

Variáveis sociodemográficas e socioculturais e ajustamento psicológico à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez

Maryse Guedes¹, Sofia Gameiro² & Maria Cristina Canavarro³

Investigadores e clínicos têm destacado a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e socioculturais e a adaptação à experiência de interrupção voluntária da gravidez (IVG).

No contexto da recente legalização da IVG em Portugal, este estudo teve como objectivo investigar a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e socioculturais e o ajustamento psicológico no período decisório e após a IVG.

A amostra, recolhida na Maternidade Doutor Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, foi constituída por 53 mulheres que procuraram a Consulta de Aconselhamento Reprodutivo entre Dezembro de 2007 e Março de 2008. Este estudo prospectivo envolveu dois momentos de avaliação (antes e após a IVG), com recurso a instrumentos de auto-resposta.

As mulheres solteiras e separadas/divorciadas e com forte afiliação religiosa que optaram pela IVG tenderam a apresentar pior ajustamento psicológico. São debatidas as implicações destes resultados para a investigação e prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Interrupção voluntária da gravidez (IVG); ajustamento psicológico; variáveis sociodemográficas; religiosidade.

1 Aluna de Mestrado Integrado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra – maryseguedes@gmail.com

2 Aluna de Doutoramento (Ref. FCT – SFRH/BD/21584/2005), Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal. Colaboradora na Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) da Maternidade Doutor Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal – Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana.

3 Professora Catedrática da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal; Coordenadora da Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) da Maternidade Doutor Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal – Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana.

1. Introdução

Investigadores e clínicos têm destacado o papel de algumas variáveis sociodemográficas e socioculturais que, consoante a sua natureza, mostraram estar associadas a uma melhor ou pior adaptação à experiência de interrupção voluntária da gravidez (IVG), quer durante o período de tomada de decisão em relação à interrupção quer no período que se segue à mesma, sendo, por isso, merecedores de atenção clínica por parte dos profissionais de saúde (Minden & Notman, 1991).

A literatura da área sugere que o momento da decisão de IVG tem recebido pouca atenção por parte dos investigadores pelo que pouco se sabe ainda sobre os factores de variabilidade interindividual na adaptação ao período de decisão que antecede a interrupção da gestação. Contudo, alguns autores têm apontado que a dificuldade que as mulheres experienciam face à decisão de IVG e a forma como lidam com este processo decisional pode ser complicada por algumas variáveis sociodemográficas e socioculturais, nomeadamente: ser casada (Bracken, 1978), ter menor nível de instrução (Minden & Notman, 1991) e ter uma forte afiliação religiosa (Osofsky & Osofsky, 1972).

O período pós-IVG tem sido mais amplamente estudado, existindo um conhecimento mais abrangente a respeito dos factores sociodemográficos e socioculturais que influenciam o ajustamento psicológico a esta experiência reprodutiva.

Assim, ao nível das variáveis sociodemográficas, a idade mais jovem tem sido tradicionalmente apontada como um importante factor de risco para dificuldades de adaptação no período pós-IVG (Adler, 1975; Bracken, Klerman & Bracken, 1974; Payne, Kravitz, Notman & Anderson, 1976), uma posição apoiada por alguns estudos empíricos levados a cabo junto de adolescentes (Franz & Reardon, 1992). No entanto, outros investigadores não têm observado associações significativas entre a idade e o ajustamento psicológico pós-IVG (Cohen & Roth, 1984; Moseley, Follingstad, Harley, & Heckel, 1981; Osofsky & Osofsky, 1972), considerando que as diferenças encontradas, nalguns estudos, em função da idade, tendem a reflectir a influência de variáveis mais complexas, tais como a saúde mental prévia, as expectativas de auto-eficácia, as estratégias de coping, o receio do procedimento de IVG, o conflito pessoal e/ou interpessoal em relação à IVG ou a coerção por parte de terceiros (Pope, Adler & Tschann, 2001; Quinton, Major & Richards, 2001).

A associação entre outras variáveis sociodemográficas e o ajustamento psicológico das mulheres no período que se segue à IVG tem reunido maior consenso. Com efeito, a generalidade das investigações empíricas tem evidenciado que as mulheres solteiras e com menor nível de instrução tendem a apresentar mais indícios de reactividade emocional negativa e perturbação emocional, no período pós-IVG (Adler, 1975; Bracken et al., 1974; Franz & Reardon, 1992; Osofsky & Osofsky, 1972).

Entre as variáveis socioculturais, a religiosidade tem merecido particular atenção por parte dos investigadores e clínicos do domínio; neste contexto, a maioria dos estudos tem demonstrado que uma forte afiliação religiosa a uma cultura que condena a IVG (particularmente à religião católica) e a frequência regular de celebrações religiosas tendem a influenciar as respostas emocionais das mulheres após esta resolução reprodutiva, associando-se a maior depressão, culpa e vergonha (Adler, 1975; Congleton & Calhoun, 1993; Osofsky & Osofsky, 1972; Payne et al., 1976).

