

ESTADO EMOCIONAL E SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL
APÓS UMA INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Gwendolin May Roman Navarro Pimenta King

12291

Dissertação Orientada por Prof. Dra. Ivone Patrão

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre

em Psicologia Clínica

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de Prof. Dra. 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 nº 19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª serie de 26 de Setembro, 2006.

Resumo

O objectivo deste trabalho centrou-se no estudo do estado emocional das mulheres após uma interrupção voluntária da gravidez e o papel da percepção do suporte social neste momento, assim como, relacionar a variável estado emocional com variáveis sócio-demográficas e clínicas (idade, número de filhos, tempo de gestação, tipo de I.V.G., motivo para realizar a interrupção, toma de psicofármacos ansiolíticos, de psicofármacos anti depressivos, acompanhamento psicológico na consulta prévia, acompanhamento psicológico e psiquiátrico no momento presente, sentimento em relação a escolha tomada, escolaridade e estado civil).

Participaram neste estudo 43 mulheres que realizaram uma interrupção voluntária da gravidez 2 a 3 semanas antes. A recolha da amostra teve lugar no hospital Garcia da horta e no centro de saúde da Costa da Caparica.

Para a avaliação das variáveis utilizou-se a escala de satisfação com o suporte social – ESSS (Pais Ribeiro, 1999) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21 (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Em relação ao estado emocional verificou-se a existência de níveis baixos de depressão e de ansiedade, no que diz respeito à satisfação com o suporte social constatou-se níveis altos de satisfação com o suporte social.

Quanto ao estudo das correlações entre os níveis de depressão e de satisfação com o suporte social verificou-se a existência de uma correlação significativa negativa entre os níveis de depressão e a satisfação com o suporte social ($p=0,004 < \alpha=0,01$); uma correlação significativa negativa entre a satisfação com as amizades/amigos e a depressão ($p=0,004 < \alpha=0,01$); uma correlação significativa negativa entre a percepção da existência de suporte social íntimo e a depressão ($p=0,001 < \alpha=0,01$); uma correlação significativa negativa entre a satisfação com o suporte social familiar e a depressão ($p=0,000 < \alpha=0,01$); uma correlação significativa negativa entre a satisfação com as actividades sociais que realiza e a depressão ($p=0,002 < \alpha=0,01$). Estes resultados demonstram que ao aumentar a satisfação com o suporte social diminuem os níveis de depressão. Relativamente ao estudo da relação da variável depressão e ansiedade e as variáveis sócio-demográficas e clínicas, verificou-se que os níveis depressão varia consoante a toma de anti depressivos e de acompanhamento psiquiátrico.

Interrupção voluntária da gravidez;

Depressão;

Ansiedade;

Satisfação com o suporte social

Abstract

The present study aimed to explore women's emotional consequences after an induced abortion and the relationship between emotional consequences with social support satisfaction, biographical and clinical variables (age; number of children; gestational age; type of induced abortion; motive to interrupt the pregnancy; antidepressant, anxiolytics; psychological support in the prior appointment; psychological or psychiatric support; and feelings towards the decision; academic qualifications and marital status).

43 participants that interrupted their pregnancies 2 to 3 weeks before were interviewed from Garcia da Horta Hospital and Costa da Caparica health centre.

Information was obtained from the social satisfaction scale (Pais Ribeiro, 1999) and anxiety, depression and stress scale (Pais Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

The results revealed low levels of depression and anxiety and high levels of social support satisfaction.

Low levels of depression were related significantly and negatively to high levels of social support satisfaction ($p=0,004 < \alpha=0,01$); to high levels of satisfaction with friends/friendship ($p=0,004 < \alpha=0,01$); to the perception of existing intimate social support ($p=0,001 < \alpha=0,01$); to the family social support satisfaction ($p=0,000 < \alpha=0,01$); to social activities satisfaction ($p=0,002 < \alpha=0,01$). The results show that when social support satisfaction grows, levels of depression decrease. In the relation between biographical and clinical variables with emotional factors it was shown that the presence of antidepressants and psychiatric sessions was related to low levels of depression.

Induced abortion

Depression

Anxiety

Satisfaction with social support

INTRODUÇÃO.....	1
I. REVISÃO TEÓRICA	3
1. Interrupção voluntária da gravidez.....	3
1.1. Aspectos clínicos.....	3
1.2. Legislação.....	4
1.3. Processo numa I.V.G.....	5
1.4. Consequências psicológicas e físicas.....	9
1.5. Intervenção psicológica.....	12
2. A resposta emocional	15
2.1. A ansiedade.....	16
2.2. A depressão.....	19
3. O Suporte Social	23
3.1. Definição.....	23
3.2. Dimensões do Suporte Social.....	25
3.3. Suporte Social e a Saúde	26
 II. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	 29
 III. MÉTODO.....	 33
1. Tipo de Estudo.....	33
2. Amostra.....	33
3. Variáveis.....	33
4. Instrumentos.....	33
5. Procedimento.....	38
 IV. RESULTADOS.....	 40
1. Análise descritiva das variáveis sócio demográfico e clínico.....	40
2. Análise descritiva da variável estado emocional	47
3. Análise descritiva da variável satisfação com o suporte social	48

4. Análise da relação entre a variável estado emocional e a satisfação com o suporte social	51
5. Análise da relação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas e o estado emocional	55
V. DISCUSSÃO.....	57
VI. CONCLUSÃO.....	61
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
Anexos	
Anexo A: Consentimento informado.....	71
Anexo B: Questionário Sócio Demográfico e Clínico.....	73
Anexo C: ESSS (Escala de satisfação com o suporte social.....	76
Anexo D: EADS-21 (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress)	78
Anexo E: Outputs SPSS.....	80

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição da amostra de acordo com a idade das participantes

Tabela 2: Distribuição da amostra de acordo com o número de filhos

Tabela 3: Distribuição da amostra de acordo com o Estado Civil

Tabela 4: Distribuição da amostra de acordo com a Escolaridade

Tabela 5: Distribuição da amostra de acordo com a situação profissional

Tabela 6: Distribuição da amostra de acordo com o tipo de interrupção realizada

Tabela 7: Distribuição da amostra de acordo com o tempo de gestação na altura da interrupção da gravidez em semanas.

Tabela 8: Distribuição da amostra de acordo com o tipo de contraceptivo utilizado antes da gravidez e depois da interrupção da gravidez

Tabela 9: Distribuição da amostra de acordo com a realização anterior de outras interrupções voluntárias da gravidez.

Tabela 10: Distribuição da amostra de acordo com o motivo que levou as mulheres a realizar a interrupção voluntária da gravidez

Tabela 11: Distribuição da amostra de acordo com o sentimento presente das mulheres na consulta de controlo

Tabela 12: Distribuição da amostra de acordo com a presença de acompanhamento psicológico na consulta de prévia

Tabela 13: Distribuição da amostra de acordo com a toma de psicofármacos ansiolíticos no momento

Tabela 14: Distribuição da amostra de acordo com a toma de psicofármacos anti-depressivos no momento

Tabela 15: Distribuição da amostra de acordo com o acompanhamento psicológico das mulheres no momento

Tabela 16: Distribuição da amostra de acordo com o acompanhamento psiquiátrico das mulheres no momento

Tabela 17: Análise descritiva da variável depressão

Tabela 18: Análise descritiva da variável ansiedade

Tabela 19: Análise descritiva da variável satisfação com o suporte social

Tabela 20: Análise descritiva da variável satisfação com as amizades/amigos

Tabela 21: Análise descritiva da variável percepção da existência de suporte social íntimo

Tabela 22: Análise descritiva da variável satisfação com o suporte social familiar existente

Tabela 23: Análise descritiva da variável satisfação com satisfação com as actividades sociais que realiza.

Tabela 24: Correlação entre satisfação com o suporte social e a depressão

Tabela 25: Correlação entre satisfação com as amizades/amigos e depressão

Tabela 26: Correlação entre a percepção da existência de suporte social íntimo e depressão

Tabela 27: Correlação entre a satisfação com o suporte social familiar existente e depressão

Tabela 28: Correlação entre a satisfação com as actividades sociais que realiza e a depressão

Tabela 29: Correlação entre satisfação com o suporte social e a ansiedade

Tabela 30: Correlação entre satisfação com as amizades/amigos e a ansiedade

Tabela 31: Correlação entre a percepção da existência de suporte social íntimo e a ansiedade

Tabela 32: Correlação entre a satisfação com o suporte social familiar existente e a ansiedade

Tabela 33: Correlação entre a satisfação com as actividades sociais que realiza e a ansiedade

Tabela 34: Correlação entre depressão e o acompanhamento psiquiátrico

Tabela 35: Correlação entre depressão e a toma de anti depressivos

Anexos

Anexo A: Consentimento Informado

Anexo B: Questionário Sócio Demográfico e Clínico

Anexo C: Escala de Satisfação com o suporte Social – ESSS

Anexo D: Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21

Anexo E: Outputs do SPSS

INTRODUÇÃO

A interrupção voluntária da gravidez (I.V.G.) é um tema que nos últimos tempos tem sido muito polémico em Portugal. O Referendo para uma nova lei tornou o aborto num tema de grande discussão pública onde as opiniões se dividiram. Mesmo agora, que a nova lei foi aprovada e não pune a mulher que realiza uma I.V.G. a discussão e a polémica continuam.

O facto da I.V.G. se ter tornado legal no nosso país desenvolveu uma diferente realidade que não foi ainda estudada em Portugal, o que torna este trabalho pertinente e desafiante.

Alguns estudos referem que as reacções negativas das mulheres depois da interrupção se alteram ao longo do tempo, tendendo a diminuir. Deste modo, é importante conhecer as emoções não só imediatamente após a I.V.G., assim como, algum tempo depois, para perceber como estas se desenvolvem.

A maioria dos trabalhos em psicologia salienta as consequências psicológicas que a I.V.G. poderá ou não ter para a mulher. Verifica-se que dos vários trabalhos existentes, alguns demonstram que as mulheres depois de realizarem uma I.V.G. desenvolvem respostas emocionais como insatisfação e o arrependimento em relação à interrupção ou *stress*, outros estudos demonstram sequelas psicológicas mais graves como a depressão e a ansiedade.

Nos vários estudos existentes, os autores tentam explicar o porquê de algumas mulheres desenvolverem sentimentos mais ou menos negativos após uma I.V.G. As consequências observadas foram relacionadas com algumas variáveis que demonstram ter um papel importante no desenvolvimento de sentimentos no sentido da adaptação ou o inverso. É importante conhecer o papel destas variáveis, como a idade da mulher, o número de filhos, o tempo de gestação do feto e o suporte social na sua influência no estado emocional da mulher após uma I.V.G.

O suporte social está bastante presente na literatura, a sua importância no modo como a pessoa lida com a doença e com factores problemáticos da vida é indiscutível. Esta relação está confirmada em diversos estudos, onde em termos de saúde está presente tanto a nível físico como a nível emocional. Em termos de I.V.G., poucos estudos foram realizados, no entanto, tem demonstrado ter um papel positivo no modo como a mulher lida com a interrupção e no seu ajustamento psicológico.

Deste modo, o objectivo geral deste estudo é avaliar a relação entre o estado emocional e a satisfação com o suporte social após uma interrupção voluntária da gravidez.

Na primeira parte do trabalho faz-se uma revisão da literatura onde se aborda primeiramente a I.V.G. relativamente à legislação, os aspectos clínicos, como os métodos e as consequências físicas, e ainda as consequências psicológicas. De seguida, surge a resposta emocional com uma abordagem teórica sobre a ansiedade e a depressão. Num terceiro ponto, a variáveis moderadora satisfação com o suporte social é apresentada.

No segundo capítulo, apresenta-se o método, com a descrição do tipo de estudo realizado, a caracterização da amostra utilizada, faz-se uma descrição dos instrumentos utilizados no estudo e uma descrição de todo o procedimento para a realização do trabalho.

O terceiro capítulo é a apresentação dos resultados e por fim, num último capítulo, realiza-se a discussão e as conclusões onde se apresenta as limitações encontradas ao longo de todo o trabalho e propostas para futuros estudos.

I. REVISÃO TEÓRICA

Interrupção Voluntária da Gravidez

Aspectos clínicos

O aborto, ou interrupção da gravidez, é a remoção ou expulsão de um embrião, ou feto, do útero, resultante na sua morte ou sendo por esta causada. Isto pode ser feito de forma espontânea ou artificial, provocando-se o fim da gestação e consequentemente o fim da vida do feto (www.aborto.com).

Uma interrupção da gravidez espontânea, consiste na interrupção de uma gravidez com menos de vinte semanas de gestação, ou quando o feto tem menos de 500 g, devido a uma ocorrência accidental ou natural. As causas mais frequentes destas ocorrências são devido a problemas no embrião ou genéticos (Petrozza, 2006).

Quando é voluntário, ou seja, a mulher por vontade própria decide terminar com a gravidez chama-se aborto induzido, ou interrupção voluntária da gravidez pois é provocado por uma acção humana deliberada mediante medicamento com o recurso a um agente farmacológico, ou realizado por técnicas cirúrgicas, como a aspiração, dilatação e curetagem (www.aborto.com). Ambos os métodos podem ser feitos em regime ambulatorio, ou seja, sem ser necessário internamento. De acordo com a legislação presente, a mulher pode escolher o método para interromper a gravidez e deve comunicar este pedido na consulta prévia.

Em Portugal, a palavra aborto, desde que o aborto foi despenalizado deixou de ser utilizada, hoje utiliza-se interrupção voluntária da gravidez (I.V.G.).

Legislação

O aborto tem vindo a ser despenalizado em vários países e Portugal não foi excepção. No dia 11 de Fevereiro de 2007, através de um referendo, os Portugueses tiveram a oportunidade de dar a sua opinião em relação à sua despenalização. Tendo a maioria optado pelo sim, em Abril de 2007 foi decretada a nova lei pela Assembleia da Republica.

A lei da Assembleia da Republica número 16/2007 de 17 de Abril “exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez” decreta no artigo 142º que a interrupção voluntária da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida até as 10 semana de gravidez não é punível. Se houver motivo para prever que o nascituro irá nascer com alguma doença ou malformação congénita incurável não é punível até às 24 semanas. O número de semanas de gravidez é comprovado através de ecografia ou por outro meio adequado.

O consentimento é entregue com a antecedência mínima de três dias relativamente à data de intervenção. No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral. Se não for possível obter o consentimento e a realização da interrupção da gravidez for de urgência, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos.

Compete ao estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido em tempo útil, a realização da consulta obrigatória. Devendo proporcionar o conhecimento sobre:

- a) As consequências para a saúde da mulher da interrupção voluntária da gravidez;
- b) As condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade;
- c) A disponibilidade de acompanhamento psicológico durante o período de reflexão;
- d) A disponibilidade de acompanhamento por técnico de serviço social, durante o período de reflexão (Diário da Republica, 2007).

Assim, os estabelecimentos de saúde, oficiais ou oficialmente reconhecidos, para além de consultas de ginecologia e obstetrícia, devem dispor de serviços de apoio psicológico e de assistência social dirigidos às mulheres grávidas e garantem obrigatoriamente às mulheres grávidas que solicitem aquela interrupção o encaminhamento para uma consulta de planeamento familiar (Diário da Republica, 2007).

Os médicos e demais profissionais de saúde, bem como o restante pessoal dos estabelecimentos de saúde, oficiais ou oficialmente reconhecidos, em que se pratique a interrupção voluntária da gravidez, têm o dever de sigilo profissional e têm o direito à objecção de consciência relativamente a quaisquer actos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez. Nestes casos, não podem participar na consulta e acompanhamento das mulheres grávidas a que haja lugar durante o período de reflexão tendo esta de ser entregue em documento assinado pelo objector (Diário da Republica, 2007).

Processo da I.V.G.

A Consulta Prévia

A consulta prévia realiza-se antes da interrupção da gravidez por opção da mulher e é obrigatória. Para a sua marcação, a mulher deverá dirigir-se a um serviço de saúde ou a um médico, sendo que se este médico for objector de consciência e não concordar com a interrupção da gravidez, deverá informar a mulher e reencaminhá-la para outro médico ou serviço (Direcção Geral de Saúde, 2007).

O objectivo desta consulta é, a mulher expor a sua intenção de interromper a gravidez com a garantia de não sofrer qualquer tipo de pressões; o médico adquirir algumas informações acerca da mulher como, a sua história clínica, a data da última menstruação, doenças anteriores, etc; determinar o tempo de gestação e confirmar por ecografia que se trata de uma gravidez no útero e em evolução; a mulher ser informada sobre os diferentes métodos de interrupção da gravidez (cirúrgica e medicamentosa) e nalguns casos poder escolher o método que pretende, desde que clinicamente adequado à sua situação; a mulher adquirir informações sobre o decorrer do processo, o que vai acontecer e como, e o que esperar; são-lhe explicadas as situações em que deve recorrer ao serviço em que fez a interrupção da gravidez; a mulher ser esclarecida sobre os métodos contraceptivos, podendo a mulher optar por um adaptado à sua situação e que será iniciado imediatamente após a interrupção; marcar-

se uma nova consulta onde eventualmente será realizada a interrupção da gravidez e entregar à mulher o impresso do Consentimento Livre e Esclarecido (Direcção Geral de Saúde, 2007).

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 psicólogo ou de assistente social. Nos casos das mulheres menores de 16 anos e das psiquicamente incapazes, o Consentimento Livre e Esclarecido terá que ser assinado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, qualquer parente na linha colateral (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Apoio Psicológico

O apoio Psicológico está disponível para as mulheres que o solicitem, apoio para a tomada de decisão, ou para falar com um técnico sobre a sua escolha. Este momento de escuta e de diálogo pode ser importante para a ajudar a tomar a decisão de forma livre e consciente (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Apoio Social

Disponível para as mulheres que querem conhecer o tipo de apoios de que poderão dispor se decidirem prosseguir com a gravidez e de como os requerer (Direcção Geral de Saúde, 2007).

O Local da Intervenção e o Método

A interrupção voluntária da gravidez é possível através de dois métodos, O método medicamentoso e o método cirúrgico.

A técnica a utilizar depende do tempo de gravidez, da situação clínica, dos recursos técnicos disponíveis e pode ainda ser escolhida pela mulher com a ajuda do médico na consulta prévia (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Se a mulher optar por interromper a gravidez num estabelecimento de saúde público ou privado, a interrupção poderá ser medicamentosa ou cirúrgica, de acordo com a situação clínica e os recursos disponíveis na instituição. Se a mulher optar por interromper a gravidez sem hospitalização, em ambulatório, a interrupção da gravidez será medicamentosa. Se o

método escolhido implicar anestesia, ainda que apenas local, poderá ser necessária uma consulta por anestesista, antes da intervenção (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Método Químico/ Medicamentoso.

