

IV. Introdução

4.1 Contributos científicos sobre a Interrupção Médica da Gravidez (IMG)

No devir dos últimos anos verificou-se um incomensurável progresso da ciência médica, o qual tem possibilitado uma melhoria substancial das condições de saúde das populações. Se a gravidez é genericamente um evento saudável, o processamento biológico da informação genética é falível, podendo, por conseguinte, ocorrer problemas no desenvolvimento embrião-fetal (Rocha, 2004). Os avanços ao nível da medicina obstétrica tornaram possível, no entanto, uma gravidez com menores taxas de morbilidade e mortalidade (O`Reilly, Rymer & Bottomley, 2008). De igual modo, o desenvolvimento científico e tecnológico permite na contemporaneidade a existência de meios complementares de diagnóstico que possibilitam, entre outros aspectos, o acompanhamento precoce da gravidez, bem como a identificação de problemas de saúde que existam ou poderão vir a existir no feto ou na gestante, confrontando, muitas vezes, os casais com a decisão limite de interromper o projecto reprodutivo (Rocha, 2004). Na mesma linha, também as perspectivas sobre a interrupção da gravidez têm sofrido significativas alterações, sendo, actualmente, objecto de uma panóplia de procedimentos e acções médicas passível de se efectuar na quase totalidade dos países ocidentais (Booland & Katzive, 2008).

Concomitantemente ao desenvolvimento científico e tecnológico, tem-se assistido, de modo paulatino, a uma transição na relação médico-doente deixando de ser uma conexão assimétrica, de carácter paternalista, para passar a valorizar a autonomia do utente como exercício da sua autodeterminação em matéria de saúde (Boyle, 1998).

Numa óptica de saúde, a abordagem do contexto materno-infantil inscreve-se numa espacialidade concreta pré-existente a todo o discurso psicológico (Leal, 1992). O espaço de reflexão e intervenção que a Saúde Materna e Infantil (SMI) oferece à psicologia chega-nos, num primeiro momento, via discurso médico que a classificou e caracterizou, ao longo do tempo, em especialidades e sub-especialidades suas, e em diferentes aspectos inerentes à especificidade da condição feminina (Teixeira & Leal, 1990). Contudo, nas últimas décadas assistiu-se a um rápido evoluir conceptual dentro do discurso médico, que implicou um alargamento do campo de intervenção, deixando este de estar confinado aos serviços obstétricos e evoluindo em direcção ao bebé e à mãe (Leal, 1992).

Acompanhando esta tendência, o progressivo crescimento do número de casos de interrupção médica da gravidez, tem suscitado o interesse e curiosidade da comunidade científica. Uma das suas grandes preocupações é objectivar as repercussões que podem advir quer a nível físico, social e psicológico nas mulheres que vivenciam este processo.

Na prossecução dos vários estudos realizados sobre a IMG, verificamos que, no contexto de anomalia fetal grave diagnosticada, a maioria das gestações (87-94%) são interrompidas (Verp, Bombard, Leigh & Elias, 1988; Hased, Miller & Cunnif, 1993; Schechtman, Gray, Baty & Rothman, 2002). Em Portugal, a frequência com que ocorre a IMG foi calculada por um estudo publicado em 2010, pela Direcção Geral de Saúde (DGS), que revela que no ano de 2007 foram realizadas 134 interrupções por doença grave ou malformação congénita do nascituro, no ano de 2008, 455 e no ano de 2009, 520 (DGS, 2010).

Neste contexto, as dificuldades adaptativas resultantes da interrupção médica por causa fetal têm merecido exponencial destaque, no âmbito do aconselhamento genético (AG) e da psicologia clínica, que caracterizam a IMG como um acontecimento com sérias repercussões na saúde mental das mulheres (Rocha, 2004). Assim, e remetendo-nos apenas para o campo da psicologia, temos assistido, diacronicamente, a um exponencial desenvolvimento de estudos quantitativos e qualitativos, o que se traduz num crescendo do conhecimento acerca das consequências da IMG, devido a doença grave ou malformação congénita do nascituro (Korenromp, 2006). Existe já nos dias de hoje um consenso: o choque entre as expectativas de um bebé saudável e o diagnóstico pré-natal de um problema fetal desencadeia diversas reacções psicológicas, resultando destas, frequentemente, consequências muito sérias do ponto de vista psicopatológico (e.g., Brazelton & Cramer, 1993; Statham & Green, 1994; Hunfeld, 1995; Schechtman et al., 2002; Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003; Rocha, 2004; Kersting, Dorsch & Kreulich 2005).

De acordo com os dados supracitados, consubstancia-se como pertinente a realização de um trabalho de investigação de modalidade quantitativa-correlacional que avalie as implicações psicológicas na mulher, a longo prazo, advindas da IMG por doença grave ou malformação congénita do nascituro.

A fim da sua concretização, o presente estudo estruturou-se em duas partes complementares: a primeira procurou dar um sentido à escolha e à motivação do tema seleccionado, reflectindo sobre os aspectos conceptuais, processuais e adaptativos da IMG por causa fetal; a segunda, de carácter empírico, centrou-se no aprofundamento das questões adaptativas, a longo prazo, na mulher. Aqui definimos e caracterizamos a metodologia inerente ao nosso estudo, no que diz respeito à amostra, instrumentos e procedimentos adoptados. Implementado o

protocolo de avaliação, recolhidos e tratados os dados, sistematizamos e discutimos os resultados. Concluimos com uma reflexão crítica sobre estes últimos, salientando os aspectos operacionais e teóricos mais relevantes, no sentido de potenciar a definição de futuros projectos de investigação nesta área.

4.2. Aspectos Conceptuais, Processuais e Adaptativos da IMG

4.2.1. O Conceito

A terminologia anglo-saxónica utiliza a expressão *abortion* para definir quer o procedimento quer o resultado subjacentes à interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal. No entanto, impõe-se distinguir os conceitos de abortamento e aborto: o primeiro constitui o procedimento ou evento que leva ao aborto e o segundo consiste no resultado (Nunes, 2000). O aborto resulta da interrupção da gravidez antes de ter sido alcançada a viabilidade fetal (Organização Mundial de Saúde, 1997; Llewellyn-Jones, 2001). Dado que existem diferentes definições sobre a viabilidade fetal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o feto é viável quando a idade de gestação alcança as 20 a 22 semanas ou quando o feto pesa pelo menos 500 gramas (Organização Mundial de Saúde, 1977). Bernstein e Weinstein (2007) consideram como aborto o resultado da expulsão ou extracção do todo (aborto completo) ou de alguma parte (aborto incompleto) da placenta ou membranas, sem feto identificável ou com feto (vivo ou morto) com peso inferior a 500 gramas. Na ausência do conhecimento do peso as autoras postulam que se deve considerar a duração estimada da gestação inferior às 20 semanas, calculadas a partir do primeiro dia do último período menstrual.

O abortamento, no entanto, pode ocorrer em função de diferentes circunstâncias, nomeadamente interrupções médicas da gravidez. A IMG é definida como uma interrupção voluntária da gravidez, surgindo no decurso de problemas de saúde identificados na mulher e/ou no feto, que comprometem a evolução normal da gestação (Bradshaw & Slade, 2003; Rocha, 2004). Este procedimento pode ser realizado nas situações em que se verifica um conflito entre a vida da mãe e a vida do feto; quando o feto é portador de doença grave ou malformação; ou nas situações em que a sua inviabilidade se confirma, isto é, quando o feto apresenta grave malformação ou ausência de um ou mais órgãos vitais que o impedirá de sobreviver fora do organismo materno (Carlson, 1999). Todavia, é sobretudo por razões devidas a malformações congénitas dos fetos que se procede a esta prática (Filshie, 1986; Dupont, 2004; McCoy, 2007; Morrissey, 2007; McCreight, 2008). Aquelas, por sua vez, têm na sua etiologia em 50% dos casos razões desconhecidas, em 25% das situações razões multifactoriais, em 10% dos episódios factores cromossómicos, em 8% dos casos

causas monogénicas e em 7% das situações razões ambientais (Persaud, Chudley & Shalko, 1985). White-van Mourik publicou um estudo com 84 sujeitos em que a frequência observada de interrupções por alterações do tubo neural foi de 70% e para trissomias de 14% (1992). Numa outra investigação, realizada em 2003, com uma amostra de 86 interrupções de gravidez verificou-se a frequência de 29% de Trissomia 21 e 9% de outras Trissomias, 15% de alterações do tubo neural, 14% de malformações múltiplas, 27% de outras malformações e 6% de patologias da gravidez (Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003).

Em Portugal, de acordo com o relatório de estatística da Direcção Geral de Saúde (2001), num total de registos legíveis para anomalias detectadas verificou-se uma ocorrência de 68,7% anomalias cromossómicas (DGS, 2001, as cited in Rocha, 2004). Acrescenta-se, ainda, de acordo com o relatório supracitado, a frequência de outros grupos de patologia: malformações do sistema nervoso (10,3%), malformações nefrourológicas (2,7%), polimalformações (10,3%), malformação cardíaca (2%), doença materna (1%), outras indicações (5%). Observa-se também uma considerável diminuição de ocorrência de malformações do sistema nervoso entre o ano de 1999 e 2001, respectivamente, 23,1% e 10,3%.

O presente trabalho não tem como desiderato uma discussão da IMG à luz da ética biomédica. Contudo, reconhece-se que na esfera da reflexão ética, a IMG tem sido um tema debatido, principalmente por implicar a discussão entre dois aspectos fundamentais no domínio da ética médica, o respeito pela autonomia individual e o valor da vida humana (Renaud & Renaud, 1996; Savater, 2003; Salas, 2006). No teor da IMG por causa fetal, são comumente considerados dois tipos de abortamento: o abortamento terapêutico e o abortamento de fetos inviáveis (Schenker & Eisenberg, 1997).

O abortamento terapêutico concerne às situações em que se realiza a interrupção da gravidez por motivos relacionados com a saúde do embrião ou feto (Segreccia, 2006). A discussão no plano da ética levanta variadíssimos aspectos, nomeadamente: a sua aproximação à eugenia, como uma forma de selecção dos indivíduos com melhores características; o facto de se tratar de um conflito entre a vida intra-uterina e a sociedade, na sobrecarga de recursos que estão adjacentes aos indivíduos doentes e/ou portadores de deficiência; e ainda, em Portugal, pelo facto de ser permitido por lei até às 24 semanas de gestação, a sua colisão com a viabilidade fetal, sendo que as intervenções feitas perto dessa idade gestacional podem dar lugar a fetos abortados vivos (Serrão, 2006).

A propósito do abortamento terapêutico a doutrina da proporcionalidade “...pressupõe que a malformação fetal seja de tal forma grave que o dano causado pela morte seja menor que o da sobrevivência com a referida deficiência” (Nunes, 2000, p.120). De igual forma, numa

perspectiva decorrente do respeito pela dignidade humana, bem como do valor atribuído à vida, McCormick considera legítima a prática do abortamento nas situações em que o problema de saúde do nascituro assumia tal gravidade que, após o nascimento, não se considere a possibilidade de serem envidados mecanismos de ressuscitação (1981). Por outro lado, a presença de uma malformação ou doença não justifica, do ponto de vista de Sgreccia a interrupção da gravidez, uma vez que tais circunstâncias nada retiram à realidade ontológica do nascituro (2006). Pelo contrário, dadas as características de vulnerabilidade que a malformação ou a doença acarretam, o autor considera que merece uma maior protecção e ajuda da sociedade.

Na mesma perspectiva, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) no parecer 19/CNEVC/97 considera que, no âmbito do abortamento terapêutico, não se invoca o conflito entre a gestante e a vida intra-uterina, mas entre a sociedade e a última, tendo por base que o embrião ou feto que apresentam malformação grave ou doença genética incapacitante constituem sobrecarga emocional, sanitária e económica para a família e para a sociedade (1997).

Perante o abortamento de fetos inviáveis o parecer da comissão para o estudo dos aspectos éticos da reprodução humana da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) concernentes a fetos portadores de grave malformação considera que toda a mulher tem o direito a escolher interromper a gravidez quando está a gerar um feto com graves malformações (FIGO, 2006). Esta decisão é eticamente aceitável em virtude da continuidade da gravidez dar lugar a um bebé com graves malformações que não será capaz de subsistir autonomamente fora do organismo materno (Teles, 2004). O CNECV, na mesma linha, considera que, perante fetos cujo desenvolvimento se encontra gravemente comprometido pela falta ou insuficiência grave de um órgão vital e que serão incapazes de subsistir fora do organismo materno, se justifica do ponto de vista ético a interrupção da gravidez, uma vez que não seria eticamente correcto defender uma vida sem projecto (1997). Nesta acepção, consideram que o abortamento é uma forma de eutanásia involuntária pré-natal, já que a sua realização resultará no apressar da morte do feto. Contudo, consideram-no eticamente defensável, na medida em que seria muito difícil para a mulher manter até ao fim uma gravidez sem esperança, passar pelo trabalho de parto e adiar o luto (CNECV, 1997).

Com este propósito, também o enquadramento jurídico da IMG por causa fetal evoluiu de modo concertado com os avanços técnico-científicos e de discussão ética que se efectivaram neste contexto. Em 1984, a lei 6/84, de 11 de Maio excluiu a ilicitude da interrupção da gravidez nas situações: em que *“haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a*

sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação, e seja realizado nas primeiras 16 semanas de gravidez”. Posteriormente, a lei 90/97 alargou o prazo para a interrupção por malformação congénita “ (...) não é punível a interrupção de gravidez (...) quando houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável de doença grave ou mal formação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, comprovadas ecograficamente ou por outro meio mais adequado (...) excepcionando-se situações de fetos inviáveis, casos em que a interrupção pode ser praticada a todo o tempo”.

4.2.2. Procedimentos no contexto da IMG

A Portaria nº 189/98 de 21 de Março veio estabelecer as medidas a adoptar nos estabelecimentos oficiais de saúde que possuam serviços de obstetrícia com vista à efectivação da interrupção médica da gravidez. Entre outras medidas, este documento regulamenta a constituição de comissões técnicas de certificação no âmbito da interrupção da gravidez, nomeadas anualmente pela direcção do serviço e constituídas por três a cinco médicos como membros efectivos e dois suplentes. Desta comissão devem fazer parte obrigatoriamente um obstetra/ecografista, um neonatologista e, sempre que possível, um geneticista. Os restantes elementos devem possuir os conhecimentos categorizados para a avaliação das circunstâncias que permitam a interrupção da gravidez.

Assim, no atinente à IMG por doença grave ou malformação congénita do nascituro prevê-se um protocolo que engloba os procedimentos a seguir explanados.

