

Interrupção Voluntária da Gravidez: ajustamento psicológico no processo de decisão¹

Sara Sereno (Psicóloga Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa)

Isabel Leal (Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D, ISPA)

João Maroco (Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, I&D, ISPA)

Resumo

Este estudo procurou avaliar o ajustamento psicológico no processo de decisão de IVG e explorar algumas variáveis individuais que possam influenciar positiva ou negativamente o ajustamento a esta decisão reprodutiva. A amostra, recolhida na Consulta de Gravidez Indesejada da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, é constituída por 150 mulheres, com recurso a instrumentos de auto-resposta: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), Escala de Avaliação das Emoções (EAS), Escala de Conflito na Decisão (ECD) e Questionário de Valores e Crenças (QVC). Dos nossos resultados destacamos que as participantes consideram esta decisão difícil e emocionalmente exigente, apesar de identificarem uma baixa conflitualidade na decisão. Encontram-se ajustadas psicologicamente no momento de decisão de IVG, apresentando porém níveis mais elevados de *stress*, tristeza e medo.

Palavras-chave: *Interrupção voluntária da gravidez (IVG); ajustamento psicológico; decisão; variáveis individuais.*

Abstract

This study seek to evaluate decision-making and experience of abortion and to explore some individual and relational variables which can influence positive or negatively the adjustment to this reproductive resolution. The sample was collected at Consulta de Gravidez Indesejada in the Maternidade Dr. Alfredo da Costa, consisted by 150 women, with resource to instruments of self-response: Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), Emotional Assessment Scale (EAS), Decision Conflict Scale (DCS) and a Questionário de Valores e Crenças (QVC). From our results we detach that the participants

¹ Tese apresentada no âmbito do Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade

consider this decision though and emotionally demanding, although they identify low conflict in the decision. They found adjusted psychological in the moment they decide to do abortion, showing however higher levels of stress, sadness and fear.

Keywords: *Abortion; psychological adjustment; decision-making; individual variables.*

Introdução

A interrupção voluntária da gravidez (IVG), aborto induzido ou aborto electivo pode ser definida como “a interrupção da gestação antes que o embrião ou feto seja viável, ou seja, capaz de levar uma vida extra-uterina independente” (OMS, 1970, p.6). Apesar de ser uma prática comum em todos os países do mundo e em quase todas as culturas desde os primórdios da história da humanidade (Faúndes & Barzelatto, 2004), a sensibilidade e a delicadeza da matéria são evidentes. A IVG, por opção da mulher, tem sido um tema controverso nas sociedades economicamente desenvolvidas.

Do ponto de vista psicológico, a IVG pode ser entendida como uma experiência com importantes significações e implicações emocionais, intimamente relacionadas com as características de personalidade e as experiências prévias de cada mulher, as suas relações interpessoais, as suas crenças religiosas, as suas contingências de vida e o ambiente social, cultural e legal circundante (Stotland, 2000).

A nível internacional, a investigação psicológica em torno deste tema é escassa e encontra-se contaminada por enfiamentos inerentes a aspectos ideológicos e legais, a divergências de conceptualizações teóricas e a limitações metodológicas (Adler et al., 1992; Wilmoth & De Alteris, 1992).

No nosso país, o estudo das características demográficas e motivacionais das mulheres que recorrem à IVG, bem como dos aspectos psicológicos subjacentes a esta decisão e experiência reprodutiva viu-se, durante muito tempo, restringido pelas contingências legais, que penalizavam a sua realização, por opção da mulher. Assim, os estudos realizados até à data em torno desta temática encontram-se provavelmente contaminados pelo ambiente de censura e punição até então existentes.

A recente legalização da IVG por opção da mulher, até às 10 semanas de gestação, em Portugal (Lei nº16/2007 de 17 de Abril) proporciona um contexto privilegiado para conhecer a realidade psicológica das mulheres portuguesas que enveredam por esta resolução reprodutiva.

Os antecedentes psicológicos da experiência de IVG têm sido escassamente estudados no âmbito da literatura internacional; nestes moldes, as investigações mais rigorosas têm emergido da expansão dos modelos gerais de tomada de decisão ao tema do aborto induzido (Miller, 1992).

Adoptando como grelha de referência a teoria da intenção comportamental de Fishbein e Ajzen (1975), Smetana e Adler (1979) partem do pressuposto que a atitude da mulher face à decisão de prosseguir ou interromper a gravidez depende da pressão das normas sociais e das leis, bem como das suas crenças e valores (em relação à prática do aborto electivo e à maternidade) e da desejabilidade da gravidez.

Com base nestes modelos decisionais e nos dados recolhidos num estudo longitudinal levado a cabo nos meados dos anos 70, Miller (1992) elaborou um modelo do processo de tomada de decisão de IVG, baseado em cinco componentes fundamentais: a decisão de abortar é modelada pelos antecedentes motivacionais da concepção (baixa intencionalidade da gravidez e adopção de medidas anticoncepcionais preventivas de uma gestação), pelas atitudes da mulher e dos seus familiares em relação ao aborto induzido e à maternidade (valores morais e/ou religiosos), pelas dificuldades de aceitação de uma gravidez numa determinada fase do ciclo de vida (em virtude do estatuto marital, do número esperado de filhos, da idade e da reduzida motivação para a assunção da responsabilidade da maternidade), por constrangimentos legais e relacionais (tempo de gestação legalmente definido para a interrupção; coerção do parceiro e dos pais) e pelas características de personalidade da mulher (independência).