O método medicamentoso pode ser praticado até à 9ª semana de gravidez em regime de ambulatorio, num estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido.

Através deste método a gravidez é interrompida através de um medicamento oral, sendo este, uma combinação do Antiprogestativo Mifepristone (RU 486) com uma Prostaglandina, como o Misoprostol. A Mifepristone (RU 486) é reconhecida como substância abortiva que actua bloqueando o desenvolvimento fetal. A RU 486 foi desenvolvido em França no final de 1980, esta, combinada com Prostaglandina se for utilizado num curto período gestacional chega a uma eficácia de 90% (Hemmerling, Siedentopf & Kentenich 2005).

O método consiste na administração de 2 medicamentos diferentes com intervalo de 36/48 horas. O mifepristone é o primeiro fármaco a tomar e a Prostaglandina será administrada 36/48 horas mais tarde (Direcção Geral de Saúde, 2007).

O Mifepristone interrompe a gravidez – bloqueia a acção da hormona necessária à manutenção da gravidez (a progesterona), favorece as contracções e a abertura do colo do útero. A Prostaglandina completa a acção do Mifepristone – aumenta as contracções do útero e provoca a expulsão do seu conteúdo (Direcção Geral de Saúde, 2007). Após uma interrupção da gravidez com químico a mulher pode ter uma hemorragia mais intensa do que a hemorragia causada por uma interrupção cirúrgica. Trata-se de uma hemorragia semelhante a uma menstruação. As dores também são mais frequentes e pode ocorrer alguma febre e diarreia. Se este método falhar, a interrupção terá de ser completado cirurgicamente (Direcção Geral de Saúde, 2007).

A hemorragia, como a de uma menstruação, dura em geral cerca de 10 dias. Excepcionalmente a expulsão dar-se-á logo na 1ª fase, após o 1.º medicamento; Em cerca de 60% dos casos a interrupção ocorre nas 4 horas seguintes à toma do 2.º medicamento; Em cerca de 40% dos casos a interrupção terá lugar nas 24 a 72 horas seguintes à toma do 2.º medicamento (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Este método, por se demonstrar seguro, eficaz e ter a possibilidade de a mulher estar em casa, tem vindo a ser utilizado pela maioria dos hospitais (Direcção Geral de Saúde, 2007).

O método deve ser utilizado até às 9 semanas de gestação. O mifepristone está contra-indicado quando coexistam algumas doenças ou situações clínicas como:

- Se a gravidez não está confirmada
- Quando há suspeita de gravidez ectópica (fora do útero)
- Se há insuficiência supra-renal
- Em casos de asma grave
- Em caso de alergia ao mifepristone
- Para além destas situações, a utilização está também contra-indicada nos casos de insuficiência hepática, insuficiência renal ou durante a amamentação (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Bracken, Gliozheni, Kati, Manoku, Moisiu, Shannon, Tare, Tasha e Winikoff (2006) num estudo com o intuito de avaliar o nível de sucesso do método químico demonstrou que, 97% das mulheres terminaram com sucesso a sua gravidez. A maioria considerou o método ou satisfatório (49.4%) ou muito satisfatório (41.1%). Em relação a terem realizado a interrupção da gravidez sozinhas em casa, as mulheres consideraram que lidaram bem com o método. Em cerca de 2 a 5% dos casos, a expulsão do conteúdo uterino não é completa e a mulher necessita de realizar uma aspiração/curetagem para concluir o processo.

Método Cirúrgico.

O método cirúrgico pode ser praticado até à 10ª semana de gravidez, e terá que ser feita num estabelecimento hospitalar oficial ou oficialmente reconhecido.

Este método consiste na remoção do conteúdo uterino por aspiração e curetagem. A intervenção pode ser realizada sob anestesia geral ou local, de acordo com a situação e a opinião médica (www.aborto.com).

Uma breve hospitalização é suficiente numa situação de interrupção da gravidez, mesmo se praticada sob anestesia geral. A intervenção decorre no bloco operatório e dura apenas alguns minutos (www.aborto.com).

O risco de falha de uma interrupção da gravidez por aspiração é mínimo (taxa de sucesso médio de 99,7%), (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Na consulta prévia pode ser prescrita uma medicação para a preparação do colo do útero, esta deve ser utilizada no dia da intervenção, de acordo com as instruções dadas. Esse

medicamento serve para facilitar a intervenção, tornando o colo do útero mais mole e dilatado, pelo que poderão ocorrer perdas de sangue (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Consulta de controlo

Caso o método de realização da interrupção da gravidez tenha sido o medicamentoso é imprescindível que a mulher seja observada 14 a 21 dias após estes procedimentos para confirmar se a interrupção da gravidez foi completa (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Nesta consulta, se a mulher não estiver ainda, a usar um método contraceptivo este é também o momento para se informar e iniciar a contracepção mais adequada ao seu caso. Será também marcada uma consulta de planeamento familiar (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Caso o método tenha sido cirúrgico, não é necessária a consulta de controlo mas é marcada uma consulta de planeamento familiar (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Consequências psicológicas e físicas de uma I.V.G.

Consequências Psicológicas

As consequências emocionais de uma interrupção voluntária da gravidez não estão ainda esclarecidas pelas investigações existentes. Os estudos em Portugal são inexistentes, no entanto, analisando alguns estudos estrangeiros pode-se tirar algumas conclusões que embora não cheguem a um acordo, nos ajudam a perceber melhor estas consequências.

A maioria dos estudos tenta relacionar as consequências emocionais de uma I.V.G. com várias variáveis. É o caso da idade da mulher e da presença de filhos antes da interrupção. Major, Cozzarelli, Cooper, Zubek, Richards, Wilhite e Gramzow (2000) concluem no seu estudo que apenas 20% das mulheres estudadas tiveram episódios de depressão depois da interrupção, associando estes com a idade da mulher. Mulheres mais novas e com filhos tendiam a ser as que tinham episódios de depressão. Quinton, Major e Richards (2001), verificaram que entre adolescentes e adultos, as adolescentes estavam menos satisfeitas com a sua decisão e não viam aspectos positivos por terem interrompido a gravidez. Neste caso, o que se verificou foi que a estratégia de coping mais utilizada pelas adolescentes era a de evitamento e que o seu sentimento de auto eficácia era muito baixo, o que pode explicar a sua insatisfação. No entanto, o mesmo estudo não encontrou diferenças a nível da

depressão entre os dois grupos. Fergusson, Horwood e Ridder (2006), por outro lado, num estudo longitudinal com mulheres de 25 anos que tinham realizado uma I.V.G. antes dessa idade, concluíram que uma I.V.G. em mulheres novas pode estar associado a um aumento de problemas a nível de saúde mental. Estas mulheres apresentavam subsequentes problemas de saúde mental que incluíam depressão, ansiedade, comportamentos suicidas e distúrbios com uso de substâncias.

A presença de antecedentes histórias de depressão ou de violência na vida das mulheres também é um factor que vários autores relacionam com as consequências emocionais, como o desenvolvimento de *stress*, ansiedade e depressão após uma I.V.G. Num estudo de Russo e Denious (2001) a maioria das mulheres que tinha feito uma I.V.G. apresentava depressão mas, a maioria destas mulheres tinha uma história de violência no seu passado como abuso sexual ou um parceiro violento, demonstrando a susceptibilidade para desenvolver *stress*, ansiedade e depressão após a interrupção. Faure e Loxton (2003) concluíram que após a I.V.G. os níveis de depressão e ansiedade eram baixos e que a auto-eficácia e a presença de depressão, avaliadas anteriormente à interrupção de gravidez eram sinais indicativos de depressão após a interrupção. Igualmente Major et al. (2000), demonstraram que dois anos após um aborto apenas uma minoria das mulheres estudada demonstrou ter problemas psicológicos, no entanto, esta minoria tendia a ter uma história passada de depressão.

Alem da influência de uma prévia história de depressão, as investigações tentam perceber se as mulheres apresentam mudanças emocionais ao longo do tempo e entre o pré-aborto e o pós-aborto analisando o seu estado emocional antes do aborto, uma hora e um mês depois e 2 anos depois. No estudo de Major et al. (2000) as únicas mudanças emocionais que se verificaram foram entre o pré-aborto e pós-aborto com um declínio da depressão, no resto dos momentos não foram encontradas consequências a nível da saúde mental. Os autores apontam no entanto, um aumento ao longo do tempo do nível de arrependimento e da insatisfação em relação à interrupção.

Faure e Loxton (2003) encontraram no seu estudo níveis altos de ansiedade estado e moderados níveis de depressão antes do aborto. Os níveis de ansiedade e de depressão diminuíram num período de 3 semanas depois do aborto. Concluíram também que a depressão pré-aborto e os valores de auto-eficácia prediziam a depressão pós-aborto. Os autores encontraram ainda uma forte correlação entre o tempo de gestação e o nível de educação das mulheres, sugerindo que mulheres com mais educação e com maiores níveis de auto-eficácia dispõem de mais estratégias de *coping* para lidar com a situação, a decisão em abortar é feita

rapidamente e com menos ambivalência e confusão. Mais uma vez, verifica-se a influência de factores no modo como a mulher vai reagir à interrupção e mudanças emocionais entre o pré-aborto e o pós-aborto mas sem diferenças nos períodos seguintes. No entanto, controlando a história passada de psiquiatria Coleman, Reardon, Rue e Cougle (2002) relacionaram mulheres que abortaram e mulheres que seguiram com a gravidez durante 4 anos demonstrando que as que abortaram tiveram mais consultas de psiquiatria até aos 2 anos seguintes.

Uma outra variável presente nos estudos, é o suporte social, mulheres com mais suporte social demonstraram estar menos perturbadas do que as que não consideraram ter suporte social, além deste factor, estas mulheres tendiam a ver o feto como menos humano e eram a favor do não julgamento pela sociedade (Goodwin & Ogden 2007). Num outro estudo de Major, Cozzarelli, Sciacchitano, Coper, Testa e Muçer, (1990) apesar do suporte social não estar directamente associado a um maior ajustamento tinha influencia, mulheres com percepção de alto suporte social da família, de amigos ou do companheiro demonstravam uma maior auto-eficácia que por sua vez predizia um maior ajustamento a situação.

Relativamente aos métodos através dos quais a I.V.G. é realizada, alguns estudos foram realizados. Os estudos demonstraram não haver diferenças a nível da resposta emocional entre o método medicamentoso e o método cirúrgico. Hemmerling, Siedentopf e Kentenich (2005) tendo em conta que o método poderia ter consequências negativas na resposta emocional ao evento, compararam a informação antes e um mês depois da I.V.G. concluindo que houve um declínio de ansiedade e depressão nos dois métodos. O grupo químico tinha um ligeiro decréscimo no nível de ansiedade, que podem ser explicados pelo aumento do *distress* causado pela expectativa dos riscos que envolve a anestesia e a cirurgia do método cirúrgico.

Assim, quando se avalia as consequências psicológicas de uma interrupção da gravidez tem que se ter em conta, que apesar de este ser um momento da vida da mulher que pode alterar o seu estado emocional, a maneira como a mulher se vai sentir e o facto de desenvolver psicopatologia é influenciada por vários factores. As consequências psicopatológicas de uma interrupção de gravidez não são predominantes no estudos, encontrando-se mesmo no geral baixos níveis de depressão e ansiedade após a interrupção, no entanto, o que se pode observar é que as mulheres estão em maior risco de desenvolver emoções negativas quando têm certas características individuais, situacionais, demográficas, de relacionamento que vão ter um papel muito importante em como a mulher se vai sentir

após a interrupção da gravidez. É também verdade que cada mulher tem uma história diferente no seu passado que vai influenciar o significado que atribui à interrupção.

Consequências Físicas

Em relação às consequências físicas não há conclusões claras e actuais sobre a questão. Os estudos encontrados relacionam sempre as consequências depois de uma interrupção cirúrgica e hoje em dia a maioria das interrupções é realizada com medicamentos.

Em relação às interrupções cirúrgicas os estudos demonstram que este pode ser um factor de risco para uma posterior gravidez ectópica, principalmente em mulheres que já realizaram muitas interrupções (Tharaux-Deneux, Bouyer, Job-Spira, Coste & Spira 1998).

Outro estudo também com interrupções cirúrgicas de Zhou, Nielsen, Larsen e Olsen (2001) encontraram um ligeiro aumento do risco de complicações na placenta depois de uma interrupção em futuras gravidezes em comparação com mulheres que nunca realizaram uma interrupção. No entanto, noutro estudo de Zhou e Olsen (2003) mais tarde, concluiu-se ao contrário de outros estudos que mulheres que tiveram complicações na sua interrupção da gravidez conseguiram ter uma posterior gravidez sem qualquer problema.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2007), as complicações depois de uma interrupção da gravidez medicamentosa são raras, no entanto, poderão ocorrer algumas complicações depois de uma interrupção cirúrgica, como a retenção de fragmentos ovulares, que torne necessária uma nova aspiração ou curetagem, lesões do colo do útero e perfurações uterinas. Quando estas situações acontecem, são geralmente identificadas no momento, podendo ser necessária uma intervenção cirúrgica mais alargada para as tratar

Nos dias seguintes à intervenção, a presença de febre, com temperatura superior a 38°C, perdas importantes de sangue, fortes dores abdominais ou mal-estar geral acentuado, pode significar uma complicação (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Intervenção psicológica na I.V.G.

A intervenção psicológica no processo de interrupção de gravidez centra-se em dois momentos, na consulta prévia e na consulta de controlo, podendo ser possível a continuação do acompanhamento. Na consulta prévia faz sentido fazer uma abordagem na decisão de interromper a gravidez, podendo, no entanto, haver outras questões. A consulta de controlo

centra-se mais em como a mulher se sente depois do processo e num aconselhamento para o futuro, por exemplo em termos de contracepção.

É necessário que a mulher neste espaço se sinta bem e confortável para falar e que acima de tudo não se sinta julgada. Bennett, (2000) refere que o objectivo do psicólogo é providenciar um ambiente em que o indivíduo não se sinta julgado e se sinta livre para explorar novos modos de ser num ambiente em que sinta uma atenção positiva incondicional. Rogers (1967, cit. por Bennett, 2000) refere que para haver qualidade na relação, o psicólogo tem que ser genuíno, dando feedback em como se sente em relação ao que o cliente diz, adquirir uma compreensão empática e dar atenção positiva e incondicional. Este aconselhamento centrado no problema, também é defendido por Fisher, Castle e Garrity (1998), que consideram que este vai permitir à mulher explorar as várias opções que tem em relação à sua gravidez e decidir pela melhor, demonstrar respeito pelas suas emoções, ajudá-la a cooperar psicologicamente e fisicamente com todo o processo, e apoiar ou aumentar a sua habilidade de controlar melhor as questões relativas à saúde reprodutiva que afecta a sua vida.

Consulta prévia

Na consulta prévia de apoio psicológico, é importante o psicólogo centrar-se em algumas questões. Explicar o que é a consulta de apoio psicológico, dar a conhecer à mulher o procedimento e os métodos da interrupção da gravidez, assim como as consequências possíveis e preparar a mulher para a experiência física do procedimento (Fisher, Castle & Garrity, 1998).

É também importante perceber a questão principal que trás a mulher à consulta. Se a questão for a tomada de decisão sobre interromper ou não a gravidez, talvez seja importante aplicar a técnica de resolução de problemas fazendo por exemplo uma lista de vantagens e das desvantagens e com a paciente perceber qual é a melhor opção. Os factores que influenciam a tomada de decisão podem ser de diversa ordem, Rivera (1998) aponta que estes passam por questões de carreira profissional, estabilidade de relacionamento e financeira, qualidade de relação, tamanho da família, idade, religião, opinião em relação à interrupção da gravidez e aos métodos, a sua concepção do que é um feto e a ideia que tem das prováveis consequências psicológicas e físicas.

Fisher, Castle e Garrity (1998) consideram importante nesta consulta utilizar algumas técnicas, é o caso do *role playing*, a disputa socrática, o enfrentamento imaginado, com intuito da paciente compreender melhor possíveis sentimentos, opiniões contraditórias, aumentando a confiança na sua decisão.

Os estudos revelam que as consequências psicológicas que poderão advir da realização de uma interrupção de gravidez, não estão directamente associados a esta, mas, a outras questões que poderão influenciar o viver deste momento importante. É importante então, conhecer a história de vida da mulher, estar sensível a sinais de antecedentes psicopatológicos, antecedentes de maus-tratos, a histórias de prévias interrupções de gravidez e à história da sua contracepção. Estas informações podem ajudar no entender de alguma fragilidade que possa interferir no processo. Falar com a mulher sobre isso e elaborar estes aspectos poderá evitar consequências negativas após a interrupção.

Consulta de controlo

A seguir à interrupção da gravidez, a mulher tenta perceber toda a experiência por que passou e tenta integrar toda essa experiência na sua identidade, como é que a experiência influenciou a percepção que tem de si própria. É normal também que as mulheres tenham sentimentos ambivalentes em relação ao que fizeram, ao que lhes levou a isso e às consequências resultantes dessa opção, tendo por vezes ao mesmo tempo sentimentos de alívio e de tristeza (Rivera, 1998).

Segundo Rivera (1998), no conhecimento da gravidez, a mulher pode pensar na sua motivação para ser mãe e pensar no quanto é inesperada ou não desejada esta gravidez, vão avaliar a sua habilidade para ser mãe e criar um filho e a sua disponibilidade emocional. Podem também pensar porque é que engravidaram, atribuindo uma culpa a si, ou ao parceiro, ou aos medicamentos. Mesmo em mulheres que não desejavam a gravidez, pode haver sentimentos de culpa, desconforto devido ao papel da mulher na sociedade em que é suposto a mulher procriar. É importante que estas questões sejam organizadas e chegar a uma compreensão com a paciente mais realista.

Segundo Rivera (1998) a mulher pode desenvolver um luto, não só pela perda do filho, mas também pela perda do papel de mãe. Neste caso será importante falar da sua perda e de como se sente.

Algumas mulheres mais conservadoras podem desenvolver falsas crenças, como o medo do que lhes possa acontecer ou ainda o medo de serem punidas com uma futura infertilidade. Podem ganhar medo de engravidar de novo e ganhar um certo nojo do sexo já que fica associado ao fim de uma vida e não ao começo. Algumas podem ter perdido a confiança na contracepção e aí precisam de aconselhamento em relação aos métodos existentes. É também extremamente necessário ter em atenção a sinais de depressão,

persistente sentimento de culpa, problemas a nível conjugal e sexual que pode indicar a necessidade de acompanhamento (Raphael, 1991).

Nesta consulta é igualmente importante falar de contraceção mais adequada aquela mulher, adaptando a informação e o tipo de discurso a cada paciente.

