

Atitudes de Técnicos de Saúde e Interrupção Voluntária da Gravidez

JOSÉ L. PAIS RIBEIRO (*)
TERESA ARAÚJO (**)

1. INTRODUÇÃO

«As instituições de solidariedade social declaram por imperativo e objecção institucional, que não serão cúmplices dos serviços públicos na prática do aborto se, porventura, a lei despenalizadora de tal acto anti-vida for referendada favoravelmente.»¹ Este texto reflecte valores de parte da sociedade portuguesa que, como em muitos outros países, nomeadamente os de tradição cultural católica, constituem uma parte importante dessa sociedade.

Num momento em que se discutem aspectos legislativos sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) é importante explorar as atitudes de um grupo determinante na implementação dessa prática, de montante a jusante (técnicos de

serviço social, psicólogos, médicos, enfermeiros) técnicos esses que, em algum momento do processo, podem influenciar a sua realização.

A IVG vulgo aborto, é um tema controverso nas sociedades economicamente desenvolvidas. Abrange perspectivas múltiplas, mobilizando aspectos subjectivos – valores humanos, éticos, sociais psicológicos e políticos –, e objectivos – aspectos técnicos, económicos, sociais, etc.–. O tema tem sido (e continua a ser) discutido em diferentes domínios tais como a sociologia, a medicina, a biologia ou a Psicologia.

As sociedades tendem a dividir-se entre os pró-vida (mais especificamente «pela vida») e os «pró-aborto»², numa dicotomia provavelmente errada. É nossa crença que todas as pessoas são contra a IVG e que só recorrem a ela em casos limite. Tal é, aliás, bem expresso num estudo que se propõe descrever a qualidade dos cuidados no aborto num país nórdico – Finlândia – onde tal

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

¹ Referido no jornal *Público* de 19 de Março de 1998, p. 22. A notícia refere-se a uma recomendação do Secretariado Nacional das Misericórdias Portuguesas para as instituições que se encontram sob sua tutela. De notar que a Misericórdia tem um papel amplo no Sistema de saúde português, nomeadamente gerindo, já, inúmeros hospitais e aguardando a devolução, por parte do estado, de muitos outros.

² Nas sociedades ocidentais onde o tema é discutido há mais tempo a expressão é «pró-escolha». Na fase incipiente em que a discussão se encontra em Portugal esta expressão é demasiado elaborada e o que parece estar em discussão é se o aborto é aceitável em determinadas condições ou não pelo que nos parece mais adequado falar em «pró-aborto». De qualquer modo é assim que tem surgido a discussão, entre os que são contra e os que são a favor do aborto.

prática está regulamentada há cerca de 30 anos, e onde as necessidades e preocupações dos utentes de tal serviço são avaliadas. O estudo a que nos estamos a referir começa com a seguinte frase «O aborto induzido é normalmente um acontecimento stressante na vida das mulheres, sejam quais forem as razões do aborto» (Sihvo, Hemminki, Kosunen, & Koponen, 1998, p. 210). O impacto desse acontecimento de vida nas pessoas variará de indivíduo para indivíduo, sendo mais fácil para uns ultrapassá-lo e inultrapassável para outros. Os aspectos psicológicos do aborto constituem uma parte importante deste processo que, mesmo nos países em que tal acto é pacífico e está bem organizado, como é o caso da Finlândia, não é ainda considerado. Como referem os autores anteriormente citados «da grande variedade de literatura sobre o aborto, podemos formular a hipótese que os aspectos psicológicos não estão a ser tomados em conta suficientemente, e o apoio disponibilizado é geralmente inadequado» (p. 210). Ora em Portugal o que se está ainda a discutir, é se recorrer à IVG é ou não admissível.

Enquanto acto ilegal, a magnitude da IVG em Portugal é desconhecida e a natureza e tipo de impacto psicológico são, por isso, também, desconhecidos. O livro sobre a saúde dos portugueses publicado pelo Ministério da Saúde (MS, 1997) refere expressamente: «Também em relação ao aborto, embora não se disponha de números fiáveis, uma vez que se trata de acto clandestino, tudo leva a crer que tenha havido uma redução importante nos últimos 20 anos» (p. 66). Ou seja a maior parte das IVGs terá lugar, provavelmente, à margem do sistema de saúde, com consequências desconhecidas. O mesmo estudo refere que, entre 1980 e 1993, as mulheres que adoptaram práticas anticoncepcionais (DIU e pílula) aumentaram de 34,2% para 62,3% e o coito interrompido (como método anticonceptivo) passou de 38,8% para 17,6%. Referem ainda que 88% das mulheres em idade fértil e sexualmente activas utilizam um método o que estará, provavelmente, associado à diminuição do aborto.

O relatório do DEPS (1995) apresenta estatísticas de morbilidade hospitalar em que as complicações da gravidez, parto e puerpério representam a maior taxa de morbilidade, com 13,9% dos doentes saídos do hospital. Supõe-se que os

problemas eventualmente decorrentes de IVGs praticadas com assistência precária aparecerão nesta rubrica embora se ignore a parte que lhes caberá.