Além da independência, alguns autores têm evidenciado que as mulheres que decidem interromper a gravidez se descrevem como auto-confiantes, rebeldes e satisfeitas por não se vincularem aos outros (Bradley, cit. por Coleman, 2006); focando-se em amostras de adolescentes, Coleman (2006) evidenciou que as jovens que enveredam pelo aborto como resolução reprodutiva tendem a evidenciar maior propensão para a assunção de risco e para abandonar o lar familiar, enquanto Ouró e Leal (1998) verificaram que as adolescentes que abortam são mais extrovertidas, tendendo a apresentar mais sentimentos e valores, maior altruísmo, mais ordem e competência e maior investimento na escolaridade. Coleman (2006) tem sugerido que a tendência para enveredar pelo aborto electivo como resolução de uma gravidez indesejada se relaciona com estilos educativos parentais pautados por criticismo, exigência e reduzida afectividade; no mesmo sentido, Ouró e Leal (1998) evidenciaram que as adolescentes que decidem abortar tendem a procurar apoio social fora do contexto familiar (amigos e companheiro), partilhando com as adolescentes que prosseguem a gravidez um maior distanciamento físico e/ou afectivo em relação à figura paterna. Nestes moldes, a decisão de abortar parece relacionar-se com a interiorização de críticas parentais, de sentimentos de ansiedade perante as relações íntimas e/ou de expectativas de fracasso nas tarefas de parentalidade (Coleman, 2006).

Esta constelação de variáveis pessoais, relacionais e sociais, moldam o processo de tomada de decisão de IVG e, consoante a sua natureza, facilitam ou dificultam este processo, condicionando as respostas emocionais das mulheres, face a esta resolução reprodutiva.

Apesar de alguns estudos demonstrarem que a decisão de abortar é difícil e envolve sempre alguma ambivalência (APF, 2007; Coleman, 2006; Coleman & Nelson, 1998; Kero *et al.*, 2001), a maioria dos autores considera que a generalidade das mulheres não experiencia dificuldades face ao processo de tomada de decisão de IVG (Bracken, 1977; Kero, Högberg & Lalos, 2004; Osofsky *et al.*, cit. por Adler *et al.*, 1992), na medida em que não deseja ter filhos ou que considera que não é conveniente para ela e/ou para a criança prosseguir a gestação, no momento do ciclo de vida em que se encontra, mesmo tendo atitudes positivas em relação à maternidade (Minden & Notman, 1991). Todavia, algumas mulheres parecem sentir grande dificuldade e ambivalência em relação à decisão de IVG, principalmente: as que adiam o aborto induzido para o segundo trimestre de gestação (Osofsky *et al.*, cit. in Adler *et al.*, 1992), as que são casadas (Bracken, 1977); as que têm uma forte afiliação à religião católica (Osofsky & Osofsky,

1972), as que atribuem características humanas ao feto, que se envolvem emocionalmente na gravidez e que têm atitudes positivas em relação à maternidade (Coleman & Nelson, 1998).

Apesar de, regra geral, existir reduzido conflito na tomada de decisão de abortar, as mulheres tendem a experimentar níveis de *stress* psicológico mais frequentes e significativos antes da IVG, embora sejam relativamente transitórios (Adler *et al.*, 1992; Bradshaw & Slade, 2003).

Com efeito, as mulheres que decidem interromper a gravidez experienciam menos sentimentos positivos e mais emoções negativas que as mulheres que desejam prosseguir a gestação (Cohan, Dunkel-Schetter & Lydon, 1993).

Além de evidenciarem níveis significativos de *stress* geral (Rizzardo, Novarin, Forza & Cosentino, 1991; Urquhart & Templeton, 1991), a maioria destas mulheres experiencia níveis clinicamente significativos de ansiedade e depressão (Lauzon, Roger-Achim, Achim & Boyer, 2000).

A ansiedade parece ser a experiência emocional proeminente no período pré-aborto, sendo que cerca de 40 a 45% das mulheres que decidem interromper a gravidez apresentam elevados níveis de ansiedade (Henshaw, Naji, Russell & Templeton, 1994; Slade, Heke, Fletcher, & Stewart, 1998).

Com a aproximação do procedimento de interrupção propriamente dito, as mulheres tendem a experimentar níveis de ansiedade acrescida, comparativamente com as mulheres grávidas ou com ameaça de aborto espontâneo (Rizzardo *et al.*, 1991). Com efeito, sendo a IVG um procedimento ginecológico desconhecido para a generalidade das mulheres e com alguma interferência na sua vida quotidiana (Minden & Notman, 1991), o período anterior à sua consecução é propício à emergência de preocupações significativas, relacionadas com o medo da dor, a antecipação de complicações médicas ou o receio de infertilidade futura (Lauzon *et al.*, 2000). Esta experiência de ansiedade acrescida pode ser exacerbada por algumas contingências específicas, nomeadamente: o esforço para manter o aborto em segredo; o adiamento da IVG para o segundo trimestre de gestação; as dificuldades económicas; a desaprovação dos outros significativos (Minden & Notman, 1991).

Concomitantemente com a ansiedade, as mulheres que decidem interromper a gravidez também tendem a experimentar níveis ligeiros (Cozzarelli, 1993), moderados (Bluestein & Rutledge, cit. por Bradshaw & Slade, 2003) ou elevados (Henshaw *et al.*, 1994; Slade *et al.*, 1998) de tristeza e depressão pela perda iminente da gravidez. Alguns autores com experiência clínica junto das mulheres que enveredam pelo aborto electivo como resolução reprodutiva (Stotland, 1998) sugerem que o período pré-aborto pode igualmente ser caracterizado por sentimentos de revolta em relação ao companheiro ou à falta de apoio da família, de culpa pela relação ou pela concepção inesperada ou de alívio por pensar que a gravidez indesejada está prestes a ser interrompida.

Esta vasta panóplia de sentimentos positivos e negativos pode coexistir ou alternar na mesma mulher (Kero *et al.*, 2001; Stotland, 1998), sendo parte integrante da reacção de crise, expe-

rienciada mediante a gravidez indesejada e o processo de tomada de decisão de interrupção da gestação (Bradshaw & Slade, 2003).

Contudo, apesar destas manifestações emocionais fazerem parte do processo normal de adaptação, a forma como as mulheres lidam com a decisão de IVG pode ser facilitada ou dificultada por vários factores, nomeadamente: a capacidade de tolerar afectos dolorosos e alguma ambivalência; o apoio social percebido durante a fase de tomada de decisão; as atitudes em relação ao aborto electivo; as habilitações literárias; e as circunstâncias de vida actuais e passadas da mulher, que podem funcionar como situações indutoras de *stress* acrescido (Eisen & Zelman, 1984; Minden & Notman, 1991; Shusterman, 1979).