A existência dos múltiplos aspectos que podem ser elaborados nesta consulta, a informação necessária e os esclarecimentos que a consulta pode dar à mulher, todo o conhecimento do processo que vai passar, o apoio emocional numa altura que poderá ser difícil para esta, todo um acompanhamento nessa altura que pode se estender no futuro. Tudo isto torna que esta consulta seja imprescindível. É necessário que a mulher tenha conhecimento da sua existência e que possa beneficiar desta.

A resposta emocional

A ansiedade

Definição

A ansiedade é um estado psicológico muito presente na vida das pessoas. As pessoas desenvolvem ansiedade devido a acontecimentos de vida como complicações no seu trabalho, exames escolares que se aproximam, por terem de enfrentar uma decisão difícil, pela descoberta de uma doença física, entre outros, e ainda muitas vezes as pessoas sentem-se ansiosas e não conseguem explicar porquê. Assim, é normal que tal conceito esteja presente em inúmeros estudos, estando associado aos mais diversos problemas, tanto físicos como psicológicos e que seja descrito e desenvolvido por vários autores.

Dantzer (2001), descreve ansiedade como, “uma emoção, gerada pela antecipação de um perigo de difícil previsão e controlo e transforma-se em medo face a um perigo bem identificado.”

Baptista, Carvalho e Lory (2005), consideram que, tanto a ansiedade como o medo são estados emocionais desagradáveis de tensão desencadeados por uma ameaça real ou antecipada e que são acompanhados por sintomas de activação fisiológica como palpitações, suores, tremores entre outros. No entanto, consideram que se chama medo quando existe um

estímulo desencadeador externo, que pode ser evitado, enquanto que a ansiedade é um estado emocional eversivo sem desencadeador e por isso não pode ser evitado.

Vários autores apontam as origens da ansiedade. Segundo Gross e Hen (2004), a ansiedade traço (susceptibilidade ao desenvolvimento de ansiedade ao longo da vida) é devido a uma combinação de influências genéticas com factores ambientais no princípio da vida.

Alem destas causas, Varela (2006) aponta também para causas que precipitam o aparecimento como, a acumulação de stress e ainda as causas que a mantêm como, a evitação do problema; o abuso de estimulantes ou álcool; a repressão emocional; a falta de auto-estima; a falta de horizontes na vida e a interpretação errada das coisas.

Quando se fala em ansiedade, é importante não esquecer que há uma ansiedade normal, e uma ansiedade patológica. A ansiedade normal, será uma resposta normal que se desencadeia em algumas situações, que nos faz esforçar, criar estratégias adaptativas, crescer. Varela (2006) descreve-a como “forma de potencializar os nossos recursos pessoais para fazer frente a situações complexas” e que é através desta que conseguimos enfrentar situações novas, mais difíceis e complexas. Segundo Baptista, Carvalho e Lory (2005), esta ansiedade normal, deve ser considerada como uma adaptação para as previsíveis tarefas ao longo da vida de um sujeito, assim como de acordo com o grau de ameaça ambiental. Nesta ansiedade não patológica pode-se incluir, a ansiedade estado, ansiedade do momento, episódica ou situacional e a ansiedade traço, que reflecte uma tendência ao desenvolvimento de respostas ansiosas a longo termo (Gross & Hen, 2004).

A ansiedade torna-se num problema quando se converte em patológica. Neste caso podemos falar em perturbação, o que implica uma série de complicações para o indivíduo. A ansiedade é muitas vezes influenciada por factores ambientais que a podem aumentar ou diminuir e que podem fazer aparecer, como nas situações traumáticas ou que a podem manter para além de períodos considerados normais (Baptista, Carvalho & Lory, 2005). Segundo Paulino e Godinho (2002), a ansiedade é patológica quando ocorre em conjunto com outra perturbação, por exemplo a depressão, ou quando esta ansiedade e os seus sintomas se tornam prejudiciais á vida normal de um sujeito interferindo no seu trabalho e no seu dia-a-dia. Nesse momento torna-se uma perturbação de ansiedade. Dentro das perturbações de ansiedade, encontram-se, entre outros, os Ataques de Pânico, a Agorafobia, a Fobia Social, a perturbação Obsessivo-Compulsiva, a Perturbação Pós-Stress Traumático classificadas pela DSM (DSM-IV-TR, 2006).

Sintomatologia

No ser humano nunca se pode separar o corpo da mente tendo sempre em conta que os sentimentos, emoções e estados psicológicos influenciam sempre o funcionamento biológico e vice-versa. A ansiedade “faz-se acompanhar por modificações fisiológicas e hormonais características dos estados de activação elevada e, muitas vezes, está associada ao comportamento de conservação-retirada ou a condutas de evitamento....” Dantzer (2001).

Varela (2006), para explicar melhor como a ansiedade se desenvolve num organismo, construiu 3 grupos em relação às três respostas que o indivíduo desencadeia num estado ansioso:

A resposta do pensamento em estado de ansiedade que passa pela: Preocupação; Sensação de insegurança; Apreensão; Sentimento de inferioridade; Incapacidade de tomar decisões; Incapacidade de se concentrar; Confusão, desorientação; Esquecimentos frequentes (Varela, 2006).

A resposta fisiológica em estado de ansiedade: Palpitações; pulso rápido; tensão arterial elevada; Acessos de calor, sufoco; Tensão muscular, tremores, sensação de fadiga; Sudação, secura de boca; Náuseas, vômitos, tonturas; Sensações de afogo, respiração rápida; Micção frequente; Disfunção erétil, ejaculação precoce, frigidez, impotência; Vulnerabilidade do sistema imunológico (Varela, 2006).

A resposta do comportamento em estado de ansiedade: Evitação; Tartamudear, falar rápido ou ter a voz entrecortada; Tremores; Movimentos embaraçados e imprecisos; Tiques; Hiperactividade ou paralisação; Risos nervosos, bocejos; Explosões emocionais; Comer em excesso ou recusar a comida; Abuso de tabaco, álcool, fármacos ou drogas (Varela, 2006).

Intervenção clínica

Farmacologia

Montgomery (2000) considera que em relação à ansiedade ligeira a prova de eficácia dos ansiolíticos não é consistente. Embora as benzodiazepinas tenham demonstrado eficácia na ansiedade moderada e grave, a prova da sua eficácia na ligeira é reduzida.

Montgomery (2000) também refere que a psicologia cognitiva demonstra ser tão eficaz como o tratamento com benzodiazepinas. Coloca a hipótese de que este tratamento, com benzodiazepinas, pode trazer riscos a longo prazo maiores que os benefícios imediatos, podendo estes ser igualmente tratados por via de um acompanhamento psicológico. O uso de

antidepressivos tornou-se se uma alternativa adequada, pois não desenvolve a dependência que as benzodiazepinas podem desenvolver, no entanto, não deixa de ter um efeito lento.

Psicoterapia comportamental

Quando a ansiedade se torna patológica e transforma-se por exemplo em fobias ou em compulsões a psicoterapia comportamental tem um papel importante. Inspirada na teoria da aprendizagem e tentando aplicar o método experimental, utilizam várias técnicas com o intuito de acabar com os comportamentos disfuncionais ou com os sintomas. É o caso da dessensibilização sistemática, do *flooding*, da implosão que no geral passam pela confrontação com o objecto ansiogénico e com a aprendizagem de respostas para lidar com ele e o treino de auto afirmação utilizado frequentemente para problemas de inibição social (Leal, 2005)

Psicoterapia cognitiva

Segundo a teoria cognitiva de Beck, as cognições do ser humano funcionam por esquemas, estes esquemas levam a que abordemos e olhemos o mundo segundo certos padrões. Estes padrões levam-nos a fazer inferências arbitrárias, abstracções selectivas, sobre-generalizações, magnificações/minimizações, personalizações (autoreferenciamento inadequado) pensamentos dicotómicos que por vezes são disfuncionais e que causam em nós mal-estar como a ansiedade. Ou seja, desenvolvemos pensamentos automáticos em relação ao que se passa à nossa volta (Leal, 2005).

Com base nesta assumption é importante referir algumas estratégias utilizadas nesta terapia para se desenvolver padrões mais adequados. Estratégias cognitivas com o intuito de haver uma reestruturação cognitiva; estratégias imagéticas que trabalham na alteração das imagens distorcidas; estratégias emocionais que vão no sentido da aceitação das suas diferentes emoções e na sua discriminação cuidada e estratégias comportamentais que implicam o confronto das novas aquisições com novas e mais complexas situações (Leal, 2005).

Tratamento Psicodinâmico

Segundo a teoria psicanalítica os desejos, as fantasias e os impulsos considerados perigosos para o ego são na sua maioria inconscientes sendo que é na altura que acedem ao consciente que se podem tornar perigosos, é o caso dos transtornos de ansiedade que derivam dos factores inconscientes. O ego estabelece nessa altura um acordo entre o desejo e a defesa para evitar que esse desejo e inconsciente apareça no consciente. No entanto, esses desejos e fantasias vão ser representados simbolicamente por fantasias, sonhos e pelos sintomas psiquiátricos. Na ansiedade, caso o ego não consiga prevenir os desejos e fantasias inconscientes, esta ansiedade pode tornar-se traumática, como o pânico, ou a pessoa pode desenvolver sintomas como a fobia e as obsessões pois a ansiedade ligada a sintomas torna-se mais controlável e os desejos inconscientes ameaçadores mais disfarçados. Por exemplo, o medo interno tornar-se em medo externo de algo específico como acontece nas fobias (Leahy, McGinn, Busch & Milrod, 2007)

A psicoterapia psicodinâmica actua por intermédio da identificação de fantasias e conflitos inconscientes e conscientes subjacentes aos sintomas do transtorno de ansiedade. Essas fantasias podem ser trazidas ao de cima, explorando o significado dos sintomas, os factores de stress que precedem ou exacerbam o seu início as fantasias e sentimentos que emergem no relacionamento com o terapeuta (transferência) podem tornando-as menos ameaçadoras (Leahy, McGinn, Busch & Milrod, 2007).

A depressão

Definição

Quando se estuda a depressão ou se pretende uma definição, a mais correcta possível, torna-se difícil sintetizar a inúmera informação existente sobre esta. São inúmeras as teorias que desenvolveram o seu estudo e é certo que esta perturbação está presente em todo o mundo, em todas as idades e sendo por vezes tão difícil o seu tratamento é compreensível que seja cada vez mais estudada.

Nabuco de Abreu e Roso (2003) descrevem a depressão como um transtorno de humor que tem como sintomas a tristeza, a perda de interesse e prazer a sensação de vazio, a apatia. Os indivíduos com esta perturbação podem tornar-se mais irritados, ansiosos ou mais críticos consigo mesmo. Podem ser desencadeados sentimentos de culpa e ainda sintomas somáticos

como a desregulação do sono, do peso, da concentração, da libido, do movimento corporal. Pode também ser desencadeada uma ideação suicida associada à desesperança crescente.

É possível quando se procura uma definição para depressão apercebermo-nos de que se vários autores separam depressão de tristeza. Esta separação é necessária pois pode-se incluir na depressão a tristeza, no entanto, nem sempre quando alguém está triste está deprimido. Félix da Costa e Maltez (2002) consideram que a tristeza é uma emoção desagradável que aparece como reacção normal a uma situação de perda. Se esta tristeza perdurar para além da duração do acontecimento desencadeante ou da sua gravidade estruturando-se na personalidade considera-se depressão. Stefanis e Stefanis (2005), também consideram importante fazer uma distinção entre o que será uma reacção emocional normal a uma perda ou a um acontecimento indesejado e uma depressão clínica, um transtorno mental que devido a sua gravidade tem de ser eficazmente diagnosticada e tratada.

Stefanis e Stefanis (2005) consideram que nas depressões o humor deprimido é a sua “marca registrada”, sendo este constituído por emoções consideradas normais em certas situações como a tristeza, infelicidade, desencorajamento, sensação de vazio, angustia, pessimismo, sofrimento. Este torna-se patológico pela sua intensidade e pela profundidade de dor, influenciando toda a vida pessoal e social do sujeito. Estes autores também referem que esta profundidade da dor se torna tão insuportável que muitas vezes o desejo da morte aparece como escape. Este humor deprimido está ainda associado a sintomas cognitivos e somáticos como a culpa, a auto-reprovação, pensamentos suicidas e uma variedade de sensações corporais desagradáveis.

Sintomatologia

Como sintomas, a depressão desenvolve no sujeito anedonia, uma perda de interesse nas actividades que antes consideravam interessantes e prazerosas levando por vezes ao abandono destas actividades. Muitas vezes os sujeitos também são incapazes de se exprimir e expressar as suas emoções (Stefanis & Stefanis, 2005).

Outro sintoma da depressão são as Perturbações cognitivas, estas passam por distorções em relação a si próprio como a auto-desvalorização, auto-reprovação, a baixa de auto-estima e de confiança, a culpabilidade assim como dificuldade de concentração e a perspectiva negativa do mundo (Stefanis & Stefanis, 2005).

As Perturbações psicomotoras passam ou por uma agitação corporal, uma certa irritabilidade e inquietação ou por outro lado por uma lentificação motora, tanto a nível da expressão corporal assim como a nível da fala. (Stefanis & Stefanis, 2005).

Sintomas vegetativos na depressão são os que estão relacionados com o ganho ou perda de peso, com a insónia e hipersónia, com a diminuição do desejo sexual e por vezes com o seu aumento., a perda da vitalidade assim como o cansaço constante (Stefanis & Stefanis, 2005).

Carácter nosológico

A DSM-IV-TR, (2006) descreve a depressão como uma perturbação de humor e dentro das perturbações de humor inclui:

As perturbações depressivas/depressões unipolares abrangendo nela a: Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica e Perturbação sem outra especificação. Estas distinguem-se das Perturbações Bipolares pela ausência de história de episódio maníaco, misto ou hipómaníaco; As Perturbações Bipolares que abrangem a Perturbação Bipolar I, a Perturbação Bipolar II, Perturbação Ciclotímica e Perturbação Bipolar sem outra especificação. Estas implicam a presença ou história de episódios maníacos, mistos ou hipomaniacos, habitualmente acompanhados pela presença, ou história, de episódios depressivos major; Perturbação de humor Secundária a Um Estado Físico Geral; Perturbação de humor induzida por substâncias; Perturbação de Humor sem outra especificação (DSM-IV-TR, 2006).

A característica principal da Perturbação Depressiva Major é a evolução clínica caracterizados por um ou mais episódios depressivos major sem história de episódios maníacos, mistos ou hipómaníacos (DSM-IV-TR, 2006).

Nos critérios para episódio depressivo major está o humor depressivo; a perda do interesse ou prazer em várias actividades; a perda de peso quando não se está a fazer dieta ou aumento de peso significativos; insónia ou hipersónia quase todos os dias, agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia, sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada; diminuição da capacidade de pensamento ou de concentração ou indecisão; pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida ou tentativa de suicídio (DSM-IV-TR, 2006).

Os episódios de perturbação do humor induzido por substâncias ou de perturbação de humor secundário a um estado físico geral não devem ser considerados para efectuar o diagnóstico de perturbação depressiva major. Os episódios não devem ser melhor explicados por uma perturbação esquizoafectiva e não se sobrepõem á Esquiosofrenia, Perturbação esquizofreniforme, Perturbação Delirante ou Perturbação Psicótica sem outra especificação (DSM-IV-TR, 2006).

Pode haver um episódio único de perturbação depressiva major ou ser recorrente. Um episódio é considerado como tendo terminado quando deixam de ser preenchidos os critérios completos para episódio depressivo major pelo menos durante dois meses consecutivos (DSM-IV-TR, 2006).

Se os critérios para episódio depressivo major forem preenchidos, é assinalada a intensidade do episódio como ligeira, moderada, grave sem características psicóticas ou grave com características psicóticas (DSM-IV-TR, 2006).

Intervenção clínica

O facto da depressão atingir todas as idades, todas as classes sociais e ambos os sexos torna que, tanto a detecção precoce, assim como o tratamento, seja realizado o mais cedo possível, sendo muito importante interferir na promoção de qualidade de vida em todos os níveis (Barbosa & Pais Ribeiro, 2000).

Terapia Farmacológica

Esta terapia passa pelos inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs) e os Antidepressivos Tricíclicos. Ambos os grupos, actuam aumentando a disponibilidade das Monoaminas (Norepinefrina e Serotonina) na fenda sináptica (Félix da Costa & Maltez, 2002).

Terapia Electroconvulsiva.

A Terapia Electroconvulsiva é a primeira escolha quando existe risco de suicídio pela sua rapidez de acção por vezes logo após a primeira sessão. O efeito adverso é a amnésia anterograda que parece correlacionar-se com a carga aplicada e o método. As contra indicações são o enfarte do miocárdio em fase aguda e a hipertensão intracraniana (Félix da Costa & Maltez, 2002).

Manipulação do sono.

A manipulação do sono é a privação parcial ou total do sono e a fototerapia. A eficácia da privação do sono, habitualmente em associação com fármacos antidepressivos tem sido comprovada em vários estudos. Um dos aspectos importantes é a rapidez de acção

antidepressiva que se observa à primeira semana. A fototerapia está circunscrita ao tratamento da depressão sazonal (Félix da Costa & Maltez, 2002).

Psicoterapia cognitiva.

Esta terapia baseia-se na terapia cognitiva de Beck. Segundo esta, a pessoa deprimida, tende a possuir uma visão negativa de si mesma, uma visão negativa do presente e uma visão negativa do futuro. Considera também, que pessoas deprimidas desenvolvem distorções cognitivas, isto é, erros sistemáticos na percepção e no processamento de informação estruturando as suas experiências de uma forma absolutista, moralista, invariante e irreversível (Nabuco de Abreu & Roso, 2003).

Esta terapia foca-se em algumas técnicas que visam o reestruturar da organização cognitiva, estas passam por técnica comportamentais como:

O agendamento de tarefas que permite ao cliente manter um certo nível de actividade, permite neutralizar a perda de motivação e a preocupação do paciente com ideias depressivas. A técnica de domínio e prazer que consiste em o paciente escrever o grau de domínio (sentimento de realização) e de prazer (sentimentos agradáveis) que tem na realização das suas tarefas. Técnica de reestruturação Cognitiva, como o questionamento socrático, que permite ao sujeito desenvolver algumas reflexões. E a técnica de reatribuição cognitiva onde o paciente e o terapeuta avaliam os factores que contribuíram para a criação da experiencia adversa, com uma visão mais objectiva da situação, nesta o paciente reavalia os seus pensamentos procurando alternativas de evitar as situações ruins, prevenindo as suas recorrências (Nabuco de Abreu & Roso, 2003).