Sihvo *et al.* (1998) avaliando a qualidade da IVG na Finlândia, país cuja lei que permite a IVG por várias razões até às 12 semanas, existe desde 1970, e onde, embora não sendo livre «praticamente todas as mulheres que solicitam ao sistema de cuidados de saúde a realização do aborto, se tal ocorrer dentro do prazo estipulado, o fazem» (p. 211), verificam que este diminuiu entre 1973 e 1995 de 23000 para 9884 (7,8%). Se mais não fosse, por esta razão vale a pena haver uma lei que, evitando que este acto seja clandestino, permita a redução deste presumível flagelo.

A IVG não é uma questão de agora embora a discussão aberta sobre ela o seja. Segundo Deveureux, (1960), numa pesquisa sobre 400 sociedades primitivas, apenas uma desconhecia a IVG. A partir do fim da primeira guerra mundial, a União Soviética num decreto de 1920, deixou de considerar a IVG um crime para passar a ser considerada um direito da mulher. Nos países da Europa Ocidental, devido às perdas de vida sofridas na Primeira Guerra Mundial, os governos voltaram-se para uma política natalista que reprimia a IVG. Foi o caso da França que além de não apoiar a IVG não permitia qualquer tipo de propaganda de métodos anti-concepcionais.

Com a ascensão do nazismo, as leis anti-abortivas tornaram-se severas nos países em que se apelava a uma hipernatalidade com o objectivo de produzir «filhos para a pátria». Nesse contexto, a IVG passou a ser punida com a pena de morte, tornando-se um crime contra a nação. Por exemplo, em França que durante o regime de Vichy instituiu, em 1939, a pena máxima para a IVG, houve duas mulheres condenadas. Outros regimes, como o salazarismo e o franquismo, caracterizaram-se também por leis extremamente rígidas anti IVG. Após a Segunda Guerra Mundial as leis continuaram em geral bastante restritivas, com excepção dos países escandinavos e do Japão.

A partir dos anos 60, com o aparecimento de movimentos feministas, houve uma tendência para uma liberalização que se acentuou na década de 70. No limite considerava-se motivo sufi-

ciente para efectuar o aborto qualquer tipo de ameaça ao «bem-estar».

A Organização Mundial de Saúde (1983), define IVG como «morte fetal antes da expulsão do produto completo da gestação, independentemente da duração desta» (p. 31). Considera como IVG precoce, as realizadas até às 16 semanas de gravidez, intermediária entre 17 a 24 semanas e tardia depois das 25 semanas. Consoante o tempo de gravidez assim varia o método de IVG mais indicado. Podem-se considerar vários métodos de IVG tais como: a aspiração, curetagem, indução, microcesariana, farmacológico, e o hormonal. Rosen (1992), divide os métodos mais utilizados em cirúrgicos – aspiração por vácuo – e farmacológicos (o recurso, até às sete semanas, a compostos hormonais semelhantes às prostaglandinas que são produzidas naturalmente pelo corpo humano, induzem a contracção uterina e, em poucas horas, uma hemorragia com expulsão do feto). Este último método é tão eficaz como a cirurgia não necessitando da intervenção técnica complexa desta.

Os profissionais vêm-se pessoalmente envolvidos no problema da IVG, com os seus sentimentos a variar entre condenação ou aprovação, sentimentos esses, determinados pelas suas ideias, valores, crenças e atitudes. Nathanson e Becker (1980), mostraram que 85% de médicos católicos romanos, 28% de médicos protestantes, e 9% de médicos judeus não praticavam a IVG.

Muitos dos médicos executavam a IVG com restrições que iam desde o tempo de gravidez, à técnica utilizada e às causas que levavam a mulher a praticá-la. Em relação ao tempo de gestação mostravam maior desagrado em praticar uma IVG no segundo trimestre de gravidez. Relativamente à técnica utilizada preferiam utilizar métodos não cirúrgicos. Relativamente às causas que levavam a mulher a procurar uma IVG tinham mais ressentimentos em relação àquelas que o faziam devido a situação económica precária, à perda do companheiro, ou ainda à sobrecarga do número de filhos, mostrando maior empatia pelas mulheres que a requeriam por razões em que a vida da mãe ou de ambos corria perigo, num contexto moral ou ético – violação ou incesto – e num contexto eugénico em que podia haver defeitos genéticos irreversíveis (Mascovich *et al.*, 1973).

Segundo estes autores, os profissionais sen-

tiam mais ressentimentos perante as mulheres que sentiam a IVG superficialmente, do que perante aquelas que depois de a praticarem se sentiam abatidas e decepcionadas. Um estudo feito na Grã-Bretanha por Savage e Francone (1989), mostrou que 75% dos médicos estava de acordo que quem deve decidir sobre as suas gravidezes é a mulher juntamente com o seu médico. Para estes autores, os médicos usam racionalização e defesas intelectuais para explicar a prática do aborto, e acreditam que a sua ajuda é no âmbito social.

Quanto ao pessoal de enfermagem, um estudo realizado por (Werley *et al.*, 1973) mostrou que são um dos grupos mais conservadores, que expressam sentimentos diferentes em relação ao tipo de IVG efectuado, mas que, tal como os médicos, são mais permissivos no aborto eugénico, terapêutico e ético.