Segundo Lee e Gilchrist (1997), o período que é sentido pela mulher como mais difícil em termos emocionais é a fase imediatamente antes do aborto, aquando da tomada de decisão em relação à sua prática. De acordo com as autoras, tomar esta decisão envolve sempre ambivalência e emoção, surgindo, muitas vezes, respostas confusas perante a situação de gravidez não desejada. Ora, esta conflitualidade pode conduzir a um adiamento da decisão de abortar, factor muito importante que não pode ser esquecido em todo o processo de tomada de decisão.

De facto, uma mulher que vive uma gravidez que não deseja, encontra-se numa situação de crise psicológica e social intensa que é acompanhada de sofrimento psicológico, podendo este ser mais ou menos intenso consoante a história de cada mulher.

Apesar de ser vivida de forma heterogénea, esta crise é tanto mais intensa quanto mais grave a psicopatologia prévia da mulher e mais perturbada a situação familiar, sendo que a maioria das mulheres recorre aos seus habituais mecanismos de defesa para gerir esta situação. No entanto, tal como em outras áreas, aquelas que têm menor suporte social e que dispõem de estilos adaptativos mais pobres tendem a vivê-la com mais dificuldades e com consequências mais negativas (Senay, 1974).

No entanto, ainda segundo Senay (1974), a crise psicológica e social vivida perante uma gravidez não desejada tende a resolver-se rapidamente quando a mulher sabe que pode abortar legalmente. Nestas circunstâncias, os níveis de ansiedade e depressão tendem a diminuir, o sono é restabelecido e as mulheres casadas sentem um aumento crescente de solidariedade familiar.

Sabemos que a decisão de prosseguir uma gravidez não desejada e aceitar um filho que não se quis ou interrompê-la é uma situação exigente e, muitas vezes, difícil.

Neste contexto, a presente investigação tem como principal objectivo avaliar o ajustamento psicológico no processo de decisão de IVG e explorar algumas variáveis individuais que possam influenciar positiva ou negativamente a adaptação a esta resolução reprodutiva.

Método

Participantes

A recolha da amostra realizou-se na Consulta de Gravidez Indesejada da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, entre Janeiro e Abril de 2009, num único momento de avaliação que decorreu no momento na Consulta Prévia – primeira consulta para realização de uma IVG. Para proceder à recolha de dados foi previamente feito um pedido de autorização formal ao Conselho de Administração da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, que o enviou à Comissão de Ética, a qual deu o seu parecer positivo ao desenvolvimento do projecto.

A amostra do nosso estudo é constituída por 150 mulheres grávidas até às 10 semanas de gestação, com decisão tomada para interromper a gravidez ao abrigo da Lei nº 16/2007, alínea e). As idades das participantes oscilam entre os 13 e os 44 anos ($M=26.03$, $DP=6.987$), a maioria são portuguesas (76%), 20% têm origem africana; 73.3% são caucasianas e 26.7% são negras; 56% afirmam-se católicas e as restantes não têm religião ou não responderam à questão. Quanto às habilitações literárias, 40.7% tem o ensino básico, 45.7% o ensino secundário e 14% o ensino superior; mais de metade (61.3%) é profissionalmente activa, sendo que das restantes, 27.3% são estudantes e 11.4% não têm actividade profissional. Com base na categorização de Simões (1994), 51.3% das participantes apresenta um nível sócio-económico baixo, 15.3% pertencem a um nível sócio-económico médio e 6% auferem de um nível sócio-económico elevado.

Material

Os instrumentos utilizados nesta investigação foram:

- **Questionário sócio-demográfico**, construído para o efeito com o objectivo de caracterizar a amostra relativamente a um conjunto de variáveis sócio-demográficas.
- **Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)** (DASS – *Depression Anxiety Stress Scales* de Lovibond e Lovibond, 1995), adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004): é uma escala que mede os níveis da dimensão de Depressão, Ansiedade e Stress.
- **Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)** de Pais-Ribeiro (1999): mede quatro dimensões do suporte social: a Satisfação com os Amigos; a Intimidade; a Satisfação com a Família e as Actividades Sociais.
- **Escala de Avaliação das Emoções (EAS – Emotional Assessment Scale** de Carlson *et al.*, 1989), adaptada para a população portuguesa por Moura-Ramos, Araújo Pedrosa e Canavarro (2005): mede a reactividade emocional das emoções consideradas fundamentais: Medo, Felicidade, Ansiedade, Culpa, Cólera, Surpresa e Tristeza.
- **Escala de Conflito na Decisão (DCS – Decision Conflict Scale** de O'Connor, 1995), adaptada para a população portuguesa por Rocha (2005): mede a dificuldade percebida no processo de tomada de decisão: incerteza ao escolher entre diversas opções, os factores contributivos e a qualidade da decisão tomada.

- **Questionário de valores e crenças (QVC) sobre sexualidade, gravidez, maternidade e aborto**, construído para o presente estudo e aferido para a população portuguesa; avalia os valores e crenças nas dimensões de: (1) Maternidade, que avalia a percepção da maternidade como projecto central do ser mulher; (2) Reprodução, que avalia em que medida a sexualidade feminina é tida essencialmente como função procriativa; (3) Afectividade, que avalia em que medida a sexualidade feminina é sentida como uma área de afectos; (4) Aborto, que avalia as representações negativas acerca do aborto; (5) Prazer, que avalia a percepção da sexualidade feminina como área de prazer.