O Suporte Social

Definição

Eldeleklioğlu (2006) define suporte social como sendo o sentimento de ser importante para os outros, ser acarinhado e amado, respeitado e poder falar e ser ajudado quando precisa. No entanto, a definição de suporte social foi desenvolvida ao longo dos anos por várias

disciplinas como a sociologia, a antropologia, o serviço social e por vários autores, chegando a um ponto em que não encontra-mos uma definição única para o suporte social (Ornelas, 2008).

Na literatura existente sobre suporte social, verifica-se que este é um conceito com várias definições e dimensões. Segundo Pais Ribeiro (1999); Chronister, Johnson e Berven, (2006) O suporte social é um conceito multi-dimensional e os seus vários aspectos têm impactos diferentes no indivíduo.

Ornelas (2008) referencia-se à base do estudo do suporte social remetendo-se a Durkheim (1897/1951), que defendia em relação ao suicídio que este prevalecia nos grupos com laços sociais mais fracos, com ausência de ligações com a família, com a comunidade e com a igreja. Hoje em dia, considera-se que o suporte social é responsável pela diminuição de sofrimento numa série de questões problemáticas da vida de um sujeito incluindo a saúde e outras questões que despoletam emoções negativas no sujeito. Como referem Rodin e Salovey (1989, cit. por Pais Ribeiro, 1999) o suporte social pode ter um papel importante no alívio de *distress* em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e quando o indivíduo está doente tem um papel positivo no ajustamento e recuperação da doença.

Ornelas (2008) defende ainda que o suporte social tem várias funções na vida das pessoas, é o caso da auto-estima, O facto de termos relações sociais e suporte pode-nos ajudar a confrontar os nossos problemas e inseguranças, ao partilharmos os nossos problemas e recebermos da outra parte palavras de segurança, de amizade e de aceitação aumentamos a nossa auto-estima.

Outra função que Ornelas (2008) aponta é a do status, termos relações sociais envolve-nos na sociedade, fazemo-nos cumprir os papéis sociais normativos como o casarmos, termos filhos e integrarmo-nos na sociedade.

Outra função importante é a obtenção de informação, Ornelas (2008) refere que a partilha de conselhos, de orientação e de informação funciona como amortecedor de stress, geralmente quando as pessoas experienciam níveis elevados de stress é porque não têm informação adequada ou suficiente para a resolução do problema. A partilha de informação pode levar ainda a que pessoa descubra que não é a única com aquela questão, com aquele problema, sentindo que o seu problema é comum na população.

A assistência instrumental é outra função do suporte social fundamental, proporcionando ao indivíduo uma grande ajuda, é o caso de ajuda financeira ou ajuda prática em certas actividades do quotidiano, esta ajuda contribui para uma diminuição das tarefas a realizar aumentando o tempo disponível e de lazer. Outra função do suporte que contribui

para os momentos de lazer é das relações de amizade. Estas, podem ajudar na assistência instrumental, aumentando também as actividades de prazer e contribuindo consequentemente para uma melhoria de auto estima, de bem-estar e de satisfação.

Dimensões do Suporte Social

São vários os autores que estudam o suporte social, defendendo todos que este não pode ser analisado por si só. Barrera (1986, cit. por Ornelas, 2008) defende que Suporte Social é um conceito muito geral, não é suficientemente específico para funcionar como objecto de investigação.

Cohen e Wills (1985 cit. por Eldeleklioglu, 2006) dividem o suporte social em 4 grupos: o apoio relativamente ao ser respeitado e aceite também chamado de suporte emocional, suporte de auto-estima ou suporte efectivo; suporte de informação passando pela informação e conselhos em relação a um assunto; outro suporte é o social, fazendo parte deste os bons momentos que passamos com os amigos e as actividades nos tempos livres e o suporte instrumental como o financeiro, o tempo e o material.

Para Chronister, Johnson e Berven (2006) as várias dimensões deste conceito são de nível estrutural, funcional e perceptivo. A nível estrutural inclui-se a ligação do sujeito com a sua rede social, incluindo a qualidade (tamanho, frequências de contactos) e as características (composição, densidade, homogeneidade das relações sociais), a este nível pode-se incluir, as relações com os amigos, com os vizinhos, e as relações íntimas.

A nível funcional está englobado o tipo e qualidade de apoio, incluindo o suporte emocional (expressão de afectos e preocupação, o ouvir, a divisão de tarefas) o suporte instrumental (o financeiro, assistência física) e o suporte informativo (conselhos) (Chronister, Johnson & Berven, 2006).

A percepção do suporte social, outra dimensão deste constructo é a avaliação subjectiva da rede social do sujeito, satisfação, sentimento de ser cuidado, respeitado, envolvido. Sarason, Sarason e Pierce (1990) foram os primeiros a desenvolver a percepção do suporte social baseando-se na teoria de vinculação de Bowlby propondo que a percepção do suporte social está relacionado com a qualidade das relações primárias na infância e, que a satisfação que o indivíduo recebe como suporte social pode ser explicado, em parte, pelas características estáveis de personalidade, esta teoria foi suportado por um estudo com gémeos em que a variação da percepção do suporte social estava relacionada com influências

genéticas. Lakey e Cassady (1990) demonstraram que a percepção do suporte social funciona como uma parte da personalidade cognitiva citado por Chronister, Johnson e Berven (2006).

Cramer, Henderson e Scott (1997) também apontam a percepção do suporte social como tendo um papel importante, distinguindo suporte social percebido de suporte social recebido. O primeiro para se referir ao que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele e o segundo que foi recebido por alguém. Muitas vezes, o suporte recebido não coincide com o percebido, pode haver mais ou menos suporte do que se estava espera e este pode ser tanto mais como menos eficaz do que se estava a espera. Esta discrepância pode ser devido às capacidade de dar suporte de quem está a dar, da auto estima da pessoa que está a receber o suporte, das estratégias de *coping* utilizadas pela pessoa que está a receber o suporte e das relações entre os membros (Sarason, Sarason & Pierce, 1990). Wethington e Kessler (1986) citado por Pais Ribeiro (1999), realizaram uma investigação visando determinar se as variáveis de saúde estavam associadas com a percepção de suporte social ou com os aspectos objectivos do social, verificando que os resultados de saúde eram explicados melhor pela percepção de suporte social do que pelos aspectos tangíveis. Segundo Pais Ribeiro (1999) a percepção do suporte social é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida.

Assim, podemos considerar que além do suporte social ser um conceito com várias dimensões é a percepção que as pessoas têm do seu suporte que pode ser mais relevante como contributo positivo para as suas vidas.

Suporte Social e a Saúde

Cohen e Wills (1985, cit. por Eldeleklioglu, 2006); Chronister, Johnson e Berven, (2006) descrevem 2 modelos de suporte social, o primeiro modelo é o *main effect model* segundo o qual o suporte social de qualidade, ou seja relações sociais positivas criam uma vida estável e saudável sendo as pessoas menos afectadas pelo problemas, segundo este modelo o suporte social ajuda quando a pessoa está sobre stress ou não, resumindo existe uma relação directa entre suporte social e saúde, aumentando os problemas físicos e psicológicos quando não há suporte social ou este é insuficiente e o segundo é o *bufferin model*, neste modelo sugere-se que o suporte social tem um papel na saúde preventiva diminuindo os efeitos negativos do stress quando se está em situações de stress, assim o suporte social diminui a percepção negativa do problema e do stress. Thompson, Flood e Goodvin (2006)

também destacam este modelo em que o suporte social tem 2 papéis importantes, primeiro pode prevenir o stress e segundo pode ajudar a lidar com o stress

A relação engloba-se segundo Singer e Lord (1984) em 4 categorias: O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo stress; a não existência de suporte social é fonte de stress; a perda de suporte social é fonte de stress e o suporte social é benéfico pois é um recurso para lidar com as eventualidades da vida.

O suporte social tem demonstrado ter um papel importante, tanto a nível da saúde física como da saúde mental Eskin (1995, cit. por Eldeleklioglu, 2006). A nível físico, em problemas de cancro, desordens cardiovasculares, esclerose múltipla e HIV, dentro da saúde mental com depressão ansiedade, adições outras desordens mentais, e ainda alturas de vida problemáticas como o divórcio (Chronister, Johnson & Berven, 2006).

Num estudo de Eldeleklioglu (2006) ficou demonstrado uma relação significativa entre percepção de suporte social familiar com a depressão e a percepção do suporte dos amigos com a depressão. Esta percepção passa pelo julgamento em se o funcionamento do suporte social é suficiente, ou seja a satisfação com o suporte social em relação as experiências pessoais. Quando o sujeito percebe um suporte social insuficiente, sente-se sozinho e sem suporte o que cria o ambiente propício ao desenvolvimento de depressão.

Num estudo de Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell e Hamovitch (1992) citado por Pais Ribeiro (1999) abrangendo uma amostra de 369 doentes com cancro, concluiu-se que há em evidência uma relação entre o suporte social e as relações sociais, e a sobrevivência de pessoas com cancro. L. Abrunheiro (2005) num estudo sobre qualidade de vida após transplante hepático e suporte social verificou que quanto maior for o suporte social percebido maior será a qualidade de vida.

Num estudo sobre o desenvolvimento emocional depois de quimioterapia devido a cancro no ovário demonstrou níveis altos de ansiedade, estes demonstraram-se relacionados entre outros, com uma pobre percepção de suporte social (Hipkins, 2004).

A relação entre satisfação com o suporte social e o desenvolvimento de emoções negativas como a depressão, stress e ansiedade após uma Interrupção voluntária da gravidez tem sido pouco apontada pelos autores. Encontra-se apenas alguns estudos sobre o papel da satisfação com o suporte social no ajustamento e no nível de satisfação com o procedimento.

Major et al. (1990) encontraram uma relação positiva entre o suporte social percebido e o ajustamento psicológico 30 minutos depois uma I.V.G.

Num estudo sobre a qualidade do procedimento em que realizaram a I.V.G., o nível de satisfação revelou-se maior em mulheres que vinham acompanhadas do que as que vinham sozinhas.

Através de toda a informação existente e de todos os estudos que já foram realizados com o suporte social, pode-se afirmar que o suporte social é sem duvida um ponto importante na saúde, tanto mental como física. Esta confirmação leva a que seja importante conhece-lo quando realizamos um estudo em que a saúde esteja inserida. Conhece-lo e perceber a eficácia que tem em certas doenças físicas ou psicológicas e em situações de crise, pode ajudar-nos a lidar de uma maneira mais eficaz com estas questões.

II. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A interrupção voluntária da gravidez (I.V.G.) tem sido alvo de várias controvérsias. Nos últimos anos esta discussão tem adquirido dimensões superiores, estando um grande número de países da Europa a adoptar a liberalização da lei do aborto, incluindo Portugal (Cohen, 2007). Segundo a lei nº 16/2007 de 17 de Abril, a Assembleia da Republica decreta no artigo 142º que “não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida” (Diário da Republica, 2007).

Realizar um aborto ilegalmente é completamente diferente de o fazer legalmente sem a pressão, o *stress*, o medo de ser julgado e é devido a essa mudança que estudos nesta área são necessários, de forma a clarificar a nova realidade e de forma a conhecer este acontecimento de vida que poderá fazer parte da história de muitas pessoas.

Umas das questões mais controversas são as consequências psicológicas que poderão surgir na mulher após uma interrupção voluntária da gravidez onde não existe ainda um consenso. Alguns estudos demonstram que não há sequelas a nível psicológico e outros ainda salientam emoções positivas após a realização de uma I.V.G. Faure e Loxton (2003), indicam que as mulheres apresentam estados de ansiedade e níveis moderados de depressão antes de realizarem uma I.V.G., no entanto, esses níveis tendem a diminuir 3 semanas depois da I.V.G. Num outro estudo, realizado duas semanas após a realização de uma I.V.G. o sentimento predominante era o de alívio. Apenas 15% das mulheres apresentou culpa ou depressão e apenas 10% do total descreveu a experiencia no geral como negativa (Lazarus, 1985). Hemmerling, Siedentopf e Kentenich (2005), demonstraram que para a maioria das mulheres o por termo a uma gravidez não desejada era uma solução positiva para esse conflito independentemente do método escolhido. Apesar destes estudos, existem alguns que defendem que poderá haver problemas a nível da saúde mental da mulher. Contudo, o que estes estudos defendem é que o desenvolvimento de sequelas, é condicionado por variados factores como sendo o suporte-social, antecedentes de problemas psicológicos, a idade da mulher, as estratégias de *coping* a auto-eficácia, entre outros. Assim, a questão que vários autores colocam na maioria dos estudos é, estando a maioria dos estudos de acordo que as

consequências negativas após uma I.V.G. não são graves, e em alguns casos, não existem, porque será que algumas mulheres desenvolvem reacções negativas. O que vários autores tentam perceber é quais os factores que poderão afectar a mulher na maneira como lidam com o processo (Adler, David, Major, Roth, Russo e Wyatt, 1992).

Num estudo de Faure e Loxton (2003) foi encontrado que elevados níveis de auto-eficácia estão associados a baixos níveis de ansiedade e de depressão.

Alguns estudos apontam para factores demográficos que parecem contribuir para o aparecimento de reacções mais negativas. Segundo Adler (1979) Citado por Leal e Noya, 1998) mulheres mais jovens e sem filhos têm maior tendência para traumas emocionais do que mulheres mais velhas e com filhos. Num estudo de Fergusson, Horwood e Ridder (2006) demonstrou-se que uma I.V.G em mulheres mais novas pode estar associado a um aumento de risco de problemas de saúde mental. Aquelas que fizeram uma I.V.G antes dos 21 anos tinham mais de problemas de saúde mental como a depressão, ansiedade, comportamentos suicidários, e problemas com abuso de substâncias.

Outro factor importante que se tem de ter em conta no estudo da I.V.G. é os antecedentes psicopatológicos. Segundo Adler et al. (1992) a maioria dos estudos utilizou grupos de mulheres sem patologias e as conclusões são que essas mulheres mostram pouca evidência de psicopatologia a seguir à I.V.G. Mas segundo David, Rasmussen e Holts (1981) as mulheres que apresentam problemas emocionais pré-existentes têm um maior risco de respostas emocionais negativas.

Outro caso é o grau de satisfação inerente à decisão de abortar. Segundo Adler (1975) a não satisfação com o processo de decisão de fazer a I.V.G. estava associada a respostas emocionais como a ansiedade, a dúvida, a depressão e o aborrecimento (Citado por Leal e Noya, 1998).

Outro factor que tem de ser analisado para compreender certas respostas emocionais é o factor sociocultural como o clima onde a mulher se encontra e onde se desenvolve todo o processo. Uma das questões é a religião, mulheres católicas parecem ter respostas mais negativas à I.V.G do que mulheres não católicas. Tal facto dever-se-á provavelmente à posição de não-aceitação de I.V.G. Adler (1979) citado por Leal e Noya (1998).

Outro aspecto igualmente importante é o suporte Social que a mulher tem e sente ter durante este período. Como referem Rodin e Salovey (1989) “O suporte Social alivia o distress em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença” (citado por Pais Ribeiro, 1999). Num estudo de Braken, Hachamovich e Grossman (1974) confirma-se a ideia de que as

mulheres com maior suporte social dos maridos, companheiros ou pais tendem a apresentar reacções emocionais mais positivas. Num estudo de Payne, Klavitz, Notman e Anderson (1976) citado por Leal e Noya, (1998). Conclui-se que quando as mulheres estavam em conflito com o marido ou amante, apresentavam um maior índice de tristeza e depressão após o aborto.

Assim, quando se estuda as consequências psicológicas após uma I.V.G., é necessário ter em conta que este processo não está isolado, mas que com ele estão directamente relacionados outros aspectos, como a idade, o tempo de gestação, o suporte social, que poderão ter um papel importante em como a mulher vai viver o processo e consequentemente as respostas emocionais que vai desenvolver.

É notório que há a possibilidade das mulheres desenvolverem após uma I.V.G. sequelas emocionais, no entanto estas estão relacionadas com inúmeros factores sendo de elevada importância estudá-los. Por isso, e por não haver ainda estudos desenvolvidos em Portugal, é necessário que se desenvolva este tema tendo em conta todos os factores que poderão estar relacionados. Assim, o objectivo principal deste estudo é, conhecer os níveis de depressão e ansiedade uma mulher após uma I.V.G. e relaciona-los com a percepção de suporte social.

Os objectivos Específicos deste estudo são:

1. Avaliar os níveis de depressão na consulta de controlo após uma I.V.G.
2. Avaliar os níveis de ansiedade na consulta de controlo após uma I.V.G.
3. Avaliar a satisfação com o suporte social.
4. Avaliar a satisfação com o suporte social dos amigos.
5. Avaliar a satisfação com o suporte social íntimo.
6. Avaliar a satisfação com o suporte social familiar.
7. Avaliar a relação entre satisfação com o suporte social dos amigos e os níveis de depressão na consulta de controlo após uma I.V.G.
8. Avaliar a relação entre satisfação com o suporte social íntimo e os níveis de depressão na consulta de controlo após uma I.V.G.

9. Avaliar a relação entre satisfação com o suporte social familiar e os níveis de depressão na consulta de controlo após uma I.V.G.

10. Avaliar a relação entre a satisfação com o suporte social dos amigos e os níveis de ansiedade na consulta de controlo após uma I.V.G.

11. Avaliar a relação entre a satisfação com o suporte social íntimo e os níveis de ansiedade na consulta de controlo após uma I.V.G.

12. Avaliar a relação entre a satisfação com o suporte social familiar e os níveis de ansiedade na consulta de controlo após uma I.V.G.;

16. Avaliar a relação entre as variáveis sócio Demográficas e Clínicas das mulheres e os níveis de depressão na consulta de controlo após uma I.V.G.

17. Avaliar a relação entre as variáveis sócio Demográficas e Clínicas das mulheres e os níveis de ansiedade na consulta de controlo após uma I.V.G.

III. MÉTODO

Tipo de estudo

Este estudo é do tipo observacional descritivo, pois o investigador, sem intervir, descreve um acontecimento, neste caso a I.V.G., o seu efeito na população e a relação do acontecimento com as variáveis. Neste caso, descreve como é que a I.V.G. se relaciona e qual o seu efeito no estado emocional das mulheres assim como a relação entre a satisfação com o suporte social e o estado emocional da mulher depois de uma I.V.G. (Pais Ribeiro, 2007).

Amostra

A amostra do estudo é constituída por 42 mulheres que realizaram uma I.V.G. É constituída aleatoriamente por mulheres com idade superior a 14 anos que foram ao Hospital e a um Centro de Saúde para a consulta de controlo, 2 a 3 semanas após uma I.V.G.

Variáveis

As variáveis são, a Ansiedade, a Depressão, a Satisfação com o Suporte Social e as variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Instrumentos

A recolha de dados foi feita através de três questionários, anónimos, de auto-resposta, que inclui um questionário Sócio Demográfico e Clínico, um questionário *EADS-21* (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress) e um terceiro, *ESSS* (Escala de Satisfação com o Suporte Social).