Outro grupo que aparece ligado à IVG é o das assistentes sociais que são chamados a participar no processo indirectamente, Allen e Reichd (1974), mostram que as assistentes sociais são treinadas para terem uma atitude mais liberal do que os médicos e enfermeiros. Este treino, permite-lhes trabalhar com as mulheres que têm dificuldades em tomar decisões a esse nível. Quase sempre são solidárias com a mulher que quer praticar a IVG e sentem alguma frustração quando não conseguem arranjar meios para que a mulher a pratique.

É frequente, nos técnicos de saúde que trabalham directamente com a IVG o aparecimento de um conjunto de elementos subjectivos, objectivos, psicológicos e psicossomáticos tais como o síndrome de burnout, e maior propensão à depressão.

1.1. *Atitudes e comportamentos*

Anastasi (1990) explica que as atitudes tendem a ser definidas como uma tendência para reagir favoravelmente ou desfavoravelmente para com um qualquer estímulo. Por outro lado, ainda segundo esta autora, a investigação mostra que há discrepâncias entre o comportamento manifesto e as atitudes expressas. Por exemplo, Kelman (1974) numa análise da relação entre atitude e acção sugere que as atitudes são um construto de personalidade útil se visto como parte integrante da acção e não como um indica-

TABELA 1
Tipos de atitude

tipo de resposta	categorias de resposta		
	cognitivas	afectivas	conativas
verbal	expressão de crenças sobre o objecto da atitude	expressão de sentimentos sobre o objecto da atitude	expressão de intenções comportamentais
não-verbal	Reacções perceptivas para o objecto da atitude	reacções fisiológicas para com o objecto da atitude	comportamentos abertos para com o objecto da atitude

Segundo Ajzen (1988, p. 5)

dor de acção. Atitudes e acções estão ligados num processo recíproco contínuo cada um gerando o outro numa cadeia infinita. As atitudes podem contribuir para alterar a acção e a acção pode alterar as atitudes.

Para Ajzen (1988), atitude «é a disposição para responder favoravelmente ou desfavoravelmente a um objecto, pessoa, instituição, ou acontecimento» (p. 4). Este autor explica que as atitudes são construtos hipotéticos inacessíveis por observação directa, que têm de ser inferidos por respostas mensuráveis. Continua afirmando que uma das classificações mais populares das respostas consiste no cruzamento de dois eixos, um eixo que se refere ao tipo de resposta, abrangendo respostas não verbais versus verbais, e outro eixo que engloba três categorias de respostas: cognitivas, afectivas e conativas (Tabela 1).

Dillman (1978) sugere que as perguntas que se propõem exprimir a direcção, ou o modo como as pessoas sentem acerca de determinado objecto utilizam normalmente palavras como apoio ou não apoio, prefiro ou não prefiro, deve versus não deve, bom versus mau, correcto versus errado, desejável versus indesejável. Dillman distingue as atitudes de crenças enquanto Ajzen (1988) refere que as crenças são categorias de resposta que expressam atitudes.

O objectivo da presente investigação é identificar, discutir e analisar as atitudes de profissionais de saúde perante a IVG. Trata-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo e comparativo.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. *Sujeitos*

66 sujeitos participaram no estudo. Para participarem tinham de trabalhar num contexto em que contactassem com mulheres que se podiam submeter a IVG, e aceitar participar na investigação. Constituem uma amostra de oportunidade e inclui os seguintes grupos sócio-profissionais: médicos, enfermeiros psicólogos/educadores/assistentes sociais.

2.2. *Material*

Na perspectiva de Ajzen (1988) foi construído um questionário, anónimo e confidencial, auto-preenchido, com 27 itens, que se propunha avaliar atitudes perante a IVG. O questionário apresenta um conjunto de afirmações que pretendem exprimir, por um lado, o que o sujeito pensa acerca do aborto, por outro, o que sente perante o aborto e, como actuação perante a IVG. Deliberadamente pretendia-se que o questionário fosse reduzido de modo a que não provocasse reacções adversas ao seu preenchimento com base no seu tamanho.

Um questionário difere de uma escala porque o primeiro deve ser utilizado para recolher informação acerca de aspectos variados, considerando-se que as questões não estão relacionadas umas com as outras. As respostas podem ser somadas de modo a obter uma nota única, mas não

há a assunção de que apenas uma dimensão está a ser avaliada.

Ao contrário, as escalas são tipos especiais de questionários em que há a garantia de que os itens nele incluídos são consistentes e avaliam a mesma dimensão, dando origem a uma nota única que a expressa (Henerson, Morris, & Fitz-Gibbon, 1978). Neste caso deve haver particular cuidado na construção e na análise das repostas, e de retirar as questões que dão azo a respostas erráticas, de modo a garantir que a resposta a cada item é consistente com as respostas aos outros itens (consistência interna): ou seja, para se poder garantir que todos os itens avaliam a mesma dimensão e que, por isso, pertencem à mesma sub-escala.