4.2.2.1. Diagnóstico pré-natal

As perspectivas sobre a interrupção médica da gravidez têm sido alvo de evidentes alterações, sendo, actualmente, objecto de um vasto leque de procedimentos e acções médicas, susceptível de ser operacionalizado na quase totalidade dos países ocidentais (Moura, 1994). Os avanços das técnicas de diagnóstico pré-natal, o seu crescente uso e a melhoria da triagem nos cuidados pré natais conduziram a um significativo aumento das anomalias fetais diagnosticadas no início da gravidez (Lippman, 1991).

O diagnóstico pré-natal pode, de acordo com Nunes, ser realizado por distintos métodos, como o rastreio genético, a visualização fetal, a amniocentese, a biopsia de vilosidades coriónica, a colheita de tecidos fetais ou de células fetais na circulação materna, com o desiderato de detecção de uma elevada variedade de patologias genéticas, infecciosas ou metabólicas (2000).

O estudo ecográfico e o estudo bioquímico constituem o procedimento habitual do

rastreio pré-natal que pode ser realizado no primeiro ou no segundo trimestre de gestação, sendo denominado de rastreio integrado quando realizado nos dois momentos (Ferreira, 2003). O rastreio do primeiro trimestre é realizado entre as 10 e as 13 semanas de gestação, através de estudo ecográfico e bioquímico (Wald et al., 2003). No estudo ecográfico é confirmado o tempo de gravidez, realizada, se possível, a medição da translucência da nuca (TN) e o estudo bioquímico (PAPP-A e β -hCG). Este rastreio permite a detecção de 83% dos casos de Trissomia 21 (74% se a medida da TN não for incluída) e 72% dos casos de Trissomia 18 (Cockell & Rodeck, 2001).

O rastreio do segundo trimestre da gravidez contempla no estudo ecográfico a confirmação do tempo da gestação e no exame bioquímico a realização das provas AFP, β -hCG, uE3 e Inibina-A1 (Wald et al., 2003). Segundo Wald et al. (2003), este procedimento permite sinalizar 83% dos casos de Trissomia 21, 40% dos casos de Trissomia 18 e, no âmbito dos defeitos do tubo neural, identificar 85% das espinhas bífidas e cerca de 100% das anencefalias.

Hodiernamente, o DPN é imprescindível no decurso da gravidez, mas também o é nos casos em que se pretende interromper a mesma, sendo necessário o recurso a uma ou várias destas técnicas. Através das diferentes técnicas que lhe estão inerentes, o DPN permite a identificação da idade gestacional do embrião ou feto e possibilita a verificação do cumprimento dos prazos legais atinentes à realização da IMG (Rothenberg & Thomson, 1994). Ainda, no campo da IMG, permite identificar os motivos de saúde fetal que legitimam a realização da interrupção (Brunoni, 1986). Posteriormente à ocorrência do abortamento, o DPN permite, também, reconhecer se a expulsão do material uterino foi total ou parcial (Nunes, 2000).

As técnicas do DPN auxiliam na tomada de decisão quanto ao procedimento médico a seguir na realização ou decurso de uma interrupção da gravidez, independentemente da sua etiologia, pelo que se tratam de recursos relevantes no âmbito do abortamento (Salvulesco, 2001).

4.2.2.2. Aconselhamento Genético (AG)

A identificação de anomalias do feto in-útero e a determinação do risco da sua ocorrência deixaram aos pais a liberdade e a responsabilidade de decidir o futuro das suas gestações (Filshie, 1986). Neste sentido, a notícia de ter um feto descrito como malformado torna-se angustiante e desestruturante (Kersting et al., 2005). Perante um diagnóstico negativo, terapêuticamente as opções são limitadas (Zlotogora, 2002). Os pais terão que decidir se levarão a gravidez a termo, sabendo à partida que terão uma criança portadora de

deficiência grave ou uma criança que irá morrer logo após o nascimento; ou se, por outro lado, irão interromper esta gravidez desejada (Menahem & Grimawade, 2003). O seu entusiasmo e expectativas iniciais serão substituídos e corrompidos por algo que ameaça a sua concretização. Cabe às mulheres, em última instância, o poder de decidir o futuro desta gestação, o que para maioria delas constitui uma decisão difícil e solitária. Em todo o caso, a mulher pode não agir de acordo com o seu primeiro intento e a tomada de decisão pode estar inerente ao processo de aconselhamento (Zlotogora, 2002).

O aconselhamento realizado previamente e posteriormente à interrupção da gravidez potencia a prevenção de sequelas emocionais após a IMG (Zlotogora, 2002). De facto, reconhece-se que as mulheres que se encontram melhor informadas antes do abortamento apresentam menor incidência de morbilidade psicológica após o mesmo (Harris, 2004). Este conhecimento pressupõe a identificação das razões para a selecção do abortamento, a compreensão de como se poderá sentir após o mesmo, uma aturada avaliação do seu suporte familiar, bem como a crença positiva nas suas capacidades para lidar com o abortamento (Zagalo-Cardoso, 1989). Devem também ser avaliados os factores de risco que poderão antecipar dificuldades nos mecanismos de *coping* utilizados perante a situação, de forma a possibilitar à utente um encaminhamento adequado às suas necessidades (Zlotogora, 2002).

O aconselhamento é o processo de discussão entre a utente e o técnico que o leva a cabo. Deve ser informado, eminentemente não directivo, e tomar lugar num *setting* com características relaxantes e relativamente informais (Zagalo-Cardoso, 1989).

São objectivos do aconselhamento ajudar a mulher a decidir no seu melhor interesse, perceber quais são os seus reais desejos, alcançar a tomada de responsabilidade sobre a sua última decisão, evitar arrependimentos posteriores, compreender como chegou à presente situação para evitar a sua reprodução (Filshie, 1986). Este último objectivo é descrito por Freire como processo de “conscientização”, tratando-se do fenómeno que permite à mulher não só compreender a situação que experiencia, mas também a aquisição de comportamentos proactivos que impeçam a nova ocorrência do fenómeno (1979).

De acordo com a *Antenatal Results and Consequences*¹, o protocolo de acompanhamento pós-abortamento deverá integrar consultas de *follow-up* no âmbito médico, psicológico, genético e de planeamento familiar (Brien & Fairbairn, 1996, as cited in Rocha, 2004).

¹ Associação de auto-ajuda britânica.

4.2.2.3. Consentimento perante o acto médico

O consentimento informado, livre e esclarecido é subjacente à dignidade humana, bem como ao respeito pela autonomia (Figueiredo, 2006).

Segundo Figueiredo, o relacionamento entre o profissional de saúde e o utente deve obedecer a quatro princípios para a obtenção do consentimento: veracidade, privacidade, confidencialidade e fidelidade (2006).

Ao longo do tempo, diferentes documentos vieram reiteradamente atestar a necessidade da obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido por parte dos utentes a quem eram prestados serviços de saúde. O primeiro documento de dimensão internacional foi o Código de Nuremberga (Tribunal Internacional de Nuremberga, 1947), seguiram-se o Relatório Belmont (*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, 1979), o artigo quinto da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (Conselho da Europa, 1997) e também a Declaração de Helsínquia (*World Medical Association*, 2000). Documentos que postulam similarmente o consentimento informado como uma aplicação dos princípios de respeito pela autonomia, beneficência e justiça (Salas, 2006). Explanam que uma intervenção no campo da saúde apenas pode ser levada a cabo se o indivíduo tiver dado o seu consentimento livre e esclarecido perante a mesma (Salas, 2006). A pessoa deve ser previamente informada, de forma adequada, sobre o objectivo e a natureza da intervenção, bem como quanto às consequências e riscos que lhe estão confinados (Ricou, 2004). A qualquer momento, o consentimento dado pela pessoa pode ser livremente revogado (Ricoeur, 1995).

No que concerne à legislação portuguesa, neste contexto específico, são tidos em conta os pressupostos inerentes ao consentimento informado no âmbito da interrupção da gravidez como postulado no artigo 142º do Código Penal (2008).

Perante a interrupção médica da gravidez, o CNECV preconiza que o consentimento deve ser prestado em documento assinado pela mulher ou seu representante legal, idealmente num período de três dias anteriores à data da interrupção (1999). No caso de a mulher ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, a tomada de decisão fica a cargo do seu representante legal, por aplicação da doutrina do julgamento substitutivo (CNECV, 1999). Encontra-se, ainda, na legislação a possibilidade de obtenção do consentimento presumido nas situações em que a interrupção da gravidez se reveste de carácter de urgência, ou seja, quando impossibilitado de obter consentimento informado por parte da mulher, o médico deve agir em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, da opinião clínica dos colegas (Figueiredo, 2006).

Ainda a propósito do processo de obtenção de consentimento, será sempre desejável a existência de um consenso entre o casal a respeito da interrupção da gravidez. No entanto, não sendo este possível, deve prevalecer a opinião e decisão da mulher, pois é o seu corpo que está envolvido e como tal deve, à semelhança do anteriormente postulado, privilegiar-se a sua autodeterminação (Nunes, 2000).

2.2.2.4. Procedimentos obstétricos

A publicação da Lei 16/2007, de 17 de Abril, veio colocar novos desafios aos serviços de saúde e aos seus profissionais, face à necessidade de assegurar que todas as mulheres, com situações legalmente elegíveis, tenham acesso a uma interrupção da gravidez em segurança (DGS, 2010).

Os métodos e as subseqüentes técnicas que podem ser implementados para proceder à interrupção da gravidez devem ser escolhidos em função do tempo de gestação e do protocolo assumido pela instituição de saúde onde é realizado (Filshie, 1986; Graça, 2000a).

De acordo com as directrizes da Direcção Geral de Saúde, a interrupção pode ser realizada através de métodos medicamentosos, cirúrgicos ou mistos, sendo que cada um destes comporta, naturalmente, riscos diferentes (2010). A realização do exame ecográfico prévio para datar correctamente a gestação e obter informação sobre a zona de inserção predominante do trofoblasto é muito importante, a fim de permitir a escolha adequada do método de interrupção (DGS, 2010).

A interrupção da gravidez pode ser realizada em três momentos da gestação: precoce (até às oito semanas de gestação), durante o primeiro trimestre e durante o segundo trimestre (Filshie, 1986). No entanto, é recomendado que a interrupção da gravidez seja levada a cabo antes das 20 semanas de gestação, ressaltando-se as circunstâncias especiais como as decorrentes de problemas genéticos, anomalias fetais graves ou problemas graves de saúde materna (Filshie, 1986).

As situações de IMG devido a anomalias fetais ocorrem geralmente no segundo trimestre, pelo que os procedimentos obstétricos geralmente requerem internamento hospitalar (Rocha, 2004). A partir das 14 semanas os riscos aumentam e os métodos exclusivamente cirúrgicos podem ser desaconselhados devido às consequências graves que lhes estão associadas: lacerações do colo do útero, ruptura de vasos, perfuração uterina, lesão de órgãos vizinhos (bexiga, intestino delgado e recto) e de complicações tardias como a hemorragia por retenção de restos ovulares e a coagulação intravascular disseminada (Graça, 2000a).

A Direcção Geral de Saúde afirma que os métodos não cirúrgicos de interrupção da

gravidez têm provado ser seguros e eficazes, com resultados equivalentes aos dos métodos cirúrgicos (2007). A duração média do procedimento de interrupção, após indução de contracções uterinas, é de 13,2 horas, podendo no entanto exceder as 24 horas (Graça, 2000b). Segundo Baram, os procedimentos geralmente utilizados na interrupção de gravidez, após as 14 semanas, são muito semelhantes à indução do trabalho de parto, pressupondo a estimulação hormonal de contracções com dilatação do colo do útero para facilitar expulsão do feto (1997). As contracções uterinas responsáveis pela dilatação do colo e expulsão do feto são frequentemente dolorosas, constituindo um dos factores responsáveis pelo trauma que representa esta experiência para a maioria das mulheres, sendo o alívio da dor uma preocupação dos profissionais de saúde envolvidos (Graça, 2000b).

As técnicas mais usadas são a injeção intra-amniótica de solução salina hipertónica, de solução de 40% de ureia, de PG E1 ou E2², ou de soluções que constituem terapia combinada (DGS, 2010). A aplicação de prostaglandina (PG) em gel ou solução pelo canal cervical até ao espaço extra-amniótico é eficaz na indução do abortamento, assim como a aplicação de pessários vaginais de PG (Filshie, 1986; Graça, 2000b).

Conclui-se que a interrupção da gravidez no segundo trimestre tem uma maior taxa de complicações associadas e pode requerer curetagem subsequente sob anestesia geral para conseguir a evacuação uterina completa (Filshie, 1986; Graça, 2000b). Ressalva-se, que as sequelas a longo prazo são muito raras e os efeitos secundários em gestações futuras negligenciáveis (Graça, 2000b). Quanto às implicações, em termos de mortalidade e morbidade materna, verifica-se antes das 10 semanas uma taxa de mortalidade inferior a 1/100.000. No entanto, o risco aumenta consideravelmente de acordo com a idade gestacional. O risco de morte materna duplica por cada duas semanas de gestação após a oitava semana (Graça, 2000b).

Após a interrupção da gravidez a mulher deve ser informada sobre o período de tempo durante o qual é esperado que ocorra sangramento, instruída como reconhecer possíveis complicações e quem deve contactar nessa eventualidade (Filshie, 1986).

4.2.3. Aspectos Adaptativos consequentes da IMG

Encontram-se na literatura diferentes estudos sobre o impacto psicológico do abortamento por razões relacionadas com a saúde materno-fetal.

Considerando que nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, a IMG devido aos avanços da medicina obstétrica e do seu enquadramento jurídico, se efectivou como uma

² Prostaglandinas comumente utilizadas na indução do trabalho de parto.

realidade, torna-se importante identificar as consequências emocionais, principalmente dada a evidência que deste evento podem resultar sequelas psicológicas significativas (OMS, 2009).

A IMG devido a doença grave ou malformação congénita do nascituro pode envolver um sofrimento emocional intenso e produzir implicações psicopatológicas a longo prazo, materializando-se, não raras vezes, como uma vivência traumática para a mulher (e.g., Statham, Solomou & Chitty, 2000; Borgoine et al., 2005; Davies, Gledhill, McFadyen, Whitlow & Economides, 2005; Kersting et al., 2005; Korenromp et al., 2005; Korenromp et al., 2005; Stroebe, Schut & Stroebe, 2000).

Este tipo de acontecimento deve ser considerado um aspecto central na vida de muitas mulheres, dado o impacto que tem na reavaliação das suas experiências passadas e futuras (Maker & Odgen, 2003), e uma vez que a sua vivência se sedimenta no significado de ser mulher, reflectindo-se na crença sobre a sua fertilidade que ameaça o seu papel enquanto procriadora (Gerber-Epstein, Leichtentritt & Benyamini, 2009).