A recente alteração da lei que enquadra a IVG por opção da mulher, até às dez semanas de gestação, no nosso país (Lei 16/2007 de 17 de Abril) torna imperativa a investigação de potenciais factores de risco e protecção que possam facilitar ou dificultar a adaptação à IVG, no momento da decisão e após a mesma, entre as mulheres portuguesas que optam por esta resolução reprodutiva.

Nesse sentido, o presente estudo teve como principal objectivo investigar a relação existente entre alguns determinantes sociodemográficos (idade, estado civil, habilitações literária) e socioculturais (religiosidade) e o ajustamento psicológico das mulheres no momento da decisão (primeira Consulta de Aconselhamento Reprodutivo) e após a experiência de IVG (terceira Consulta de Aconselhamento Reprodutivo - duas a quatro semanas após a IVG).

Tendo em conta a revisão apresentada, hipotetizamos que as mulheres mais jovens, casadas, com menor nível de instrução e com forte afiliação religiosa tenderão a experienciar níveis mais elevados de reactividade emocional negativa e psicopatologia, no momento da decisão de IVG. Por outro lado, esperamos que as mulheres mais jovens, solteiras, com menor nível de instrução e com forte afiliação religiosa tenderão a experienciar níveis mais elevados de reactividade emocional negativa e psicopatologia, após a experiência de IVG.

2. Metodologia

2.1. Amostra

A amostra foi constituída por 53 mulheres que procuraram a Consulta de Aconselhamento Reprodutivo da Maternidade Doutor Daniel de Matos dos Hospitais da Universidade de Coimbra, para interromperem a gravidez, entre Dezembro de 2007 e Março de 2008. Das 53 mulheres que acederam colaborar no nosso estudo, no momento da decisão de interrupção, 21 também concordaram participar no segundo momento de avaliação, após a experiência de interrupção.

As idades das participantes oscilavam entre os 17 e os 43 anos ($M = 26.68$, $DP = 5.570$), observando-se uma preponderância de mulheres com idade compreendida entre os 25 e os 29 anos (43.4%). Relativamente ao estado civil, 54.7% eram solteiras, 30.2% eram casadas/unidas de facto e 15.1% eram separadas/divorciadas. A maioria das participantes residia numa área predominantemente urbana (71.7%) e no distrito de Coimbra (83.0%). No que diz respeito às habilitações literárias, 41.5% apresentava um nível de escolaridade equivalente ao ensino secundário, 32.1% ao ensino básico, 24.5% ao ensino superior. Relativamente à situação profissional, mais de metade das participantes (54.7%) estava actualmente envolvida numa actividade profissional, sendo que das restantes 24.5% eram estudantes, 15.1% desempregadas e 1.9% não tinham actividade profissional. De acordo com a categorização de Simões (1994), cerca de metade das participantes apresentava um nível socioeconómico baixo (51.9%), sendo que as restantes participantes (47.2%) auferiam um nível socioeconómico médio.

Na sua maioria católicas (90.6%), as participantes tendiam a frequentar celebrações religiosas algumas vezes por ano ou com menos frequência ainda ($M = 2.40$, $DP = 1.32$), embora considerassem que a religião tinha um papel razoavelmente importante a importante na sua vida ($M = 3.58$, $DP = 1.78$).

Quadro 1. Caracterização da amostra.

	Frequência	%
Idade		
< 20	7	13.2
20-24	10	18.9
25-29	23	43.4
30-34	8	15.1
> 35	5	9.5
Estado civil		
Solteira	29	54.7
Casada/União de facto	16	30.2
Separada/Divorciada	8	15.1
Residência		
Área predominantemente urbana	38	71.7
Área maioritariamente urbana	6	11.3
Área predominantemente rural	9	17.0
Distrito de residência		
Coimbra	44	83.0
Aveiro	7	13.2
Viseu	2	3.8
Situação profissional		
Com actividade profissional	31	54.7
Desempregada	8	15.1
Estudante	13	24.5
Sem actividade profissional/Doméstica	1	1.9

Habilitações literárias*		
Ensino básico	17	32.1
Ensino secundário	22	41.5
Ensino superior	13	24.5
Nível socioeconómico*		
Baixo	28	52.8
Médio	25	47.2
Elevado	0	0

* N < 53 – revela dados em falta.