Os itens incluídos no questionário são afirmações a que os indivíduos respondiam numa escala tipo Likert com cinco posições, se «concordavam totalmente», «concordavam», «não concordavam nem discordavam», «discordavam» e «discordavam totalmente».

2.3. Procedimento

Os dados foram recolhidos numa instituição da cidade de Lisboa especializada em lidar com todas as situações ligadas à gravidez. Após contacto com a administração, explicados os objectivos e procedimentos a utilizar, o questionário foi

apreciado pelas entidades adequadas e a autorização para a recolha de dados foi concedida. De seguida os profissionais foram contactados pessoalmente e, após a sua aquiescência em participar no estudo o questionário era entregue e posteriormente recolhido.

2.4. Análise dos resultados

O questionário foi avaliado de duas formas distintas: a) enquanto questionário em que não se assume que os itens abordam a mesma dimensão e b) enquanto escalas em que os itens são agrupados por dimensões, e onde a validade de conteúdo e a consistência interna é conhecida e adequada. Para este segundo caso, as propriedades psicométricas do questionário foram estudadas e os itens foram agrupados em escalas com base na análise de componentes principais (ACP) e na análise de conteúdo.

3. RESULTADOS

A amostra inclui as seguintes categorias de profissionais por sexo conforme se apresenta na Tabela 2.

Verifica-se uma predominância de mulheres, principalmente entre os profissionais de enfermagem. As idades dos participantes distribuíam-

TABELA 2
Participantes por sexo e profissão

	Médicos	Enfermeiros	Psic/sociais/educ	Total
Mulheres	12	34	2	48
Homens	16	1	1	18
Total	28	35	3	66

TABELA 3
Distribuição dos participantes por grupos de idade

	Médicos	Enfermeiros	Psic/sociais/educ	Total
< de 30 anos	1	2	–	3
30-40 anos	9	9	2	20
40-50 anos	10	14	–	24
< de 50 anos	8	10	1	19
Total	28	35	3	66

TABELA 4
Tipo de religião, por sexo, dos profissionais que participaram no estudo

Religião	Médicos		Enfermeiros		Psic/sociais/educ		Total
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	
Católica praticante	1	1	6	–	–	–	8
Católica não praticante	7	10	17	1	1	–	36
Outras	2	5	9	–	1	–	17

-se pelas seguintes categorias conforme a Tabela 3.

Verifica-se uma predominância de sujeitos no grupo etário 40-50 anos. Quanto ao tipo de religião, a distribuição dos participantes do estudo é apresentada na Tabela 4.

A Tabela mostra que a maioria dos participantes do estudo são católicos não praticantes.

3.1. Resultados das respostas concebidas como um questionário

Este primeiro passo envolveu dois tipos de análise distintas. a) Por um lado a distribuição das respostas foi inspeccionada item por item com o objectivo de identificar padrões anormais de distribuição das respostas; b) Por outro lado inspeccionou-se se havia diferenças estatisticamente significativas para os grupos formados a partir das seguintes variáveis: sexo, profissão, religião e grupo de idade.

Por padrão anormal de distribuição de resposta considera-se aquelas respostas cuja distribuição de afaste nitidamente de uma distribuição campanular. Quanto à primeira análise verificou-se que as seguintes questões apresentavam um padrão de distribuição anormal: Na questão 2 «Ainda que seja incómodo pensar neste problema continuaria a não ter preconceitos contra a sua prática (a IVG)», a distribuição das respostas fez-se conforme se pode ver na Figura 1.

A observação da distribuição das respostas mostra que os respondentes tendem a colocar-se em duas posições opostas, com cerca de metade a responder que concorda com a afirmação e outra metade a responder que discorda.

Na questão 3 «Se lhe pedissem apoio para

FIGURA 1
Distribuição das respostas ao item 2

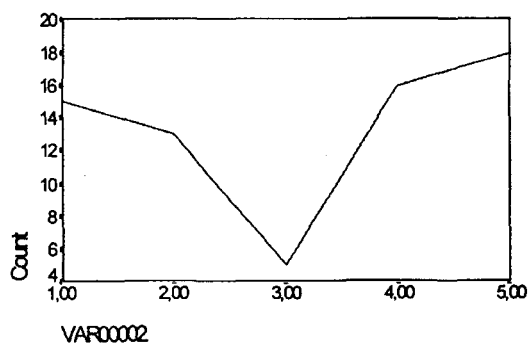
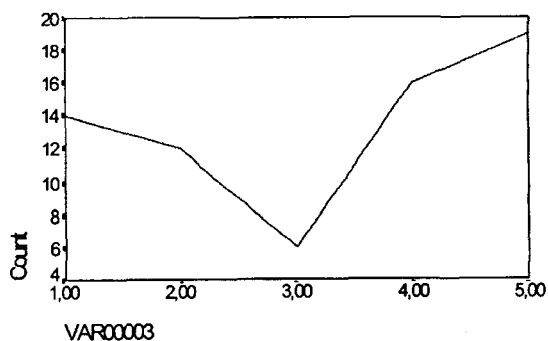


