In: A.Maia, S. Silva e T. Pires, (orgs). (2009). Desafios da saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas. Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa. Braga: CIPSI edições.

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ:

REPRESENTAÇÕES DE FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Carvalho, S. & Maia, A.

Universidade do Minho

RESUMO

Introdução: O presente estudo surge na sequência da recente despenalização da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) em Portugal. O seu objectivo foi caracterizar as representações de futuros profissionais de saúde acerca do bem-estar psicológico das mulheres que decidem por esta resolução reprodutiva.
Método: Foram incluídos neste estudo 133 estudantes de Medicina. A todos foi solicitado que preenchessem um questionário que avaliava a sua representação acerca do bem-estar psicológico das mulheres que interrompem uma gravidez através de duas escalas do Brief Symptom Inventory (BSI), de uma questão acerca dos sentimentos experienciados pelas mulheres que optam pela IVG e de duas questões acerca da satisfação destas mulheres com a sua vida e relação conjugal ou de namoro após a IVG.
Resultados: Os dados sugerem que os estudantes de Medicina percepcionam o período após a IVG como sendo, para a maioria das mulheres, caracterizado por psicossintomatologia significativa bem como sentimentos negativos e níveis médio-baixos de satisfação com a vida e com a relação.
Conclusão: Os resultados deste trabalho sugerem a importância de estudar esta temática em Portugal e de fazer chegar os resultados aos profissionais de saúde que contactam ou possam vir a contactar com este novo grupo de utentes.

In: A.Maia, S. Silva e T. Pires, (orgs). (2009). Desafios da saúde e comportamento: actores, contextos e problemáticas. Actas do 1º Congresso de Saúde e Comportamento dos Países de Língua Portuguesa. Braga: CIPSI edições.

INTRODUÇÃO

Estudos na área da psicologia social têm consistentemente demonstrado que, para simplificar o seu mundo social, os seres humanos tendem a construir representações de determinadas categorias ou grupos de pessoas e a generalizá-las a todos aqueles que consideram pertencer a esses grupos ou categorias (Andersen, Klatzky, & Murray, 1990; Hamilton & Trolier, 1986). Estas representações globais, por sua vez, influenciam a forma como cada um dos elementos desse grupo ou categoria é percebido pelos outros bem como as atitudes dos outros em relação a esses elementos (Klopf, 1991, cit. in Ryn & Burke, 2000; Snyder, Tanke, & Berscheid, 1977).

Sendo esta uma realidade do dia-a-dia da generalidade dos seres humanos, é compreensível que a relação dos profissionais de saúde com os seus pacientes possa ser influenciada pelas suas representações e crenças em relação aos mesmos (Ryn & Burke, 2000). Inclusivamente, a pressão do tempo, a brevidade das consultas e a necessidade de gerir tarefas cognitivas complexas podem conduzir a uma necessidade acrescida da parte destes profissionais de recorrer a estereótipos na relação com os pacientes (idem). E porque a relação médico-paciente pode certamente influenciar a qualidade dos cuidados de saúde prestados pelo primeiro, a clareza da informação fornecida ao segundo e a adesão deste às terapêuticas prescritas, é importante que estas representações sejam, tanto quanto possível, coincidentes com a realidade.

Assim, torna-se particularmente relevante conhecer as representações que os profissionais de saúde têm das mulheres que decidem voluntariamente interromper uma gravidez, nomeadamente do bem-estar psicológico evidenciado após o aborto, dado que estas podem influenciar o atendimento a este grupo de pacientes, não só nas próprias consultas de IVG, planeamento familiar ou saúde reprodutiva, mas também em qualquer outra consulta médica na qual o historial clínico e reprodutivo da mulher seja conhecido pelo profissional.

A recente alteração à legislação portuguesa (Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril), que permite a IVG, por opção da mulher, até às 10 semanas de gestação, e a consequente criação de serviços de saúde destinados ao atendimento de mulheres que optem por esta prática, veio reforçar a necessidade de produção de conhecimento científico sobre a representação dos profissionais de saúde relativamente a esta resolução reprodutiva.