2.2. Instrumentos

No primeiro momento de avaliação, o nosso protocolo de investigação foi constituído por uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos e por dois itens (escalonados de um a sete), destinadas a avaliar a frequência de participação em celebrações religiosas e a importância atribuída à fé religiosa. Em ambos os momentos de avaliação, incluímos dois questionários de auto-resposta, destinados a avaliar o ajustamento psicológico: a Escala de Avaliação das Emoções e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

De seguida, apresentamos sumariamente os instrumentos de avaliação, incluídos no nosso protocolo de investigação:

– Escala de Avaliação das Emoções [EAS; Emotional Assessment Scale] (Carlson et al., 1989; Versão Portuguesa: Moura-Ramos, Araújo Pedrosa & Canavarro, 2005): tem como principal objectivo medir a reactividade emocional e é constituída por 24 itens que correspondem a descrições de emoções consideradas fundamentais (medo, felicidade, ansiedade, culpa, cólera, surpresa e tristeza), sendo especialmente útil na medida de níveis momentâneos e de mudança de emoções. Para cada um dos descritores indicados, o indivíduo deve posicionar-se no local da escala analógica visual (“o menos possível” ao “o mais possível”) que melhor representa a forma como se sente no momento actual.

– Inventário de Sintomas Psicopatológicos [BSI; Brief Symptom Inventory] (Derogatis, 1993; Versão Portuguesa: Canavarro, 1999): é um inventário de auto-resposta, constituído por 53 itens, que avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos, Índice de Sintomas Positivos), que funcionam como avaliações sumárias de perturbação emocional. A avaliação da sintomatologia psicopatológica, através deste inventário, restringe-se a um período temporal específico, devendo o sujeito assinalar “a forma como aquele problema o afectou

nos últimos sete dias”, numa escala de tipo Lickert, cujas alternativas se dividem entre os extremos “Nunca” (0) e “Muitíssimas vezes” (4).

2.3. Procedimentos

Para a recolha de dados foi feito previamente um pedido de colaboração voluntária no estudo; explicado às participantes a natureza e os objectivos do estudo; garantida a confidencialidade e anonimato das respostas; e assinado o consentimento informado, previamente aprovado pela Comissão de Ética do Conselho de Administração do Hospital.

Procedemos à recolha de dados, em dois momentos de avaliação distintos: o primeiro, no momento da decisão de IVG, coincidente com a primeira Consulta de Aconselhamento Reprodutivo; o segundo, duas a quatro semanas após a experiência de interrupção, na terceira Consulta de Aconselhamento Reprodutivo.

Tendo em conta as contingências da lei em vigor, o acesso às utentes foi feito indirectamente, com a colaboração das funcionárias da secretaria da Maternidade Doutor Daniel de Matos e dos médicos obstetras que constituíam a equipa da Consulta de Aconselhamento Reprodutivo deste estabelecimento de saúde. Assim, a recolha de dados foi realizada através da entrega dos protocolos correspondentes, em envelope fechado, por parte das funcionárias da secretaria, a todas as utentes que procuravam este serviço de saúde. A entrega dos protocolos preenchidos pelas participantes era feita no gabinete médico, no final da consulta ou por correio, num envelope selado e endereçado para o efeito, caso não tivessem concluído o seu preenchimento.

2.4. Tratamento estatístico dos dados

Numa primeira fase, para a caracterização sócio-demográfica das amostras e dos diferentes grupos que a compõem recorreremos, sobretudo à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão). Para outras análises, e com o objectivo de averiguar a existência de diferenças entre os grupos, recorreremos à estatística inferencial, considerando como significativas as diferenças com um nível de significação inferior ou igual a 0.05. Neste sentido, e em função das variáveis consideradas, foram realizados testes de U de Mann Whitney e testes de Kruskal Wallis (na medida em que os grupos comparados não preenchiam os pressupostos para utilização dos seus equivalentes paramétricos). Adicionalmente, foram calculados coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman (quando as variáveis em análise não seguiam uma distribuição normal) para averiguar a

associação entre variáveis de natureza contínua, considerando também um nível de significação inferior ou igual a 0.05. Para o tratamento estatístico e análise dos resultados, utilizámos a versão 15.0 do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science).

3. Resultados

3.1. Variáveis sociodemográficas

3.1.1. Idade

Como se pode observar no Quadro 2, no momento da decisão, não observámos associações estatisticamente significativas entre a idade e os eixos de ajustamento psicológico considerados.

No período pós-interrupção, observámos correlações negativas entre a idade e a dimensão de tristeza, ao nível da reactividade emocional. No que respeita à sintomatologia psicopatológica, verificámos correlações negativas entre a idade e as dimensões de depressão e hostilidade.

Quadro 2. Associações entre a idade e o ajustamento psicológico, no momento da decisão e no período pós-interrupção (Correlações de Pearson e Spearman).