Questionário Sócio Demográfico e Clínico

O Questionário Demográfico e Clínico inclui, a idade, o estado civil, o número de filhos, a escolaridade, a situação profissional, o tempo de gestação, o tipo de I.V.G., a contracepção utilizada antes da gravidez, a contracepção utilizada agora, se já realizou um aborto antes, duas questões em relação ao motivo que a levou a realizar uma I.V.G. e como se sente com a decisão tomada. Inclui ainda questões sobre o acompanhamento a nível psicológico e psiquiátrico da mulher tanto antes da interrupção, na consulta prévia, como no momento presente do estudo.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress - EADS-21

O segundo questionário utilizado foi a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress) *EADS-21*, o nome original é *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995) adaptado para português por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004).

Lovibond e Lovibond (1995) desenvolveram uma escala que abrange a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão e que fornece uma discriminação máxima entre os dois construtos. O estudo factorial desta escala apresentou um novo factor que incluía os itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e depressão. Estes itens referiam-se a dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação. Este novo factor foi intitulado pelos autores de *Stress* (Pais-Ribeiro et al. 2004).

Lovibond e Lovibond caracterizam as escalas do seguinte modo: “a depressão principalmente pela perda de auto-estima e de motivação, e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O stress sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão” (citado por Pais-Ribeiro et al. 2004).

A *EADS-21* foi feita com base na *EADS* de 42 itens, também adaptado para português por Pais-Ribeiro, mede os mesmos construtos mas foi reduzida para se adaptar melhor aos contextos clínicos em que são aplicadas. A *EADS-21* organiza-se em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, incluindo cada uma delas sete itens no total de 21 itens. Por sua vez, cada escala inclui vários conceitos, designadamente:

Depressão – Disforia (dois itens); Desânimo, (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Auto-depreciação (dois itens); Falta de interesse ou de envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens).

Ansiedade – Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esqueléticos (dois itens); Ansiedade Situacional (três itens); Experiências Subjectivas de Ansiedade (quatro itens).

Stress – Dificuldade em Relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente Agitado/Chateado (três itens); Irritável/Reacção Exagerada (três itens); Impaciência (três itens) (Pais-Ribeiro et al. 2004).

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. Por exemplo: “Tive dificuldades em me acalmar”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert de 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens em que, as quatro opções de resposta correspondem a quatro pontuações diferentes.

“Não se aplicou nada a mim” = 0

“Aplicou-se a mim algumas vezes” = 1

“Aplicou-se a mim muitas vezes” = 2

“Aplicou-se a mim a maior parte das vezes” = 3

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.

Os estudos de validação revelam que o instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas. No que diz respeito à fiabilidade, o autor procedeu ao cálculo da consistência interna de cada escala 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 14 itens). 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. Para a escala de depressão, na versão de 7 itens os valores variaram entre 0,55 e 0,72 com valores dominantes na casa dos 0,60; na versão de 14 itens as

correlações variam entre 0,57 e 0,76 com valores dominantes na casa dos 0,70. Para a escala de ansiedade os valores variaram entre 0,34 e 0,57 com valores dominantes na casa dos 0,50, enquanto para a versão de 14 itens esses valores foram entre os 0,29 e 0,63 com valores dominantes na casa dos 0,40. Para escala de stress os valores variaram entre 0,44 e 0,69 com valores dominantes na casa dos 0,50; para a versão de 14 itens variaram entre os 0,42 e 0,70 com valores dominantes igualmente na casa dos 0,50. Pais-Ribeiro et al. (2004). Verifica-se assim, que a magnitude de correlação item escala a que pertence, corrigida para sobreposição é semelhante para as versões de sete e 14 itens.

No que concerne à determinação da validade do instrumento, o autor procedeu ao cálculo da Validade convergente-discriminante dos itens da EADS-21. Esta é feita através da comparação da correlação do item com a escala a que pertence (corrigida para sobreposição) com as correlações com as escalas a que não pertence. Uma boa convergência/discriminação aponta para que os valores da correlação de Pearson com a escala a que pertence devem ser superiores ao dos valores com as escalas a que não pertence em cerca de 25 pontos. Em condições ideais os valores de correlação item escala a que pertence deviam ser acima de 0,40 e abaixo de 0,30 com aquelas a que não pertence. Somente o item 9 não satisfaz o critério de maior valor da convergência versus discriminação (Pais-Ribeiro et al. 2004).

Relativamente à 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 indicam uma igualdade das medidas da versão de 21 e de 42 itens (Pais Ribeiro et al. 2004).

Em relação à correlação entre as escalas da EADS-21 dado que o objectivo da EADS é diferenciar medidas que tendem a exibir uma correlação elevada como é o caso da ansiedade e a depressão, é esperado que as correlações entre estas duas dimensões, e entre as três escalas, sejam baixas. Os resultados mostram bons valores, com percentagens de variância explicadas entre os 38% e os 27%. Pais Ribeiro et al. (2004).

Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS

O terceiro questionário utilizado foi a Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS. Este instrumento foi desenvolvido por Wethington e Kessler (1986) e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro (1999). Wethington e Kessler (1986) citado por Pais

Ribeiro (1999) defendem que as medidas de percepção de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível.

Este questionário é de auto-preenchimento e permite a operacionalização da variável satisfação com o suporte social com as suas quatro dimensões ou factores através de 15 itens cuja classificação é de 5 pontos:

A – “concordo totalmente”

B – “concordo na maior parte”

C – “não concordo nem discordo”

D – “discordo a maior parte”

E – “discordo totalmente”

Por exemplo: “os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria” A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens, e pode variar entre 15 e 75, sendo que à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens pertencentes a cada dimensão ou sub-escala. Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos assinalados em “A”, até “5” aos assinalados em “E”. São excepção os itens que devem ser cotados invertidos: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15. O primeiro factor, “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com amizades/amigos, e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). O segundo factor, denominado de “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo e é composto por quatro itens (1, 4, 5, 6). O terceiro factor, chamado “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente, do qual fazem parte três itens (9, 10, 11). O quarto factor, nomeado “actividades sociais” (AS), mede a satisfação com as actividades sociais que realiza, com três itens (2, 7, 8). Pais-ribeiro (1999).

Os estudos de validação revelam que o instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas. No que diz respeito à fiabilidade, o autor procedeu ao cálculo da consistência interna de cada factor que compõe a escala, e que estão entre os padrões aceitáveis utilizados. Para além deste procedimento, o autor determinou o valor de consistência interna (alfa de Cronbach) da escala total é de 0,85 (Pais Ribeiro, 1999).

Em relação à determinação da validade do instrumento, o autor procedeu ao cálculo da validade discriminante e da validade concorrente. Verificou-se se a correlação dos itens com a escala que era suposto pertencerem era superior à das restantes escalas e concluindo-se que o índice de discriminação dos itens é superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala. A validade concorrente foi examinada, comparando a escala com medidas de saúde e de bem-

estar e com medidas de mal-estar, verificando-se que a *ESSS* está associada a medidas de saúde na direcção esperada, ou seja prediz resultados positivos das medidas indicadoras de saúde e resultados negativos com medidas indicadoras de mal-estar (Pais Ribeiro, 1999).

Procedimento

Para realizar este trabalho começou-se por uma pesquisa na área estudada. Retirou-se informação sobre o aborto, sobre o aborto induzido, relacionou-se palavras como consequências emocionais e aborto induzido; saúde mental e aborto induzido, suporte social e aborto. O facto de não haver estudos portugueses fez com que a pesquisa tenha sido maioritariamente estrangeira com as palavras em inglês e que fosse utilizada a palavra *abortion* nas pesquisas já que é essa a denominação estrangeira. A expressão interrupção voluntária da gravidez não é utilizada no estrangeiro.

Seguidamente a esta primeira pesquisa, procurou-se duas escalas que fossem aferidas para a população portuguesa, que permitisse uma medição correcta das variáveis e que fosse simples para as participantes. Sendo assim, escolheu-se a *EADS-21* que nos permite conhecer a ansiedade, a depressão e o stress das participantes e a *ESSS* para conhecer a satisfação com o suporte social das participantes em relação à interrupção voluntária da gravidez. Após a escolha das escalas foi pedida aos autores a autorização das escalas, foi ainda construído um terceiro questionário sócio-demográfico e clínico tendo em conta as variáveis consideradas pertinentes para o estudo.

Em relação a escala *EADS-21*, aplicou-se a sub-escala *stress*, mas não se cotou nem se avaliou por não fazer parte do objectivo do estudo.

Numa terceira fase, procedeu-se à recolha da amostra que se realizou num Hospital e num Centro de Saúde na consulta de controlo após a realização de uma I.V.G. com a respectiva autorização das Instituições. A recolha da amostra foi recolhida pela médica de família das mulheres durante a consulta, no caso do centro de saúde, por não me ser autorizado a ser eu a recolher a informação. No caso do Hospital foi recolhida pelas auxiliares do gabinete de obstetrícia antes da consulta, na sala de espera. Em ambos os locais, foi informado às mulheres o tipo de estudo que estava a ser feito e o seu objectivo, a confidencialidade dos seus dados e foi dada a escolha de fazer parte ou não do estudo.

No Hospital a recolha da amostra foi bastante difícil de obter devido à organização hospitalar e ao facto de algumas mulheres se recusarem a preencher os questionários. No

Centro de Saúde a obtenção da amostra foi mais fácil devido à organização e por ser realizada pela médica de família nas suas consultas.

Numa quarta fase e por ultimo realizou-se a cotação dos questionários e seguidamente o tratamento estatístico através da Microsoft Excel e do SPSS. Depois de se ter os resultados prosseguiu-se com as conclusões e discussão dos resultados.

O nível de significância utilizado foi de $\alpha = 0,05$ ou o de $\alpha = 0,01$, sendo que todos os valores de p menores ou iguais a 0,05 ou a 0,01 indicam a existência de uma correlação significativa. O valor positivo obtido na correlação indica a existência de uma correlação directa entre as variáveis, enquanto que, um valor negativo aponta para a existência de uma correlação inversa.

Para realizar o tratamento de dados através do SPSS utilizou-se os seguintes testes (AnexoE):

- O teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade da distribuição
- O Coeficiente de correlação de Pearson
- O Coeficiente de correlação de Spearman
- O teste não paramétrico Kruskal-Wallis

IV. RESULTADOS

Neste capítulo desenvolve-se a apresentação e análise dos resultados obtidos no estudo. Inicia-se com uma análise descritiva das variáveis sócio-demográficas e clínicas, seguidamente a análise das variáveis principais, primeiro do estado emocional depois da satisfação com o suporte social. Num terceiro momento analisa-se a relação entre a variável satisfação com o suporte social e o estado emocional e por fim faz-se uma análise da relação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas com o estado emocional.

1. Análise descritiva das variáveis Sócio Demográficas e Clínicas

Com o intuito de perceber a distribuição das 43 participantes no que concerne às suas características sócio demográficas e clínicas procedeu-se a uma análise descritiva das mesmas. Apresenta-se de seguida as frequências e as percentagens obtidas relativamente a estas.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com a idade das participantes

IDADE	N	%
15-25	15	34,9
26-35	15	34,9
36-45	13	30,2
Total	43	100

De acordo com a tabela 1, a maior predominância da idade das participantes encontra-se no intervalo dos 15 aos 25 e dos 26 aos 35.

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com o número de filhos

NUMERO DE FILHOS	N	%
0	15	34,9
1	11	25,6
2	12	27,9
3	3	7,0
4	2	4,7
Total	43	100

De acordo com a tabela 2, verifica-se que a maioria das participantes não tem filhos (34,9%). Seguido a este valor a maioria tem 1 a 2 filhos.

Tabela 3 – Distribuição da amostra de acordo com o Estado Civil

ESTADO CIVIL	N	%
Solteiro	21	48,8
Casado/união de facto	17	39,5
Separado/Divorciado	5	11,6
Total	43	100

Relativamente à tabela 3 verifica-se que 48,8 % das participantes, ou seja a maioria, são solteiras e 39,5% são casadas ou em união de facto. Apenas 11,6 das participantes são separadas ou divorciadas.

Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com a Escolaridade

ESCOLARIDADE	N	%
2º Ciclo	6	14
3º Ciclo	13	30,2
Secundário	19	44,2
Bacharelato	2	4,7
Licenciatura	3	7,0
Total	43	100

Através da tabela 4, pode verificar-se que o nível de escolaridade predominante é o ensino secundário a qual pertencem 44,2% das participantes, seguido do 3º ciclo com 30,2%.

Tabela 5 – Distribuição da amostra de acordo com a situação profissional

SITUAÇÃO PROFISSIONAL	N	%
Empregado	29	69,0
Desempregado	8	19,0
Estudante	5	11,9
Total	42	100,0

Segundo a tabela 5, verifica-se que 69,0% das mulheres da amostra estão empregadas, 19,0% desempregadas e 11,9% são estudantes. Sendo assim, a maioria das participantes está empregada.

Tabela 6 – Distribuição da Amostra de acordo com o tipo de interrupção realizada

Tipo de Interrupção	N	%
I.V.G. medicamentosa	42	100
I.V.G. cirúrgica	1	2,4
Total	42	100

Em relação ao tipo de interrupção realizada, observa-se através das tabelas 6 que todas as mulheres realizaram uma interrupção medicamentosa (100%). Uma das participantes realizou ambos os tipos de interrupção.

Tabela 7 – Distribuição da Amostra de acordo com o tempo de gestação na altura da interrupção da gravidez em semanas.

TEMPO DE GESTAÇÃO	N	%
5	2	5,0
6	1	2,5
7	9	22,5
8	17	42,5
9	9	22,5
10	2	5,0
Total	40	100,0

Em relação ao tempo de gestação na altura em que realizaram a interrupção, a tabela 7 demonstra que 3 mulheres não responderam à questão, 42,5% da amostra realizou a interrupção com 8 semanas de gestação, ou seja, a maioria das mulheres. Seguidamente 22,5% da amostra realizou com 7 semanas e 22,5% com 9 semanas de gestação.

Tabela 8 – Distribuição da amostra de acordo com o tipo de contraceptivo utilizado antes da gravidez e depois da interrupção da gravidez

TIPO DE CONTRACEPÇÃO	ANTES DA GRAVIDEZ		DEPOIS DA INTERRUPÇÃO	
	N	%	N	%
Preservativo	12	29,3	7	17,9
Pílula	21	51,2	29	74,4
Coito interrompido	2	4,9	0	0,00
Gel	1	2,4	0	0,00
Implante	0	0,00	2	5,1
D.I.U	1	2,4	1	2,6
Adesivo	0	0,00	1	2,6
Nenhum	7	17,1	3	7,7

Em relação tabela 8, verifica-se antes de mais a presença de respostas combinadas, ou seja, por vezes as participantes dão mais que uma resposta.

Em relação aos resultados, pode-se concluir que, no geral as participantes utilizam mais contraceção depois da interrupção que antes.

Em relação aos métodos, a pílula é sem dúvida o método mais utilizado, tanto antes da gravidez (51,2%) como depois da interrupção (74,4%), havendo um notável aumento de antes para depois da interrupção.

O preservativo, é o segundo método mais escolhido pela amostra, tanto antes (29,3%) como depois (17,9%), no entanto, verifica-se uma diminuição da utilização deste método do momento anterior à gravidez ao momento posterior à interrupção. Assim como o preservativo, o coito interrompido que é utilizado por 4,9% das mulheres da amostra antes da interrupção já não é utilizado por nenhuma depois da interrupção, assim como o gel que passa de 2,4% de utilização antes da gravidez para 0,00% depois da interrupção. Pelo contrário, o Implante, o Dispositivo Intra-uterino e o Adesivo sofrem um ligeiro aumento na utilização, do momento anterior à gravidez para depois da interrupção.

A ausência de utilização de um método contraceptivo também diminui de antes da gravidez para depois da interrupção, sendo que antes 17,1% das mulheres não utilizava qualquer contraceptivo e depois 7,7% não utilizava.

Estas diferenças podem ser condicionadas por varias razões, aconselhamento médico ao longo do processo de interrupção, pela confiança que os médicos têm em relação a alguns métodos em detrimento de outros, assim como pela adequação do método às mulheres em questão.

Tabela 9 – Distribuição da amostra de acordo com a realização anterior de outras interrupções voluntárias da gravidez.

OUTRAS I.V.G	N	%
Sim	12	27,9
Não	31	72,1
Total	43	100,0

Segundo a tabela 9, pode observar-se que 72,1% da amostra ou seja, a maioria das participantes, não realizou uma interrupção voluntária da gravidez anterior a esta e que 27,9% das participantes realizou.

Tabela 10 – Distribuição da amostra de acordo com o motivo que levou as mulheres realizarem a interrupção voluntária da gravidez

MOTIVO	N	%
Saúde	5	12,2
Idade (Nova)	6	14,6
Idade (Velha)	3	7,3
Falta de Condições em Geral	24	60,0
Falta de Condições Econ.	19	46,3
Falta de Condições Psic.	5	12,2
Instabilidade afectiva	4	9,8
Não desejado	4	9,8
Violência domestica	1	2,4

Em relação tabela 10, verifica-se antes de mais a presença de respostas combinadas, ou seja, por vezes as participantes dão mais que uma resposta.

Em relação aos resultados, verifica-se que a falta de condições em geral e a falta de condições económicas é sem duvida o motivo mais forte que levou as participantes a realizar a interrupção voluntária da gravidez. 60,0% das mulheres aponta que realizou a interrupção por falta de condições gerais e 46,3% por falta de condições económicas. Seguidos destes 2 motivos está o ser nova, em que 14,6% das participantes considerou que era muito nova para ter um filho, as condições de saúde (12,2%) e as condições psicológicas com 12,2%. Apenas 7,3% apontou ser demasiado velha para ter um filho, 9,8% por não ser desejado ou por instabilidade afectiva e 2,4% por sofrer no momento de violência domestica.

Tabela 11 – Distribuição da amostra de acordo com o sentimento presente das mulheres na consulta de controlo.

SENTIMENTO	N	%
Alivio	6	14,6
Bem	21	51,2
Arrependida	2	4,9
Pena	2	4,9
Conformada	16	39,0
Mal, triste, difícil	12	29,3
Traumatizada	4	9,8

A tabela 11 demonstra o sentimento presente na consulta de controlo em relação à escolha que tomaram de interromper a gravidez e também aqui existem respostas combinadas. Através da tabela observa-se que 51,2% da amostra, ou seja, a maioria das participantes se sente bem com a escolha que tomou e que 39,9% se sente conformada com a escolha. Seguidos a estes 2 valores está o sentimento de tristeza em relação à escolha, sentimento de mau estar e de dificuldade com a escolha que tomaram com 29,3%.