Infelizmente, não apenas no panorama nacional mas também internacional, a literatura sobre esta temática é praticamente inexistente. A maioria dos estudos

realizados com profissionais de saúde (formados ou em formação) acerca da temática do aborto centra-se no conhecimento sobre os aspectos legais e médicos desta prática, no nível de aceitação do aborto induzido, na disponibilidade para realizar uma IVG na sua prática clínica (e.g., Faúndes, Duarte, Osis, & Neto, 2007; Lisker, Carnevale, & Villa, 2006; Loureiro & Vieira, 2004; Sirr, 2007), entre outros. Mesmo os estudos que abordam, de uma forma mais abrangente, as crenças, opiniões ou atitudes destes profissionais em relação a este grupo particular de pacientes são também reduzidos (Rosenblatt, Robinson, Larson, & Dobie, 1999; Westfall, Kallail, & Walling, 1991) e em nada se relacionam com o bem-estar destas mulheres após a IVG.

Pelo contrário, a literatura sobre o impacto psicológico da IVG nas mulheres que recorrem a esta prática é já bastante extensa. De um modo geral, a maioria dos autores, ao rever a literatura sobre esta temática, conclui que apenas uma percentagem relativamente reduzida de mulheres que realizam uma IVG desenvolve, de facto, problemas (graves) de saúde mental (e.g., Adler, Ozer & Tschann, 2003; Ashok et al., 2005; Bradshaw & Slade, 2003).

Além disso, e embora as respostas emocionais das mulheres que interrompem uma gravidez possam ser ambivalentes (Adler et al., 1992), as emoções mais relatadas por estas mulheres, quer imediatamente após o aborto, quer alguns anos depois, são predominantemente positivas, sendo alívio o sentimento mais relatado pela maioria das mulheres (e.g., Broen, Moum, Bodtker, Ekeberg, 2005; Kero, Hogberg & Lalos, 2004; Major et al., 2000).

No que respeita ao efeito de uma IVG no relacionamento do casal, e embora poucos estudos se debrucem sobre esta variável, verifica-se que a maioria das mulheres não relata qualquer mudança na relação com o seu parceiro após o aborto (Bradshaw & Slade, 2003; Lauzon, Roger-Achim, Achim, & Boyer, 2000). Já em relação à satisfação com a vida após a IVG, não foi possível encontrar dados na literatura.

O objectivo deste estudo foi compreender a representação que futuros profissionais de saúde têm em relação ao nível de psicossintomatologia evidenciado após o aborto, pelas mulheres que recorrem a esta prática, bem como relativamente aos sentimentos que estas mulheres evidenciam em relação à IVG e à satisfação com a sua vida e com a relação conjugal ou de namoro. Com o conhecimento desta representação, poder-se-á compreender o grau de proximidade desta em relação à realidade e as suas implicações para a prática clínica.

MÉTODO

Participantes

No presente estudo, foram analisadas as respostas de 133 estudantes de 6 instituições de ensino superior portuguesas. As suas idades variam entre os 18 e os 30 anos, sendo a média de idades de 21.38 e o desvio padrão (dp) de 2.04. A maioria destes estudantes é do sexo feminino (77.4%; n=103) e solteiro (99.2%; n=131).

No que respeita à atitude e contacto com a realidade da IVG, a maioria dos participantes (54.5%; n=72) é a favor da IVG, em qualquer condição, que não apenas as previstas na legislação anterior à Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril. Além disso, cerca de um em cada três estudantes (32.6%; n=43) é a favor da IVG apenas nas condições previstas na legislação anterior. Mais de metade dos participantes (60.2%; n=80) não conhece ninguém que tenha realizado uma IVG, sendo a média do número de pessoas que os estudantes conhecem que tenham realizado uma IVG de .69 (dp=1.11). Tendo em consideração a totalidade deste grupo, verifica-se que a grande maioria (93.2%; n=124) nunca colaborou com alguém numa IVG (e.g., prestando informação). Considerando apenas as mulheres, constata-se que a maioria nunca colocou a hipótese de interromper uma gravidez (83.3%; n=85) e apenas 2 (2%) já interromperam.

Instrumentos de avaliação

Para a caracterização sócio–demográfica da amostra foram incluídas, no protocolo de avaliação, um conjunto de questões que avaliavam variáveis como idade, sexo e estado civil. Além disso, foi também avaliada a atitude e o contacto dos estudantes com a realidade da IVG, através de questões como: "*Conhece alguém que já tenha realizado uma IVG?", "Se sim, quantas pessoas?", "Alguma vez ajudou/colaborou com alguém que tenha realizado uma IVG (e.g., dando-lhe informação acerca dos locais onde a realizar, acompanhando-a no processo...)?", "Se mulher, alguma vez considerou a hipótese de realizar uma IVG?"* e *"Se mulher, alguma vez realizou uma IVG?".*