	Idade	
	Momento da decisão (N = 47)	Período pós-interrupção (N = 20)
Reactividade emocional (EAS)		
Medo	0.13	-0.13
Felicidade	-0.23	0.36
Ansiedade	0.09	-0.12
Culpa	0.16	-0.06
Cólera	0.24	-0.25
Surpresa	-0.21	0.09
Tristeza	0.24	-0.45*
Sintomatologia psicopatológica (BSI)	Momento da decisão (N = 53)	Período pós-interrupção (N = 21)
Somatização	-0.24	-0.16
Obs. compulsões	0.10	-0.17
Sens. interpessoal	-0.09	-0.31
Depressão	0.00	-0.49*
Ansiedade	0.05	-0.11
Hostilidade	-0.08	-0.45*
Ansiedade fóbica	-0.08	-0.13
Id. paranóide	-0.02	-0.37

Psicoticismo	-0.07	-0.33
IGS	-0.06	-0.18
TSP	-0.15	-0.42
ISP	-0.06	-0.42

* $p \leq 0.05$

534

3.1.2. Estado civil:

No momento da decisão de IVG, verificámos diferenças estatisticamente significativas ao nível da reactividade emocional, na dimensão de felicidade. As análises *a posteriori* revelaram que as mulheres casadas/unidas de facto experienciavam menor felicidade comparativamente com as mulheres divorciadas/separadas ($Z = -2.47$, $p = 0.01$) e solteiras ($Z = -2.10$, $p = 0.04$).

Quadro 3. Ajustamento psicológico em função do estado civil, no momento da decisão (Teste de Kruskal-Wallis).

EAS (N = 47)	Solteira (n=26)		Casada/ Unida de facto (n =13)		Separada/ Divorciada (n=8)		Kruskal-Wallis	
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	χ^2	p
Medo	23.35	1.94	25.12	2.73	29.59	2.87	3.37	0.19
Felicidade	5.70	1.28	2.00	0.96	4.42	1.05	6.52	0.04
Ansiedade	18.37	2.10	17.27	3.21	26.43	3.69	3.53	0.17
Culpa	20.10	2.42	18.52	2.31	24.67	3.66	1.53	0.47
Cólera	11.91	1.76	14.03	2.09	16.14	2.67	2.21	0.33
Surpresa	13.29	1.76	9.35	2.18	12.08	3.26	1.67	0.43
Tristeza	11.84	1.19	14.28	1.36	12.46	1.73	1.12	0.57
BSI (N = 53)	Solteira (n=29)		Casada/Unida de facto (n =16)		Separada/ Divorciada (n=8)		Kruskal-Wallis	
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	χ^2	p
Somatização	1.18	0.15	1.04	0.30	1.48	0.25	4.72	0.09
Obs./compulsões	1.24	0.16	1.12	1.20	1.56	0.25	2.93	0.23
Sens.interpessoal	0.88	0.15	0.58	0.16	1.31	0.29	6.92	0.03
Depressão	1.26	0.16	1.06	0.17	1.71	0.29	5.22	0.07
Ansiedade	1.41	0.19	1.27	0.18	1.69	0.23	3.38	0.19
Hostilidade	1.35	0.18	1.11	0.26	1.53	0.26	3.38	0.19
Ansiedade fóbica	0.59	0.12	0.29	0.09	0.70	0.21	3.02	0.22
Id.paranóide	0.96	0.13	0.75	0.25	1.53	0.34	6.13	0.04
Psicoticismo	0.97	0.15	0.54	0.18	1.10	0.22	7.86	0.02
IGS	1.13	0.12	0.93	0.17	1.45	0.19	7.67	0.02
TSP	31.85	2.50	25.23	2.67	39.38	3.85	5.24	0.73
ISP	1.81	0.09	1.91	0.18	1.91	0.14	0.52	0.76

$p \leq 0.05$

Ao nível da sintomatologia psicopatológica, observámos diferenças estatisticamente significativas no índice geral de sintomas e nas dimensões de psicoticismo, sensibilidade interpessoal e ideação paranóide. Os testes *a posteriori* revelaram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres casadas/unidas de facto e divorciadas/separadas ($Z = -2.57$, $p = 0.09$) ao nível do índice geral de sintomas, do psicoticismo ($Z = -2.24$, $p = 0.03$), da sensibilidade interpessoal, ($Z = -2.54$, $p = 0.011$) e da ideação paranóide ($Z = -2.19$, $p = 0.03$); observámos igualmente diferenças significativas entre as mulheres solteiras e casadas/unidas de facto ao nível do psicoticismo ($Z = -2.41$, $p = 0.02$) e tendencialmente significativas ao nível do índice geral de sintomas ($Z = -1.96$, $p = 0.05$).

No período pós-IVG, não observámos diferenças estatisticamente significativas ao nível da reactividade emocional e da sintomatologia psicopatológica, em função do estado civil (cf. Quadro 4).

Quadro 4. Ajustamento psicológico em função do estado civil, no período pós-interrupção (Teste de Kruskal-Wallis).