Não tão forte estão outros sentimentos como o alívio em que 14,6% das participantes dizem se sentir aliviadas, 9,8% sente-se muito mal ou traumatizada, 4,9% sente pena e arrependimento com a escolha

Tabela 12 – Distribuição da amostra de acordo com a presença de acompanhamento psicológico na consulta prévia

ACOMP. PSICOLÓGICO C.P.	N	%
Sim	7	16,3
Não	36	83,7
Total	43	100,0

Observa-se através da tabela 12 que 83,7% das participantes não teve acompanhamento psicológico na consulta prévia e que apenas 16,3 % tiveram este acompanhamento psicológico.

Tabela 13 – Distribuição da amostra de acordo com a toma de psicofármacos ansiolíticos no momento

PSICOFÁRMACOS A.	N	%
Sim	3	7,0
Não	40	93,0
Total	43	100,0

Tabela 14 – Distribuição da amostra de acordo com a toma de psicofármacos anti-depressivos no momento

PSICOFÁRMACOS D.	N	%
Sim	3	7,0
Não	40	93,0
Total	43	100,0

De acordo com as tabelas 13 e 14, apenas 7,0%, respectivamente, das participantes na consulta de controlo estavam medicadas tanto com Psicofármacos anti depressivos assim como ansiolíticos e 93,0% da amostra não estava medicamentava com qualquer um deles.

Tabela 15 – Distribuição da amostra de acordo com o acompanhamento psicológico das mulheres no momento

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO/PSICOTERAPÊUTICO	N	%
Sim	3	7,0
Não	40	93,0
Total	43	100,0

Em relação ao acompanhamento Psicológico ou Psicoterapeutico 93,0% das participantes não estava a ser acompanhada no momento, apenas 7,0% das mulheres era acompanhada ou em psicologia ou em psicoterapia.

Tabela 16 – Distribuição da amostra de acordo com o acompanhamento psiquiátrico das mulheres no momento

ACOMPANHAMENTO PSIQUIÁTRICO	N	%
Sim	1	2,3
Não	42	97,7
Total	43	100,0

Em semelhança à tabela anterior, na tabela 16 observa-se que apenas 2,3% da amostra são acompanhadas pela psiquiatria e que 97,7% não é acompanhada.

2. Análise descritiva do estado emocional

Neste capítulo desenvolve-se a análise descritiva da variável principal, estado emocional. Nesta análise tem-se em conta que o valor mínimo é 0 e o valor máximo é 3, sendo que 3 corresponde a estados afectivos mais negativos.

Pelo facto destas variáveis não possuírem distribuição normal, irá se proceder a mediana das variáveis para as várias dimensões

Tabela 17 – Análise descritiva da variável depressão

DEPRESSÃO	
N	42
Mediana	0
Mínimo	0
Máximo	3

Através da tabela 17, verifica-se que a mediana das pontuações totais relativas à depressão é de 0. Tendo em conta que a pontuação total varia entre 0 e 3 conclui-se que a mediana do nível de depressão nas mulheres é baixo.

Tabela 18 – Análise descritiva da variável ansiedade

ANSIEDADE	
N	42
Mediana	0
Mínimo	0
Máximo	2

Perante a tabela 18, verifica-se que a mediana das pontuações totais relativas à ansiedade é de 0. Tendo em conta que a pontuação total varia entre 0 e 3 conclui-se que estatisticamente o nível de ansiedade na consulta de controlo nas mulheres é baixo.

3. Análise descritiva da variável satisfação com o suporte social

Neste capítulo desenvolve-se a análise descritiva da variável, satisfação com o suporte social. Na variável satisfação com o suporte social analisa-se a variável no geral e seguidamente as suas 4 subcategorias, satisfação com amizades/amigos, percepção da existência de suporte social íntimo, satisfação com o suporte social familiar existente e satisfação com as actividades sociais que realiza. Nesta análise tem-se em conta que o valor mínimo é 1 e o valor máximo é 5, sendo que 5 corresponde a uma maior satisfação com o suporte social.

Pelo facto destas variáveis não possuírem distribuição normal, irá se proceder a mediana das variáveis para as várias dimensões

Tabela 19 – Análise descritiva da variável satisfação com o suporte social

SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL	
N	42
Mediana	4
Mínimo	1
Máximo	5

Através da tabela 19, verifica-se que a mediana das pontuações totais relativas à satisfação com o suporte social é de 4. Tendo em conta que a pontuação total varia entre 1 e 5, conclui-se que a mediana das mulheres tem uma elevada satisfação com o suporte social existente.

Tabela 20 – Análise descritiva da variável satisfação com as amizades/amigos.

SATISFAÇÃO COM OS AMIGOS	
N	42
Mediana	4
Mínimo	1
Máximo	5

Perante a tabela 20, verifica-se que a mediana das pontuações totais relativas à satisfação com as amizades/amigos é de 4. Tendo em conta que a pontuação total varia entre 1 e 5 conclui-se que a mediana das mulheres tem uma elevada satisfação com o suporte das amizades/amigos.

Tabela 21 – Análise descritiva da variável percepção da existência de suporte social íntimo

INTIMIDADE	
N	42
Mediana	4,25
Mínimo	1
Máximo	5

Na tabela 21, verifica-se que a mediana das pontuações totais relativas à percepção da existência de suporte social íntimo é de 4,25. Tendo em conta que a pontuação total varia entre 1 e 5, conclui-se que a mediana das mulheres tem uma elevada satisfação da existência de suporte social íntimo.

Tabela 22 – Análise descritiva da variável satisfação com o suporte social familiar existente

SATISFAÇÃO COM A FAMÍLIA	
N	42
Mediana	4
Mínimo	1
Máximo	5

Através da tabela 22, verifica-se que a mediana das pontuações totais relativas à satisfação com o suporte social familiar existente é 4. Tendo em conta que a pontuação total varia entre 1 e 5, conclui-se que a mediana das mulheres tem uma elevada satisfação com o suporte social familiar existente

Tabela 23 – Análise descritiva da variável satisfação com satisfação com as actividades sociais que realiza.

SATISFAÇÃO COM AS ACTIVIDADES SOCIAIS	
N	42
Mediana	3,25
Mínimo	1
Máximo	5

Perante a tabela 23, verifica-se que a mediana das pontuações totais relativas à satisfação com as actividades sociais que realiza é de 3,25. Tendo em conta que a pontuação total varia entre 1 e 5, conclui-se que a mediana das mulheres tem uma elevada satisfação com as actividades sociais que realiza.

4. Analise da relação entre a variável estado emocional e a satisfação com o suporte social

No sentido de perceber a relação entre as duas variáveis principais, procedeu-se ao estudo das correlações.

Para testar a normalidade da distribuição das variáveis principais recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov concluindo-se que tantas as 4 subcategorias da variável satisfação com o suporte social, como a depressão e a ansiedade não seguiam uma distribuição normal. Assim, foi aplicado o teste de correlação de Spearman.

Tabela 24 – Correlação entre satisfação com o suporte social e a depressão

		Depressão
Satisfação com o suporte social	Spearman's rho	- 0,555**
	Sig. (2-Tailed)	0,000
	N	42

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

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

Através da tabela 24 pode-se observar a existência de uma correlação significativa negativa entre a satisfação com o suporte social e a depressão ($p=0,000 < \alpha=0,01$). Assim, ao aumentar o nível de satisfação com o suporte social diminui o nível de depressão sendo esta correlação moderada.

Tabela 25 – Correlação entre satisfação com as amizades/amigos e depressão

	Depressão
Satisfação com os amigos	
Spearman's rho	- 0,436**
Sig. (2-Tailed)	0,004
N	42

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

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

Através da tabela 25 pode-se observar a existência de uma correlação significativa negativa entre a satisfação com as amizades/amigos e a depressão ($p=0,004 < \alpha=0,01$). Assim, ao aumentar o nível de satisfação com as amizades/amigos diminui o nível de depressão sendo esta correlação moderada.

Tabela 26 – Correlação entre a percepção da existência de suporte social íntimo e depressão

	Depressão
Percepção da existência de suporte social íntimo	
Spearman's rho	- 0,498**
Sig. (2-Tailed)	0,001
N	42

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

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

De acordo com a tabela 26, observa-se a existência de uma correlação significativa negativa entre a percepção da existência de suporte social íntimo e a depressão ($p=0,001 < \alpha=0,01$). Assim, ao aumentar o nível de percepção da existência de suporte social íntimo diminui o nível de depressão sendo esta correlação moderada.

Tabela 27 – Correlação entre a satisfação com o suporte social familiar existente e depressão

		Depressão
Satisfação com o suporte social familiar	Spearman's rho	- 0,575**
	Sig. (2-Tailed)	0,000
	N	42

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

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

Segundo a tabela 27, observa-se a existência de uma correlação significativa negativa entre a satisfação com o suporte social familiar e a depressão ($p=0,000 < \alpha=0,01$). Assim, ao aumentar o nível de satisfação com o suporte social familiar diminui o nível de depressão sendo esta correlação moderada.

Tabela 28 – Correlação entre a satisfação com as actividades sociais que realiza e a depressão

		Depressão
Satisfação com as actividades sociais	Spearman's rho	- 0,456**
	Sig. (2-Tailed)	0,002
	N	42

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

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

Conforme a tabela 28, observa-se a existência de uma correlação significativa negativa entre a satisfação com as actividades sociais que realiza e a depressão ($p=0,002 < \alpha=0,01$). Assim, ao aumentar o nível de satisfação com as actividades sociais que realiza, diminui o nível de depressão sendo esta correlação moderada.

Tabela 29 – Correlação entre satisfação com o suporte social e a ansiedade

		Ansiedade
Satisfação com o suporte social	Spearman's rho	- 0,230
	Sig. (2-Tailed)	0,143
	N	42

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

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

Mediante a tabela 29, observa-se que não existe uma correlação significativa entre a satisfação com o suporte social e a ansiedade ($p=0,143 > \alpha=0,05$).

Tabela 30 – Correlação entre satisfação com as amizades/amigos e a ansiedade

		Ansiedade
Satisfação com as amizades/amigos	Spearman's rho	- 0,160
	Sig. (2-Tailed)	0,312
	N	42

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

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

Mediante a tabela 30, observa-se que não existe uma correlação significativa entre a satisfação com as amizades/amigos e a ansiedade ($p=0,312 > \alpha=0,05$).

Tabela 31 – Correlação entre a percepção da existência de suporte social íntimo e a ansiedade

		Ansiedade
Percepção da existência de suporte social íntimo	Spearman's rho	- 0,272
	Sig. (2-Tailed)	0,082
	N	42

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

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

Segundo a tabela 31, observa-se que não existe uma correlação significativa entre a percepção da existência de suporte social íntimo e a ansiedade ($p=0,082 > \alpha=0,05$).

Tabela 32 – Correlação entre a satisfação com o suporte social familiar existente e a ansiedade

		Ansiedade
Satisfação com o suporte social familiar	Spearman's rho	- 0,213
	Sig. (2-Tailed)	0,176
	N	42

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

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

Através da tabela 32, observa-se que não existe uma correlação significativa entre a satisfação com o suporte social familiar existente e a ansiedade ($p=0,176 < \alpha=0,05$).

Tabela 33 – Correlação entre a satisfação com as actividades sociais que realiza e a ansiedade

		Ansiedade
Satisfação com as actividades sociais	Spearman's rho	- 0,133
	Sig. (2-Tailed)	0,399
	N	42

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

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

Segundo a tabela 33, não existe uma correlação significativa entre a satisfação com as actividades sociais que realiza e a ansiedade ($p=0,399 < \alpha=0,05$).

3. Análise da relação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas e o estado emocional.

Nesta altura procedeu-se à análise da relação entre as variáveis principais, a depressão e a ansiedade e as variáveis secundárias do questionário sócio-demográfico e clínico.

Utilizou-se o teste de correlação de Pearson, o teste de correlação de spearman e o teste de kruskal-walis mas apenas se encontrou uma correlação significativa entre depressão e o acompanhamento psiquiátrico e entre a depressão e a toma de anti depressivos

Tabela 34 – Correlação entre o acompanhamento psiquiátrico e a depressão.

	Depressão
Acompanhamento Psiquiátrico Pearson Correlation	- 0,361*
Sig. (2-Tailed)	0,019
N	42

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

Através da tabela 34 pode-se observar a existência de uma correlação significativa negativa entre o acompanhamento psiquiátrico e a depressão ($p=0,019 < \alpha=0,05$). Assim, ao aumentar o acompanhamento psiquiátrico, diminui o nível de depressão. Esta correlação é, no entanto, fraca.

Tabela 35 – Correlação entre a toma de anti depressivos e a depressão

	Depressão
Toma de anti depressivos Pearson Correlation	- 0,453**
Sig. (2-Tailed)	0,003
N	42

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

*Correlation is significant at the 0,05 level (2-Tailed).

Através da tabela 35 observa-se a existência de uma correlação significativa negativa entre a toma de anti depressivos e a depressão ($p=0,003 < \alpha=0,01$). Assim, ao aumentar a toma de anti depressivos, diminui o nível de depressão sendo esta correlação moderada.

VI. DISCUSSÃO

O objectivo deste trabalho foi estudar o estado emocional das mulheres após uma interrupção voluntária da gravidez e o papel da percepção do suporte social neste momento, assim como, relacionar a variável estado emocional com variáveis sócio-demográficas e clínicas. Para tal, constituiu-se uma amostra de 43 mulheres presentes na consulta de controlo que realizaram uma interrupção voluntária da gravidez cerca de 2 a 3 semanas antes.

Através dos resultados obtidos, verificou-se a existência de níveis baixos de depressão e de ansiedade e uma elevada satisfação com o suporte social. Foi ainda confirmada uma correlação entre os níveis de depressão e de satisfação com o suporte social em que níveis baixos de depressão estavam associados a níveis altos de satisfação com o suporte social. A correlação entre os níveis de ansiedade e de suporte social não foi no entanto verificada.

Esta conclusão vai de acordo com o estudo de Goodwin e Ogden (2007) em que as mulheres com mais suporte social demonstraram estar menos perturbadas do que as que não consideravam ter suporte social. Esta relação não é de admirar, já que a influência positiva do suporte social na saúde tanto física como mental tem sido confirmada há vários anos. Segundo Chronister, Johnson e Berven (2006), o suporte social é benéfico a nível físico, a nível da saúde mental como na depressão, ansiedade, adições outras desordens mentais, e ainda em alturas de vida problemáticas como o divórcio. Num estudo de Eldeleklioğlu (2006), ficou demonstrado uma relação significativa entre percepção de suporte social familiar com a depressão e a percepção do suporte dos amigos com a depressão. O autor defende que quando o sujeito percebe um suporte social insuficiente, sente-se sozinho e sem suporte o que cria o ambiente propício ao desenvolvimento de depressão. Ora, neste estudo a maioria das mulheres percebe o suporte social de um modo positivo o que pode explicar os níveis baixos de depressão.

Outra contribuição para tal pode ter sido a relação significativa entre o acompanhamento psiquiátrico a toma de antidepressivos com os níveis baixos de depressão. Esta relação pode ter contribuído também para que as mulheres não tenham níveis altos de depressão.

Em relação ao facto dos níveis de ansiedade e os de satisfação com o suporte social não se relacionarem coloca-se a hipótese do suporte social não ser a única influência no modo como as mulheres se sentem após a interrupção voluntária da gravidez. É também interessante verificar que mesmo as mulheres que se sentiram mal com a escolha que tiveram de tomar, com pena ou com arrependimento, não desenvolveram depressão ou ansiedade.

Estas questões podem se verificar devido a várias razões, uma delas, devido ao facto da interrupção voluntária da gravidez ser uma escolha livre, ser já um processo bem implementado no sistema de saúde português com a qual as pessoas no geral e pessoal de saúde agem de um modo mais natural. A confiança no sistema de saúde também poderá ter um papel importante em como as mulheres se vão sentir, acreditando que não vão sofrer consequências físicas e que há possibilidade de terem um filho mais tarde.

A percentagem de mulheres que realizaram a interrupção devido a questões económicas e de estabilidade no geral é elevado o que pode explicar também os níveis baixos de depressão e de ansiedade. Estas mulheres além do desejo de terem um filho têm o desejo de uma carreira profissional, estabilidade económica e estabilidade emocional, questões que podem ser importantes para elas antes de ter um filho e que podem ser utilizadas como estratégia para lidar com a situação.

É notável também neste estudo a percentagem de mulheres que se sente conformada com a situação, o que demonstra que esta é uma escolha que a maioria das mulheres sente que tem de ser feita, sentindo até mesmo algum alívio com a decisão, o que demonstra mais uma vez a importância que as mulheres dão a outras questões das suas vidas antes de terem um filho. No geral, hoje em dia, as mulheres planeiam ter filhos muito mais tarde, e a idade de mulheres com o primeiro filho é cada vez maior o que significa o crescente papel do trabalho, da estabilidade económica e emocional e a decisão de ter um filho ficar para segundo plano.

Não obstante, à que referir que algumas mulheres se sentiram mal com a escolha tomada e mesmo algumas olharam para a sua interrupção da gravidez com muita tristeza e como provocando nestas um trauma. Nestes casos pode-se apontar a influência do suporte social, ou seja, talvez sejam estas mulheres que não têm suporte social. Poderão haver ainda outras questões implicativas, como o forte desejo maternal, não conseguindo estas arranjar estratégias para lidar com a situação.

Em relação ao estudo incidir sobre um tempo depois da interrupção, foi possível perceber como é que as participantes se sentem um tempo depois desta. A conclusão a que se chegou, foi que 2 a 3 semanas depois da interrupção da gravidez as mulheres não têm elevados níveis de depressão e de ansiedade e que o sentimento geral é positivo. Ora esta

conclusão vai de acordo com o estudo de Faure e Loxton (2003) em que ficou demonstrado que os níveis de ansiedade e de depressão diminuíram num período de 3 semanas depois do aborto e com um estudo de Major, Cooper, Zubek, Richards, Wilhite e Gramzow (2000) em que se verificou um declínio da depressão entre o pré-aborto e pós-aborto.

Num entanto, um estudo de Coleman, Reardon, Rue e Cougle (2002), controlando a história passada de psiquiatria, relacionaram mulheres que abortaram e mulheres que seguiram com a gravidez durante 4 anos demonstrando que as que abortaram tiveram mais consultas de psiquiatria até aos 2 anos seguintes. Assim como neste estudo em que o seu primeiro momento foi 90 dias depois da interrupção, Major et al. (2000) apontam também no seu estudo um aumento ao longo do tempo do nível de arrependimento e da insatisfação em relação à interrupção. Estas conclusões levam a questionar se não seria necessário haver novos estudos com um tempo mais alargado para perceber melhor o estado emocional das mulheres mais tarde do que 3 semanas.