Elevadas taxas de morbilidade psicológica, em particular depressão, trauma e o aumento do consumo de medicação psicotrópica têm sido relatadas após IMG (Neugebauer, Kline & O'Connor, 1992; Cordle, Prettyman & Cook, 1993; Stirtzinger et al., 1999; Geller, Klier & Neugebauer, 2001; Garel et al., 1994). Paradoxalmente, há também evidências que os profissionais de saúde envolvidos e a comunidade leiga tendem a minimizar o grau de sofrimento destas mulheres, assumindo que elas recuperarão de forma espontânea e célere (Layne, 1990; Stirtzinger et al., 1999).

As situações de abortamento que se relacionam com a saúde do feto são difíceis de gerir, por acontecerem frequentemente em gravidezes planeadas e desejadas (Kolker & Burke, 1993; Boyle, Vance, Najman & Thearle, 1996; Hunfeld, Wladimiroff & Passchier, 1997; McGreal, Evans & Burrows, 1997; Salvesen, Oyen, Schmidt, Malt & Eik-Nes, 1997; McCoy, 2007). Os sintomas de ansiedade parecem ser a resposta de adversidade manifestada com maior frequência (Bradshaw & Slade, 2003). O diagnóstico de uma deformidade fetal pode, segundo Noya e Leal (1998), dificultar em muito o processo de tomada de decisão acerca da interrupção da gravidez. Várias razões explicam tais dificuldades, como o facto de não se prever inteiramente a extensão que a deficiência assumirá na vida após o nascimento, bem como a possibilidade da tomada de conhecimento surgir numa gravidez desejada que ocorre perto do limite da idade reprodutiva da mulher e em circunstâncias em que existem problemas de infertilidade (Noya & Leal, 1998; Figueiredo, 2005).

De acordo com Costa, Hardy, Osis e Faúndes (2005), quando o diagnóstico da doença ou malformação é efectuado e a interrupção da gravidez proposta, as mulheres tendem a

experienciar medo, desespero, angústia, sentido de inutilidade e recusa em aceitar a situação. Aquando da tomada de decisão as mulheres sentem tristeza, desespero e culpa (Leschot, Verjaal & Treffers, 1985; Loyd & Laurence, 1985; Black, 1989; White-van, Connor & Ferguson-Smith, 1992; Iles & Gath, 1993; Prettyman & Cook, 1993; Frost & Condon, 1996; Layne, 1990). White-van Mourik et al. (1992) incidiram a sua avaliação prospectiva na duração de determinadas emoções e sentimentos, ao longo de 2 anos após IMG. Cerca de 60% das mulheres referiu ter sentido tristeza durante os 24 meses, cerca de 45% sentiu ansiedade em todo o período, 30% sentimentos de culpa, cerca de 25% sentiu raiva, 10% depressão, 20% falhanço, 15% vergonha, 15% alívio e 10% isolamento. As queixas somáticas mais constantes ao longo dos dois anos do estudo prospectivo foram choro em 20% das mulheres, perda de concentração em quase 10%, irritabilidade em 20% e cansaço em 5%. Outras queixas foram reportadas durante um período menor de tempo: 25% referiu dificuldades de sono num período inferior a 3 meses, 20% reportaram ter sentido perda de apetite e cansaço nos primeiros 3 meses.

Várias investigações que incorreram a sua avaliação sobre os primeiros meses após IMG, referem comumente elevados níveis de stress pós-traumático e de depressão na mulher (Korenromp, Page-Christiaens, van den Bout, Mulder & Visser, 2005; Korenromp et al., 2009). Contudo, a maioria dos estudos longitudinais, neste contexto, sinalizou uma diminuição da sintomatologia psicopatológica a curto prazo (White-van Mourik et al., 1992; Iles & Gath, 1993; Lorenzen & Holzgreve, 1995; Salvesen et al., 1997; Hunfeld, Wladimiroff & Passchier, 1997; Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003).

Hunfeld, num estudo longitudinal, reportou uma significativa diminuição dos sintomas psicológicos ao longo dos quatro anos de avaliação após IMG por causa fetal. Contudo, salienta que cerca de um quarto das 29 participantes ainda apresentava eminentes índices de sintomatologia psicopatológica aquando da última etapa avaliativa (1995).

Em 2005, Korenromp et al. avaliaram 254 mulheres, 2 anos e 7 anos após IMG por causa fetal a fim de avaliar a morbilidade psicológica nesta população, concluindo que a maioria das mulheres entrevistadas se adaptou bem à perda. No entanto, um número substancial de participantes (17,3%) apresentava resultados de sintomatologia traumática e depressiva elevados, sugerindo não haver diminuição dos índices de psicopatologia entre os 2 e os 7 anos. Os autores concluem que, a longo prazo, estas mulheres vivenciam a IMG, mais como um trauma do que propriamente como um luto.

De acordo com Korenromp et al. (2009), um estudo longitudinal 4, 8 e 16 meses após IMG evidenciou que das 147 mulheres avaliadas 46% apresentaram níveis significativos de

stress pós-traumático, diminuindo para 20,5% após 16 meses. Quanto à depressão, esses números eram de 28% e 13% respectivamente (Korenromp et al., 2009). Também Kersting et al. (2009) reportou elevados índices de stress pós-traumático 6 e 14 meses após IMG. Complementando os resultados dos estudos supracitados, Kersting et al. (2005; 2009) desenvolveu várias investigações concluindo que, embora a maioria das mulheres evidencie uma diminuição da sintomatologia psicopatológica a curto prazo, um número significativo de mulheres desenvolve não apenas sintomas psicológicos graves como também relevantes perturbações psiquiátricas (maioritariamente afectivas e de ansiedade) a longo prazo, sublinhando a necessidade de um apoio específico neste contexto particular da IMG por causa fetal.

A literatura sobre a IMG refere ainda resultados muito variados quanto ao luto perinatal, contudo a grande maioria reporta evidências deste sintoma nos primeiros meses após o evento (e.g. Hunfeld, Wladimiroff & Passchier, 1997; Salvasen et al., 1997), sendo raros os estudos que valorizam evidências desta sintomatologia a longo prazo (Peck & Marcus, 1966; Blumberg, Golbus & Hanson, 1975; Donnai, Charles & Harris, 1981; Geerinck- Vercammen & Kanhai, 2003; Korenromp et al., 2005). Korenromp et al. (1992) referem que a fase mais grave do luto perinatal parece decorrer entre os 3 e os 4 meses após IMG. Os autores consideram que a auto-condenação decorrente da determinação do processo decisório pode agravar consideravelmente esta sintomatologia.

Podemos assim concluir que a interrupção médica da gravidez, quando detectado um problema fetal, gera com frequência considerável psicopatologia, salientando-se a prevalência de sintomatologia traumática, depressiva e de luto na maioria dos estudos sobre IMG.

Quando comparado com outros tipos de abortamento, a literatura continua a evidenciar a primazia da IMG por causa fetal nos indicadores de morbidade psicológica (Loyd & Laurence, 1985; Broen, Moum, Bødtker & Ekeberg, 2004; Kersting et al., 2009). No entanto, esta diversidade de respostas emocionais pode ser associada a uma extensa panóplia de factores, nomeadamente circunstâncias pessoais e atribuições familiares, sociais e culturais (Madden, 1994). Os estudos sobre a IMG por causa fetal valorizam e assumem como variáveis moderadoras e predictoras da morbidade psicológica a longo prazo: a presença de antecedentes psiquiátricos; o diminuto apoio por parte do companheiro e dos profissionais de saúde envolvidos; os baixos níveis de instrução e de auto-eficácia, as dificuldades no processo decisório; o diagnóstico de anomalias compatíveis com a vida; a inexistência de reconhecimento social da perda; as crenças religiosas; as atitudes condenatórias por parte dos membros do grupo social de pertença e as complicações físicas decorrentes da

interrupção da gravidez (Noya & Leal, 1998; Major, Cozzarelli, Cooper & Zubeck, 2000; Wierzbicka & Sokoloeska, 2004; Korenromp et al., 2005; 2007). Também a idade da mulher, o tempo de gestação e o historial de interrupções são considerados factores importantes na resposta à IMG (OMS, 2009). Quanto à idade gestacional a morbilidade psicológica é considerada proporcional ao avanço gestacional (Cosme & Leal, 1998, Worden, 2006; Korenromp et al., 2005). Davies et al. (2005) sugerem que a IMG efectuada no segundo trimestre de gravidez está mais associada ao risco de desenvolver sintomatologia traumática, comparativamente com a IMG no primeiro trimestre. No que concerne à idade da gestante é sugerido que mulheres mais novas têm mais dificuldade em lidar com o evento comparativamente às mais velhas (Noya & Leal, 1998, Wierzbicka & Sokoloeska, 2004). O historial de interrupções é essencialmente valorizado no âmbito do luto e da depressão (Klock, Chang, Hiley & Hill, 1997; Noya & Leal, 1998; Mendes, 2002). No entanto, outros estudos não consideram a existência de perdas fetais anteriores como um factor de risco relevante (Cuisinier, Kuijpers, Hoogduin, Graauw & Janssen, 1993; Lasker & Toedter, 2000). Várias investigações reconhecem as reacções psicológicas pós-abortamento mediadas por variáveis de carácter demográfico, sócio-cultural (Noya & Leal, 1998; Wierzbicka & Sokoloeska, 2004) e psicológico (Noya & Leal, 1998; Major, Cozzarelli, Cooper & Zubeck, 2000). Outras investigações sugerem que o nível de instrução e as condições sócio-culturais em nada influenciam a manutenção ou exacerbação da sintomatologia psicopatológica no contexto da IMG (Black, 1989; Zlotogora, 2002).

Comummente a maioria destas mulheres, desde que dispendo de recursos pessoais e relacionais adequados, apresenta uma melhoria progressiva do estado emocional, evidenciando uma diminuição da ansiedade, culpa e vergonha (Brockington, 1996; Costa et al., 2005). Porém, em pessoas psicologicamente mais vulneráveis, estas respostas podem intensificar-se e contribuir para emergência de graves problemas físicos e emocionais (Brockington, 1996). As variáveis psicológicas concernem: aos antecedentes psicopatológicos, que podem ser preditores de morbilidade psicológica após o abortamento (Noya & Leal, 1998; Maker & Ogden, 2003); à satisfação obtida com o abortamento (Major, Cozzarelli, Cooper & Zubeck, 2000), sendo que nas mulheres mais satisfeitas se verifica um menor impacto psicológico negativo; e ao facto do diagnóstico de anomalia fetal ser (in)compatível com a vida (Maker & Ogden, 2003). Ainda neste âmbito, várias investigações sublinham o relevante papel dos estilos de *coping* e de tomada de decisão no processo de adaptação ao abortamento (Adler et al., 1990; Major, Mueller & Hildebrandt, 1985; Miller, 1992; Lasker & Toedter, 2000; Swanson, 2000; Rocha, 2004). Dever-se-á ter em conta

que a maioria destes estudos usaram como amostra apenas mulheres que interromperam a gravidez por motivos psicossociais, não havendo estudos definitivos e específicos em relação a esta população (Rocha, 2004). No contexto geral do abortamento sugere-se que uma atitude pautada pela passividade e evitamento possui uma correlação positiva com a morbidade psicológica a longo prazo (Lasker & Toedter, 2000).

Restringindo à interrupção no contexto do DPN, os factores risco com maior peso também parecem ser os relacionados com o processo de decisão, no entanto os dados disponíveis referem-se apenas a avaliações a curto e médio prazo (Franz & Reardon, 1992; Vaughan, 1990; Rocha, 2004). Segundo Rocha, apesar de haver outros aspectos de grande importância no estudo desta temática, do ponto de vista da mulher a sua problemática parece redundantemente centrar-se nestas duas questões: a decisão e o pós interrupção (2004).

Parecem também existir diferenças de género ao nível do impacto psicológico da IMG. Assim, enquanto os homens a experienciam de uma forma individual (Reich & Brindis, 2006) e mais reservada (Naziri, 2007), as mulheres vivem o evento de forma mais emotiva e evidenciam a necessidade de suporte emocional da parte dos seus parceiros (Corbet-Owen, 2003; Korenromp, 2005). Estudos longitudinais não evidenciam alterações nos padrões de relacionamento do casal em função do abortamento (Bradshaw & Slade, 2003), levando os autores a concluir que o abortamento parece não ter uma repercussão directa no relacionamento do casal. Mekosh-Rosenbaum e Lasker (1995) referem que o abortamento não só não tem impacto negativo na relação mas que, pelo contrário, em algumas situações como a IMG por causa fetal pode ter um efeito positivo na mesma. Contudo, também neste contexto a investigação é por vezes pouco consistente.

Apesar da falta de consenso quanto à natureza e etiologia das reacções psicológicas da IMG, aferimos que a maioria dos estudos descreve a incidência e o desenvolvimento de morbidade psicológica a longo prazo. Porém, a interpretação destes dados é dificultada por várias limitações de cariz metodológico que encontramos na maioria dos estudos: amostras pequenas, instrumentos psicométricos não-padronizados e não-validados e o facto da grande maioria dos estudos se centrarem apenas na progenitora (Blumberg, Golbus & Hanson, 1975; White-van, Connor & Ferguson-Smith, 1992; Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003). Também as diferentes calendarizações de avaliação após IMG não permitem comparações significativas entre estudos (Slade, 1994; Neugebauer, 2003).

4.2.3.1. Sintomatologia traumática

Determinados eventos de vida podem ser encarados como situações traumáticas, susceptíveis de contribuir para o surgimento de sinais e sintomas que possam definir um quadro de Perturbação Pós-*Stress* Traumático (PPST) ou de Perturbação Aguda de *Stress* (PAS). Nestes podem incluir-se as situações de doença grave ou que colidam com a saúde dos indivíduos, como são as situações de IMG devido a doença grave ou malformação congénita do nascituro (Pais Ribeiro, 2005).

Um estudo com mulheres sujeitas a abortamento identificou algumas características psicopatológicas frequentes, que constituem o que denominam por Síndrome Pós-Aborto (SPA) (Lavín & Garcia, 2005). As autoras face à resistência do reconhecimento destas características como uma categoria nosológica diferenciada, encetaram um estudo qualitativo a fim de enquadrar a SPA nos critérios de diagnóstico das classificações internacionais. Lavín e Garcia (2005) identificaram critérios respeitantes a PPST nos dez casos de SPA avaliados, assim como outros sintomas inespecíficos, designadamente sonhos e pesadelos repetidos e persistentes relacionados com o abortamento e o aborto, coadjuvados por intensos sentimentos de culpa. As investigadoras concluem que a SPA deve ser considerada uma forma adicional de PPST, por abarcar características que podem ajudar na compreensão da experiência de vida do paciente e a estabelecer a intervenção terapêutica.