Tratamento estatístico dos resultados

Através do SPSS (versão 17.0), e após verificados todos os pressupostos de aplicação de métodos paramétricos (distribuição normal e homogeneidade de variâncias), foram realizados testes *t de Student* para comparação de duas médias e análises de variância unifactoriais para comparação de mais de duas médias (ANOVA). Quando os grupos comparados nas análises de variância não preenchiam os pressupostos de aplicação, recorriamos à correcção de Welch. Nas situações em que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, realizou-se *a posteriori* o teste *post-hoc* de Tukey para discriminar entre que grupos se verificavam as diferenças. Finalmente, para analisar a associação entre as variáveis das diversas subescalas dos questionários utilizados, procedeu-se a uma Análise das Componentes Principais (CATPCA).

Resultados

1. Percurso reprodutivo e história da gravidez actual

Cerca de metade das participantes nunca engravidou (40.7%) nem teve filhos (53.3%) previamente à presente IVG. Na nossa amostra, 46.7% das mulheres tem filhos e 71.3% não teve qualquer interrupção de gravidez. Não conseguimos discriminar o tipo de aborto, pois este dado não foi controlado na fase de construção do questionário sócio-demográfico, pelo que pode ser aborto espontâneo ou voluntário.

No que respeita a história da gravidez actual, surge na sua maioria num contexto relacional de namoro (50.7%), seguido do casamento ou união de facto (40.7%) e em menor número em relações ocasionais (8.7%). Grande parte destas mulheres refere utilizar contracepção (70%), aparecendo a pílula contraceptiva como o método mais utilizado (53.3%), seguida do preservativo (41.9%). De salientar que em 2% da amostra, as mulheres utilizavam métodos de duração prolongada ou definitiva, como o DIU ou a laqueação tubária.

Como razões para a falha dos métodos utilizados ou motivações para não utilização, vemos que 20.7% das mulheres utilizam-nos de forma inconsistente (“preservativo às vezes” ou paragens na pílula), 40% reconhece alguma falha na utilização do método, como esquecimento da pílula alguns dias, interacção medicamentosa, rompimento do preservativo, etc. Há também um número considerável de mulheres que admite não utilizar qualquer método como prevenção para uma gravidez não desejada (20.7%) e 16.7% não sabe o que aconteceu para o método ter falhado. Em algumas situações, a não utilização de contraceptivos deve-se ao facto de a gravidez ter sido planeada numa primeira instância (2%).

No momento da recolha da amostra, ou seja, a primeira consulta do processo para IVG, cerca de metade das mulheres (48.7%) encontrava-se com uma idade gestacional entre as sete e as nove semanas, 46% numa fase precoce entre as quatro e as seis semanas, e 5.3% no limite legal para realizar a interrupção da gravidez por opção da mulher, dez semanas. Todos estes dados acerca das características reprodutivas e da gravidez actual estão resumidos no Quadro 1.

Quanto à partilha da decisão de IVG, 95.3% das mulheres partilhou esta decisão com figuras significativas, com uma média de uma a duas pessoas ($M=1.85$). A figura mais referida é o namorado ou companheiro (72.7%), sendo este apoio sentido na sua maioria como “*todo o apoio*” (51%). Seguido do namorado/companheiro, o maior suporte é sentido pelas amigas e amigos, que são referidos em 36.4% das situações, e na sua maioria como “*todo o apoio*” (29.4%). Depois aparece a mãe ou os pais (34.9%), sendo o apoio classificado na maioria (25.9%) como “*todo o apoio*”, seguidos dos irmãos (12.6%) e outros familiares (12.6%). A família do companheiro também surge em 9.8% dos casos, havendo aqui uma distribuição pelo suporte percebido.

Por último, no que respeita às motivações para IVG, as participantes referiram entre uma a duas razões ($M=1.79$) para realizar a interrupção da gravidez. Trata-se de uma pergunta com resposta aberta, pelo que foram criadas subcategorias para analisar as respostas. Em maior destaque aparecem as razões de instabilidade financeira (41.3%), seguidas da referência a falta de condições (não especificadas) em 22.7% das situações. Com a mesma incidência (20.7%), aparecem as motivações ligadas ao emprego/estudos; não desejar mais filhos ainda pequenos; não se sentir preparada para ser mãe. A relação conjugal inconsistente aparece referenciada por 12% das participantes, e a falta de um pai para o potencial filho por 6%. Algumas participantes referem mesmo que o filho não é desejado (5.3%) e outras referem sofrer algum tipo de pressão para IVG (1.3%).

Quadro 1 – Características reprodutivas e da gravidez actual

<i>Características (N=150)</i>	N	%
Nº gestações anteriores		
Nenhuma	61	40.7
Uma	43	28.7
Duas	21	14
Três ou mais	25	16.8
Nº filhos		
Nenhum	80	53.3
Um	36	24
Dois	25	16.7
Três ou mais	9	6
Nº abortos anteriores		
Nenhum	107	71.3
Um	32	21.3
Dois	9	6
Três ou mais	2	1.4

Tempo de gestação (semanas)		
[4-6]	69	46
[7-9]	73	48.7
10	8	5.3
Contexto relacional		
Namoro	76	50.7
Casamento/União de Facto	61	40.7
Ocasional	13	8.7
Utilização de Contraceção		
Sim	105	70
Não	45	30
Contraceptivo utilizado (N=105)		
Pílula	56	53.3
Preservativo	44	41.9
Adesivo	3	2.9
Laqueação Tubária	1	1
Dispositivo Intra-Uterino (DIU)	1	1
Razão da falha/Motivação para não		
Utilização inconsistente	31	20.7
Falhas na utilização	60	40
Não utilização	31	20.7
Não sabe	25	16.7
Queria engravidar	3	2
Partilha da decisão		
Sim	143	95.3
Não	7	4.7

2. Ajustamento psicológico e relacional no momento da decisão

Apresentamos no Quadro 2, as médias e desvio-padrão relativos a todas as subescalas dos questionários aplicados.