Da análise da relação entre a variável estado emocional e as restantes variáveis sócio demográficas e clínicas constatou-se que nem a depressão nem a ansiedade variam consoante a idade ou com o número de filhos. Estes resultados não vão de encontro com a literatura, Major et al. (2000) associam no seu estudo o elevado nível de depressão com a idade da mulher. Mulheres mais novas e com filhos tendiam a ser as que tinham episódios de depressão. Contudo, é importante salientar que o presente estudo não tem uma elevada percentagem de mulheres novas em relação ao estudo dos autores.

Verificou-se também que a depressão e a ansiedade não variam com o tempo de gestação e com o nível de educação das mulheres como os autores defendem. Faure e Loxton (2003) encontraram uma forte correlação entre o tempo de gestação e o nível de educação das mulheres, sugerindo que mulheres com mais educação e com maiores níveis de auto-eficácia dispõem de mais estratégias de *coping* para lidar com a situação, a decisão em abortar é feita rapidamente e com menos ambivalência e confusão.

Uma questão interessante retirada dos resultados é o método contraceptivo utilizado pelas mulheres antes da gravidez. A maioria das mulheres aponta o preservativo e a pílula como método utilizado antes da gravidez e apenas uma minoria diz que não utilizava método nessa altura. Apesar da percentagem de uso de método contraceptivo ter aumentado depois da interrupção, não deixa de ser estranho que uma elevada percentagem de mulheres diga que utilizava um método antes da gravidez. Esta situação pode se dever a uma utilização errada do preservativo, ou seja, não ser utilizado em todas as relações sexuais ou à toma errada da pílula, por exemplo falhando dias. Outra hipótese é as mulheres terem respondido o que

consideram ser correcto responder. Posto isto, pode-se por em causa outras questões ao longo de todo o processo pelo facto de quererem dar respostas socialmente aceitáveis. Não só nestas questões como nas questões emocionais e na satisfação com o suporte social, querendo demonstrar que tomaram a decisão certa e que se sentem bem com ela.

Alguns dos resultados aqui relatados são semelhantes aos encontrados na literatura, enquanto outros divergem em alguns pontos. Nos estudos que se assemelham destaca-se o papel do suporte social nos níveis de depressão após a interrupção, não tendo sido encontrado contudo, uma relação entre ansiedade e o suporte social. Outro destaque vai para o estado emocional das mulheres um tempo depois da interrupção coincidindo com outros estudos em que no geral demonstram um estado emocional positivo.

Em relação aos estudos que não convergiram salienta-se a relação entre o estado emocional e as variáveis sócio-demográficas em que são vários os autores que encontram estados emocionais mais negativos relacionados com várias variáveis.

Sendo assim, apesar de não se chegar a um consenso em relação às consequências emocionais das mulheres após uma interrupção voluntária da gravidez torna-se claro que este não é um momento de grande gravidade a nível emocional. No entanto, não se pode esquecer do papel que o suporte social tem na saúde mais uma vez comprovado o que poderá ser um ponto de partida para quem lida com estas mulheres. Embora não haja consequências emocionais na maioria das mulheres não se pode ignorar o facto de algumas sofrerem bastante com esta decisão e de desencadear em algumas consequências mais graves. Este momento continua a ser de grande tensão e de grande fragilidade para muitas das mulheres o que torna necessário que a intervenção psicológica esteja sempre disponível.

VII. CONCLUSÃO

Em relação à amostra conseguida, a maioria das participantes têm idades compreendidas entre os 15 e os 35 anos e a maior parte não tem filhos.

A maioria das participantes são solteiras mas no entanto o número de casadas ou em união de facto também é elevado. No geral têm o ensino secundário e estão empregadas.

Todas as mulheres realizaram a interrupção da gravidez de modo medicamentoso e apenas uma mulher teve de recorrer ao método cirúrgico após realizar o método medicamentoso. Em relação ao tempo de gestação que tinham a quando da interrupção, a maioria tinha 8 semanas de gestação e a maioria não tinha realizado uma interrupção anteriormente a esta.

Em termos de contraceção, existem mais mulheres a utilizar contraceção depois da interrupção do que antes e o método mais escolhido é a pílula e de seguida o preservativo. Em relação à pílula houve um aumento depois da interrupção, enquanto a escolha do preservativo diminuiu.

Foi também possível entender que a falta de condições no geral e económico são os principais motivos que levaram as mulheres a realizarem a interrupção e que o sentimento predominante após esta interrupção é o de bem-estar e seguido a este é o de conformação com a situação.

Em relação ao acompanhamento psicológico na consulta prévia a maioria das mulheres não foi acompanhada assim como não são acompanhadas neste momento por psicologia ou psicoterapia. Em termos de psico-fármacos antidepressivos e ansiolíticos a maioria das mulheres não toma.

Segundo os resultados conseguidos neste estudo, conclui-se em relação ao estado emocional, que as participantes apresentam baixos níveis de depressão e de ansiedade um tempo depois da interrupção voluntária da gravidez.

Quanto à satisfação com o suporte social, a percepção que as mulheres têm deste é que este é bastante satisfatório. Não só na dimensão Suporte Social como nas suas 4 sub escalas, a satisfação com as amizades/amigos, a percepção da existência de suporte social íntimo, a

satisfação com o suporte social familiar e a satisfação com as actividades sociais que realiza as participantes sentem-se satisfeitas.

Constatou-se que as mulheres que apresentam maiores níveis de satisfação com as amizades/amigos, com o suporte social íntimo, com o suporte social familiar e com as actividades sociais que realizam têm níveis de depressão mais baixos. No entanto, em relação à ansiedade, nenhuma correlação foi encontrada.

Este estudo permitiu ficar a conhecer um pouco mais o impacto que a interrupção voluntária da gravidez tem nas pessoas. Apesar de algumas pessoas sofrerem com esta decisão este não é o sentimento predominante já que a maioria das pessoas não desenvolveu um estado emocional negativo e sentem-se bem com a escolha tomada. O estudo também nos permitiu perceber a importância que o suporte social pode ter em acontecimentos complicados da vida das pessoas já que associado a um maior nível de satisfação com o suporte social está um menor nível de depressão. No entanto, não houve uma relação entre suporte social e a ansiedade o que pode querer dizer que existem outros factores além do suporte social que contribuem para o estado emocional da mulher.

Apesar de todas estas contribuições foram encontradas algumas limitações no estudo. A principal foi o reduzido número de participantes. Este número reduzido deveu-se em parte pela maneira como se abordou as mulheres. O facto de estas serem abordadas na sala de espera poderá ter causado algum entrave, pelo pouco a vontade com as auxiliares e ainda pela dificuldade das auxiliares realizarem esta tarefa já que o seu trabalho já era exaustivo por si só. Em relação ao centro de saúde apesar do número de participantes ser reduzido a questão deveu-se ao baixo número de utentes a se dirigirem de facto ao centro de saúde mais do que a participação propriamente dita, já que olharam para a participação foi abordada pela sua médica habitual num ambiente calmo e de tranquilidade. Esta questão deverá ser combatida em futuros estudos em que seja possível uma amostra mais significativa.

Salienta-se o facto que o tema de interrupção voluntária da gravidez está ainda pouco desenvolvido em Portugal. Seria importante conhecer para além do Suporte Social, mais factores que possam estar implicados na maneira como a mulher se sente. Questões importantes que contribuam para que as mulheres não sofram com esta escolha, que leve à inexistência de consequências psicológicas ou que tenha uma certa influência em como estas se possam sentir. É o caso de ficar a conhecer as estratégias desenvolvidas por estas ao passarem por esta situação ou mesmo conhecer a existência de antecedentes psicopatológicos.

O conhecimento da importância do suporte social assim como de outras questões por parte dos psicólogos poderá contribuir para o tipo de apoio realizado na consulta prévia e na de

controlo e o conhecimento por parte das mulheres e familiares poderá ajudar na maneira que se lida com a questão.

Alem destas questões, seria também importante conhecer não só o estado emocional cerca de 2 a 3 semanas depois, como foi realizado neste estudo, assim como perceber como estas mulheres se vão sentir algum tempo depois, por exemplo 6 meses ou um ano depois. Compreender se as participantes que não tiveram consequências emocionais continuarão sem qualquer consequências mais graves, assim como conhecer o estado emocional das participantes que demonstraram estados emocionais negativos, perceber se este foi ultrapassado com o tempo, ou se houve algum tipo de sequelas, se sim, seria importante perceber porquê.

Através do contacto com estas mulheres foi possível entender que a interrupção voluntária da gravidez é um momento sem consequências negativas a nível emocional. Apesar da maioria lidar de uma forma positiva com a sua interrupção voluntária da gravidez, este sentimento não é universal, algumas não lidam tão bem com esta situação. Independentemente da razão que as leva a lidar com essa escolha de uma forma mais positiva ou negativa percebe-se que é necessário estar presente no pensamento do pessoal de saúde que as rodeia que para algumas pode ser um momento bastante frágil e que as pode afectar a nível emocional.

Com este estudo pretendeu-se dar um contributo para uma melhor compreensão do estado emocional da mulher após uma interrupção voluntária entendendo-se que em alguns casos a presença e disponibilidade de um psicólogo é imprescindível

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunheiro, L. M. M. (2005). *A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático*. Consultado em 2 de Janeiro de 2008 através de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0255.pdf>
- Adler, N.E. (1975). Emotional responses of women following therapeutic abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45 (3), 446-454. In A. Noya & I. Leal (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise psicológica*, 3, (XVI), 431 – 433.
- Adler, N.E. (1979). Abortion: A social psychological perspective. *Journal of Social Issues*, 35 (1), 100-119. In A. Noya & I. Leal (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise psicológica*, 3, (XVI), 431-43.
- Adler, N., David, H., Major, B., Roth, S., Russo, N. & Wyatt, G. (1992). Psychological Factors in Abortion. *American Psychologist*, 47 (10), 1194- 1204.
- Baptista, A., carvalho, M. & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. In *Psicologia* 19 (1-2), (pp. 267 – 277).
- Barbosa, A. & Pais Ribeiro, J. (2000). Qualidade de vida e depressão. In J. Ribeiro, I. Leal, 6 M. Dias. *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA
- Barrera, M. (1986) Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 4 (4). In J. Ornelas (2008). *Psicologia Comunitária*. (pp.192-237) Lisboa: Fim de século.
- Braken, M., Hachamovich, M., & Grossman, G. (1974). The decision to abort and psychological sequelae. *Nervous and Mental Disease*, 158, 154-162. In A. Noya & I. Leal (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise psicológica*, 3, (XVI), 431-43.
- Bracken, H., Gliozheni, O., Kati, K., Manoku, N., Moisiu, R., Shannon, C., Tare, V., Tasha, I. & e Winikoff, B. (2006). Mifepristone medical abortion in Albania: Results from a

- pilot clinical research study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health*, 11, (1), 38–46.
- Chronister, J., Johnson, E. & Berven, N. (2006) Measuring social support in rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 28 (2).
- Cohen, S. A. (2007). New Data on Abortion Incidence, Safety Illuminate Key Aspects of Worldwide Abortion Debate. *Guttmacher Policy Review*, 10 (4).
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 77, 153-171 in J. Eldeleklioglu (2006) The relationship between the perceived social support and the level of depression and anxiety in university students *Educacional sciences: theory and practice* 6 (3).
- Coleman, P., Reardon, D., Rue, V. & Cogle, J. (2002). State-Funded Abortions Versus Deliveries: A Comparison of Outpatient Mental Health Claims Over 4 Years. *American Journal of Orthopsychiatry* 72, (1) 141–152.
- Coleman, K., David C. Strahan. T. & Cogle, J. (2005). The psychology of abortion: A review and suggestions for future research. *Psychology and Health April*, 20 (2), 237 – 271.
- Cramer, D., Henderson, S. & Scott, R. (1997). Mental health and adequacy of social support: a four-wave panel study. *British Journal of social Psychology*, 35 (2).
- Dantzer, R. (2001). Ansiedade. In Doron, R. & Parot, F. *Dicionário de Psicologia*. (pp. 67). Lisboa: Climepsi.
- David, H., Rasmussen, N., & Holts, E. (1981). Postpartum and postabortion psychotic reactions. *Family Planning Perspectives*, 13 (2), 88-93). In A. Noya & I. Leal (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise psicológica*, 3, (16).
- Diário da Republica, Assembleia da Republica 1ªserie – nº 75-17 de Abril de 2007. Lei nº16/2007 de 17 de Abril. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.
- Durkheim, E. (1897/1951). *Suicide*. Nova Iorque: Free Press
- DSM-IV-TR, Manual de diagnostico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.

- Eldeleklioglu, J. (2006) The relationship between the perceived social support and the level of depression and anxiety in university students *Educacional sciences: theory and practice* 6 (3).
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (6), 531-541. In Jose. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-548.
- Eskin, M. (1995). Suicidal behaviour as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: a cross-cultural investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 158-72. in J. Eldeleklioglu (2006) The relationship between the perceived social support and the level of depression and anxiety in university students *Educacional sciences: theory and practice* 6 (3).
- Faure, S. & Loxton, H. (2003). Anxiety, depression and self-efficacy levels of women undergoing first trimester abortion. *South Africa Journal of Psychology*, 33 (1), 28-28.
- Fisher, B., Castle, M. & Garrity, J. (1998). A cognitive approach to patient-centered abortion care. In L. Beckman & S. Harvey (Ed.), *The new civil war: the psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 301-328). Washington: APA
- Feliz da Costa, N. & Maltez, J. C. (2002). Depressão. In J. C. Dias Cordeiro (Ed.) *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 559 – 594). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Ridder E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47 (1) 16–24.
- Goodwin, P. & Ogden, J. (2007). Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and Health*, 22, (2) 231–248.
- Gross, C. & Hen, R. (2004) O desenvolvimento das origens da ansiedade. In *Neuroscience*, 5, 545 – 552
- Guilbert, E. & Roter, D. (1997). Assessment of Satisfaction with Induced Abortion Procedure. *The Journal of Psychology* 13, (2), 157-166.
- Hipkins, J. Whitworth, M., Tarrier, N. & Jayson, G. (2004). Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 9, 569–581.

- Hemmerling, A., Siedentopf, F. & Kentenich, H. (Março, 2005). Emotional impact and acceptability of medical abortion with Mifepristone: a german experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26 (1), 23-31.
- Honrado, A., Leal, I., & Pais-ribeiro, J. L. (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), 229-239.
- Lahey, B., & Cassady, P.B. (1990) Cognitive processes in perceived social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59. In J. Chronister, E. Johnson & N. Berven (2006) Measuring social support in rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 28 (2).
- Lazaraus, A. (Setembro, 1985). Psychiatric sequelae of legalized first trimester abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4 (3), 141-150.
- Leahy, R., McGinn, L. K., Busch, F. N. & Milrod, B. L. (2007). Transtornos de Ansiedade. In Gabbard, G. O., Beck, J. & Holmes, J. (Ed.) *Compendio de Psicoterapia de Oxford* (pp. 192 - 226). Porto Alegre: ArtMed.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states:
 Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy* In J. L. Pais-ribeiro A. Honrado & I. Leal (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), 229-239.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, L., Zubek, J. Richards, C., Wilhite, M. & Gramzow, R. (2000). Psychological Responses of Women After First-Trimester Abortion. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 777-784.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A., Cooper, A., & Testa, M. (1990). Perceived Social Support, Self-Efficacy, and Adjustment to Abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, (3), 452-463.
- Ministério da saúde (2008). *Interrupção da gravidez por opção da mulher – guia informativo*. Consultado em 11 de Abril de 2008 através de <http://www.dgs.pt>
- Montgomery, S. (2000). *Ansiedade e Depressão*. Lisboa: Climepsi.

- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de século.
- Pais Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-548.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007) *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: legis editora/Livpsic.
- Paulino, M. & Godinho, J. (2002). Perturbação de Ansiedade. Manual de Psiquiatria Clínica Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Payne, E. C., Klavitz, A. R., Notman, M.T., & Anderson, J. V. (1976). Out come following therapeutic abortion. *Archives of general Psychiatric*, 33, 725-733. In A. Noya & I. Leal (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise psicológica*, 3, (XVI), 431-433.
- Petrozza, C., Malanga, G. & O'Brien, B. (2006). *Early Pregnancy Loss*. Consultado em 20 de Abril de 2009 através de <http://emedicine.medscape.com/article/260495-overview>
- Quinton, W., Richards, C. & Major B. (2001) Adolescents and Adjustment to Abortion Are Minors at Greater Risk? *Psychology, Public Policy, and Law*, 7, (3), 491-514.
- Raphael-Leff, J. (1991). Interrupted pregnancies: abortions. *Psychological processes of childbearing*, 29, 423- 436.
- Rivera, M (1998). Abortion issues in psychotherapy. In L. Beckman & S. Harvey (Ed.), *The new civil war: the psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 301-328). Washington: APA
- Rodin, J. & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-79.
- Russo, N. & Denious, J. (2001). Violence in the Lives of Women Having Abortions: Implications for Practice and Public Policy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, (2) 142-150.
- Sarason, I., Sarason, B. & Pierce, G. (1988). Social support, personality, and health. In Wiley, J. & Sons (Eds.), *Topics in health psychology* (pp. 245 – 256). Chichester.
- Singer, J. E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. IV, pp. 269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc.,

- Publishers. In J. L. Pais Ribeiro (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-548.
- Site do aborto legal. Consultado em 11 de Março de 2008 através de <http://www.aborto.com/aborto.html>
- Stefanis, C. N. & Stefanis, N. C. (2005). Diagnostico dos transtornos Depressivos: uma revisão. In Maj, M.& Sartorius, N. (Eds.) *Transtornos Depressivos*. (pp. 13 - 49). Porto Alegre: ArtMed.
- Tharaux-Deneux,C., Bouyer,J., Job-Spira,N., Coste J. & Spira,A. (1998) Risk of Ectopic Pregnancy and Previous Induced Abortion. *American Journal of Public Health*, 88, (3).
- Thompson, R. A., Flood, M. F. & Goodvin, R. (2006). Social Support and Developmental Psychopathology. In Cichetti. D., Cohen, D. (Eds.), *Developmental Psychopathology* (Vol. 2, pp. 1-37).
- Varela, P. (2006). *Ansiosamente: Chaves para reconhecer e desafiar a ansiedade*. Lisboa: A esfera dos livros.
- Wethington, E. & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social behavior*, 27, 78-89. In J. L. Pais-ribeiro (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 3 (XVII), 547-548.
- Zhou, W., Nielsen , G., Larsen , H. & Olsen, J. (2001). Induced Abortion And Placenta Complications In The Subsequent Pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80, 1115–1120.
- Zhou, W.& Olsen, J. (2003). Are complications after an induced abortion associated with reproductive failures in a subsequent pregnancy? *Acta Obstet Gynecol Scand* 82, 177-181

Anexos

Anexo A
Consentimento Informado

Tendo sido a nova lei do aborto aprovada e sendo agora a interrupção voluntária da gravidez não punível pela lei é necessário fazerem-se novos estudos para perceber e conhecer esta nova realidade da nossa sociedade.

