pré
Z	-,746(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,456

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da depressão (participantes de nacionalidade Portuguesa) nos dois momentos avaliativos.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Depressão_Pré	,216	26	,003	,874	26	,004
Depressão_Pós	,153	26	,119	,907	26	,023

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon entre a depressão (participantes de nacionalidade Portuguesa) e os dois momentos avaliativos.

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics(b)

	Depressão_Pós - Depressão_Pré
Z	-,989(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,323

a Based on positive ranks.
b Wilcoxon Signed Ranks Test

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade do Stress (participantes de nacionalidade Portuguesa) nos dois momentos avaliativos.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Stress_Pré	,219	26	,002	,903	26	,018
Stress_Pós	,147	26	,153	,950	26	,234

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon entre o Stress (participantes de nacionalidade Portuguesa) e os dois momentos avaliativos.

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics(b)

	Stress_Pós - Stress_Pré
Z	-,458(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,647

a Based on positive ranks.
b Wilcoxon Signed Ranks Test

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade (participantes de nacionalidade Não Portuguesa) nos dois momentos avaliativos.

Tests of Normality(b)

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pré	,364	4	.	,840	4	,195

a Lilliefors Significance Correction

b Ansiedade_Pós is constant. It has been

Teste de significância de Wilcoxon entre o Ansiedade (participantes de nacionalidade Não Portuguesa) e os dois momentos avaliativos.

Wilcoxon Signed Ranks Test

Test Statistics(b)

	Ansiedade_Pós - Ansiedade_Pré
Z	-,447(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	,655

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Depressão (participantes de nacionalidade Não Portuguesa) e os dois momentos avaliativos.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Depressão_Pré	,258	4	.	,917	4	,519
Depressão_Pós	,250	4	.	,895	4	,405

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de T-Student entre o Depressão (participantes de nacionalidade Não Portuguesa) e os dois momentos avaliativos.

Paired Samples Test

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	Depressão_Pré - Depressão_Pós	1,140	3	,337

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade do Stress (participantes de nacionalidade Não Portuguesa) nos dois momentos avaliativos.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Stress_Pré	,151	4	.	,993	4	,972
Stress_Pós	,250	4	.	,945	4	,683

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de T-Student entre o Stress (participantes de nacionalidade Não Portuguesa) e os dois momentos avaliativos.

Paired Samples Test

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	Stress_Pré - Stress_Pós	,775	3	,495

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação ao Estado Civil.

Tests of Normality

	Estado.Civil	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pré	Solteira	,202	21	,025	,849	21	,004
	Casada	,383	6	,006	,684	6	,004
	Divorciada	,253	3	.	,964	3	,637
Depressão_Pré	Solteira	,187	21	,054	,911	21	,058
	Casada	,237	6	,200(*)	,927	6	,554
	Divorciada	,238	3	.	,976	3	,702
Stress_Pré	Solteira	,245	21	,002	,879	21	,014
	Casada	,333	6	,036	,812	6	,075
	Divorciada	,211	3	.	,991	3	,817

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Kruskal-Wallis para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação ao Estado Civil.

Test Statistics(a,b)

	Ansiedade_Pré	Depressão_Pré	Stress_Pré
Chi-Square	9,020	3,302	,385
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,011	,192	,825

a Kruskal Wallis Test
b Grouping Variable: Estado.Civil

Teste de significância de Post-Hoc de Tukey para a Ansiedade no Pré IVG em relação ao Estado Civil.

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Estado.Civil	(J) Estado.Civil	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Ansiedade_Pré	Solteira	Casada	9,57143	4,01763	,041
		Divorciada	7,23810	5,35684	,380
	Casada	Solteira	-9,57143	4,01763	,041
		Divorciada	-2,33333	6,13703	,924
	Divorciada	Solteira	-7,23810	5,35684	,380
		Casada	2,33333	6,13703	,924

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação às Habilitações Literárias.

Tests of Normality

	Habilitações	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pré	E. Básico	,203	19	,038	,819	19	,002
	E.Secundário	,240	7	,200(*)	,855	7	,137
	Licenciatura	,441	4	.	,630	4	,001
Depressão_Pré	E. Básico	,154	19	,200(*)	,936	19	,226
	E.Secundário	,347	7	,011	,828	7	,076
	Licenciatura	,250	4	.	,945	4	,683
Stress_Pré	E. Básico	,253	19	,002	,877	19	,019
	E.Secundário	,172	7	,200(*)	,920	7	,473
	Licenciatura	,283	4	.	,863	4	,272

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Kruskal-Wallis para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação às Habilitações Literárias.

Test Statistics(a,b)

	Ansiedade_Pré	Depressão_Pré	Stress_Pré
Chi-Square	4,511	6,307	,555
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,105	,043	,758

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Habilitações

Teste de significância de Post-Hoc de Tukey para a Depressão no Pré IVG em relação às Habilitações Literárias.

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Habilitações	(J) Habilitações	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Depressão_Pré	E. Básico	E. Secundário	7,06767	4,64658	,297
		Licenciatura	12,21053	5,78136	,046
	E. Secundário	E. Básico	-7,06767	4,64658	,297
		Licenciatura	5,14286	6,58704	,718
	Licenciatura	E. Básico	-12,21053	5,78136	,046
		E. Secundário	-5,14286	6,58704	,718

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação à Religião.