FIGURA 2
Distribuição das respostas ao item 3

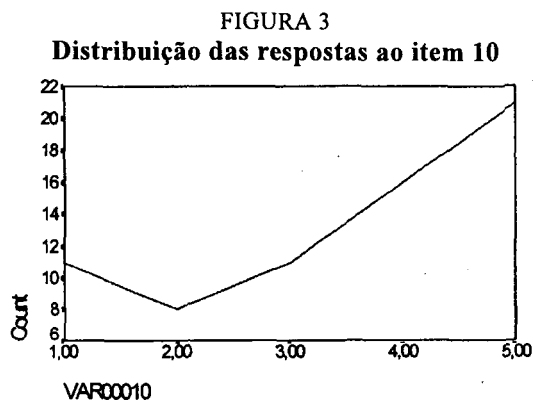


fazer uma IVG dá-lo-ia sem desapontamento ou culpa», a distribuição das respostas fez-se conforme se pode ver na Figura 2.

Como no item anterior os respondentes tendem a extremar-se, com a maior parte a afirmar

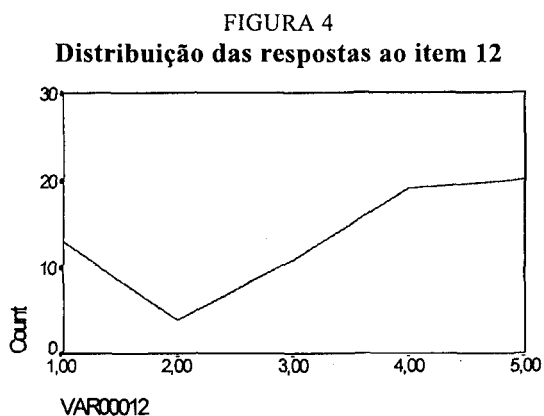
que discorda totalmente da afirmação seguida dos que discordam, e no extremo oposto os que concordam totalmente com a afirmação.

Na questão 10 «Se pertencesse ao governo seria contra a alteração da legislação que facilitasse o aborto», a distribuição das respostas fez-se conforme se pode ver na Figura 3.



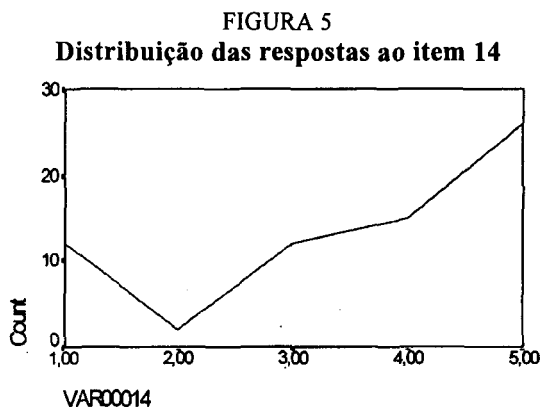
As respostas a este item têm um padrão menos contraditório do que os anteriores. A maior parte «discorda» ou «discorda totalmente» da afirmação (cerca de 50% dos respondentes), uma parte «não concorda nem discorda», a resposta «concordo» recebe poucas respostas para de novo crescerem as respostas «concordo totalmente».

Na questão 12 «a ideia de fazer uma IVG não me perturba nada», a distribuição das respostas fez-se conforme se pode ver na Figura 4.



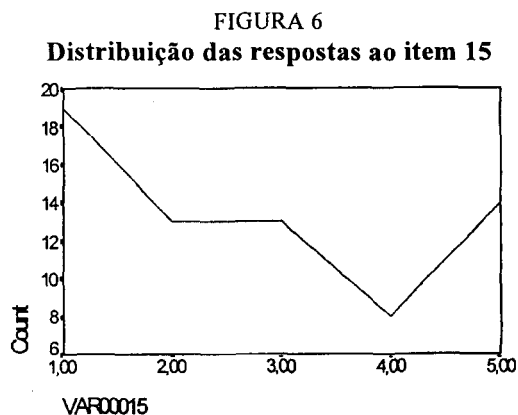
O padrão de distribuição das respostas assemelha-se ao da questão 10, verificando-se uma tendência para os sujeitos responderem «discordo» ou «discordo totalmente». Comparando com distribuição de respostas anteriores verifica-se que a IVG pode ser controversa, na medida em que, embora a tendência dominante seja a favor da legalização da IVG, a ideia perturba as pessoas.

Na questão 14 «Não associo a IVG com morte», a distribuição das respostas fez-se conforme se pode ver na Figura 5.



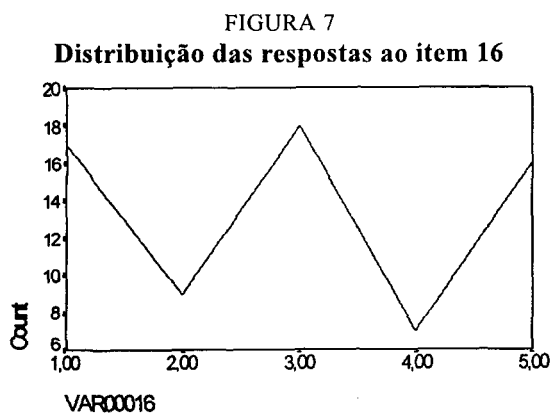
O padrão de distribuição das respostas assemelha-se ao das duas questões anteriores com uma tendência para os sujeitos responderem «discordo» ou «discordo totalmente».