Este estudo pretende perceber como a mulher se sente depois da Interrupção Voluntária da Gravidez e conhecer a satisfação que a mulher tem com o seu suporte social durante o processo. Isto será feito através de 3 questionários breves.

Para tal, a sua participação neste estudo é fundamental pois só com ela será possível adquirir mais informação sobre este assunto. A sua contribuição é voluntária sem qualquer problema se recusar responder aos questionários. Caso queira participar os seus dados são totalmente confidenciais.

Esta investigação é importante para um melhor conhecimento no nosso país da interrupção voluntária da gravidez e se desejar, quando esta investigação estiver terminada será possível ficar a conhecê-la.

Anexo B

Questionário Sócio Demográfico e Clínico

Dados Pessoais

1. Idade: _____
2. Número de filhos: _____
3. Estado Civil: _____
4. Escolaridade: _____
5. Situação Profissional: Empregada ☐ Desempregada ☐
6. Tipo de I.V.G: Medicamentosa Cirúrgica
7. Tempo de Gestação na I.V.G: _____
8. Método Contraceptivo utilizado antes da gravidez: _____
9. Método Contraceptivo utilizado agora: _____
10. Já realizou um aborto antes? Sim Não
11. Motivo que a levou a realizar uma interrupção voluntária da gravidez:

12. Como se sente com a escolha que tomou?

13. Na consulta prévia teve acompanhamento psicológico? _____

14. Está a tomar alguns dos seguintes Psicofármacos: Ansiolíticos (calmantes) ☐

Anti-depressivos ☐

Nenhum ☐

15. Está a ser acompanhada por psicologia/psicoterapia? _____

16. Está a ser acompanhada por Psiquiatria? _____

Anexo C

Escala de Satisfação com o suporte Social

Escala de Satisfação com o Suporte Social

A seguir vai encontrar várias informações, seguidas de 5 colunas com várias hipóteses de resposta. Marque uma cruz na resposta que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se pensa que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá por a cruz na 1ª coluna – Concordo Totalmente, se acha que nunca pensa nisso deverá marca na última coluna – Discordo Totalmente

Afirmações	Concorda Totalmente	Concorda na Maior Parte	Não Concorda, Nem Discorda	Discorda na Maior Parte	Discorda Totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio					
2. Não saio com os amigos tantas vezes quantas eu gostaria					
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria					
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer					
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer					
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas					
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam					
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (por ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					
9. Estou satisfeita com a forma como me relaciono com a minha família					
10. Estou satisfeita com a quantidade e tempo que passo com a minha família					
11. Estou satisfeita com o que faço em conjunto com a minha família					
12. Estou satisfeita com a quantidade de amigos que tenho					
13. Estou satisfeita com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos					
14. Estou satisfeita com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos					
15. Estou satisfeita com o tipo de amigos que tenho					

Anexo D

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21

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 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 Preocupe-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 agitada	0	1	2	3
12 Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13 Senti-me desanimada e melancólica	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 assustada 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 E

Outputs

OUTPUTS

1. Frequências descritivas

Idade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	15	34,9	34,9	34,9
2	15	34,9	34,9	69,8
3	13	30,2	30,2	100,0
Total	43	100,0	100,0	

Nº de filhos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	15	34,9	34,9	34,9
1	11	25,6	25,6	60,5
2	12	27,9	27,9	88,4
3	3	7,0	7,0	95,3
4	2	4,7	4,7	100,0
Total	43	100,0	100,0	

Tempo Gestação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	2	4,7	5,0	5,0
6	1	2,3	2,5	7,5
7	9	20,9	22,5	30,0
8	17	39,5	42,5	72,5
9	9	20,9	22,5	95,0
10	2	4,7	5,0	100,0
Total	40	93,0	100,0	
Missing System	3	7,0		
Total	43	100,0		

Estado civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteiro	21	48,8	48,8	48,8
Casado; união de facto	17	39,5	39,5	88,4
Separado/divorciado	5	11,6	11,6	100,0
Total	43	100,0	100,0	

Escolaridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2ºciclo	6	14,0	14,0	14,0
3ºciclo	13	30,2	30,2	44,2
Secundário	19	44,2	44,2	88,4
Bacharelato	2	4,7	4,7	93,0
Licenciatura	3	7,0	7,0	100,0
Total	43	100,0	100,0	

Situação profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Empregado	29	67,4	69,0	69,0
Desempregado	8	18,6	19,0	88,1
Estudante	5	11,6	11,9	100,0
Total	42	97,7	100,0	
Missing System	1	2,3		
Total	43	100,0		

Tipo I.V.G

Medicamentosa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	42	97,7	100,0	100,0
Missing System	1	2,3		
Total	43	100,0		

Tipo I.V.G

Cirúrgica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,3	2,4	2,4
	Não	41	95,3	97,6	100,0
	Total	42	97,7	100,0	
Missing	System	1	2,3		
Total		43	100,0		

Contracepção antes da gravidez

Preservativo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	27,9	29,3	29,3
	Não	29	67,4	70,7	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Pílula

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	48,8	51,2	51,2
	Não	20	46,5	48,8	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Coito interrompido

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	4,7	4,9	4,9
	Não	39	90,7	95,1	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Gel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,3	2,4	2,4
	Não	40	93,0	97,6	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Implante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	41	95,3	100,0	100,0
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

D.I.U.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,3	2,4	2,4
	Não	40	93,0	97,6	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Adesivo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	41	95,3	100,0	100,0
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Nenhum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Contracepção	34	79,1	82,9	82,9
	Nenhum	7	16,3	17,1	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Contracepção depois da interrupção

Preservativo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	16,3	17,9	17,9
	Não	32	74,4	82,1	100,0
	Total	39	90,7	100,0	
Missing	System	4	9,3		
Total		43	100,0		

Pílula

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	29	67,4	74,4	74,4
	Não	10	23,3	25,6	100,0
	Total	39	90,7	100,0	
Missing	System	4	9,3		
Total		43	100,0		

Coito interrompido

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	39	90,7	100,0	100,0
Missing	System	4	9,3		
Total		43	100,0		

Gel

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	39	90,7	100,0	100,0
Missing	System	4	9,3		
Total		43	100,0		

Implante

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	4,7	5,1	5,1
	Não	37	86,0	94,9	100,0
	Total	39	90,7	100,0	
Missing	System	4	9,3		
Total		43	100,0		

D.I.U

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,3	2,6	2,6
	Não	38	88,4	97,4	100,0
	Total	39	90,7	100,0	
Missing	System	4	9,3		
Total		43	100,0		

Adesivo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,3	2,6	2,6
	Não	38	88,4	97,4	100,0
	Total	39	90,7	100,0	
Missing	System	4	9,3		
Total		43	100,0		

Nenhum

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Contracepção	36	83,7	92,3	92,3
	Nenhum	3	7,0	7,7	100,0
	Total	39	90,7	100,0	
Missing	System	4	9,3		
Total		43	100,0		

Outras I.V.G

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	12	27,9	27,9	27,9
Não	31	72,1	72,1	100,0
Total	43	100,0	100,0	

Motivo para realizar a interrupção

Saúde

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	5	11,6	12,2	12,2
Não	36	83,7	87,8	100,0
Total	41	95,3	100,0	
Missing System	2	4,7		
Total	43	100,0		

Idade (nova)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	6	14,0	14,6	14,6
Não	35	81,4	85,4	100,0
Total	41	95,3	100,0	
Missing System	2	4,7		
Total	43	100,0		

Idade - (velha)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	3	7,0	7,3	7,3
Não	38	88,4	92,7	100,0
Total	41	95,3	100,0	
Missing System	2	4,7		
Total	43	100,0		

Falta de condições no geral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	24	55,8	60,0	60,0
	Não	16	37,2	40,0	100,0
	Total	40	93,0	100,0	
Missing	System	3	7,0		
Total		43	100,0		

Falta de condições económicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	19	44,2	46,3	46,3
	Não	22	51,2	53,7	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Falta de condições psicológicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	11,6	12,2	12,2
	Não	36	83,7	87,8	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Instabilidade afectiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	9,3	9,8	9,8
	Não	36	83,7	87,8	97,6
	22	1	2,3	2,4	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Não desejado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	9,3	9,8	9,8
	Não	37	86,0	90,2	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Violência domestica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	2,3	2,4	2,4
	Não	40	93,0	97,6	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Sentimento predominante na consulta de controlo

Alívio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	14,0	14,6	14,6
	Não	35	81,4	85,4	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Bem-estar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	21	48,8	51,2	51,2
	Não	20	46,5	48,8	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Arrependimento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	4,7	4,9	4,9
	Não	39	90,7	95,1	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Pena

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	4,7	4,9	4,9
	Não	39	90,7	95,1	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Conformação; Teve que ser

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	16	37,2	39,0	39,0
	Não	25	58,1	61,0	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Mal-estar; triste; difícil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	27,9	29,3	29,3
	Não	29	67,4	70,7	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Traumatizada; muito mal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	9,3	9,8	9,8
	Não	37	86,0	90,2	100,0
	Total	41	95,3	100,0	
Missing	System	2	4,7		
Total		43	100,0		

Acompanhamento psicológico na consulta prévia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	16,3	16,3	16,3
	Não	36	83,7	83,7	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

Psicofármacos ansiolíticos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	7,0	7,0	7,0
	Não	40	93,0	93,0	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

Psicofármacos anti-depressivos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	7,0	7,0	7,0
	Não	40	93,0	93,0	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

Acompanhamento psicológico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	7,0	7,0	7,0
	Não	40	93,0	93,0	100,0
	Total	43	100,0	100,0	

Acompanhamento psiquiátrico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	1	2,3	2,3	2,3
Não	42	97,7	97,7	100,0
Total	43	100,0	100,0	

2. Análise descritiva da variável Estado Emocional

Variável Ansiedade

N	Valid	42
	Missing	1
Median		,00
Minimum		0
Maximum		2

Variável Depressão

N	Valid	42
	Missing	1
Median		,00
Minimum		0
Maximum		3

3. Análise descritiva da variável satisfação com o suporte social

Variável satisfação com o suporte social

	Mediana1
N	42
Valid	1
Missing	
Median	4,00
Minimum	1
Maximum	5

Variável satisfação com as amizades/amigos

N	Valid	42
	Missing	1
Median		4,00
Minimum		1
Maximum		5

Variável percepção da existência de suporte social íntimo

N	Valid	42
	Missing	1
Median		4,25
Minimum		1
Maximum		5

Variável satisfação com o suporte social familiar existente

N	Valid	42
	Missing	1
Median		4,00
Minimum		1
Maximum		5

Variável satisfação com satisfação com as actividades sociais que realiza.

N	Valid	42
	Missing	1
Median		3,25
Minimum		1
Maximum		5

4. Teste da Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
In	,167	38	,009	,894	38	,002
As	,177	38	,004	,895	38	,002
Sa	,176	38	,004	,878	38	,001
Sf	,204	38	,000	,854	38	,000
An	,181	38	,003	,866	38	,000
D	,198	38	,001	,834	38	,000

a Lilliefors Significance Correction

5. Correlações

Correlação entre a variável estado emocional e a variável satisfação com o suporte social

			Mediana1
Spearman's rho	Mediana S.S	Correlation	1,000
		Coefficient	
		Sig. (2-tailed)	
		N	
	Med Ansi.	Correlation	-,230
		Coefficient	
		Sig. (2-tailed)	
		N	
	Med Dep.	Correlation	-,555(**)
		Coefficient	
		Sig. (2-tailed)	
		N	

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

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

			MedA	MedD
Spearman's rho	Med Ans.	Correlation Coefficient	1,000	,377(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,014
		N	42	42
	Med Dep.	Correlation Coefficient	,377(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,014	.
		N	42	42
	Medami	Correlation Coefficient	-,160	-,436(**)
		Sig. (2-tailed)	,312	,004
		N	42	42
	MedIn	Correlation Coefficient	-,272	-,498(**)
		Sig. (2-tailed)	,082	,001
		N	42	42
	MedFam	Correlation Coefficient	-,213	-,575(**)
		Sig. (2-tailed)	,176	,000
		N	42	42
	MedAs	Correlation Coefficient	-,133	-,456(**)
		Sig. (2-tailed)	,399	,002
		N	42	42

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

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

Correlação entre a variável estado emocional e a variável idade

		Idade	MedA	MedD
Idade	Pearson Correlation	1	-,053	-,024
	Sig. (2-tailed)		,739	,880
	N	43	42	42
MedA	Pearson Correlation	-,053	1	,504(**)
	Sig. (2-tailed)	,739		,001
	N	42	42	42
MedD	Pearson Correlation	-,024	,504(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,880	,001	
	N	42	42	42

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

Correlação entre a variável estado emocional e a variável número de filhos e tempo de gestação

		MedA	MedD
MedA	Pearson Correlation	1	,504(**)
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	42	42
MedD	Pearson Correlation	,504(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	42	42
Nºfilhos	Pearson Correlation	,025	,062
	Sig. (2-tailed)	,873	,696
	N	42	42
Tempo Gestação	Pearson Correlation	,016	,115
	Sig. (2-tailed)	,922	,479
	N	40	40

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

Correlação entre a variável estado emocional e a variável tipo de I.V.G.

		MedA	MedD
MedA	Pearson Correlation	1	,504(**)
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	42	42
MedD	Pearson Correlation	,504(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	42	42
Tipo I.V.G. Medicamentosa	Pearson Correlation	.(a)	.(a)
	Sig. (2-tailed)	.	.
	N	42	42
Tipo I.V.G Cirúrgica	Pearson Correlation	,092	,118
	Sig. (2-tailed)	,561	,457
	N	42	42

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

a Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

Correlação entre a variável estado emocional e a variável outras I.V.G.

		MedA	MedD	Outras I.V.G.
MedA	Pearson Correlation	1	,504(**)	-,281
	Sig. (2-tailed)		,001	,072
	N	42	42	42
MedD	Pearson Correlation	,504(**)	1	-,116
	Sig. (2-tailed)	,001		,466
	N	42	42	42
Outras I.V.G.	Pearson Correlation	-,281	-,116	1
	Sig. (2-tailed)	,072	,466	
	N	42	42	43

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

Correlação entre a variável estado emocional e a variável, motivo para realizar a interrupção voluntária da gravidez

		MedA	MedD
MedA	Pearson Correlation	1	,504(**)
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	42	42
MedD	Pearson Correlation	,504(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	42	42
Motivo Saúde	Pearson Correlation	-,165	-,392(*)
	Sig. (2-tailed)	,309	,012
	N	40	40
Motivo Idade (nova)	Pearson Correlation	,257	,259
	Sig. (2-tailed)	,110	,107
	N	40	40
Motivo idade (velha)	Pearson Correlation	,008	,127
	Sig. (2-tailed)	,959	,433
	N	40	40
Falta de condições geral	Pearson Correlation	-,213	-,068
	Sig. (2-tailed)	,192	,680
	N	39	39
Condições eco.	Pearson Correlation	-,031	-,065
	Sig. (2-tailed)	,851	,692
	N	40	40
Condições psicológicas	Pearson Correlation	,099	-,086
	Sig. (2-tailed)	,543	,597
	N	40	40
Instab. Afectiva	Pearson Correlation	-,091	,029
	Sig. (2-tailed)	,575	,859
	N	40	40
Não desejado	Pearson Correlation	,058	,008
	Sig. (2-tailed)	,721	,959
	N	40	40
Violência domestica	Pearson Correlation	-,182	,126
	Sig. (2-tailed)	,261	,440
	N	40	40

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

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

Correlação entre a variável estado emocional e as variáveis – Psicofármacos ansiolíticos, Psicofármacos anti depressivos, acompanhamento psicológico na consulta prévia, acompanhamento psicológico e psiquiátrico no momento presente

		MedA	MedD
MedA	Pearson Correlation	1	,504(**)
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	42	42
MedD	Pearson Correlation	,504(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	42	42
Psicofarmacos A.	Pearson Correlation	,164	-,169
	Sig. (2-tailed)	,299	,285
	N	42	42
Acom.psic.c.previa	Pearson Correlation	-,189	-,120
	Sig. (2-tailed)	,231	,450
	N	42	42
Psicofarmacos D.	Pearson Correlation	-,164	-,453(**)
	Sig. (2-tailed)	,299	,003
	N	42	42
acom.psic.	Pearson Correlation	,164	,020
	Sig. (2-tailed)	,299	,899
	N	42	42
acom.psiq.	Pearson Correlation	,092	-,361(*)
	Sig. (2-tailed)	,561	,019
	N	42	42

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

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

Correlação entre a variável estado emocional e a variável, sentimento em relação a escolha tomada

		MedA	MedD
MedA	Pearson Correlation	1	,504(**)
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	42	42
MedD	Pearson Correlation	,504(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	42	42
Sentimento - Alivio	Pearson Correlation	,012	-,035
	Sig. (2-tailed)	,940	,829
	N	40	40
Sentimento – Bem-estar	Pearson Correlation	,175	-,050
	Sig. (2-tailed)	,281	,758
	N	40	40
Sentimento - arrependimento	Pearson Correlation	-,261	-,058
	Sig. (2-tailed)	,104	,724
	N	40	40
Sentimento – Pena	Pearson Correlation	-,060	,058
	Sig. (2-tailed)	,712	,724
	N	40	40
Sentimento - conformação, teve que ser	Pearson Correlation	-,036	-,205
	Sig. (2-tailed)	,827	,204
	N	40	40
Sentimento Mal; triste; difícil	Pearson Correlation	,114	,055
	Sig. (2-tailed)	,482	,737
	N	40	40
Sentimento – Traumatizada/ muito mal	Pearson Correlation	-,379(*)	-,252
	Sig. (2-tailed)	,016	,117
	N	40	40

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

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

Correlação entre a variável estado emocional e a variável sócio-demográfica e clínica
Escolaridade

			MedA	MedD
Spearman's rho	MedA	Correlation Coefficient	1,000	,377(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,014
		N	42	42
	MedD	Correlation Coefficient	,377(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,014	.
		N	42	42
	Escolaridade	Correlation Coefficient	,070	-,124
		Sig. (2-tailed)	,657	,435
		N	42	42

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

Correlação entre a variável estado emocional e a variável sócio-demográfica e clínica Estado civil

	MedA	MedD
Chi-Square	3,706	,817
df	2	2
Asymp. Sig.	,157	,665

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: Estado civil