Tests of Normality

	Religião	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pré	Católica	,209	12	,156	,878	12	,082
	Outras	,260	2	.			
	Não tem	,141	16	,200(*)	,930	16	,244
Depressão_Pré	Católica	,248	12	,040	,856	12	,043
	Outras	,260	2	.			
	Não tem	,207	16	,066	,899	16	,077
Stress_Pré	Católica	,205	12	,173	,895	12	,137
	Outras	,260	2	.			
	Não tem	,226	16	,028	,887	16	,050

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Kruskal-Wallis para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação à Religião.

Test Statistics(a,b)

	Ansiedade_Pré	Depressão_Pré	Stress_Pré
Chi-Square	7,892	3,599	2,469
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,019	,165	,291

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Religião

Teste de significância de Post-Hoc de Tukey para a Ansiedade no Pré IVG em relação à Religião.

Multiple Comparisons

Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Religião	(J) Religião	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Ansiedade_Pré	Católica	Outras	-5,33333	6,20774	,670
		Não tem	8,91667(*)	3,10387	,021
	Outras	Católica	5,33333	6,20774	,670
		Não tem	14,25000	6,09588	,067
	Não tem	Católica	-8,91667(*)	3,10387	,021
		Outras	-14,25000	6,09588	,067

* The mean difference is significant at the .05 level.

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação ao Uso de Contraceção.

Tests of Normality

	Contraceção	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pré	sim	,225	21	,007	,758	21	,000
	não	,240	9	,142	,875	9	,140
Depressão_Pré	sim	,193	21	,040	,886	21	,019
	não	,256	9	,093	,834	9	,049
Stress_Pré	sim	,270	21	,000	,850	21	,004
	não	,199	9	,200(*)	,903	9	,268

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon-Mann-Whitney para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação ao Uso de Contraceção.

Test Statistics(b)

	Ansiedade_Pré	Depressão_Pré	Stress_Pré
Z	-,845	-,660	-,774
Asymp. Sig. (2-tailed)	,398	,509	,439

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Contraceção

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez.

Tests of Normality

	Experiencia IVG	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pré	Sim	,271	8	,085	,841	8	,076
	Não	,209	22	,013	,827	22	,001
Depressão_Pré	Sim	,282	8	,060	,825	8	,053
	Não	,197	22	,026	,891	22	,020
Stress_Pré	Sim	,279	8	,068	,822	8	,049
	Não	,232	22	,003	,914	22	,057

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon-Mann-Whitney para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez.

Test Statistics(b)

	Ansiedade_Pré	Depressão_Pré	Stress_Pré
Z	-1,041	-,330	-1,886
Asymp. Sig. (2-tailed)	,298	,741	,059

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Experiencia IVG

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação aos motivos Socioeconómicos.

Tests of Normality

	Razões Socio Economicas	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pré	sim	,186	12	,200(*)	,908	12	,202
	não	,261	18	,002	,815	18	,003
Depressão_Pré	sim	,188	12	,200(*)	,925	12	,331
	não	,214	18	,029	,911	18	,090
Stress_Pré	sim	,149	12	,200(*)	,942	12	,518
	não	,235	18	,009	,858	18	,011

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon-Mann-Whitney para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pré IVG, em relação aos motivos Socioeconómicos.

Test Statistics(b)

	Ansiedade_Pré	Depressão_Pré	Stress_Pré
Z	-3,716	-2,788	-2,362
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,005	,018

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Razões Socio Economicas

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, em relação ao Estado Civil.

Tests of Normality

	Estado.Civil	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pós	Solteira	,290	21	,000	,820	21	,001
	Casada	,295	6	,112	,866	6	,210
	Divorciada	,385	3	.	,750	3	,000
Depressão_Pós	Solteira	,137	21	,200(*)	,895	21	,028
	Casada	,340	6	,028	,742	6	,017
	Divorciada	,253	3	.	,964	3	,637
Stress_Pós	Solteira	,190	21	,046	,952	21	,375
	Casada	,359	6	,015	,823	6	,094
	Divorciada	,253	3	.	,964	3	,637

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Kruskal-Wallis para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, em relação ao Estado Civil.

Test Statistics(a,b)

	Ansiedade_Pós	Depressão_Pós	Stress_Pós
Chi-Square	4,621	3,397	2,603
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,099	,183	,272

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Estado.Civil

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, em relação às Habilitações Literárias.

Tests of Normality

	Habilitações	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pós	E. Básico	,289	19	,000	,800	19	,001
	E.Secundário	,172	7	,200(*)	,968	7	,884
	Licenciatura	,307	4	.	,729	4	,024
Depressão_Pós	E. Básico	,132	19	,200(*)	,911	19	,077
	E.Secundário	,312	7	,038	,809	7	,050
	Licenciatura	,441	4	.	,630	4	,001
Stress_Pós	E. Básico	,174	19	,134	,944	19	,311
	E.Secundário	,219	7	,200(*)	,943	7	,662
	Licenciatura	,441	4	.	,630	4	,001

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Kruskal-Wallis para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, em relação às Habilitações Literárias.