No item 15 «Quando a grávida não tem condições psicológicas para a maternidade apoio a IVG», a distribuição das respostas fez-se conforme se pode ver na Figura 6.



O padrão de respostas a este item é inverso dos anteriores, com os respondentes a afirmar que «concordam» ou «concordam totalmente», com poucas repostas no «discordo» para crescerem as respostas «discordo totalmente».

Na questão 16 «Quando a grávida não tem condições sociais para a maternidade apoio a IVG», a distribuição das respostas fez-se conforme se pode ver na Figura 7.



O padrão de respostas apresenta uma distribuição anormal no sentido em que se aglomeram à volta de três picos, «concordo totalmente», «não concordo nem discordo», e «discordo totalmente». O conjunto dos profissionais estudados tem posições mais contraditórias relativamente aos aspectos sociais como se pode ver na Figura 7, enquanto há menos controvérsia para os aspectos psicológicos (Figura 6).

De seguida procede-se à inspeção das diferenças estatisticamente significativas entre os diversos grupos constituídos em função do sexo, profissão, religião e idade.

3.2. Em função do sexo

Para os grupos formados a partir do sexo, verifica-se que para o item «As pessoas que fazem a IVG deveriam ser socialmente recriminadas» há diferenças estatisticamente significativas, com o sexo feminino a manifestar mais discordância com a afirmação ($\bar{M}=4,21$), do que o sexo masculino ($\bar{M}=4,70$), $t(64,00)=2,51$, $p<0,02$,

para amostras independentes com variâncias desiguais tal como é medido com o teste de Levene.

Verifica-se o mesmo para o item «Pensar na IVG é uma situação que me provoca stress» com o sexo masculino a afirmar maior discordância com a afirmação ($\bar{M}=3,85$) do que as mulheres ($\bar{M}=3,00$), $t(64)=2,39$, $p<0,02$, para amostras independentes com variâncias iguais tal como é medido com o teste de Levene.

3.3. Em função da profissão

Como havia poucos sujeitos das profissões não-médico e não-enfermeiros, realizou-se a análise tomando somente em consideração os grupos profissionais dos médicos e enfermeiros. Encontram-se diferenças estatisticamente significativas para a afirmação «meditar e imaginar coisa sobre a IVG é uma perda de tempo» com os médicos a manifestar mais discordância com a afirmação ($\bar{M}=4,3$), do que os enfermeiros ($\bar{M}=3,70$), $t(56,06)=2,13$, $p<0,04$, para amostras independentes com variâncias desiguais tal como é medido com o teste de Levene.

3.4. Em função da religião

A análise de variância (*oneway*) mostrou que as médias entre grupos se diferenciavam de um modo estatisticamente significativo das médias intra grupos, $F(2,62)=3,32$, $p<0,05$, para a afirmação «Se a grávida deseja muito fazer a IVG fico satisfeito/a se ela a conseguir fazer», com os católicos praticantes a manifestar maior discordância ($\bar{M}=3,7$) do que os católicos não praticantes ($\bar{M}=3,05$) e do que os da categoria «outras» ($\bar{M}=2,44$).

A análise de variância das respostas à afirmação «A IVG não deve ser realizada porque implica uma dimensão ética importante (respeito pela vida)», mostrou que as médias entre grupos se diferenciavam de um modo estatisticamente significativo das médias intra grupos, $F(2,62)=3,79$, $p<0,03$, com os católicos praticantes a manifestar menor discordância ($\bar{M}=2,30$) do que os católicos não praticantes ($\bar{M}=2,82$) e do que os da categoria «outras» ($\bar{M}=3,66$).

3.5. Em função do grupo de idade

A análise de variância (oneway) para os grupos de idade referidos na Tabela 2, mostrou que as médias entre grupos se diferenciavam de um modo estatisticamente significativo das médias intra grupos, $F(3,62)=4,75$, $p<0,005$, para a afirmação «pensar a IVG é uma situação que me provoca stress», com o grupo de idade 40-50 anos a afirmar maior concordância ($M=2,88$) do que o grupo de idade inferior a 30 anos ($M=2,00$), do que o grupo de idade 30-40 anos ($M=1,94$) e do que o grupo de idade superior a 50 anos ($M=1,33$)

Para os mesmos grupos de idade verificou-se que as médias entre grupos se diferenciavam de um modo estatisticamente significativo das médias intra grupos, $F(3,62)=4,58$, $p<0,006$, para a afirmação «a ideia de fazer uma IVG não me perturba nada», com o grupo de idade superior a 50 anos a afirmar maior concordância com a afirmação ($M=4,00$), do que o grupo de idade 40-50 anos ($M=3,72$), do que o grupo de idade inferior a 30 anos ($M=3,25$) e do que o grupo de idade 30-40 anos ($M=2,47$).