EAS (N = 20)	Solteira (n=13)		Casada/Unida de facto (n = 4)		Separada/ Divorciada (n = 3)		Kruskal-Wallis	
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	χ^2	p
Medo	17.50	3.46	15.40	5.83	20.07	5.35	0.23	0.89
Felicidade	7.93	2.03	10.65	2.26	6.37	3.32	1.79	0.41
Ansiedade	12.68	3.32	9.73	3.03	19.42	3.91	1.24	0.54
Culpa	20.54	3.97	9.55	5.41	21.65	8.07	2.33	0.31
Cólera	10.85	2.63	8.30	4.52	10.30	4.85	0.58	0.75
Surpresa	11.56	2.12	7.40	2.86	12.58	2.42	1.70	0.43
Tristeza	8.87	1.75	7.85	3.41	9.17	0.26	0.51	0.78
BSI (N = 21)	Solteira (n = 14)		Casada/Unida de facto (n = 4)		Separada/ Divorciada (n = 3)		Kruskal-Wallis	
	M	D.P	M	D.P	M	D.P	χ^2	p
Somatização	0.81	0.16	0.43	0.29	0.90	0.34	1.88	0.39
Obs./compulsões	1.07	0.22	0.50	0.07	1.06	0.39	2.63	0.27
Sens.interpessoal	1.14	0.26	0.94	0.71	0.92	0.46	0.53	0.77
Depressão	1.26	0.25	1.17	0.68	1.17	0.59	0.83	0.66
Ansiedade	0.92	0.21	0.92	0.58	1.22	0.56	0.74	0.69
Hostilidade	1.22	0.56	1.13	0.25	0.90	0.31	0.42	0.81
Ansiedade fóbica	1.13	0.33	0.64	0.19	0.45	0.45	0.76	0.69
Id.paranóide	1.30	0.27	0.75	0.62	1.33	0.52	1.39	0.50
Psicoticismo	1.04	0.23	0.70	0.52	1.00	0.42	0.98	0.61
IGS	1.04	0.19	0.74	0.43	1.07	0.40	1.39	0.50
TSP	29.71	3.72	20.50	6.76	32.67	10.48	1.50	0.47
ISP	1.75	0.14	1.55	0.38	1.72	0.17	1.26	0.53

$p \leq 0.05$

3.1.3. Habilitações literárias:

Como se observa no Quadro 5., no momento da decisão de IVG, não observámos associações significativas entre o número de anos de escolaridade e a reactividade emocional. No que respeita à sintomatologia psicopatológica, observámos correlações negativas entre o número de anos de escolaridade e a dimensão de ideação paranóide.

No período pós-IVG, não observámos associações significativas entre o número de anos de escolaridade e os eixos de ajustamento psicológico considerados.

Quadro 5. Associações entre o ajustamento psicológico e as habilitações literárias, no momento da decisão e no período pós-interrupção (Correlações de Pearson e Spearman).

Reactividade emocional (EAS)	Número de anos de escolaridade	
	Momento da decisão (N =47)	Período pós-interrupção (N = 20)
Medo	0.12	-0.09
Felicidade	0.13	0.30
Ansiedade	0.11	0.02
Culpa	0.18	-0.07
Cólera	0.21	-0.12
Surpresa	0.02	-0.08
Tristeza	0.21	-0.13
Sintomatologia psicopatológica (BSI)	Número de anos de escolaridade	
	Momento da decisão (N = 53)	Período pós-interrupção (N = 21)
Somatização	-0.24	-0.19
Obs. compulsões	-0.01	-0.07
Sens. interpessoal	-0.15	-0.17
Depressão	-0.04	-0.09
Ansiedade	0.20	0.25
Hostilidade	-0.05	0.00
Ansiedade fóbica	-0.13	0.01
Id. paranóide	-0.36**	-0.25
Psicoticismo	-0.12	-0.11
IGS	-0.10	-0.02
TSP	-0.07	-0.06
ISP	-0.06	-0.05

** p ≤ 0.01

3.2. Variáveis socioculturais – Religiosidade:

No momento da decisão de IVG, no que respeita à reactividade emocional, a frequência de participação nas celebrações religiosas associou-se positivamente com as dimensões de culpa e medo, ao passo que a importância atribuída à fé religiosa se correlacionou positivamente a dimensão de cólera. Relativamente à sintoma-

tologia psicopatológica, observámos uma associação positiva entre a importância atribuída à fé religiosa e as dimensões de psicoticismo e ansiedade fóbica.

Quadro 6. Associação entre a religiosidade e o ajustamento psicológico, no momento da decisão e no período pós-interrupção (Correlações de Pearson e Spearman).