Quadro 2 – Médias e desvio-padrão dos instrumentos utilizados

<i>Instrumentos (N=150)</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
EADS		
Depressão	5.91	5.193
Ansiedade	5.00	4.624
Stress	8.67	5.451
ESSS		
Satisfação com os amigos	19.93	4.680
Intimidade	15.33	3.778
Satisfação com a família	11.45	3.239
Actividades sociais	9.97	3.445
Total	56.69	12.676
EAS		

Medo	61.73	24.601
Felicidade	18.03	18.054
Ansiedade	45.65	26.580
Culpa	35.14	18.451
Cólera	41.45	28.132
Surpresa	43.86	27.562
Tristeza	62.22	28.934
ECD		
Conflito na decisão	1.56	0.525
QVC		
Maternidade	3.16	0.895
Reprodução	2.16	0.731
Afectividade	4.16	0.725
Aborto	3.29	0.819
Prazer	3.80	0.672

De acordo com a leitura do Quadro 2, podemos verificar que na **EADS**, as médias das três subescalas são baixas e estão abaixo da zona de risco, pelo que podemos dizer que as mulheres da nossa amostra encontram-se ajustadas psicologicamente. No entanto, verificou-se que as diferenças entre as três subescalas são estatisticamente significativas, destacando-se o *Stress* com valores mais elevados.

Quanto à satisfação com o suporte social percebido (**ESSS**), temos em todas as subescalas médias elevadas, o que indica um elevado suporte social percebido. Em todas elas, as médias atingem 75% da pontuação máxima, excepto na subescala "*actividades sociais*", o que significa que as participantes se encontram menos satisfeitas nas actividades sociais que realizam do que numa outra dimensão do suporte social avaliada.

No que diz respeito à reactividade emocional (**EAS**), observamos que a emoção com a média mais alta é a "*tristeza*", seguida do "*medo*", "*ansiedade*", "*surpresa*", "*cólera*", "*culpa*" e, por fim, a "*felicidade*". Podemos afirmar que as emoções predominantes nestas mulheres são a tristeza e o medo, e a menos predominante é a felicidade.

Na escala de conflito na decisão (**ECD**), a média dos *scores* obtidos é baixa ($M=1.56$), o que indica uma baixa conflitualidade na decisão, apesar de não a considerarem fácil.

Relativamente aos valores e crenças sobre sexualidade, gravidez, maternidade e aborto (**QVC**), quando comparados estes resultados com a população geral (amostra utilizada para aferir o QVC) observamos diferenças estatisticamente significativas nas subescalas da "*maternidade*", "*reprodução*" e "*afectividade*". Estes dados permitem-nos inferir que as mulheres da nossa amostra clínica, privilegiam a sexualidade como fonte de afectos, têm crenças mais elevadas quanto a considerar a maternidade como projecto central da vida das mulheres e a reprodução como função primordial da sexualidade feminina; são também elas que têm uma representação mais positiva da IVG.

3. Factores de variabilidade interindividual no ajustamento psicológico à decisão de IVG

Neste ponto, serão apresentados alguns resultados relativos à influência de algumas variáveis individuais e relacionais, consideradas relevantes pela literatura, no ajustamento psicológico à decisão. Optámos por fazer referência apenas aos dados com significância estatística.

Idade: As **adolescentes** têm crenças mais elevadas quanto a considerar a reprodução como função primordial da sexualidade feminina.

Contexto relacional: As mulheres que **vivem maritalmente** avaliam em maior grau a maternidade como projecto central do ser mulher e a sexualidade feminina essencialmente como área de prazer.

Habilitações literárias: As mulheres com **menor escolaridade** sentem-se mais ansiosas, percebem o suporte social ao nível da intimidade como mais insatisfatório, valorizam mais o projecto de maternidade e a sexualidade como área de procura de afectos. Por outro lado, as mulheres com **maior escolaridade** privilegiam o prazer na vivência da sua sexualidade.

Nível sócio-económico: Verificamos maiores níveis de ansiedade e *stress* nas mulheres de **condição baixa**, mais insatisfação quanto ao suporte social íntimo, e crenças mais elevadas quanto à maternidade e procriação como função principal da mulher. Por outro lado, a satisfação geral com o suporte social e com as actividades sociais é superior nas mulheres de **condição mais elevada**, e a dimensão do prazer na sexualidade é mais valorizada.

Tempo gestação: As mulheres com **menos tempo** de gestação apresentam menos sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, menor conflito na decisão e menores crenças sobre a sexualidade enquanto procura de afectos.

Contraceção: As mulheres que **não utilizam contraceção** têm mais crenças acerca da reprodução como principal objectivo das relações sexuais.

Gestações anteriores: As mulheres que estão perante a **primeira gravidez** estão mais receosas, têm crenças superiores quanto à importância da maternidade na vida de uma mulher, quanto ao prazer na sexualidade feminina e têm representações mais negativas em relação ao aborto.

Paridade: As **nulíparas** sentem mais medo e têm crenças mais baixas quanto à maternidade como projecto central da condição feminina e também quanto à vivência da sexualidade essencialmente por prazer.

Religião; etnia e abortos anteriores: Não observamos diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia psicopatológica, da satisfação com o suporte social, da reactividade emocional, do conflito na decisão e dos valores e crenças, em função destas variáveis.