Para avaliar a representação dos estudantes acerca da psicossintomatologia pós-IVG, foram utilizadas duas escalas do *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1982, versão portuguesa de Canavarro, 1999), um questionário de auto-relato que avalia sintomas psicopatológicos**.** A opção pela utilização de apenas duas escalas – *depressão e ansiedade* – deve-se ao facto de a literatura referir que as respostas mais comuns nos casos de IVG são estes dois tipos de sintomas (Zolese & Blacker, 1992). Assim, os

participantes responderam apenas a 12 itens que descrevem sintomas depressivos e ansiosos, tendo-lhes sido pedido que referissem, utilizando uma escala de *lickert* de 5 pontos que varia entre *"nunca"* e *"muitíssimas vezes"*, o grau em que, na sua opinião, cada um deles afecta normalmente a mulher após a realização da IVG.

A representação dos estudantes acerca dos sentimentos experienciados face à IVG foi avaliada através de uma lista, originalmente criada por Adler (1975) e traduzida para o presente estudo, com 11 sentimentos: *felicidade, vergonha, arrependimento, alívio, ansiedade, culpa, depressão, medo de ser criticada, dúvida, raiva, outro (indicar qual)*. Para cada um deles, os participantes eram instruídos no sentido de avaliar, numa escala de *lickert* de 5 pontos que varia entre *"nada"* e *"mesmo muito",* o grau em que, na sua opinião, os mesmos são demonstrados por estas mulheres após a realização da IVG.

Para avaliar a representação dos estudantes acerca da satisfação com a vida evidenciada por estas mulheres após a IVG foi utilizada a seguinte questão: *"Numa escala de 0 a 6, em que 0 significa "absolutamente nada"e 6 "muitíssimo", quão satisfeitas pensa que estarão as mulheres que realizam uma IVG com a sua vida algum tempo após o aborto?"*

Finalmente, a representação dos estudantes acerca da satisfação que estas mulheres evidenciam com a relação conjugal ou de namoro após a IVG foi avaliada através da seguinte questão: *"Numa escala de 0 a 6, em que 0 significa "absolutamente nada"e 6 "muitíssimo", quão satisfeitas pensa que estarão as mulheres que realizam uma IVG com a sua relação (conjugal ou de namoro) algum tempo após o aborto?"*. Além da escala de 0 a 6, os estudantes poderiam ainda assinalar um outra opção "*A maioria das mulheres não se encontra em nenhuma relação algum tempo após o aborto*".

Procedimentos de recolha de dados

A divulgação do presente estudo e o pedido de colaboração no mesmo foram realizados por correio electrónico. Mais concretamente, foi enviada uma mensagem de correio electrónico para alunos de vários cursos de Medicina do país, explicando os objectivos do estudo e solicitando a colaboração dos mesmos.

RESULTADOS

Sintomatologia ansiosa e depressiva pós-IVG

Para analisar a representação dos estudantes acerca da sintomatologia ansiosa e depressiva evidenciada após a IVG, foi calculado, para cada participante, o valor das escalas de ansiedade e de depressão (resultado do cálculo da média dos 6 itens que integram cada uma).

Dividindo estes valores, com base nos dados que constam em Canavarro (1999), em dois grupos – acima da média da população em geral (no qual se incluem todos os valores superiores a 0.942, no caso da ansiedade, e a 0.893, no caso da depressão) e abaixo da média da população em geral (no qual se incluem valores inferiores aos referidos) – verifica-se que perto da totalidade dos estudantes (97.7% e 98.5%) relata valores médios de ansiedade e depressão superiores àqueles que se verificam na população em geral (ver *Quadro 1*).

Quadro 1: *Representação dos estudantes acerca da sintomatologia ansiosa e depressiva evidenciada pelas mulheres após a IVG (análise de frequências)*

	Abaixo $\bar{x}$ pop. geral n (%)	**Acima $\bar{x}$ pop. geral n (%)**
Total escala depressão (n=133)	3 (2.3)	130 (97.7)
Total escala ansiedade (n=133)	2 (1.5)	131 (98.5)

Por outro lado, se compararmos a média dos valores de todos os participantes nestas escalas com a média da população em geral, os resultados confirmam os anteriores: existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da sintomatologia ansiosa ($t(132)=22.83$, $p<.001$, SEM=.06) e depressiva ($t(132)=23.78$, $p<.001$, SEM=.07) entre a representação dos estudantes e as normas do instrumento para a população em geral (ver *Quadro 2)*. Mais especificamente, a média dos valores de sintomatologia ansiosa e depressiva assinalados pelos participantes é superior à média esperada para a população em geral.