	Frequência de participação em celebrações religiosas		Importância atribuída à fé religiosa	
Reactividade emocional (EAS)	Momento da decisão (N = 47)	Período pós-interrupção (N = 20)	Momento da decisão (N = 47)	Período pós-interrupção (N = 20)
Medo	0.36*	-0.09	0.14	0.50*
Felicidade	-0.05	0.24	0.01	-0.17
Ansiedade	0.09	0.17	0.10	0.42
Culpa	0.42**	0.21	0.27	0.52*
Cólera	0.28	0.00	0.30*	0.57**
Surpresa	0.15	0.24	0.24	0.18
Tristeza	0.18	-0.12	0.07	0.47*
Sintomatologia psicopatológica (BSI)	Momento da decisão (N = 53)	Período pós-interrupção (N = 21)	Momento da decisão (N = 53)	Período pós-interrupção (N = 21)
Somatização	0.03	0.30	0.23	0.48*
Obs. compulsões	0.13	-0.11	0.17	0.11
Sens. interpessoal	0.12	0.13	0.16	0.46*
Depressão	0.15	-0.09	0.25	0.42
Ansiedade	0.04	0.16	0.20	0.45*
Hostilidade	0.15	0.01	0.13	0.34
Ansiedade fóbica	0.25	-0.15	0.28*	0.56**
Id. paranóide	0.21	0.04	0.14	0.32
Psicoticismo	0.23	-0.05	0.28*	0.37
IGS	0.18	0.06	0.26	0.48*
TSP	0.26	0.06	0.20	0.39
ISP	-0.01	0.08	0.19	0.51*

* $p \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$

No período pós-IVG, verificámos associações positivas entre a importância atribuída à fé e várias dimensões de reactividade emocional negativa e de sintomatologia psicopatológica. Contrastadamente, a frequência de participação em celebrações religiosas não revelou correlações significativas com nenhum dos eixos de ajustamento considerados (cf. Quadro 6).

4. Discussão:

Os resultados apresentados evidenciam que as mulheres solteiras e separadas/divorciadas tendem a apresentar maiores dificuldades de ajustamento no momento

da decisão e que a forte religiosidade dificulta o ajustamento psicológico, tanto no período decisório como após a interrupção da gestação.

Ao nível do estado civil, os resultados apresentados corroboram apenas parcialmente a hipótese de investigação estabelecida. Com efeito, embora as mulheres casadas relatem menor reactividade emocional positiva face a esta decisão reprodutiva, verificamos que são as participantes separadas/divorciadas e solteiras que experienciam níveis mais elevados de psicopatologia. Nesse sentido, sugerimos que a gravidez indesejada e a decisão de interrupção podem funcionar como factores de stress acrescidos perante uma situação de instabilidade relacional. Estes resultados tendem apoiar os achados de David et al. (cit. in Adler et al., 1992) que, embora focados no período pós-interrupção, evidenciaram que as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas se encontram em risco acrescido de perturbação emocional mediante esta resolução reprodutiva, na medida em que têm maior probabilidade de interromper gestações inicialmente planeadas e desejadas. Do mesmo modo, em consequência da sua situação conjugal, sugerimos que estas mulheres podem experienciar um receio acrescido de estigmatização e escrutínio negativo por parte dos outros, mediante esta decisão reprodutiva, o que parece expressar-se através de sintomas indicadores de isolamento, desconforto e suspeição interpessoal (dimensões de psicoticismo, sensibilidade interpessoal e ideação paranóide do BSI).

Relativamente à religiosidade, os nossos resultados tendem a ser coerentes com a investigação existente (Adler, 1975; Congleton & Calhoun, 1993; Osofsky & Osofsky, 1972; Payne et al., 1976), corroborando a nossa hipótese de investigação, especialmente no que respeita à importância atribuída à religião. No período decisório, além de evidenciarem reactividade emocional negativa variada, as mulheres com forte afiliação religiosa tendem igualmente a experienciar maior isolamento interpessoal, possivelmente por recearem o estigma e a censura dos outros, ao enveredarem por uma resolução reprodutiva que colide com os valores morais fortemente valorizados pela religião católica, que assume um papel tradicionalmente importante na sociedade portuguesa. No período pós-IVG, os resultados obtidos abonam a tendência observada no momento da decisão, verificando-se mesmo uma constelação de reacções emocionais negativas e de sintomatologia psicopatológica mais vasta, entre as respondentes que atribuíam maior importância à fé religiosa, após a IVG. Contudo, ressaltamos a necessidade de análises mais específicas da relação entre estas variáveis, para confirmar esta associação e possibilitar o estabelecimento de uma relação de causalidade entre elas.

Embora tenham sido tradicionalmente destacadas como importantes determinantes do ajustamento psicológico à experiência de IVG (e.g. Adler, 1975; Bracken

et al., 1974; Osofsky & Osofsky, 1972), os resultados apresentados evidenciam que as restantes variáveis sociodemográficas se revestem de reduzida influência no ajustamento psicológico a esta resolução reprodutiva.

Com efeito, apenas observamos que as participantes menos instruídas tendem a evidenciar sintomas aumentados de ideação paranóide, no período decisório; sugerimos que as mulheres com habilitações literárias mais baixas podem estar inseridas em contextos sociais mais conservadores (Swigar, Quinlan, & Wexler, 1977), sendo, por isso, mais vulneráveis aos receios de estigmatização e censura associados a esta resolução reprodutiva, o que se espelha em níveis acrescidos de desconfiança/suspeição interpessoal.