De acordo com o DSM-IV-TR a PPST tem subjacente um conjunto de sintomas característicos que sucedem à exposição a um stressor traumático extremo, e perante o qual a pessoa responde apresentando medo intenso, horror ou incapacidade de obter ajuda (*American Psychiatric Association*, 2002). Os sintomas característicos da perturbação incluem a repetição da experiência persistente do acontecimento traumático, o evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma, embotamento geral da reactividade e sintomas de aumento da activação. Para que se estabeleça o diagnóstico é necessário que os sintomas se mantenham pelo menos durante um mês e que causem mal-estar significativo na vida do indivíduo. Existem especificadores perante a perturbação quanto ao início e duração dos sintomas. Assim, se os sintomas duram de um a três meses, considera-se a existência de especificador agudo, se duram três ou mais meses trata-se de um especificador crónico e se passam pelo menos seis meses entre o acontecimento traumático e o início dos sintomas, consiste num especificador de PPST com início dilatado.

Por outro lado, e de acordo com o mesmo manual, a PAS consiste no desenvolvimento de sintomas característicos de ansiedade, dissociativos ou de outra natureza que ocorrem no período de um mês após a exposição a um stressor traumático extremo.

Para que se estabeleça o diagnóstico o sujeito deve ter pelo menos um sintoma dissociativo como amnésia dissociativa, despersonalização ou desrealização, entre outros, durante ou depois da exposição. O acontecimento traumático é re-experenciado e surge evitamento das lembranças que evoquem o acontecimento. Concomitantemente existem sinais de ansiedade ou de activação. Este sofrimento acarreta mal-estar para a pessoa e o quadro desenvolve-se no período de dois dias a quatro semanas, não persistindo para além disso.

O trauma é um acontecimento que perturba o indivíduo e altera negativamente a vida da pessoa e produz, pelo menos temporariamente, reacções psicológicas caracterizadas por estados emocionais negativos como por exemplo ansiedade e depressão (Pais Ribeiro, 2005). Como explica o DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2002) a situação traumática pode ser vivida directamente, observada ou vivenciada por outros. Além de serem distintos os acontecimentos que levam ao trauma, também certas variáveis exacerbam o evento em si mesmo (Valentine, 2003). O facto de passar por situações traumáticas pode acarretar um impacto psicológico que pode perdurar. Nesse sentido, torna-se fundamental o cuidado e apoio proporcionado pelos profissionais de saúde que possibilite aos indivíduos ultrapassar emoções negativas, adquirir poder e auto-eficácia (Maia & Fernandes, 2003).

A respeito das repercussões traumáticas da IMG devido a doença grave ou malformação congénita do nascituro, encontram-se também dados incongruentes na literatura. À semelhança de Lavín e Garcia (2005), Dupont identifica que as mulheres que experienciam um abortamento evidenciam tendência a se tornarem psicologicamente defensivas e a reprimirem as suas emoções, assim como o instinto maternal que caracteriza a experiência da gravidez. Factores estes que podem levar a uma percepção patológica da gravidez, adulterada no geral, ou dificuldade em lidar com gravidezes futuras (2004). Por inferir tratar-se de uma vivência traumatizante para um grande número de mulheres, o autor acredita que os factores psicológicos e emocionais devem ser privilegiados e tomados em consideração nos cuidados que são prestados às mulheres que recorrem a IMG. Também Wierzbicka e Sokoloeska (2004) consideram que em função do número de abortamentos anteriores, a decisão de continuar ou interromper uma gravidez com diagnóstico de anomalia fetal pode ser influenciada pela SPA, limitando a capacidade da mulher para lidar com muitos sentimentos e reacções, afectando a sua capacidade de relacionamento interpessoal, e alterando também as suas atitudes perante os futuros filhos. No entanto, Turton, Hughes, Evans e Fainmain (2001) num estudo em que pretenderam avaliar a incidência, correlação e preditores da PPST perante o abortamento, identificaram que apesar de muitas mulheres sofrerem sintomas psicológicos após o evento e estes sintomas continuarem mesmo na gravidez seguinte, a

IMG não se assume como um preditor da ocorrência de PPST.

4.2.3.2. Luto Perinatal

À experiência do abortamento está subjacente sofrimento e luto pela perda que o evento representa (Robinson, Backer & Nackerud, 1999). O conceito de luto perinatal unifica e compreende as reacções psicológicas de todas as perdas durante a gravidez, enfatizando que a interrupção de uma gravidez desejada implica uma reacção muito semelhante quer se trate de um abortamento espontâneo, morte neonatal ou IMG (Iles & Gath, 1993; Statham, Solomou & Chitty, 2000). Ou seja, do ponto de vista psicológico a reacção emocional pode ser condensada numa única entidade com diferentes facetas, podendo, ou não, gerar psicopatologia adaptativa (Rocha, 2004). Será importante referir que há concordância na existência de preditores diferentes para o luto perinatal, depressão e ansiedade (Beutel, Deckardt, Schaudig, Franke & Zauner, 1992).

De acordo com Cabral, perante a gravidez e a maternidade, lidar com a morte é difícil nos dias de hoje dado o desenvolvimento da medicina obstétrica, dos meios complementares de diagnóstico e de tratamentos que contribuíram para uma significativa diminuição da mortalidade perinatal (2005).

A IMG acarreta diferentes dimensões de perda na vida da mulher, como a perda de sentido do futuro, a perda da identidade e a perda da parentalidade antecipada (McCreight, 2008). As mulheres percebem o acontecimento da perda com uma resposta emotiva negativa e, após o acontecimento, carecem de um espaço para as suas emoções e procuram a aceitação e reconhecimento da validade da sua dor, como forma de realizarem o seu luto, numa reacção normal e adaptativa (McCreight, 2008).

Muito embora, inicialmente, prevalecesse a ideia que a díade mãe-bebé apenas se iniciava por volta do nascimento, sabe-se hoje que esta ligação afectiva se estabelece durante a gravidez (Mendes, 2002). As relações de vinculação formadas durante o período neonatal são muito importantes no desenvolvimento gestacional, pois além da grávida sentir o nascituro como parte de si, há também a atribuição de características em função dos comportamentos manifestados que condicionam a caracterização da mãe sobre o filho (Rolim & Canavarro, 2006).

Assim, o sofrimento pela perda será tanto maior quanto maior for a ligação afectiva que a gestante estabelece com o seu embrião ou feto, aquele dependerá do grau de investimento afectivo e planeamento da gravidez (Cabral, 2005).

A vinculação materna ao bebé é, assim, uma relação emocional única, que consiste num

processo de adaptação mútua e efectivado de modo gradual (Figueiredo, 2003). Um dos factores no qual assenta a constituição de um vínculo pré-natal, deve-se às representações mentais da grávida sobre o nascituro. Segundo Pajulo, Helenius e Mayes (2007), as representações mentais são experiências de interacção generalizada a partir das quais se constroem os modelos de interacção futuros, pelo que se pode afirmar que o vínculo se começa a formar mesmo antes da gravidez.

Worden considera que o luto deve ser abordado no acompanhamento pré e pós-abortamento para que danos não surjam na saúde psíquica da mulher que decide interromper a gravidez. Deve-se proporcionar à gestante, candidata à interrupção médica da gravidez, a possibilidade de explorar sentimentos ambivalentes, discutir opções e receber suporte emocional, uma vez que normalmente omitem a situação aos familiares e amigos temendo a reprovação, ficando sem qualquer tipo de suporte (2006).

4.2.3.3. Depressão

Johnson e Sarason (1978) relataram uma expressiva correlação entre acontecimentos de vida negativos e depressão.

A depressão, apesar de frequentemente subdiagnosticada, é um quadro clínico de elevada prevalência na mulher, muitas vezes associado a uma deterioração grave dos funcionamentos físico e social, implicando o recurso constante aos cuidados de saúde primários (McQuaid, Stein, Laffaye & McCahill, 1999; Simon, Ormel, VonKorff & Barlow, 1995).

A depressão tem um forte impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde e na qualidade de vida geral (Coulehan, Schulberg, Block, Madonia & Rodriguez, 1997; Wells et al., 1989).

Diversos estudos demonstraram a evidência de níveis significativos de sintomatologia depressiva após IMG por causa fetal (Neugebauer, Kline & O'Connor, 1992; Cordle, Prettyman & Cook, 1993; Stirtzinger et al., 1999; Geller, Klier & Neugebauer, 2001; Garel et al., 1994; Korenromp, Page-Christiaens, van den Bout, Mulder & Visser, 2005; Korenromp et al., 2009). A IMG representa, comumente, para a mulher uma crise pessoal, devido ao seu carácter decisório e irreversível (e.g., Iles & Gath, 1993; Zeanah, Dailey, Rosenblatt & Saller, 1993; Lorenzen & Holzgreve, 1995; Lilford, Stratton, Godsil & Prasad, 1994; Hunfeld, 1995). De acordo com Speckhard e Rue (1992), a IMG pode ser experienciada como um acontecimento stressor causando ansiedade, tristeza, culpa, desespero e raiva. A combinação destes factores pode contribuir para uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Segundo Wilmoth, sentimentos de impotência, raiva e auto-

condenação potenciam o surgimento da depressão (1992). Neste sentido, a *American Psychiatric Association* (APA) descreve o abortamento como um stressor psicossocial que pode indelevelmente conduzir à depressão (2002). Bradshaw e Slade (2003) numa revisão da literatura sobre o impacto emocional da IMG indicam que cerca de 20% das mulheres experienciam elevados níveis de depressão entre o diagnóstico de malformação fetal e a interrupção da gravidez.

A pesquisa científica que tem focado o seu trabalho nas respostas a esta experiência traumática sublinha a prevalência da depressão a longo prazo (Gennaro, York & Brooten, 1990).

Loyd e Laurence (1985), num estudo sobre a duração e intensidade da depressão em mulheres submetidas a IMG reportou mais episódios severos e prolongados deste sintoma, comparativamente com mulheres que vivenciaram morte perinatal ou abortamento por razões psicossociais. Também Kersting et al. (2009) verificaram elevados níveis de sintomatologia depressiva 14 meses após IMG.

Korenromp et al. (2009), num estudo longitudinal, concluíram que apesar da diminuição da depressão ao longo dos 16 meses de avaliação, um número substancial de participantes continuava a evidenciar esta sintomatologia, aquando da última etapa avaliativa.

Um estudo retrospectivo efectuado em Portugal com 36 casais após a IMG verificou uma frequência muito elevada de sintomas depressivos na quase totalidade dos sujeitos (Pinho & Carmona, 1996).

V. Objectivos e pertinência

Partindo da conceptualização da gravidez como um processo contínuo, que se inicia com a singamia e culmina no nascimento, a IMG apresenta-se o como um contexto particular, longe de ser entendido na sua totalidade devido ao seu carácter decisivo, complexo e de consequências imprevisíveis (Kersting, Dorsch, Kreulich & Klockenbusch, 2004). Por outro lado, a escassa investigação longitudinal, as várias limitações de cariz metodológico e os resultados pouco consistentes enfatizam a necessidade de crescimento investigacional neste âmbito (Blumberg, Golbus & Hanson, 1975; White-van, Connor & Ferguson-Smith, 1992; Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003).

Surge assim, a pertinência de realizar um estudo longitudinal que contribua para a avaliação das consequências psicopatológicas da interrupção médica da gravidez. Nesta dissertação, o enfoque será atribuído à IMG por doença grave ou malformação congénita do nascituro e à sintomatologia/perturbação psicopatológica e ajustamento emocional da mulher a longo prazo.

Esta investigação apresenta como objectivo a avaliação da morbilidade psicológica na mulher, sete anos após a IMG por doença grave ou malformação congénita do nascituro. Mais concretamente visa: avaliar os níveis de sintomatologia traumática, depressiva e de luto e identificar os preditores de morbilidade psicológica na mulher sete anos após o evento.

Espera-se, deste modo, colaborar para o conhecimento mais profundo do impacto psicológico da IMG, ambicionando que este trabalho se possa materializar em mais um contributo não só ao nível da compreensão, mas também da intervenção com as mulheres que experienciam IMG.

VI. Metodologia

6.1. Participantes

O estudo em questão, insere-se numa avaliação longitudinal, iniciada há sete anos, e que abrangeu inicialmente duas fases avaliativas: aos 15 dias e aos 6 meses após a IMG. Presentemente foi concretizada uma terceira fase avaliativa, 7 anos após o evento. Na primeira fase a amostra era constituída por 86 mulheres, na segunda verificou-se um

decrécimo, reduzindo-se a amostra a 73 participantes. Sete anos após IMG, a amostra do nosso estudo é constituída por 34 mulheres. Neste contexto, e para evitar uma possível inflação dos resultados devido ao decréscimo da amostra, optamos por realizar correlações inter-avaliações exclusivas às 34 participantes presentes nos três momentos avaliativos.

Salienta-se que os dados sócio-demográficos e relativos ao projecto reprodutivo foram recolhidos há 7 anos atrás, aquando da primeira avaliação, 15 dias após IMG.

Assim, relativamente aos dados sócio-demográficos, da observação da tabela 1, podemos verificar que as mulheres entrevistadas apresentavam, em média, cerca de 32,3 (DP \pm 5,1) anos de idade, variando entre os 24 e os 43 anos, tendo cerca de 62% das mulheres entrevistadas 30 ou mais anos de idade. A larga maioria das mulheres era casada (82,4%), sendo que cerca de 11,8% era solteira e 5,9% vivia em união de facto. No que concerne à escolaridade a nossa amostra evidencia que, mais de metade das mulheres detinha habilitações literárias iguais ou superiores ao 12.º Ano. Mais especificamente 25,8% destas tinha completado o 12º ano, 6,5% o Bacharelato, e 25,8% a Licenciatura. No que diz respeito à situação profissional, praticamente a totalidade das mulheres entrevistadas estava empregada (cerca de 94%), e apenas cerca de 6% estava desempregada. Por fim, e relativamente à proveniência dos dados recolhidos, verifica-se que aproximadamente um terço das mulheres entrevistadas foi atendido no Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães (29,4%), sendo que, para além desta instituição hospitalar, a maioria das mulheres efectivou a IMG no Hospital de Santa Maria - Lisboa (20,6%) e na Maternidade Alfredo da Costa - Lisboa (14,7%).