Para os mesmos grupos de idade verificou-se que as médias entre grupos se diferenciavam de um modo estatisticamente significativo das médias intra grupos, $F(3,62)=3,31$, $p<0,03$, para a afirmação «às vezes tenho gestos de mau humor para quem pretende fazer a IVG», com o grupo de idade 30-40 anos a afirmar maior discordância com a afirmação, ($M=4,52$) do que o grupo de idade 40-50 anos ($M=4,28$), do que o grupo de idade inferior a 30 anos ($M=4,25$) e do que o grupo de idade superior a 50 anos ($M=3,58$).

Resumindo este tipo de análise pode-se constatar que a análise por item fornece informação interessante sobre as atitudes dos profissionais de saúde, verificando-se que, os profissionais se diferenciam em função de várias variáveis demográficas.

3.6. Análise dos dados considerando o questionário uma escala

Procedeu-se a uma análise de componentes principais, com rotação varimax para dois factores, conservando os itens que exibiam uma carga factorial, num dos factores, acima de 0,40. A so-

lução factorial encontrada é apresentada na Tabela 5.

TABELA 5
Carga das variáveis nos factores, para uma solução de dois factores, e percentagem de variância explicada por cada factor.

Itens	Factor 1	Factor 2
item 15	0,83	
item 16	0,82	
item 08	0,80	
item 18	0,79	
item 03	0,76	0,34
item 17	0,75	
item 02	0,70	
item 26	0,67	
item 25	0,67	
item 09	0,62	0,33
item 12	0,43	
item 06		0,83
item 07		0,79
item 19		0,65
item 24	0,34	0,59
item 11		0,55
item 10		0,51
item 14	0,43	0,48
item 22	0,42	0,46
eigenvalue	8,06	3,13
% var	42,4	17,4

A solução factorial exhibe uma boa carga factorial dos itens nos factores, mas para dois dos itens o índice de discriminação (com base numa diferença da carga factorial do item nos dois factores igual ou superior a 0,15), é baixo.

O factor 1 parece expressar uma orientação pró-aborto, e a escala constituída por este conjunto de itens tem uma consistência interna (Alfa de Cronbach) de 0,90. O factor 2 parece expressar uma orientação pró-vida, e a escala constituída por este conjunto de itens tem uma consistência interna de 0,81. A análise da consistência interna mostra que se pode considerar a existência de duas sub-escalas: Pró-aborto e pró-vida.

A inspecção das diferenças entre grupos para

as variáveis de controlo (sexo, profissão, religião e grupo de idade), quanto às sub-escalas pró-vida e pró-aborto, mostra que somente se verificam diferenças em função do sexo para a sub-escala pró-vida, com as mulheres a exibirem valores mais pró-vida ($M=21,04$) de um modo estatisticamente significativo do que os homens ($M=17,45$), $t(64)=2,10$, $p<0,04$.

A análise estatística quando se consideram os itens agrupados por escalas não diferencia os diversos grupos que foram constituídos com base no sexo, idade, religião e profissão, embora as escalas constituídas exibissem uma consistência interna elevada. Estes resultados apontam para uma maior vantagem em utilizar os itens individualmente ao invés dos agrupar.

3.7. Diferenças entre os sujeitos do sexo feminino

Dado que a maior parte dos participantes no estudo pertencia ao sexo feminino (72,72%), e considerando-se que, provavelmente, os resultados encontrados entre grupos constituídos em função da profissão, idade e religião, foram contaminados pelo sexo de pertença dos participantes, e por outro lado porque, nas discussões acerca da IVG, é frequente falar-se da posição da mulher independentemente da dos homens, ou contra a dos homens, inspeccionaram-se, por si só, as diferenças das respostas das mulheres das três profissões consideradas (médicas, enfermeiras e bloco assistentes sociais/ psicólogas/ educadoras) recorrendo à análise de variância (*oneway*).

A inspeção dos resultados para as mulheres das três profissões, mostrou que as médias entre grupos se diferenciavam de um modo estatisticamente significativo das médias intra grupos, $F(2,42)=3,09$, $p<0,05$, para a afirmação «quando a grávida não tem condições psicológicas para a maternidade apoio a IVG», com o grupo de profissões sociais a afirmar maior concordância ($M=1,00$) do que as médicas ($M=2,1$) e do que as enfermeiras ($M=3,03$).

A inspeção dos resultados para a afirmação «quando a grávida não tem condições sociais para a maternidade apoio a IVG», mostra que as mulheres das três profissões, exibiram diferenças médias entre grupos estatisticamente significativo das médias intra-grupos, $F(2,42)=3,43$,

$p<0,04$, com o grupo de profissões sociais a afirmar maior concordância ($M=1,00$) do que as médicas ($M=2,4$) e do que as enfermeiras ($M=3,30$).

A inspeção dos resultados para a afirmação «considero que quem deve decidir sobre a realização da IVG é o médico», as mulheres das três profissões, exibiram diferenças entre médias dos grupos que se diferenciavam de um modo estatisticamente significativo das médias intra grupos, $F(2,42)=4,07$, $p<0,02$, com o grupo de profissões sociais a afirmar maior discordância ($M=5,00$) do que as enfermeiras ($M=4,60$) e do que as médicas ($M=3,90$).