No período pós-IVG, as variáveis sociodemográficas não assumiram relevância significativa, à excepção da idade mais jovem que, conforme o esperado, revelou constituir-se como um factor de risco acrescido para dificuldades de adaptação (Adler, 1975; Bracken et al., 1974; Osofsky, & Osofsky, 1972; Payne et al., 1976; Söderberg et al., 1998).

Sendo pioneiro no nosso país, este estudo não se encontra isento de limitações, que implicam alguns cuidados na interpretação dos resultados apresentados. Das utentes que procuraram este serviço de saúde no período referenciado, apenas cerca de metade aceitou colaborar no nosso estudo, tendo-se verificado também uma elevada taxa de atrito experimental, observada no segundo momento de avaliação. Além de condicionar o tamanho do subgrupo ($n < 30$) considerado no segundo momento de avaliação, esta elevada taxa de atrito experimental limitou as análises estatísticas passíveis de serem realizadas e pode ter influenciado os resultados obtidos, que se revestem, por isso, apenas de um valor exploratório. No entanto, não observámos diferenças significativas entre as respondentes que colaboraram em ambos os momentos de avaliação e as que participaram apenas no primeiro momento de avaliação, ao nível das características sócio-demográficas e do ajustamento psicológico no momento da decisão. Desta forma os resultados referentes ao período pós interrupção parecem-nos válidos e representativos do grupo de mulheres que opta pela IVG. No entanto, a recolha da amostra restringiu-se às utentes de um único estabelecimento de saúde nacional, na sua maioria oriundas do distrito de Coimbra, o que compromete a generabilidade dos resultados, a nível nacional.

Metodologicamente, embora tenhamos realizado um estudo prospectivo, o período temporal decorrido entre o primeiro e o segundo momento de avaliação (entre duas a quatro semanas) não foi definido com base em critérios fixos e pré-definidos, mas em função da marcação da consulta médica de controlo, o que pode ter condicionado os resultados obtidos no segundo momento de avaliação.

Não obstante estas limitações, o presente trabalho reveste-se de algumas implicações para a investigação e prática clínica.

De um ponto de vista teórico, embora consistentes com a literatura no que respeita à religiosidade, os nossos resultados revelaram que as variáveis sociodemográficas se revestem de uma influência reduzida, no ajustamento psicológico, em ambos os momentos de avaliação. Contudo, estes dados necessitam de replicação, em virtude dos constrangimentos impostos pelo tamanho da nossa amostra. Assim, consideramos que as investigações futuras devem averiguar a influência destas e outras variáveis individuais e relacionais no ajustamento psicológico à experiência de IVG, como a saúde mental prévia, o processo de tomada de decisão (e.g. coerção), os recursos de personalidade prévia, as estratégias de coping e a auto-eficácia, destacada como moderadora das relações entre o apoio social, os recursos de personalidade e o ajustamento psicológico no pós-IVG (Major, Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubeck, 1998).

Ao nível prático, tendo em conta que o contacto dos profissionais da área da Psicologia com as mulheres que procuram esta resolução reprodutiva se encontra restringido pelos termos da lei em vigor, parece-nos importante fomentar a colaboração com as equipas médicas responsáveis pelas Consultas de Aconselhamento Reprodutivo dos estabelecimentos de saúde nacionais e sensibilizá-las para potenciais factores de risco para dificuldades de adaptação, susceptíveis de legitimar o acompanhamento psicológico no decorrer do processo de IVG. De forma mais específica, sugere-se que a equipa médica deverá informar sobre a possibilidade de acompanhamento psicológico e estar particularmente vigilante ao ajustamento das mulheres solteiras e separadas/divorciadas e/ou com uma forte afiliação religiosa, podendo justificar-se o encaminhamento para a equipa psicológica em situações que indiquem dificuldades emocionais.

Sendo que a ausência/instabilidade relacional parece ser o que define o grupo de mulheres solteiras e separadas/divorciadas parece-nos importante a promoção de competências individuais que propiciem a procura de outras fontes de apoio social significativas, perante esta decisão reprodutiva, bem como o fortalecimento da sua rede social.

Do mesmo modo, as mulheres com forte afiliação religiosa poderão necessitar de acompanhamento psicológico no sentido de facilitar a gradual integração do significado da experiência de IVG no sistema de valores destas mulheres e estruturas cognitivas pré-existentes (Horowitz, 1986), possibilitando uma melhor adaptação a esta resolução reprodutiva.