Quadro 2: *Representação dos estudantes acerca da sintomatologia ansiosa e depressiva evidenciada pelas mulheres após a IVG (teste t para uma amostra)*

	Estudantes (n=133) M (DP)	Pop. geral (n=404) M (DP)	t (132)	SEM
Média da escala ansiedade	2.37 (.72)	0.942 (0.77)	22.83***	.06
Média da escala depressão	2.47 (.77)	0.893 (0.72)	23.78***	.07

*** p< .001

Sentimentos face à IVG

Conforme já referido, a representação dos estudantes relativamente a esta variável foi avaliada através de uma lista de 11 sentimentos, face à qual os participantes deveriam avaliar o grau em que, na sua opinião, cada um deles afecta as mulheres que optam pela IVG. Os resultados são apresentados no *Quadro 3* e mostram que os sentimentos que os participantes consideram ser demonstrados com maior intensidade nestas mulheres são o *medo de ser criticada,* a *culpa* e a *vergonha*.

Quadro 3: *Representação dos estudantes acerca dos sentimentos evidenciados pelas mulheres após a IVG (média e desvio padrão)*

	Média (dp)
Felicidade	.74 (.70)
Vergonha	2.53 (.95)
Arrependimento	1.86 (.97)
Alívio	2.28 (.94)
Ansiedade	2.40 (1.01)
Culpa	2.56 (1.02)
Depressão	2.30 (1.04)
Medo de ser criticada	3.19 (.85)
Dúvida	2.47 (1.03)
Raiva	1.74 (1.08)
Outro	0 (0)

Satisfação com a vida

Tal como mencionado anteriormente, a representação dos estudantes acerca da satisfação com a vida após a IVG foi avaliada por recurso a uma escala que varia de 0 (absolutamente nada) a 6 (muitíssimo). A média das respostas dos estudantes a esta questão foi de 2.89 (dp=1.23; min.=0; máx.=5), o que corresponde a um grau de satisfação com a vida médio-baixo. Além disso, perto de um terço dos participantes

(30.1%; n=40) assinalou valores entre 0 e 2, os quais representam uma reduzida satisfação com a vida.

Satisfação com a relação

A representação dos estudantes acerca da satisfação com a relação conjugal ou de namoro após a IVG foi avaliada nos mesmos moldes que o ponto anterior e os resultados foram, também eles, semelhantes. Mais concretamente, a média das respostas dos estudantes a esta questão foi de 2.66 (dp=1.07; min.=0; máx.=5), o que corresponde a um grau de satisfação com a relação médio-baixo. Além disso, mais de um terço dos participantes (38.6%; n=44) assinalou valores entre 0 e 2 e 14.3% (n=19) considera que a maioria destas mulheres não se encontra em nenhuma relação algum tempo após a IVG.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Em traços gerais, os resultados encontrados no presente estudo sugerem uma discrepância entre a representação destes futuros profissionais de saúde, relativamente ao bem-estar psicológico das mulheres que interrompem voluntariamente uma gravidez, e os dados encontrados na literatura, com amostras de mulheres que optam pela IVG como resolução reprodutiva.

De facto, estes estudantes parecem ter uma representação do período pós-IVG como sendo caracterizado por níveis significativos (superiores ao esperado para a população em geral) de psicossintomatologia, nomeadamente depressão e ansiedade, por sentimentos de culpa, vergonha e medo da crítica, e por níveis médio-baixos de satisfação com a vida e com a relação actual. Inclusivamente, alguns dos estudantes que participaram neste estudo consideram que a maioria das mulheres que recorre ao aborto induzido não se encontra em nenhuma relação algum tempo após interromper a gravidez, o que pressupõe uma representação do aborto como ocorrendo fora de qualquer relação ou como tendo um efeito negativo na dinâmica de uma relação já existente (embora a questão colocada aos estudantes não fizesse qualquer menção a uma relação de *causalidade* entre aborto e grau de satisfação com a relação).