Tabela 1: Características sócio-demográficas da amostra

Características sócio-demográficas	Frequências	
	<i>n</i>	%
<i>Escalão Etário (N = 34)</i>		
< 30 anos	13	38,2
30 a 35 anos	11	32,4
> 35 anos	10	29,4
Média:	32,3 (\pm 5,1)	
Amplitude :	24 a 43 anos	
<i>Estado Civil (N = 34)</i>		
Casada	28	82,4
Solteira	4	11,8
União de facto	2	5,9

Características sócio-demográficas	Frequências	
	n	%
<i>Escolaridade (N = 31)</i>		
4º Ano	4	12,9
6º Ano	5	16,1
9º Ano	4	12,9
12º Ano	8	25,8
Bacharelato	2	6,5
Licenciatura	8	25,8
<i>Situação profissional (N = 33)</i>		
Empregada	31	93,9
Desempregada	2	6,1
<i>Instituição (N = 34)</i>		
Hospital da Senhora da Oliveira	10	29,4
Hospital de Santa Maria	7	20,6
Maternidade Alfredo da Costa	5	14,7
Hospital Pedro Hispano	3	8,8
Hospital de São Teotónio	3	8,8
Hospital de S. Sebastião	2	5,9
Hospital São Pedro de Vila Real	2	5,9
Centro de Genética Preditiva e Preventiva	1	2,9
Maternidade Júlio Dinis	1	2,9

Na caracterização do projecto reprodutivo (cf. tabela 2), verifica-se que metade das mulheres entrevistadas não tinha filhos anteriores, cerca de 44% tinha apenas um filho e aproximadamente 6% tinha entre 2 a 3 filhos. A maioria nunca tinha vivido uma experiência de interrupção da gravidez (59,4%), todavia 28,1% mencionaram já terem vivido uma interrupção da gravidez, 9,4% duas interrupções da gravidez e 3,1% quatro interrupções da gravidez. Praticamente a totalidade das mulheres entrevistadas não apresentava qualquer historial de infertilidade (96,6%) e apenas 3,4% citaram este indicador. Quanto ao diagnóstico “eco-gene”, cerca de 59% era genético e 41,2% era ecográfico. A idade gestacional média obtida foi de 19,0 (DP \pm 3,0) semanas, variando entre as 12 e as 24 semanas, tendo cerca de 91% das participantes interrompido a gravidez entre a 15^a e a 23^a semana de gestação. Por fim, constata-se ainda que a generalidade das mulheres não apresentava historial psiquiátrico (81,5%), que mais de metade não tinha historial de IMG (59,4%) e 40,6% já tinha vivenciado esta experiência.

Tabela 2: Características relativas ao Projecto Reprodutivo

Características - Projecto Reprodutivo	Frequências	
	<i>n</i>	%
<i>Filhos prévios à gestação interrompida (N = 34)</i>		
Nenhum	17	50,0
1 filho	15	44,1
2 filhos	1	2,9
3 filhos	1	2,9
Média:	0,6 (\pm 0,7) filhos	
Amplitude:	0 a 3 filhos	
<i>N.º de interrupções de gravidez (N = 32)</i>		
Nenhuma	19	59,4
1 interrupção	9	28,1
2 interrupções	3	9,4
4 interrupções	1	3,1
Média:	0,6 (\pm 0,9) interrupções	
Amplitude:	0 a 4 interrupções	
<i>História de infertilidade (N = 29)</i>		
Com infertilidade	1	3,4
Sem infertilidade	28	96,6
<i>"Eco-gene" diagnóstico (N = 34)</i>		
Ecográfico	14	41,2
Genético	20	58,8
<i>Idade gestacional (N = 34)</i>		
< 15 semanas	2	5,9
15 a 23 semanas	31	91,2
> 23 semanas	1	2,9
Média:	19,0 (\pm 3,0) semanas	
Amplitude:	12 a 24 semanas	
<i>História Psiquiátrica (N = 27)</i>		
Sem historial psiquiátrico	22	81,5
Com historial psiquiátrico	5	18,5
<i>História de IMG (N = 32)</i>		
Não	19	59,4
Sim	13	40,6

6.2. Instrumentos

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

A sintomatologia depressiva foi avaliada com a versão portuguesa do Inventário de Depressão de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b), um questionário de auto-resposta composto por 21 grupos de sintomas, cada um formado por um conjunto de 4 afirmações que progressivamente apontam para uma sintomatologia mais grave, das quais o indivíduo deve seleccionar aquela que melhor descreve o seu estado no momento da avaliação. O valor da cotação do BDI para cada indivíduo da amostra é obtido somando o valor da resposta para cada um dos grupos. Segundo Vaz Serra e Pio Abreu (1973a, as cited in Rocha, 2004), pode assumir-se como “ponto de corte” o valor 12 de cotação, acima do qual se poderá considerar que estamos perante uma sintomatologia depressiva. O valor médio para a população normal calculado pelos autores é de 3,87 (desvio padrão de 4,15) e o valor médio para a população deprimida é de 25,03 (desvio padrão de 8,17).

Escala de Luto Perinatal (PGS)

Este instrumento, frequentemente utilizado para avaliar situações de morte perinatal e neonatal, foi inicialmente desenvolvido por Toedter e Lasker (1988) e, posteriormente, traduzido e adaptado para português por Rocha (2004). É uma escala de *Likert* constituída por 33 itens com 5 níveis de resposta, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente) (Rocha, 2004). A estrutura deste instrumento contempla 3 subescalas na avaliação do luto perinatal: Desespero; Luto Activo e Dificuldades de *Coping* (Toedter & Lasker, 1998). De forma a permitir a comparação entre estas três subescalas e as restantes variáveis deste estudo, foram construídos índices para cada subescala, tendo os seus valores sido calculados a partir da média aritmética dos itens que as constituíam, variando assim entre um mínimo de 1 e um máximo de 5 (Rocha, 2004).

Escala de Impacto de Eventos Traumáticos - Revista (IES-R)

A Escala de Impacto de Eventos Traumáticos- Revista (Weiss & Marmar, 1997) encontra-se adaptada para a população portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso e Rocha (2007). Trata-se de uma escala de *Likert* constituída por 22 itens com cinco níveis de resposta, que variam entre 1 (nunca) e 5 (extremamente) (Weiss & Marmar, 1977). Desenvolvida de acordo com os critérios do DSM-IV para a PSPT, trata-se de uma medida de autorrelato que permite a identificação e avaliação de reacções traumáticas em três subescalas:

Evitamento, Intrusão e Hipervigilância, capazes de avaliar sintomas como a irritabilidade e a agressividade, entre outros (Weiss & Marmar, 1977). De igual modo, foram construídos índices para cada subescala, tendo os seus valores sido calculados a partir da média aritmética dos itens que as constituíam, variando assim, entre um mínimo de 0 e um máximo de 4 (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso & Rocha, 2007). Apresenta bons valores de consistência interna (Tabachnick & Fidell, 2007), nomeadamente, as características metrológicas dos resultados obtidos, nos trabalhos de adaptação à população portuguesa, apontam um valor de *Alfa de Cronbach* de .94 para a escala total (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso & Rocha, 2007).

Escala de Conflito na Decisão (DCS)

A Escala de Conflito na Decisão (O'Connor, 1995) é composta por 16 itens cujas respostas são baseadas numa escala *Likert* de 5 pontos, variando entre 1 (completamente de acordo) e 5 (discordo completamente). Esta escala avalia o grau de incerteza face a uma determinada decisão que vai ser ou foi tomada e os factores modificáveis que contribuem para a incerteza e satisfação com a decisão (O'Connor, 1995). A versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Rocha (2004), concluindo que esta apresenta as características psicométricas necessárias à sua aplicação. A escala tem excelentes valores de consistência interna e revela uma homogeneidade elevada. A validade constructo da escala, apesar de um valor satisfatório de variância explicada pelo único factor definido, apresenta valores de validade externa adequados e com valor semântico significativo (Rocha, 2004).

Inventário de Respostas de Coping – versão adultos (CRIA)

Este inventário, inicialmente desenvolvido por Moos (1993) e posteriormente traduzido e adaptado por Rocha (2004), preconiza uma medida de oito tipos diferentes de resposta de *coping* a circunstâncias de vida desencadeadoras de stress. Estas respostas são medidas por oito escalas que passamos a apresentar: Análise Lógica, Reavaliação Positiva, Procura de Ajuda e Suporte, Resolução de Problemas, Evitamento Cognitivo, Aceitação ou Resignação, Procura de Recompensas Alternativas e Descarga Emocional (Moos, 1993). Cada uma das escalas é constituída por 6 itens, perfazendo 48 no total (Rocha, 2004).

O primeiro grupo de quatro escalas avalia o *coping* de confrontação activa, enquanto o segundo grupo de quatro escalas avalia o *coping* defensivo. Por sua vez as duas primeiras escalas de cada grupo medem estratégias "cognitivas" de *coping*, enquanto as terceiras e quartas focam-se nas estratégias "comportamentais" de *coping* (Moos, 1993).

Este instrumento permite discriminar o foco de *coping* no problema ou na emoção, bem como o método de *coping* cognitivo ou comportamental (Rocha, 2004).

Questionário sobre dados individuais (Primeira avaliação)

Este questionário é constituído por um leque de questões onde predominam as questões fechadas com resposta binária (sim ou não). As questões foram organizadas com base numa hierarquia de aspectos: dos menos ansiógenos para os mais complexos e condensadores de significado (Rocha, 2004). A ordenação das questões também obedeceu a um critério sequencial de acordo com o percurso vivencial da mulher, ou seja, inicialmente são colocadas questões referentes a temas anteriores à interrupção de gravidez até finalizar com questões relacionadas com o pós internamento (Rocha, 2004). Assim, as primeiras questões são dedicadas a aspectos sócio-demográficos e clínicos, designadamente: a) Idade, b) Estado Civil, c) Profissão, d) Escolaridade, e) Número de filhos, f) Interrupções anteriores, g) História de infertilidade, h) Resultado do DPN ou de Análise embrio-feto-patológica, i) Idade gestacional e j) História psiquiátrica (Rocha, 2004). Numa segunda parte do questionário, as questões centram-se em diversos aspectos relativos ao processo de decisão, nomeadamente: a) Compreensão do resultado do teste, b) Alternativas em decisão, c) Benefícios e riscos das alternativas, d) Expectativas face ao resultado, e) Inclinação imediata para a escolha, f) Opinião dos outros, g) Pressão na decisão, h) Apoio dos outros em informação ou em ajuda, i) Decisão participada, j) Capacidades de decisão, k) Pressa em decidir e l) Determinantes da decisão (Rocha, 2004).

Por fim, numa terceira parte são efectuadas questões relativas ao internamento e pós-internamento, nomeadamente: a) A informação sobre interrupção e sobre o feto/embrião, b) Internamento junto com parturientes, c) Satisfação com apoio institucional e familiar durante o período de internamento, d) Possibilidade de ver o feto/embrião, e) Nome ao feto, f) Rituais de luto, g) Licença de trabalho, h) Suporte social após o internamento, i) Pensamentos intrusivos e j) Metáfora para o episódio (Rocha, 2004).

Questionário sobre dados individuais (Terceira avaliação)

Este instrumento é constituído por um conjunto de 11 questões fechadas e 3 questões abertas (cf. anexo 1). Estas versam temáticas relativas ao modo como a mulher perspectiva, actualmente, a sua vivência da IMG e a aferição do seu impacto no projecto reprodutivo e na relação de casal. Procurou-se ainda caracterizar o grau de satisfação face ao apoio social e à informação disponibilizados; e identificar quais as situações mais valorizadas

pelas inquiridas na efectivação e optimização do apoio a outras mulheres que vivenciem no futuro esta problemática.

6.3. Procedimentos

6.3.1. Integração de dados previamente recolhidos

Tendo como intento explorar e avaliar como a mulher é afectada psicologicamente pela IMG a longo prazo, esta investigação irá agregar algumas informações provenientes das avaliações precedentes, nomeadamente dados sócio-demográficos, factores contextuais, suporte social, processos de *coping* e conflito na decisão, a fim de alcançar uma contextualização mais fidedigna do evento e permitir uma correlação inter-avaliações. Neste sentido, foram integrados os resultados da aplicação dos seguintes instrumentos: 1ª fase avaliativa - Questionário sobre dados individuais, Inventário de Depressão de *Beck* (BDI), Escala de Conflito na Decisão (DCS) e Inventário de Respostas de *Coping* – versão adultos (CRIA); 2ª fase avaliativa - Inventário de Depressão de *Beck* (BDI) e Escala de Luto Perinatal (PGS).

6.3.2. Recolha de dados

As participantes foram contactadas telefonicamente pela equipa de investigação com o objectivo de explicitar a estrutura e conteúdos desta terceira fase avaliativa e para uma actualização dos dados de contacto. Os questionários foram enviados via correio, incluindo o envelope devidamente selado para o reenvio dos mesmos aos investigadores. Esclarece-se que neste contexto de investigação esteve sempre subjacente o consentimento informado já anteriormente anuído pelas participantes, aquando da primeira fase avaliativa, há sete anos atrás.

Um processo de investigação que usa a técnica do inquérito apresenta como desvantagem “*a pequena percentagem dos questionários que voltam*” e o “*grande número de perguntas sem respostas*” (Lakatos & Marconi, 1985, p.179). Para minimizar este problema, utilizamos as orientações de Bravo (2001) e Tuckman (2000), ou seja, repetimos o contacto telefónico num intervalo de tempo compreendido entre duas semanas a um mês, a fim de sinalizar a profícua recepção do questionário ou eventuais dúvidas no preenchimento do mesmo.

Por fim, salienta-se que, apesar de todos os esforços desenvolvidos, se registou um decréscimo gradual das participantes, sublinhando-se como principais causas a desactualização dos contactos e a desistência devido ao sofrimento inerente à reevocação da situação.

6.3.3. Tratamento de dados

A análise estatística dos dados relativos ao questionário utilizou o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS® for Windows*, versão 17.0.

Na primeira fase, com objectivo a descrever e a caracterizar a amostra, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas (número de casos válidos – N.^o); frequências relativas (percentagem de casos válidos - %); estatísticas descritivas de tendência central (média); de dispersão (desvio padrão); e ainda, os valores extremos (mínimo e máximo). A exploração numérica dos dados foi acompanhada, sempre que considerado pertinente, de representações gráficas.

Na segunda parte, foi realizado o estudo psicométrico dos instrumentos utilizados. Os instrumentos seleccionados para este estudo foram o Inventário de Depressão de *Beck* (Beck et al., 1961) com o objectivo de distinguir as populações deprimidas e não deprimidas; a escala de Luto Perinatal – PGS (Toedter & Lasker, 1988; Rocha, 2004) para avaliar as dimensões de luto activo, dificuldades de *coping* e desespero; e a Escala de Impacto de Eventos Traumáticos –Revista – IES-R (Weiss & Marmar, 1997) para mensurar a sintomatologia pós-traumática ao nível das dimensões: evitamento, intrusão e hipervigilância, respectivamente. Uma vez que já existiam estudos aferidos destes instrumentos à população portuguesa, nomeadamente, BDI (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973), PGS (Rocha, 2004) e IES-R (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso & Rocha, 2007), apenas fizemos uma adaptação destes aos nossos dados.