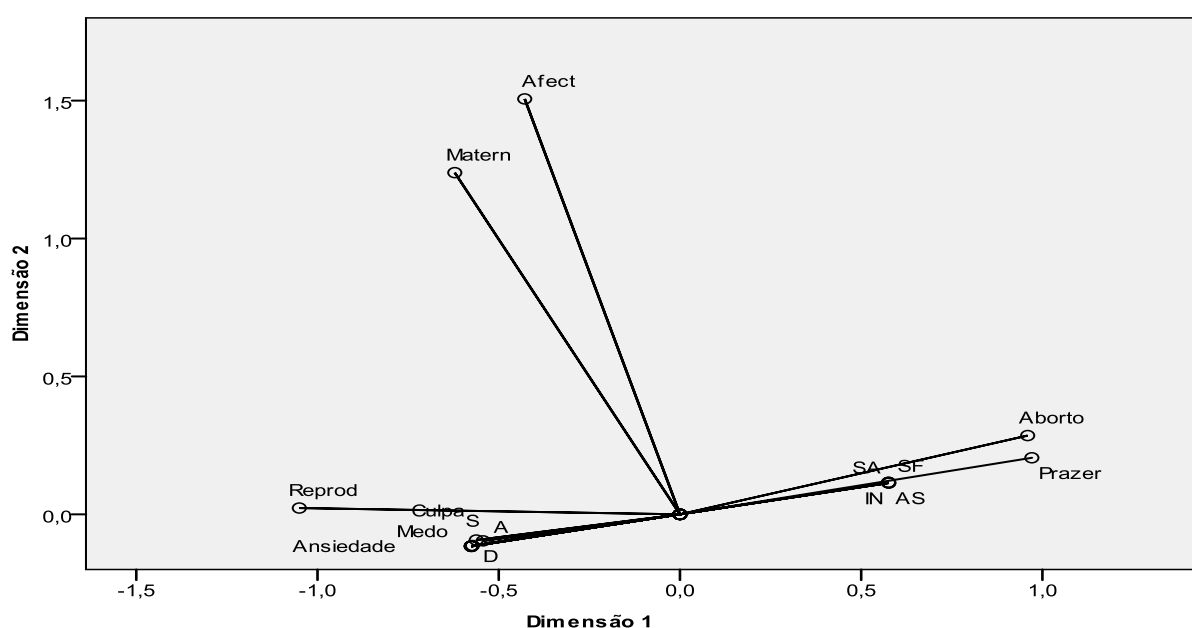
4. Caracterização do ajustamento psicológico à decisão de IVG

Para melhor compreender e caracterizar o ajustamento psicológico destas mulheres face à decisão de IVG, procedeu-se a uma Análise das Componentes Principais com o objectivo de analisar a associação entre as diversas subescalas. Para tal, usou-se uma CATPCA com o método de normalização da variável principal (cf. Figura 1).

Obtivemos que as variáveis depressão, ansiedade, *stress*, medo, felicidade, ansiedade, culpa, cólera, surpresa, tristeza, conflito na decisão e reprodução são opostas à satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família, actividades sociais, aborto e prazer, *i.e.* as mulheres com um *score* elevado na satisfação com o suporte social têm menos sintomas psicopatológicos, menor reactividade emocional e menor conflito na decisão. Quanto aos valores e crenças, ainda nesta dimensão, vemos que os maiores *scores* das variáveis aborto e prazer são opostos à reprodução, *i.e.* as mulheres com uma representação mais elevada da sexualidade enquanto prazerosa e pior representação do aborto, apresentam menores crenças acerca da função procriativa enquanto principal função da sexualidade feminina.

Por outro lado, temos que as variáveis de maternidade e afectividade são ortogonais às restantes, *i.e.* a percepção da maternidade como projecto determinante da condição feminina e a percepção da sexualidade como uma área essencialmente de afectos não se relacionam com as restantes variáveis.

Figura 1 – Mapa dimensional definido pelas duas componentes principais retidas após CAPTCA



Discussão e Conclusões

Encontrámos um vasto leque de características sócio-demográficas: mulheres de todas as idades, com todos os níveis de instrução, se bem que maioritariamente básico ou secundário, de todos os estratos socio-económicos, apesar do nível baixo ter mais expressão, com diversas situações profissionais e essencialmente contextos relacionais que pressupõem a existência de um compromisso relacional. A maioria das mulheres estava a utilizar um método contraceptivo, de forma mais ou menos consistente no momento em que ocorre a gravidez, destacando-se a contracepção oral e o preservativo.

Esta resolução reprodutiva, na grande maioria partilhada com figuras de suporte, revelou ser essencialmente modelada por motivações socio-económicas, o que vai ao encontro da literatura nacional e internacional neste âmbito, e apesar das participantes considerarem esta decisão difícil e emocionalmente exigente, identificam uma baixa conflitualidade na decisão. Quanto às motivações que levam estas mulheres a optar por esta solução reprodutiva, os dados levam-nos a crer que a motivação crucial se prende com o facto de não existir para elas neste momento específico um projecto de maternidade, pois eventualmente outras mulheres, em situações idênticas, optariam por prosseguir-la.

No que respeita ao ajustamento psicológico no momento da decisão, os níveis de depressão, ansiedade e *stress* encontram-se abaixo da zona de risco, ou seja, estas mulheres estão ajustadas ao nível psicológico, apesar de apresentarem valores significativamente mais elevados de *stress* o que remete para a dificuldade em relaxar ou impaciência. Embora congruentes com alguns estudos internacionais, estes resultados tendem a distanciar-se da posição dominante na literatura, que defende que esta sintomatologia tem níveis clinicamente significativos.

Os resultados observados nas medidas de reactividade emocional coadunam-se com o que tem sido referido pelas investigações empíricas e pelos autores com experiência clínica no domínio. As participantes evidenciaram níveis elevados de tristeza e medo, seguidos de ansiedade e surpresa, e com menor expressão sentimentos de culpa e felicidade. Portanto, estas mulheres avaliaram a decisão de interrupção como difícil de fazer e desencadeadora de afecto disruptivo, que embora congruente com o estudo da APF (2007) e com alguns estudos internacionais, contraria a ideia de que a generalidade das mulheres faz uma interrupção de gravidez de “ânimo leve”, que é uma decisão egoísta e desprovida de afectos.

Os resultados obtidos na escala de conflito na decisão vêm corroborar o que tendo vindo a ser dito até então, bem como os estudos consultados. Apesar das participantes considerarem esta decisão difícil e emocionalmente exigente, identificam uma baixa conflitualidade na decisão. O que nos leva a crer que este turbilhão emocional é transitório e característico de uma situação de crise, experienciada pela mulher perante uma gravidez não desejada e o consequente processo de tomada de decisão. Ainda nesta linha de pensamento, hipotetizamos que este turbilhão de emoções é tanto maior quanto maior for a fragilidade emocional prévia à ocorrência da gravidez, indo ao encontro de artigos de técnicos com experiência clínica na área (Serenó *et al.*, 2009).