Test Statistics(a,b)

	Ansiedade_Pós	Depressão_Pós	Stress_Pós
Chi-Square	3,800	2,082	1,513
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,150	,353	,469

a Kruskal Wallis Test
b Grouping Variable: Habilitações

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, em relação à Religião.

Tests of Normality

	Religião	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pós	Católica	,297	12	,004	,798	12	,009
	Outras	,260	2	.			
	Não tem	,240	16	,014	,878	16	,037
Depressão_Pós	Católica	,182	12	,200(*)	,914	12	,242
	Outras	,260	2	.			
	Não tem	,161	16	,200(*)	,880	16	,038
Stress_Pós	Católica	,248	12	,040	,878	12	,082
	Outras	,260	2	.			
	Não tem	,217	16	,043	,931	16	,253

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Kruskal-Wallis para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, em relação à Religião.

Test Statistics(a,b)

	Ansiedade_Pós	Depressão_Pós	Stress_Pós
Chi-Square	,561	,851	2,259
df	2	2	2
Asymp. Sig.	,755	,654	,323

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Religião

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, em relação ao Uso de Contraceção.

Tests of Normality

	Contraceção	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pós	sim	,246	21	,002	,811	21	,001
	não	,306	9	,015	,824	9	,039
Depressão_Pós	sim	,176	21	,088	,911	21	,058
	não	,180	9	,200(*)	,888	9	,190
Stress_Pós	sim	,204	21	,022	,949	21	,323
	não	,234	9	,167	,878	9	,148

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon-Mann-Whitney para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, em relação ao Uso de Contraceção.

Test Statistics(b)

	Ansiedade_Pós	Depressão_Pós	Stress_Pós
Z	-,651	-,274	-,593
Asymp. Sig. (2-tailed)	,515	,784	,553

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Contraceção

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, em relação a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez.

Tests of Normality

	Experiencia IVG	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pós	Sim	,377	8	,001	,693	8	,002
	Não	,185	22	,048	,889	22	,018
Depressão_Pós	Sim	,310	8	,022	,790	8	,023
	Não	,141	22	,200(*)	,919	22	,074
Stress_Pós	Sim	,152	8	,200(*)	,946	8	,672
	Não	,231	22	,003	,916	22	,062

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon-Mann-Whitney para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, em relação a Experiências Passadas de Interrupção da Gravidez.

Test Statistics(b)

	Ansiedade_Pós	Depressão_Pós	Stress_Pós
Z	-2,650	-1,324	-,946
Asymp. Sig. (2-tailed)	,008	,185	,344

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Experiencia IVG

Teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, aos motivos Socioeconómicos.

Tests of Normality

	Razões Socio Económicas	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Ansiedade_Pós	sim	,222	12	,104	,905	12	,184
	não	,301	18	,000	,857	18	,011
Depressão_Pós	sim	,157	12	,200(*)	,885	12	,101
	não	,191	18	,082	,907	18	,076
Stress_Pós	sim	,201	12	,196	,883	12	,097
	não	,224	18	,018	,941	18	,301

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction

Teste de significância de Wilcoxon-Mann-Whitney para a Ansiedade, Depressão e Stress no Pós IVG, aos motivos Socioeconómicos.

Test Statistics(b)

	Ansiedade_Pós	Depressão_Pós	Stress_Pós
Z	-1,761	-1,580	-2,625
Asymp. Sig. (2-tailed)	,078	,114	,009

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Razões Socio Económicas

Correlação de Pearson entre a Idade, a Ansiedade, a Depressão e o Stress no Pré e Pós IVG.

Correlations

		Ansiedade_Pré	Ansiedade_Pós	Depressão_Pré	Depressão_Pós	Stress_Pré	Stress_Pós
Idade	Pearson Correlation	-0,279	-,451(*)	-0,331	-,367(*)	-0,163	-0,284
	Sig. (2-tailed)	0,135	0,012	0,074	0,046	0,39	0,129
	N	30	30	30	30	30	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlação de Pearson entre o Número de Filhos, a Ansiedade, a Depressão e o Stress no Pré e Pós IVG.

Correlations

		Ansiedade_Pré	Ansiedade_Pós	Depressão_Pré	Depressão_Pós	Stress_Pré	Stress_Pós
N.filhos	Pearson Correlation	-0,15	-0,293	-0,05	-0,186	-0,007	-0,172
	Sig. (2-tailed)	0,429	0,116	0,793	0,324	0,972	0,363
	N	30	30	30	30	30	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlação de Pearson entre a Duração da Gravidez, a Ansiedade, a Depressão e o Stress no Pré e Pós IVG.

Correlations

		Ansiedade_Pré	Ansiedade_Pós	Depressão_Pré	Depressão_Pós	Stress_Pré	Stress_Pós
Duração da Gravidez	Pearson Correlation	0,311	0,271	,375(*)	0,116	0,284	0,091
	Sig. (2-tailed)	0,095	0,148	0,041	0,542	0,128	0,631
	N	30	30	30	30	30	30

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).