Contudo, e uma vez que os instrumentos de medida se comportam de forma diversa em diferentes amostras, decidimos proceder ao estudo psicométrico dos instrumentos, recorrendo a um conjunto de procedimentos estatísticos habitualmente usados para esse efeito: o cálculo da média e desvio padrão de cada item e da escala total; cálculo dos coeficientes de correlação entre os diversos itens que integram cada escala; o cálculo da matriz das correlações entre cada item e o resultado total da escala e o cálculo do coeficiente *Alfa* de *Cronbach* da escala (com o objectivo de se proceder a uma análise de fidelidade da escala – *reliability*). Desta forma, para cada instrumento, apresentam-se em seguida os respectivos estudos psicométricos e descrevem-se as análises estatísticas realizadas com vista à avaliação das qualidades métricas das escalas. O parâmetro escolhido para avaliar a capacidade discriminativa dos itens foi a análise de consistência interna através do cálculo do *Alfa* de *Cronbach*, que avalia em que medida o resultado num item está relacionado com as respostas aos restantes itens (Bryman & Cramer, 1992).

Optámos por não realizar uma análise da estrutura factorial dos itens dos vários instrumentos devido ao número de participantes da amostra em estudo ($n = 34$).

De modo a extrair as dimensões da interpretação dos itens relativos às escalas utilizadas (BDI, PGS e IES-R) foram calculados os valores (*scores*) determinados pela média (não ponderada) das classificações dos itens por dimensão (Hill & Hill, 2000).

Na terceira parte, procedeu-se à aplicação de testes paramétricos e não paramétricos. Para a comparação de grupos dependentes ou relacionados, utilizaram-se os testes *t* de *Student* para 2 amostras relacionadas e ANOVA para medidas repetidas, sempre que se apresentavam duas ou mais do que duas variáveis à comparação, respectivamente. Havendo a indicação de existência de diferenças significativas, procedeu-se à sua identificação por comparação par a par, aplicando o teste *post-hoc* de *Bonferroni*. Para a comparação de grupos independentes ou não relacionados aplicaram-se os testes de *Mann-Whitney* e *Kuskal-Wallis* sempre que se apresentavam dois ou mais do que dois grupos à comparação, respectivamente. Havendo a indicação de existência de diferenças significativas, procedeu-se à sua identificação por comparação par a par, aplicando o teste de *Mann-Whitney* (Pestana & Gageiro, 2008).

Por fim, foi utilizada a Regressão Linear Múltipla com selecção de variáveis *Backward*, por forma a obter um modelo parcimonioso que permitisse prever a depressão, o luto peri-natal e o trauma 7 anos após IMG, em função das variáveis independentes. A escolha do método *Backward*, em detrimento dos outros dois (*Forward* e *Stepwise*), deveu-se ao facto de este apresentar a solução que permitia retirar uma conclusão razoável a partir das variáveis em estudo. Após a selecção das variáveis independentes a incluir no modelo de regressão pelo método *Backward*, foi obtido o modelo final, recorrendo ao método *Enter*. Para cada uma das análises de regressão múltipla foram analisados os pressupostos do modelo, nomeadamente o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros. Os dois primeiros pressupostos foram validados graficamente e através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o pressuposto da independência foi avaliado com a estatística de *Durbin-Watson* (todos os $d \approx 2$). Utilizou-se o *VIF* para diagnosticar a multicolinearidade (todos os *VIF*'s < 5). Procedeu-se também à eliminação das observações *outliers* (Hair *et al.*, 1998).

Todos os testes foram aplicados com um grau de confiança de 95 %, excepto quando devidamente assinalado.

VII. Resultados

7.1. Análise Psicométrica

Na tabela 3 estão representados os valores da consistência interna para a escala total do indicador de depressão nos três momentos de avaliação. Verifica-se que os valores da consistência interna para os três momentos variam entre 0,84 e 0,9, o que significa uma boa consistência interna.

Tabela 3: Consistência interna (*Alfa de Cronbach*) para o indicador de depressão BDI 15 dias, 6 meses e 7 anos após a interrupção da gravidez

<i>Total - BDI</i>	Nº casos	α	N.º de itens	Mín.	Máx.
<i>BDI 15 dias</i>	34	0,853	21	2	33
<i>BDI 6 meses</i>	34	0,838	21	0	22
<i>BDI 7 anos</i>	34	0,900	21	0	31

α = *Alfa de Cronbach*; Dp = Desvio padrão; Mín. = Valor mínimo; Máx. = Valor máximo

Desta forma, a escala ficou constituída por 21 itens, tendo-se mantido todos os itens (cf. tabela 4, anexo 2).

Com o desiderato de considerar as várias subescalas da PGS na análise estatística, decidimos proceder ao seu estudo, recorrendo à análise da correlação item total dos itens e *Alfa de Cronbach* do conjunto dos itens, retirando cada item por sua vez. A análise da média das correlações inter-itens corresponde também a um índice de consistência interna. Assim, analisámos a contribuição de cada um dos itens da escala para o resultado total. Com este desiderato, calculámos a correlação de cada item com o somatório total da escala (incluindo o próprio item) e de seguida analisámos de que forma a exclusão dos itens da escala afecta os valores do *Alfa de Cronbach* (cf. tabela 5, tabela 6 e tabela 7; anexo 2) .

Na tabela 8 estão representados os valores da consistência interna para a escala total e subescalas do PGS nos dois momentos de avaliação. Verifica-se que os valores da consistência interna para os dois momentos são próximos de 0,96, o que significa uma muito boa consistência interna. Desta forma, a escala englobou os 33 itens, tendo-se mantido todos os itens. Quanto às subescalas, variam entre 0,84 e 0,93 (PGS – 6 meses) e entre 0,89 e 0,92 (PGS – 7 anos), indicando a existência de uma muito boa consistência interna.

Tabela 8: Estatísticas descritivas e consistência interna (*Alfa de Cronbach*) para o indicador PGS 6 meses e 7 anos após a interrupção da gravidez e subescalas

	Nº casos	PGS (6 meses)					PGS (7 anos)				
		α	N.º de itens	Média (\pm d.p)	Mín.	Máx.	α	N.º de itens	Média (\pm d.p)	Mín.	Máx.
PGS total	34	0,956	33	2,3 (\pm0,7)	1,2	3,8	0,962	33	2,1 (\pm0,7)	1,0	3,6
<i>Desespero</i>	34	0,930	14	1,9 (\pm 0,8)	1,0	3,5	0,915	14	1,9 (\pm 0,6)	1,0	3,1
<i>Luto Activo</i>	34	0,877	11	3,0 (\pm 0,9)	1,6	4,7	0,900	11	2,6 (\pm 0,8)	1,1	4,1
<i>Dificuldades de Coping</i>	34	0,836	8	2,0 (\pm 0,7)	1,0	3,8	0,894	8	1,9 (\pm 0,7)	1,0	3,8

α = *Alfa de Cronbach*; Dp = Desvio padrão; Mín. = Valor mínimo; Máx. = Valor máximo

As tabelas 9, 10 e 11 (cf. anexo 2) apresentam as características psicométricas do IES-R (correlação item-total dos itens e *Alfa de Cronbach* do conjunto dos itens, retirando cada item por sua vez para a nossa amostra), respectivamente de cada uma das três subescalas utilizadas (Evitamento – tabela 9, Intrusão – tabela 10 e Hipervigilância – tabela 11).

A tabela 12 mostra-nos que o valor da consistência interna para o total da escala é de 0,89, o que significa uma boa consistência interna. Quanto às subescalas, a consistência interna varia entre 0,87 (boa consistência interna) e 0,76 (razoável consistência interna).

Tabela 12: Estatísticas descritivas e consistência interna (*Alfa de Cronbach*) para o indicador IES-R 7 anos após a interrupção da gravidez e subescalas

<i>IES-R</i>	Nº casos	α	Média (\pm d.p)	N.º de itens	Mín.	Máx.
IES-R total	34	0,885	1,4 (\pm0,7)	22	0,2	2,6
<i>Evitamento</i>	34	0,868	1,7 (\pm 0,9)	8	0,1	3,6
<i>Intrusão</i>	34	0,797	1,2 (\pm 0,8)	8	0,1	3,5
<i>Hipervigilância</i>	34	0,755	1,4 (\pm 0,8)	6	0,0	3,0

α = *Alfa de Cronbach*; Dp = Desvio padrão; Mín. = Valor mínimo; Máx. = Valor máximo

7.2. Resultados do Estudo Exploratório

Apresentam-se nesta secção os resultados da análise estatística dos dados. Inicialmente realizamos a análise descritiva dos dados, seguindo-se a comparação entre as variáveis sócio-demográficas e as escalas e subescalas utilizadas neste estudo. Por fim, apresentamos os resultados da análise de regressão linear múltipla.

7.2.1.1. Análise da Depressão (BDI).

Na tabela 13 (cf. anexo 2) estão representadas, para os três momentos a estudar, as principais estatísticas descritivas para os 21 itens que constituem a BDI. Assim, concluiu-se que, de uma forma geral, os sintomas que apresentaram uma sintomatologia mais grave foram:

BDI – 15 dias

“Estado de ânimo triste” (média = 1,3); “Perturbação do sono” (média = 1,1); “Sentimento e fracasso”, “Desejos suicidas” (média = 1,0); “Crises de choro” (média = 0,9); “Perda de apetite” (média = 0,8); “Fatigabilidade” (média = 0,7).

BDI – 6 meses

“Desejos suicidas” (média = 0,7); “Crises de choro” (média = 0,5).

BDI – 7 anos

“Perturbação do sono” (média = 0,7); “Estado de ânimo triste”; “Crises de choro”; “Fatigabilidade” (média = 0,6).

De igual forma, verifica-se que o sintoma que apresentou uma menor prevalência foi a “Auto-acusação” (média = 0,0).

7.2.1.2 Avaliação da Depressão nos três momentos

A tabela 14 mostra-nos que no primeiro momento de avaliação observámos um valor médio de depressão ($BDI > 12$) significativamente superior ($p = 0,000$) ao valor médio de depressão aos 6 meses e aos 7 anos ($BDI's \leq 12$). É no entanto de realçar que, entre os momentos de avaliação 6 meses e 7 anos não foram encontradas diferenças significativas para os valores médios de depressão ($p's > 0,05$).

Tabela 14: Estatísticas descritivas e ANOVA de medidas repetidas para comparação entre o indicador de depressão aos 15 dias, 6 meses e 7 anos após a interrupção da gravidez

<i>Total - BDI</i>	Nº casos	Média (\pm d.p)	F	gl	valor-p*
<i>BDI 15 dias/6 meses/7 anos</i>			12,85	1,51	0,000
<i>BDI 15 dias</i>	34	12,7 ($\pm 8,1$) ^a			
<i>BDI 6 meses</i>	34	7,0 ($\pm 6,0$) ^b			
<i>BDI 7 anos</i>	34	7,9 ($\pm 7,8$) ^b			

* Resultados de acordo com o teste ANOVA para medidas repetidas, com 95 % de confiança

a, b - grupos homogêneos de acordo com o teste *post-hoc* de Bonferroni, a 95 % de confiança

Estes resultados são confirmados através da análise para os três momentos do BDI quando utilizamos o ponto de corte (cf. gráfico 1, anexo 2).

7.2.1.3. Análise da Depressão após 7 anos e relativamente às características sócio-demográficas e clínicas

Na tabela 15 apresentam-se os valores da média e respectivos desvios padrão das variáveis sócio-demográficas e clínicas para a depressão 7 anos após a interrupção da gravidez. Os resultados evidenciam que, em relação à idade gestacional, as mulheres da amostra com uma idade gestacional igual ou inferior a 18 semanas tinham níveis de depressão significativamente superiores às que apresentavam uma idade gestacional superior a 18 semanas ($p = 0,034$). Relativamente à história de IMG, apesar do valor-p ser ligeiramente superior ao nível de significância estabelecido (5%), devido à sua proximidade, podemos considerar que existe uma diferença significativa entre as mulheres que tinham um historial de IMG e as que não tinham historial de IMG ($p = 0,052$), sendo que, na primeira situação, as mulheres apresentavam valores de depressão significativamente superiores às da segunda situação.

Tabela 15: Comparação dos valores da média (desvio padrão) da Depressão 7 anos após a interrupção da gravidez de acordo com as variáveis sócio-demográficas e clínicas

<i>Características sócio-demográficas e clínicas</i>	<i>BDI 7 anos</i>		<i>U Mann-Whitney</i>	<i>valor-p</i>
	<i>n</i>	<i>Média (± Dp)</i>		
<i>Escalão Etário (n = 34)</i>			3,5	0,177 ^a
< 30 anos	13	6,3 (±5,5)		
30 a 35 anos	11	5,9 (±7,0)		
> 35 anos	10	12,3 (±10,0)		
<i>Escolaridade (n = 31)</i>			89,0	0,261
< 12º Ano	13	8,6 (±7,4)		
>= 12º Ano	18	6,7 (±8,1)		
<i>Estado Civil (n = 34)</i>			82,0	0,928
Casada	28	7,7 (±7,1)		
Não casada	6	9,2 (±11,3)		
<i>Situação profissional (n = 33)</i>			16,0	0,257
Empregada	31	7,9 (±8,0)		
Desempregada	2	12,0 (±5,7)		
<i>Idade gestacional (n = 34)</i>			77,0	0,034
<= 18 semanas	13	12,0 (±9,4)		
> 18 semanas	21	5,4 (±5,6)		
<i>História de IMG (n = 32)</i>			73,0	0,052

<i>Características sócio-demográficas e clínicas</i>	<i>BDI 7 anos</i>		U Mann-Whitney	valor-p
	<i>n</i>	<i>Média (± Dp)</i>		
Não	19	5,3 (±5,2)		
Sim	13	11,9 (±10,0)		
<i>História de infertilidade (n = 29)</i>			1,5	0,134
Com infertilidade	1	-		
Sem infertilidade	28	7,9 (±8,0)		
<i>História Psiquiátrica (n = 27)</i>			37,0	0,260
Sem historial psiquiátrico	22	7,5 (±6,9)		
Com historial psiquiátrico	5	14,6 (±12,2)		
<i>Filhos prévios à gestação interrompida (n = 34)</i>			133,0	0,691
Sem filhos	17	6,4 (±5,1)		
Com filhos	17	9,5 (±9,8)		
<i>"eco-gene" diagnóstico (n = 34)</i>			132,5	0,792
Ecográfico	14	8,1 (±7,4)		
Genético	20	7,9 (±8,3)		

Resultados de acordo com o teste de Mann-Whitney, com 95% de confiança.