Quanto aos valores e crenças no que concerne à sexualidade, maternidade e aborto, comparativamente com a população geral, estas mulheres privilegiam a sexualidade como fonte de afectos, mais do que de prazer, têm crenças mais elevadas quanto a considerar a maternidade como projecto central da vida das mulheres e a reprodução como função primordial da sexualidade feminina, e são também elas que têm uma representação mais positiva da IVG.

No que diz respeito à reprodução, apesar de discordarem que seja esta a função primordial da sexualidade feminina, apresentam mais crenças neste sentido do que a população geral. Ainda neste seguimento, é na população geral que encontramos maiores valores quanto à utilização de contracepção quando não se deseja engravidar. Estes resultados parecem corroborar a explicação de Zapiain (1996) para a ocorrência da maioria das gravidezes, o facto de haver confusão entre os dois planos da sexualidade: área de prazer e função procriativa. Este autor

acrescenta que a maioria das pessoas se situa bem nesta dupla dimensão, onde a procura de prazer está ligada ao uso coerente de métodos contraceptivos.

Também ao nível da afectividade, são as mulheres da nossa amostra clínica que mais privilegiam a sexualidade como fonte de afectos, mais do que de prazer. Sugerimos então uma dificuldade nestas mulheres de dar o devido significado ao comportamento sexual; parece haver um desejo de gravidez apesar deste não ser concomitante com o desejo de maternidade. De acordo com alguns autores, são actos falhados representantes do discurso inconsciente.

Congruentemente com a revisão da literatura, o ajustamento psicológico, observado no momento da decisão de IVG, revelou associar-se com algumas variáveis individuais e relacionais, destacando-se a nível de instrução e sócio-económico, bem como a história obstétrica.

Finalmente, no que respeita às associações entre as subescalas, crenças mais elevadas em torno da função reprodutora como primordial na sexualidade feminina parecem estar vinculadas a um maior conflito na decisão, e conseqüentemente a uma maior reactividade emocional face à decisão e a uma manifestação mais intensa de sintomatologia psicopatológica.

Por outro lado, crenças mais valorizativas da dimensão do prazer na sexualidade feminina parecem estar vinculadas a uma maior satisfação com o suporte social, o que pode dever-se eventualmente a uma visão menos tradicional e mais moderna da imagem de mulher, da sexualidade feminina e dos papéis de género. Como vimos atrás, as mulheres com mais crenças neste sentido, são as mais diferenciadas ao nível da instrução, o que também vem corroborar esta hipótese.

Curiosamente, e aparentemente contrariando a literatura, vemos que as representações negativas sobre o aborto associam-se negativamente com a reprodução, com a reactividade emocional e com o conflito na decisão. Hipotetizamos que como as questões desta subescala se prendem com as sequelas físicas e psicológicas após uma IVG, as respostas sejam fundamentadas ainda num período pré-referendo, do aborto ilegal e inseguro, onde efectivamente se verificavam muitas destas sequelas, principalmente a nível físico. Apesar da legislação ter sofrido alterações, ainda não parece ter sido há tempo suficiente para mudar os valores e crenças vigentes na nossa sociedade. As mulheres e a população geral mantêm uma representação da IVG negativa e prejudicial para a mulher. Apesar de tudo isto, estas convicções não se mostram suficientemente consistentes para despoletar nas participantes uma reactividade emocional mais intensa nem uma maior conflitualidade na decisão.

Adicionalmente, observamos uma atitude positiva face à maternidade e à procura de afecto e partilha no relacionamento sexual, independentemente das mulheres se identificarem mais com a valorização da sexualidade por prazer ou para reprodução.

Do ponto de vista teórico, os nossos resultados tendem a apoiar a perspectiva do *stress* e do *coping*, que tem conceptualizado as reacções emocionais à decisão e à experiência de IVG como enquadradas num processo normativo de adaptação a um acontecimento indutor de *stress*; concomitantemente, estes resultados distanciam-se do modelo da perda, que sobreloriza a ocorrência de reacções emocionais negativas no período pós-aborto.

Por último, os resultados do nosso estudo revestem-se de algumas implicações práticas. Este estudo permitiu essencialmente conhecer algumas características das mulheres que optam por interromper a gravidez, que apesar de não nos permitir traçar um perfil, permite-nos conhecer factores de risco que actuam no sentido de um desajuste psicológico no momento da decisão, aos quais os técnicos de saúde necessitam de estar atentos, para que seja possível uma intervenção mais ajustada, tendo sempre como base um bom e completo aconselhamento, fundamental nesta temática.

Do mesmo modo, torna-se imprescindível não negligenciar e preparar respostas adequadas para as mulheres que venham a evidenciar dificuldades e/ou perturbação emocional, perante esta decisão e experiência reprodutiva.

Apesar do aborto ser muitas vezes encarado pelas mulheres como a solução para um problema e não o problema, parece-nos evidente que, como situação de crise que é, vem despoletar alterações emocionais. Neste sentido, podemos também pensar áreas de intervenção e sensibilização onde parece haver ainda muito trabalho de terreno a fazer ao nível da prevenção primária.

Primeiramente, parece-nos importante trabalhar junto de técnicos, jovens e população geral, valores e crenças ligados às questões da sexualidade, maternidade, gravidez, aborto e papéis de género, onde se encontram valores enraizados, já descontextualizados da realidade actual.

Neste seguimento, e de forma mais concreta, trabalhar no sentido da sexualidade ser aceite como parte integrante de todo o ciclo vital do sujeito sob diversas formas, e as relações sexuais, como uma parte da sexualidade, para que sejam vividas como naturais e prazerosas. No entanto, eventualmente devido ao facto da sexualidade ser ainda um tema escondido no nosso país, esta visão pouco assumida do ser humano enquanto ser sexual e com capacidade potencialmente reprodutora, leva ao descrédito de uma possível gravidez em cada relação sexual desprotegida ou parcialmente protegida. É importante sensibilizar homens e mulheres para esta realidade para que optem por evitar uma possível gravidez se for esse o desejo. Verifica-se em muitas destes casos de mulheres que optam por interromper a gravidez, e provavelmente noutras que optaram por prosseguir-la, um desconhecimento do próprio corpo e dos contornos de que se reveste a sua capacidade reprodutora.