Contudo, a literatura mostra que a maioria das mulheres que opta pela IVG não desenvolve sintomas depressivos e ansiosos significativos (e.g., Adler, Ozer & Tschann, 2003; Ashok et al., 2005; Bradshaw & Slade, 2003) e relata predominantemente emoções positivas como alívio (e.g., Broen, Moum, Bodtker, Ekeberg, 2005; Kero,

Hogberg & Lalos, 2004; Major et al., 2000). Além disso, a relação destas mulheres com o parceiro parece, na maioria dos casos, não sofrer alterações após aborto (Bradshaw & Slade, 2003; Lauzon, Roger-Achim, Achim, & Boyer, 2000). Apenas em relação ao grau de satisfação da mulher com a vida e com a relação, a ausência de dados na literatura não permite estabelecer comparações entre a realidade e a representação destes estudantes.

Apesar de poucos (quase nenhuns) serem os estudos publicados até ao momento, em Portugal, sobre o bem-estar psicológico após a IVG (ou mesmo, sobre a IVG em geral), é provável que a realidade do nosso país não seja diferente daquela encontrada noutros países e descrita na literatura. Assim sendo, isto significa que a representação destes estudantes é totalmente discordante da realidade, o que pode ter implicações importantes no atendimento que poderão vir a prestar no futuro a estas mulheres e, consequentemente, na adesão destas últimas às terapêuticas prescritas (nomeadamente, no que se relaciona com questões de controlo da natalidade e planeamento familiar).

Esta constatação reforça a necessidade de continuar a estudar a representação destes profissionais e, acima de tudo, de reforçar o estudo da realidade portuguesa da prática de IVG e fazer chegar os resultados à comunidade em geral e aos profissionais de saúde (e outros que possam contactar com este novo grupo de utentes), em particular.

Apesar das limitações que este estudo apresenta, nomeadamente no que respeita à metodologia de recolha de dados (amostra não aleatória e de conveniência), os seus resultados são bastante relevantes e deverão ser entendidos enquanto evidência da necessidade de um maior esclarecimento da população acerca desta realidade. Com efeito, é provavelmente devido ao secretismo e tabu que envolve esta temática que estas representações discrepantes da realidade existem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion: A review. *American Psychologist, 47*, 1194-1204.

Adler, N. E., Ozer, E. J., & Tschann, J. (2003). Abortion among adolescents. *American Psychologist, 58* (3), 211-217.

Andersen, S. M., Klatzky, R. L., & Murray, J. (1990). Traits and social stereotypes: Efficiency differences in social information processing. *Journal of Personality and Social Psychology, 59* (2), 192-201.

Ashok, P. W., Hamoda, H., Flett, G. M. M., Kidd, A., Fitzmaurice, A., & Templeton, A. (2005). Psychological sequelae of medical and surgical abortion at 10-13 weeks gestation. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 84,* 761-766.

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

Broen, A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., & Ekeberg, Ö. (2005). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry, 27*, 36-43.

Faúndes, A., Duarte, G. A., Osis, M. J. D., & Neto, J. A. (2007). Variações no conhecimento e opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 29* (4), 192-199.

Hamilton, D. L., & Trolier, T. K. (1986). Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. In J. F. Dovidio & S. L. Gaetner (Eds.), *Prejudice, Discrimination and Racism* (pp. 127-163). San Diego: Academic Press.

Kero, A., Högberg, U., & Lalos, A. (2004). Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Social Science & Medicine 58,* 2559-2569.

Lauzon, P., Roger-Achim, D., Achim, A., & Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician, 46*, 2033-2040.

Lisker, R., Carnevale, A., & Villa, A. R. (2006). Acceptance of induced abortion amongst medical students and pshysicians in Mexico. *Revista de Investigación Clínica, 58* (4), 305-312.

Loureiro, D. C., & Vieira, E. M. (2004). Aborto: Conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cadernos de Saúde Pública, 20* (3), 679-688.

Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M. et al. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry, 57,* 777-784.

Ryn, M., & Burke, J. (2000). The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science & Medicine, 50*, 813-828.

Rosenblatt, R. A., Robinson, K. B., Larson, E. H., & Dobie, S. A. (1999). Medical students' attitudes toward abortion and other reproductive health services. *Family Medicine, 31* (3), 195-199.

Sirr, T. (2007). Medical student misinformation and bias regarding elective pregnancy termination. *Contraception, 76*, 157-178.

Snyder, M., Tanke, E. D., & Berscheid, E. (1977). Social perception and interpersonal behavior: On the self fulfilling nature of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology, 35* (9), 656-666.

Westfall, J. M., Kallail, K. J., & Walling, A. D. (1991). Abortion attitudes and practices of family and general practice physicians. *Journal of Family Practice, 33* (1), 47-51.