^a Resultado de acordo com o teste de Kruskal Wallis, com 95% de confiança.

7.2.2. Escala de Luto Perinatal (PGS)

Na tabela 16 (cf. anexo 2) estão representadas as principais estatísticas descritivas para os itens que constituem a PGS aos 6 meses e 7 anos. Assim concluiu-se que, de uma forma geral, as mulheres da amostra discordaram (mediana = 4) relativamente aos seguintes aspectos:

PGS – 6 meses

“Eu sinto muito a falta do bebé” (média = 3,5); “É doloroso relembrar memórias da perda” (média = 4,0); “Fico perturbada/o quando penso no bebé” (média = 3,4); “Eu choro quando penso sobre ele/ela” (média = 3,4).

PGS – 7 anos

“É doloroso relembrar memórias da perda” (média = 4,0); “Fico perturbada/o quando penso no bebé” (média = 3,3).

7.2.2.1. Avaliação da PGS nos dois momentos

A comparação entre os valores médios de Luto Perinatal nos dois momentos avaliados (6 meses e 7 anos), realizou-se em duas etapas: primeiro, comparou-se a PGS total nos dois momentos avaliados e, em segundo lugar, compararam-se os valores das subescalas do PGS nos dois momentos. Na tabela 17 estão representadas as estatísticas descritivas e o resultado do teste paramétrico para 2 amostras emparelhadas relativos à comparação entre a PGS nos dois momentos de tempo avaliados (6 meses e 7 anos). Verifica-se que a PGS aos 7 anos é

significativamente superior à PGS aos 6 meses ($p = 0,000$). Como a escala de avaliação do PGS varia entre 1 = Concordo totalmente e 5 = Discordo totalmente e as afirmações estão em sentido negativo (excepto as afirmações nº11 e 33), quanto maior o valor do PGS, menor o Luto Perinatal.

Tabela 17: Estatísticas descritivas e teste *t* para 2 amostras emparelhadas relativos à comparação entre o PGS aos 6 meses e 7 anos após a IMG

<i>Total - PGS</i>	Nº casos	Média (\pm d.p)	t	gl	valor-p*
PGS 6 meses/7 anos			-6,84	33	0,000
PGS 6 meses	34	78,0 (\pm 22,5)			
PGS 7 anos	34	124,8 (\pm 20,5)			

* Resultados de acordo com o teste *t* de *Student* para 2 amostras emparelhadas, com 95 % de confiança

Quando comparamos os valores das subescalas do PGS verifica-se que, para os dois momentos (cf. tabela 18), o Luto activo apresenta valores significativamente superiores ao Desespero (p 's = 0,000) e às Dificuldades de *Coping* (p 's = 0,000).

Tabela 18: Estatísticas descritivas e teste *t* para 2 amostras emparelhadas relativos à comparação entre as subescalas do PGS aos 6 meses e 7 anos após a IMG

<i>Pares de Subescalas PGS</i>	Nº casos	PGS (6 meses)					PGS (7 anos)				
		Média da dif.	D.p.	t	gl	valor-p*	Média da dif.	D.p.	t	gl	valor-p*
1. Desespero - Luto Activo	34	-1,13	0,55	-12,0	33,0	0,000	-0,74	0,45	-9,5	33,0	0,000
2. Desespero - Dificuldades de Coping	34	-0,15	0,46	-1,9	33,0	0,066	0,02	0,25	0,4	33,0	0,712
3. Luto activo - Dificuldades de Coping	34	0,98	0,52	11,0	33,0	0,000	0,75	0,50	8,8	33,0	0,000

* Resultados de acordo com o teste *t* de *Student* para 2 amostras emparelhadas, com 95 % de confiança

7.2.2.2. Análise do PGS 7 anos após a IMG relativamente às características sócio-demográficas e clínicas

Na tabela 19 apresentam-se os valores da média e respectivos desvios padrão das variáveis sócio-demográficas e clínicas para PGS 7 anos após a interrupção da gravidez. Os resultados evidenciam que em relação à idade gestacional, as mulheres da amostra que tinham uma idade gestacional igual ou inferior a 18 semanas tinham níveis de PGS

significativamente superiores às que apresentavam uma idade gestacional superior a 18 semanas ($p = 0,043$). Relativamente à história de IMG, verifica-se que as mulheres que tinham um historial de IMG apresentam valores de PGS significativamente superiores às que não tinham o historial ($p = 0,019$).

Tabela 19: Comparação dos valores da média (desvio padrão) do PGS 7 anos após a interrupção da gravidez de acordo com as variáveis sócio-demográficas e clínicas

<i>Características sócio-demográficas e clínicas</i>	PGS 7 anos		U Mann-Whitney	valor-p
	N	Média (\pm d.p)		
<i>Escalão Etário (n = 34)</i>			3,7	0,155 ^a
< 30 anos	13	66,1 (\pm 23,6)		
30 a 35 anos	11	64,3 (\pm 20,4)		
> 35 anos	10	81,5 (\pm 21,4)		
<i>Escolaridade (n = 31)</i>			74,5	0,089
< 12º Ano	13	78,3 (\pm 22,6)		
\geq 12º Ano	18	63,4 (\pm 20,8)		
<i>Estado Civil (n = 34)</i>			59,5	0,268
Casada	28	72,1 (\pm 21,6)		
Não casada	6	60,3 (\pm 26,6)		
<i>Situação profissional (n = 33)</i>			16,0	0,258
Empregada	31	71,9 (\pm 22,4)		
Desempregada	2	56,5 (\pm 19,1)		
<i>Idade gestacional (n = 34)</i>			79,5	0,043
\leq 18 semanas	13	80,0 (\pm 21,8)		
> 18 semanas	21	63,9 (\pm 21,2)		
<i>História de IMG (n = 32)</i>			62,5	0,019
Não	19	60,7 (\pm 20,3)		
Sim	13	80,5 (\pm 21,0)		
<i>História de infertilidade (n = 29)</i>			11,5	0,765
Com infertilidade	1	-		
Sem infertilidade	28	71,6 (\pm 23,3)		
<i>História Psiquiátrica (n = 27)</i>			33,5	0,179
Sem historial psiquiátrico	22	70,2 (\pm 21,0)		
Com historial psiquiátrico	5	84,2 (\pm 28,3)		
<i>Filhos prévios à gestação interrompida (n = 34)</i>			106,5	0,190
Sem filhos	17	65,9 (\pm 21,2)		
Com filhos	17	74,2 (\pm 23,8)		
<i>"eco-gene" diagnóstico (n = 34)</i>			104,5	0,214
Ecográfico	14	65,3 (\pm 18,4)		
Genético	20	73,4 (\pm 25,0)		

Resultados de acordo com o teste de Mann-Whitney, com 95% de confiança.

^a Resultado de acordo com o teste de Kruskal Wallis, com 95% de confiança.

7.2.3. Escala IES-R

Na tabela 20 (cf. anexo 2) estão representadas as principais estatísticas descritivas para os itens que constituem a IES-R apenas para os 7 anos após a interrupção da gravidez. De uma forma geral, conclui-se que a sintomatologia pós-traumática era mais elevada ($2 < \text{mediana} < 3$) relativamente aos seguintes aspectos:

“16. Tive momentos de emoções intensas sobre o que aconteceu” (média = 2,4); “9. Surgiram-me imagens do que aconteceu” (média = 2,1); “5. Evitei ficar perturbada(o) quando pensava ou me lembrava disso” (média = 1,9); “6. Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava” (média = 1,8).

Quando utilizamos o ponto de corte de 35 pontos (cf. gráfico 2, anexo 2) verifica-se que a maioria das mulheres da amostra não está traumatizada (62 %).

7.2.3.1. Análise da IES-R 7 anos após a IMG relativamente às características sócio-demográficas e clínicas

Na tabela 21 apresentam-se os valores da média e respectivos desvios padrão das variáveis sócio-demográficas e clínicas para a IES-R 7 anos após a interrupção da gravidez. Apura-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o *score* de IES-R e as variáveis em análise ($p > 0,05$).

Tabela 21: Comparação dos valores da média (desvio padrão) do IES-R 7 anos após a interrupção da gravidez de acordo com as variáveis sócio-demográficas e clínicas

<i>Características sócio-demográficas e clínicas</i>	IES-R 7 anos		U Mann-Whitney	valor-p
	N	Média (\pm d.p)		
<i>Escalão Etário (n = 34)</i>			5,7	0,058 ^a
< 30 anos	13	33,1 (\pm 14,4)		
30 a 35 anos	11	23,6 (\pm 11,5)		
> 35 anos	10	38,7 (\pm 13,9)		
<i>Escolaridade (n = 31)</i>			112,5	0,857
< 12º Ano	13	33,0 (\pm 12,9)		
\geq 12º Ano	18	32,3 (\pm 15,8)		
<i>Estado Civil (n = 34)</i>			80,0	0,856
Casada	28	31,8 (\pm 13,9)		
Não casada	6	31,3 (\pm 17,5)		
<i>Situação profissional (n = 33)</i>			27,0	0,763
Empregada	31	31,3 (\pm 13,9)		
Desempregada	2	28,5 (\pm 24,7)		

<i>Características sócio-demográficas e clínicas</i>	IES-R 7 anos		U Mann-Whitney	valor-p
	N	Média (± d.p)		
<i>Idade gestacional (n =34)</i>			103,0	0,235
<= 18 semanas	13	35,5 (±12,1)		
> 18 semanas	21	29,3 (±15,4)		
<i>História de IMG (n = 32)</i>			116,5	0,788
Não	19	31,3 (±14,5)		
Sim	13	33,0 (±15,5)		
<i>História de infertilidade (n = 29)</i>			14,0	1,000
Com infertilidade	1	-		
Sem infertilidade	28	33,1 (±15,1)		
<i>História Psiquiátrica (n = 27)</i>			28,0	0,092
Sem historial psiquiátrico	22	29,5 (±13,2)		
Com historial psiquiátrico	5	42,6 (±16,8)		
<i>Filhos prévios à gestação interrompida (n = 34)</i>			114,5	0,301
Sem filhos	17	28,6 (±12,0)		
Com filhos	17	34,7 (±16,1)		
<i>"eco-gene" diagnóstico (n = 34)</i>			127,5	0,662
Ecográfico	14	33,3 (±13,5)		
Genético	20	30,6 (±15,1)		

Resultados de acordo com o teste de Mann-Whitney, com 95% de confiança.

^a Resultado de acordo com o teste de Kruskal Wallis, com 95% de confiança.

7.3. Resultados do Questionário sobre dados individuais (Terceira avaliação)

Os resultados presentes na tabela 22 evidenciam que, de uma forma geral, as mulheres inquiridas responderam afirmativamente (“Sim”) à maioria das questões, destacando-se as seguintes questões: “3. Acha que foi um momento difícil da sua vida?” (97 %); “7. Sente que este acontecimento a fez crescer?” (88 %); “13. Voltou a fazer Diagnóstico Pré-Natal?” (85 %) e “4. Sentiu o apoio certo dos outros?” (82 %). Apenas relativamente à questão “10. Tem a sensação de que este acontecimento teve um impacto negativo na sua relação de casal?” (85 %), a larga maioria das mulheres inquiridas respondeu negativamente (“Não”).

Tabela 22: Distribuições de frequências para as questões fechadas relativas à experiência da IMG

<i>Questões</i>	Não		Sim		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
1. Após este tempo que passou acha que superou as dificuldades de interromper a gravidez?	12	35,3	22	64,7	34	100,0
2. Superou melhor do que estava à espera?	11	32,4	23	67,6	34	100,0
3. Acha que foi um momento difícil da sua vida?	1	2,9	33	97,1	34	100,0

4. Sentiu o apoio certo dos outros?	6	17,6	28	82,4	34	100,0
5. Evita falar no que se passou?	19	55,9	15	44,1	34	100,0
6. Gostava de ter tido mais informação?	14	41,2	20	58,8	34	100,0
7. Sente que este acontecimento a fez crescer?	4	11,8	30	88,2	34	100,0
8. Voltou a engravidar após este episódio?	8	23,5	26	76,5	34	100,0
10. Tem a sensação de que este acontecimento teve um impacto negativo na sua relação de casal?	29	85,3	5	14,7	34	100,0
12. Sente que este acontecimento fragilizou-a na gravidez seguinte (se ocorreu)?	6	22,2	21	77,8	27	100,0
13. Voltou a fazer Diagnóstico Pré-Natal?	4	14,8	23	85,2	27	100,0

Relativamente às questões abertas (cf. tabela 23) destaca-se a relativa ao impacto na relação do casal, à qual apenas respondeu um número residual de mulheres ($n = 6$), no entanto, metade destas mulheres mencionaram o “Desconforto e afastamento do casal” (50 %), como o principal impacto.

Por fim, as mulheres inquiridas indicaram como os principais aspectos a desenvolver de modo a ajudar as mulheres que passam por uma situação de IMG: “Apoio psicológico” (68 %); “Mais e acessível informação e esclarecimento” (55 %); “Maior humanização dos cuidados perinatais” e “Apoio estruturado: antes, durante e depois” (45 %) e “Sensibilização da sociedade em geral para esta problemática” (29 %) .

Tabela 23: Distribuições de frequências para as questões abertas relativas à experiência da IMG

	Frequências	
	<i>n</i>	% das respostas
<i>9. Quais foram as maiores dificuldades? ^a</i>		
Dificuldades emocionais	17	58,6
Repetição no futuro	11	37,9
Esquecer a situação	6	20,7
Procedimentos obstétricos e fraca empatia por parte dos profissionais envolvidos	5	17,2
Baixa auto-estima	3	10,3
Explicar e justificar a terceiros a situação	3	10,3
Sem resposta	3	10,3
Contacto com mulheres grávidas	2	6,9
Abandono	1	3,4
Nenhumas	1	3,4
Dormir	1	3,4
Total	29	100,0

	Frequências	
	<i>n</i>	% das respostas
<i>11. Impacto na relação de casal ^a</i>		
Desconforto e afastamento	3	50,0
Abandono e separação	1	16,7
Realização conjugal e projecto reprodutivo	1	16,7
Nenhumas	1	16,7
Total	6	100,0
<i>14. Potenciar a ajuda das mulheres que passam por esta situação ^a</i>		
Apoio psicológico	21	67,7
Mais e acessível informação e esclarecimento	17	54,8
Maior humanização dos cuidados perinatais	14	45,2
Apoio estruturado: antes, durante e depois	14	45,2
Sensibilização da sociedade em geral para esta problemática	9	29,0
Não tem sugestões	1	3,2
Não respondeu	1	3,2
Total	31	100,0

^a Pergunta de resposta múltipla (n.º de casos válidos, % de casos válidos e total de casos válidos)

7.4. Regressão linear múltipla

A Regressão Linear Múltipla com selecção de variáveis *Backward* foi utilizada para obter um modelo parcimonioso que permitisse prever a depressão, o luto peri-natal e o trauma 7 anos após IMG, em função das variáveis independentes (*Conflito de decisão, Viu o feto, Internamento, Análise lógica, Reaproximação positiva, Procura de ajuda e suporte, Resolução de problemas, Evitamento cognitivo, Aceitação e resignação, Procura de recompensas alternativas, Descarga emocional*).