Só assim parece viável trabalhar em prevenção, é necessário partir de aquisições de saber prévios para que as questões ligadas à contracepção façam sentido para cada um de nós. Nesta área, é de salientar a falta de informação completa e consistente sobre os diferentes métodos contraceptivos. Desta forma, e destacando as duas principais funções da sexualidade, a reprodutiva e a de prazer, podemos fazer prevenção de uma gravidez efectivamente não desejada.

No entanto, vão sempre existir gravidezes não desejadas, por falhas na contracepção, mas também maternidades não desejadas, nas situações em que a gravidez cumpre um desejo mais ou menos consciente, apesar de não coexistir o desejo de maternidade.

Tudo isto, visando um melhor ajustamento psicológico face a situações de crise de decisão de IVG, mas também de outra ordem da saúde sexual e reprodutiva.

Referências bibliográficas

- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion: A review. *American Psychologist*, 47 (10), 1194-1204.
- Associação para o Planeamento da Família (2007). A situação do aborto em Portugal: Práticas, contextos e problemas. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.
- Bracken, M. B. (1977). A causal model of psychosomatic reaction to vacuum aspiration abortion [Abstract]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 13 (3), 135.
- Bradshaw, Z., & Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 929-958.
- Cohan, C. L., Dunkel-Schetter, C., & Lydon, J. (1993). Pregnancy decisionmaking: Predictors of early stress and adjustment [Abstract]. *Psychology of Women Quarterly*, 17(2), 223.
- Coleman, P. K., & Nelson, E. S. (1998). The quality of abortion decisions and college's students reports of post-abortion emotional sequelae and abortion attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17 (4), 425-442.
- Coleman, P. K. (2006). Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 903-911.
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1224-1236.
- Eisen, M., & Zellman, G. L. (1984). Factors predicting pregnancy resolution decision satisfaction of unmarried adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 145, 231-239.
- Faúndes, A. & Barzelatto, J. (2004). *O drama do aborto – em busca de um consenso*. Campinas: Editora Komedi.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Mass: Addison-Wiley Pub.
- Henshaw, R., Naji, S., Russell, I., & Templeton, A. (1994). Psychological responses following medical abortion (using mifepristone and gemeprost) and surgical vacuum aspiration: A patient-centered, partially randomised prospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73 (10), 812-818.
- Kero, A., Högberg, U., Jacobson, L., & Lalos, A. (2001). Legal abortion: A painful necessity. *Social Science & Medicine*, 53, 1481-1490.
- Kero, A., Högberg, U., & Lalos, A. (2004). Well-being and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine*, 58, 2559-2569.
- Lauzon, P., Roger-Achim, D., Achim, A. & Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortion. *Canadian Family Physician*, 46, 2033-2040.
- Lee, E. & Gilchrist, A. (1997). *Abortion psychological sequelae: the debate and the research*. Consultado em 10 de Janeiro de 2009 através de http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun3.asp
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS (3ª edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Miller, W. B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues*, 48 (3), 67-93.
- Minden, S. L., & Notman, M. T. (1991). Psychoterapeutic issues related to abortion. In N. L. Stotland (Ed.), *Psychiatric aspects of abortion* (pp. 119-133). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Moura-Ramos, M.C. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos da infância*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Organisation Mondiale de la Santé (1970). *L'avortement spontané ou provoqué : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
- Osofsky, J.D., & Osofsky, H.D. (1972). The psychological reaction of patients to legalized abortion [Abstract]. *Journal of American Orthopsiquiatry*, 42 (1), 48.

- Ouró, A. M., & Leal, I. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não: O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 441-446.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde. Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Rizzardo, R., Novarin, S., Forza, G., & Consentino, M. (1991). Personality and psychological distress in legal abortion, threatened miscarriage and normal pregnancy [Abstract]. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59 (4), 227.
- Rocha, J. C. (2005). *Fatores Psicológicos da Mulher Face à Interrupção Médica da Gravidez*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Smetana, J. G., & Adler, N. E. (1979). Decision-making regarding abortion: A value x expectancy analysis [Abstract]. *Journal of Population*, 2 (4), 338.
- Senay, E. C. (1974). The psychology of abortion. In S. Arieti (Ed.). *American handbook of psychiatry: Vol. 1. The foundations of psychiatry* (pp.535-544). New York: Basic Books, Inc. Publishers
- Sereno, S., Oliveira, C., Correia, M. J., Faustino, S. & Lago, T. (2009). Intervenção Psicológica em IVG na Maternidade Dr. Alfredo da Costa. *Arquivos Maternidade Dr. Alfredo da Costa*, pp. 46-49.
- Shusterman, L. R. (1979). Predicting the psychological consequences of abortion. [Abstract]. *Social Science and Medicine, Part A: Medical Psychology and Medical Sociology*, 13, 683.
- Slade, P., Heke, S., Fletcher, J., & Steward, P. (1998). A comparison of medical and surgical methods of termination of pregnancy: Choice, consequences and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105, 1288-1295.
- Stotland, N. L. (2000). Induced abortion in the United States. In N. L. Scotland & D. E. Stewart (Eds.), *Psychological aspects of women and health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology* (2nd Ed.) (pp. 219-239). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Urquhart, D. R., & Templeton, A. A. (1991). Psychiatric morbidity and acceptability following medical and surgical methods of induced abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98, 396-399.
- Willmoth, G. R., & De Alteris, M. (1992). Prevalence of psychological risks following legal abortion in U.S.: Limits of the evidence. *Journal of Social Issues*, 48 (3), 37-66.
- Zapiain, J.G. (1996). Gravidezes inesperadas. Porquê? Consultado através de www.apf.pt/temas/tema_5F205.htm