5. Bibliografia

- Adler, N. E. (1975). Emotional responses following therapeutic abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 446-454.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion: A review. *American Psychologist*, 47(10), 1194-1204.
- Bracken, M. B. (1978). A causal model of psychosomatic reaction to vacuum aspiration abortion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 13(3), 135-145.
- Bracken, M. B., Klerman, M., & Grossman, G. (1974). The decision to abort and psychological sequelae. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 158, 154-162.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. Em M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Coords.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (II vol.). Braga: SHO-APPORT.
- Cohen, L., & Roth, S. (1984). Coping with abortion. *Journal of Human Stress*, 10(3), 140-145.
- Congleton, G. K., & Calhoun, L. G. (1993, August). *Post-abortion perceptions: A comparison of self-identified distressed and non-distressed population*. Paper presented at Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Franz, W., & Reardon, D. (1992). Differential impact of abortion on adolescents and adults. *Adolescence*, 27, 161-172.
- Horowitz, M. (1986) *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Aronson.
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74(3), 735-752.
- Miller, W. B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues*, 48(3), 67-93.
- Minden, S. L., & Notman, M. T. (1991). Psychotherapeutic issues related to abortion. In N. L. Stotland (Ed.), *Psychiatric aspects of abortion* (pp. 119-133). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Moseley, D. T., Follingstad, D. R., Harley, H., & Heckel, R. V. (1981). Psychological factors that predict reaction to abortion. *Journal of Clinical Psychology*, 37(2), 276-279.
- Moura-Ramos, M.C. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Osofsky, J.D., & Osofsky, H.D. (1972). The psychological reaction of patients to legalized abortion. *Journal of American Orthopsychiatry*, 42(1), 48-60.
- Payne E., Kravitz A., Notman M., & Anderson J. (1976). Outcome following therapeutic abortion. *Archives Genetic Psychiatry*, 33, 725-733.
- Pope, L. M., Adler, N. E., & Tschann, J. M. (2001). Postabortion psychological adjustment: Are minors at increased risk? *Journal of Adolescent Health*, 29, 2-11.
- Quinton, W., Major, B., & Richards, C. (2001). Adolescents and adjustment to abortion: Are minors at greater risk? *Psychology, Public Policy and Law*, 7(3), 491-514.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Soares, A. M. (2007). *Contributo para a compreensão do apoio social: Estudos psicométricos do Convoy Model*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Speckhard, A., & Rue, V. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues, 48*(3), 95-119.
- Swigar, M.E., Quinlan, D.M., & Wexler, S.D (1977). Abortion applicants: Characteristics distinguishing dropouts remaining pregnant and those having abortion. *American Journal of Public Health, 67*, 139-143.

Socio-demographical and socio-cultural variables and psychological adjustment to the decision and experience of induced abortion.

Researchers and clinicians have emphasized the relationship between some socio-demographical and socio-cultural variables and the adjustment to the experience of induced abortion.

With the recent legalization of voluntary termination of pregnancy in Portugal, this study aimed to investigate the relationship between some socio-demographical and socio-cultural variables and the psychological adjustment at the decisional period and after induced abortion.

The sample was collected at the Maternity Doctor Daniel de Matos of the University of Coimbra Hospitals, consisting of 53 women, who seek for the Reproductive Counselling Consultation, between December 2007 and March 2008. This prospective study had two assessment moments (before the termination; two to four weeks after the termination), with self-report instruments.

Single and separated/divorced women and with strong religious affiliation who opted for induced abortion tended to show poorer psychological adjustment. The implications of these results for research and clinical practice are discussed.

KEY-WORDS: Induced abortion; psychological adjustment; socio-demographical variables; religiosity.

Variables sociodémographiques et socioculturelles et ajustement psychologique à la décision et expérience d'interruption volontaire de la grossesse.

Investigateurs et cliniciens mettent en évidence la relation entre certaines variables sociodémographiques et socioculturelles et l'ajustement psychologique à l'expérience d'interruption volontaire de la grossesse (IVG).

Face à la récente légalisation de l'IVG au Portugal, cette investigation a eu comme objectif étudier la relation entre certaines variables sociodémographiques et socioculturelles et l'ajustement psychologique pendant la période décisionnelle et postérieurement à l'IVG.

L'échantillon, recueilli à la Maternité Docteur Daniel de Matos des Hôpitaux de l'Université de Coimbra, a été constitué par 53 femmes, qui ont consulté le Service de Conseil Reproductif, entre Décembre 2007 et Mars 2008. Cette investigation prospective a compris deux moments d'évaluation (avant et après l'IVG), avec des instruments d'auto-réponse.

Les femmes célibataires et séparées/mariées, et ayant une forte affiliation religieuse, qui ont opté pour l'IVG ont tendance à présenter un ajustement psychologique plus difficile. Les implications de ces résultats pour l'investigation et la pratique clinique sont débattues.

MOTS-CLÉS: Interruption volontaire de la grossesse (IVG); ajustement psychologique; variables sociodémographiques; religiosité.