4. CONCLUSÃO

Os valores, atitudes, crenças, dos profissionais que, potencialmente, participarão na IVG é um aspecto importante a considerar nas decisões políticas sobre este acto. Os resultados desta investigação exploratória apontam contradições acentuadas, através dos diversos tipos de profissionais, dos sexos, das idades e dos grupos de idade. Por sua vez algumas destas variáveis, se fossem cruzadas, acentuariam estas diferenças. Pela pertinência do tema parece importante aprofundar a investigação nesta área, por um lado para poder identificar os problemas que seriam susceptíveis de ser objecto de trabalho e formação durante a formação escolar e na formação profissional, e por outro lado, nos casos mais controvertidos que pareçam não ser passíveis de formação serem acautelados os mecanismos passíveis de proteger esses profissionais.

Quanto ao tipo de análise realizado – considerando cada item por si ou agrupando os itens por escalas – verifica-se que, embora as escalas que foram construídas tenham propriedades psicométricas adequadas, são menos sensíveis às diferenças entre grupos do que cada item por si. Parece evidente pelos resultados expostos, que a análise item por item fornece mais informação do que a análise por escalas.

Os resultados encontrados que mostram que os indivíduos se diferenciam de um modo estatisticamente significativo para diversos aspectos demográficos – profissão, grupo de idade, profissão, sexo –, pelo que será adequado aumentar as amostras de modo a que se possa recorrer a procedimentos estatísticos mais sofisticados vi-

sando identificar as variáveis que explicam as diferenças de resposta quando se controlam as restantes. Estes procedimentos estatísticos exigem amostras maiores, tanto maiores quanto mais variáveis forem consideradas em simultâneo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Allen, D., & Reichd, P. (1974). Attitudes to abortion. *British Medical Journal*, 2, 69.
- Devereux, G. (1960). *A study of abortion in primitive societies*. New York: International Universities Press, Inc.,
- DEPS (1995). *Elementos estatísticos: Saúde/1993*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Ministério da Saúde.
- Dillman, D. (1978). *Mail and telephone surveys: the total design method*. New York: John Wiley & Sons.
- Henerson, M., Morris, L., & Fitz-Gibbon, C. (1978). *How to measure attitudes*. London: Sage Publications.
- Kelman, H. (1974). Attitudes are alive and well and gainfully employed in the sphere of action. *American Psychologist*, 29, 310-324.
- Mascovich, P. (1973). Attitudes of obstetric and gynecologic. In Rosenthal & F. R. Young (Eds.), *Psychiatric aspects of abortion* (233-251). New York: American Psychiatric Press.
- MS (1997). *A saúde dos portugueses*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde.
- Nathanson, C., & Becker, M. (1980). Obstetricians attitudes and hospital abortion services. *American Journal Obst. et Gynecol.*, 12, 26.
- Organização Mundial de Saúde (1983). *L'Avortement spontané ou provoqué* 5.
- Rosen, A.-S. (1992). Beliefs, attitudes, and intention in the context of abortion. *Journal of Applied Social Psychology*, 22 (18), 1464-1480.
- Savage, W., & Francone, C. (1989). Gynecologists attitude to abortion. In M. Rosenthal, & F. R. Young (Eds.), *Psychiathic aspects of abortion* (113-134). New York: American Psychiatric Press.
- Sihvo, S., Hemminki, E., Kosunen, E., & Koponen, P. (1998). Quality of care in abortion services in Finland. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 77, 210-217.

Werkey, H. (1973). Medicine, nursing social work professionals and birth control. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 110, 730- 733.

RESUMO

A interrupção voluntária da gravidez é um tema controverso nos países de influência cultural católica. Na prática deste acto há um grupo de técnicos que joga um papel importante na sua consecução: o pessoal do sistema de cuidados de saúde. A presente investigação é um estudo exploratório que visa descrever as atitudes dos técnicos de saúde relativamente a esta prática. Os participantes (72,72% do sexo feminino) formaram uma amostra não aleatória, de oportunidade, constituída por 66 sujeitos que acederam participar. Foi construído um questionário anónimo e confidencial, auto preenchido, que incluía 27 afirmações listando atitudes perante a IVG, a que os sujeitos respondiam numa escala tipo Likert. Os resultados foram descritos tomando em consideração que os itens do questionário podia ser considerados como uma escala ou um questionário, e foram considerado grupos formados em função da profissão, do sexo, da idade e da religião. Os resultados são apresentados e discutidos quer cada afirmação por si quer agrupadas em sub-escalas.

Palavras-chave: aborto, atitudes, profissionais de saúde.

ABSTRACT

Abortion is an illegal procedure in Portugal except in some extreme situations, until the 10th week of pregnancy. The aim of this study is to identify the attitude of Portuguese health professionals towards abortion. An opportunistic sample with 66 medical doctors, nurses, and psychologists, social workers and educators, gave answers to an attitude questionnaire with 27 items about abortion. The analysis of results shows conflicting attitudes between the sexes, the various professions, religions, and age groups. It also shows conflicting attitudes, with extreme groups stating that they are in favour of abortion and at the same time, the same respondents, saying that abortion is a very stressful procedure.

Key words: abortion, attitude, health professionals.