7.4.1. BDI – 7 anos

A regressão linear múltipla (cf. tabela 24) permitiu identificar a variável “Procura de recompensas alternativas” ($\beta = 0,39$; $t(31) = 2,35$; valor- $p < 0,05$) como predictor significativo da depressão aos 7 anos após a IMG. Este modelo é significativo e explica uma proporção baixa da variabilidade da BDI 7 anos ($F(1,31) = 5,5$; $p < 0,05$; R^2 ajustado = 0,12).

Tabela 24: Resultados da análise de regressão linear múltipla, destinadas a avaliar o poder preditivo de um conjunto de variáveis explicativas (avaliadas no primeiro momento) na evolução da depressão aos 7 anos

<i>Variável independente</i>	Coef. não		Coef.	<i>t</i>	valor-p
	estandardizados	padrão	estandardizados		
	B	Erro Padrão	Beta		
(Constant)	3,89	1,81		2,15	0,039
Procura de recompensas alternativas	1,08	0,46	0,39	2,35	0,025

Variável dependente: BDI 7 anos
R² Ajustado = 0,124

7.4.2. PGS – 7 anos

A regressão linear múltipla (cf. tabela 25) não permitiu identificar as variáveis predictoras significativas do luto peri-natal aos 7 anos após a IMG. O modelo não é significativo ($F(1,30) = 1,8$; $p = 0,192$; R^2 ajustado = 0,024).

Tabela 25: Resultados da análise de regressão linear múltipla, destinadas a avaliar o poder preditivo de um conjunto de variáveis explicativas (avaliadas no primeiro momento) na evolução do luto peri-natal aos 7 anos.

<i>Variável independente</i>	Coef. Não		Coef.	<i>t</i>	valor-p
	estandardizados	padrão	estandardizados		
	B	Erro Padrão	Beta		
(Constant)	82,98	10,64		7,80	0,000
Resolução de problemas	-1,55	1,17	-0,24	-1,33	0,192

Variável dependente: PGS 7 anos
R² Ajustado = 0,024

7.4.3. IES-R – 7 anos

A regressão linear múltipla (cf. tabela 26) permitiu identificar a variável “Aceitação e resignação” ($\beta = 0,47$; $t(31) = 2,94$; valor-p < 0,01) como predictoras significativas do trauma aos 7 anos após a IMG. Este modelo é altamente significativo e explica uma proporção baixa da variabilidade da PGS – 7anos ($F(1,31) = 8,6$; $p < 0,01$; R^2 ajustado = 0,19).

Tabela 26: Resultados da análise de regressão linear múltipla, destinadas a avaliar o poder preditivo de um conjunto de variáveis explicativas (avaliadas no primeiro momento) na evolução do trauma aos 7 anos

<i>Variável independente</i>	Coef. estandardizados	não	Coef. estandardizados	<i>t</i>	<i>valor-p</i>
	B	Erro Padrão	Beta		
(Constant)	17,75	5,41		3,28	0,003
Aceitação e resignação	1,81	0,62	0,47	2,94	0,006

Variável dependente: IES-r 7 anos
R² Ajustado = 0,192

VIII. Discussão

No sentido de integrar os resultados deste estudo no corpo de conhecimento existente sobre a IMG, procuramos discutir cada uma das posições relativas aos dados apresentados.

Como podemos verificar, a prevalência de depressão é aproximadamente de 24% aos 7 anos. Comparativamente com a primeira fase avaliativa, aos 15 dias (cerca de 56%), observamos um significativo decréscimo. A sintomatologia depressiva mais frequente aos 15 dias e aos 6 meses, após IMG, é coerente com a literatura, particularmente com o estudo de White-van Mourik et al. (1992). Entre os momentos de avaliação, 6 meses e 7 anos, não foram encontradas diferenças significativas. Verificamos que a partir dos 6 meses a sintomatologia depressiva é menor e mais estabilizada. Resultados que reiteram os descritos por Korenromp et al. (2005) para o intervalo de tempo dos 2 aos 7 anos, os quais enfatizam que a maioria das mulheres entrevistadas apresentava resultados de sintomatologia depressiva mais baixos. Apesar dos índices de depressão sofrerem um decréscimo com o passar do tempo, isto é, ao longo dos 7 anos, esta manifesta-se principalmente ao nível de sintomatologia específica, em que se inserem a perturbação do sono, estado de ânimo triste, crises de choro e fadigabilidade. Parece, deste modo, existir um prolongamento da sintomatologia depressiva, no entanto, com uma intensidade cada vez menor. Não obstante, a literatura revisada não reporta qualquer discriminação dos sintomas depressivos relativos a este período.

Em relação ao luto perinatal, a investigação realizada, até ao presente momento, evidencia pouca consistência. A avaliação desta dimensão na IMG indica resultados muito variados, no entanto, a maioria refere evidências deste índice nos primeiros meses após o evento (e.g. Hunfeld, Wladimiroff & Passchier, 1997; Salvassen et al., 1997). São raros os

estudos que valorizam a ocorrência desta sintomatologia a longo prazo (e.g. Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003; Korenromp et al., 2005). Os dados por nós encontrados denotam uma diminuição significativa do luto perinatal entre os 6 meses e os 7 anos. Tendo em conta os estudos realizados por Korenromp et al. (1992), consideramos relevante salientar a baixa prevalência do sintoma de auto-acusação na nossa amostra, o qual, segundo os autores, pode agravar consideravelmente esta sintomatologia. Verifica-se ainda, que ao nível do Luto Perinatal, para os dois momentos de avaliação, a subescala de luto activo apresenta valores significativamente inferiores às subescalas relativas ao desespero e às dificuldades de *coping*. Assim, apesar de estas mulheres se encontrarem a vivenciar um luto activo, que decresce dos 6 meses aos 7 anos, os sentimentos de auto-depreciação e desânimo, assim como as dificuldades nas actividades normais e no relacionamento interpessoal, parecem ser as problemáticas que mais se manifestam e que não sofrem um abrandamento tão evidente. Verifica-se, portanto, que estas mulheres, se por um lado apresentam uma diminuição da sintomatologia diacronicamente no que concerne ao desespero – que está em consonância com o decréscimo da sintomatologia depressiva – e às dificuldades de *coping*, mantêm, no entanto, e quando comparadas estas dimensões com o luto activo, valores significativamente superiores. Deste modo, o luto activo parece emergir como uma reacção de forte carga emocional, que diminui mais acentuadamente ao longo do tempo (no caso deste estudo dos 6 meses aos 7 anos), comparativamente com a restante sintomatologia de desespero e de dificuldades de *coping*. Estes dados vão de encontro a investigações já realizadas. Estas suportam a ideia de que as mulheres longitudinalmente se adaptam bem à perda (e.g. Hunfeld, Wladimiroff & Passchier, 1997; Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003). No entanto, esta adaptação continua a revestir-se de níveis de sintomatologia psicopatológica, quer associados ao desespero e à depressão quer a nível comportamental expressos nas dificuldades de *coping*.

À semelhança do estudo Korenromp et al. (2005), reportamos um número significativo de participantes (17,3%) com depressão e trauma, sete anos após IMG. No caso específico da nossa avaliação os índices de sintomatologia traumática foram ainda superiores, rondando os 34%.

Assim, e considerando o global dos resultados obtidos, é de realçar a severidade das reacções emocionais consequentes da IMG, mesmo 7 anos após. Os dados obtidos reafirmam que grande parte das mulheres entrevistadas se adaptou bem à perda, destacando contudo, à semelhança da literatura, que um número substancial de participantes continua a evidenciar considerável morbidade psicológica, a longo prazo (Kersting et al.,

2005; 2009). Ressalva-se, ainda, e confirmando as conclusões de Korenromp et al. (2005), que os nossos resultados demonstram que, a longo prazo, estas mulheres vivenciam a IMG, mais como um conjunto misto de sintomatologia depressiva e de trauma do que propriamente como um luto.

Quanto às características sócio-demográficas e clínicas para a depressão e luto perinatal, 7 anos após a interrupção médica da gravidez, os resultados clarificam que as mulheres com uma idade gestacional igual ou inferior a 18 semanas apresentam níveis de depressão e luto significativamente superiores às que tinham uma idade gestacional mais avançada. Estes resultados não reiteram os patentes na literatura, os quais argumentam que, relativamente ao mesmo parâmetro, a morbidade psicológica é considerada proporcional ao avanço gestacional (Cosme & Leal, 1998; Worden, 2006; Korenromp et al., 2005; Davis et al., 2005). Todavia, também se assinala que comumente a maioria destas mulheres, desde que dispondo de recursos pessoais e relacionais adequados, apresenta uma melhoria progressiva do estado emocional, evidenciando uma diminuição da psicopatologia (Brockington, 1996; Costa et al., 2005). Porém, em pessoas psicologicamente mais vulneráveis, estas respostas podem intensificar-se e contribuir para a emergência de graves problemas físicos e emocionais (Brockington, 1996). Existem, portanto, variadas dimensões, quer do espectro social quer dos espectros psicológico e afectivo, que podem interferir nesta variável, e que, de alguma forma, poderão ter influenciado os resultados por nós encontrados. Neste cenário, as variáveis por nós estudadas não nos permitem chegar a uma conclusão, face aos factores que poderão ter influenciado cada uma destas dimensões nas mulheres que compõem a nossa população.

Também, as participantes que detinham um historial de IMG apresentavam valores de depressão e luto significativamente superiores às que não o tinham experienciado anteriormente. Embora os estudos não sejam consistentes quanto a este dado, o historial de interrupções é comumente valorizado no âmbito do luto e da depressão (Klock, Chang, Hiley & Hill, 1997; Noya & Leal, 1998; Mendes, 2002).

Contrariamente aos estudos de Korenromp et al. (2005; 2007) apura-se que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o *score* de IES-R e as variáveis sócio-demográficas e clínicas em análise, não se mostrando, assim, relevantes as questões sociais e demográficas no curso da sintomatologia traumática.

Com base nas respostas ao questionário de dados individuais da terceira avaliação, salienta-se que a grande maioria das entrevistadas considera que a IMG materializou um momento difícil (97%), mas que permitiu um crescimento (88%) suportado pelo “apoio

certo dos outros” (82%). Dados que vêm de encontro às conclusões de Costa et al. (2005), postulando os autores que a presença de recursos pessoais e relacionais adequados se salda numa diminuição da psicopatologia a longo prazo. Ainda relativamente a este grupo de dados, a larga maioria das mulheres inquiridas considera que este acontecimento não interferiu negativamente no seu relacionamento de casal, à semelhança do explanado por vários autores que concluem que o abortamento parece não ter uma repercussão directa no relacionamento, podendo mesmo no caso particular da IMG ter um efeito positivo sobre o mesmo (Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995; Bradshaw & Slade, 2003).

Ao contrário de outros estudos já revisados, não consideramos significativas determinadas variáveis que se poderiam constituir como factores de risco, nomeadamente, a presença de antecedentes psiquiátricos, a história de infertilidade, a idade da mulher, o nível de escolaridade e o diagnóstico de anomalias compatíveis com a vida. No entanto, neste campo, os dados da literatura são também eles paradoxais, sendo que, alguns estudos sugerem que as condições socioculturais em nada influenciam a manutenção ou exacerbação da sintomatologia psicopatológica no contexto da IMG (Black, 1989; Zlotogora, 2002). Face à impossibilidade de avaliar todas as variáveis citadas pela literatura, sugerimos a necessidade e pertinência de futuros estudos confirmatórios, neste âmbito.

Apuramos que a maioria das participantes sugeriu e valorizou um apoio mais estruturado e longitudinal, quer a nível psicológico quer a nível informativo e, ainda, uma maior humanização e sensibilização dos cuidados perinatais e da sociedade em geral relativamente a esta problemática, como premissas indeléveis a uma optimização da vivência da IMG.

No que concerne aos factores preditores de psicopatologia a longo prazo, dois resultados têm forte significado estatístico e relevância no sentido de futuras abordagens às dificuldades emocionais na IMG: as variáveis “procura de recompensas alternativas” (*coping* cognitivo) e “aceitação e resignação” (*coping* comportamental), sendo significativamente predictoras de depressão e trauma, respectivamente, sete anos após IMG. Infere-se que as estratégias de *coping* de evitamento serão mais preditivas de morbidade psicológica a longo prazo, ou seja, as mulheres que mais evitam o problema são as que manifestam maior perturbação emocional nas avaliações de depressão e trauma, 7 anos após IMG. Estes dados vêm de encontro à literatura existente, que sublinha o papel central dos estilos de *coping* no processo de adaptação ao abortamento (Adler, 1990; Major, 1985; Miller, 1992; Lasker et al, 2000; Swanson, 2000; Rocha, 2004). Embora sejam valorizados, por vários estudos, os estilos de tomada de decisão, não evidenciaram nesta população um papel preditivo a longo prazo. Uma vez que a literatura não dispõe de resultados a longo prazo neste âmbito, no

futuro será importante desenvolver mais investigação para esclarecer os aspectos que interferem nesta conclusão.

IX. Conclusão

O presente estudo permitiu retirar diversas conclusões quer ao nível da caracterização dos problemas psicológicos a longo prazo associados à IMG, quer ao nível dos factores de risco e preditores de morbilidade psicológica.

Fica claro que a interrupção médica da gravidez é um acontecimento com sérias repercussões na saúde mental das mulheres. Repercussões, essas, que continuam a manifestar-se longitudinalmente num número representativo de indivíduos.

Subjacente às dificuldades adaptativas face à interrupção médica da gravidez foi estudado um conjunto de variáveis com valor preditivo.

Assim, salvaguardámos, de acordo com a literatura, a diminuição da sintomatologia psicopatológica na maioria das mulheres ao longo das três fases avaliativas. Mas sustentámos que a IMG é um evento particular, que mantém associados elevados níveis de morbilidade psicológica num número substancial de mulheres ao nível da depressão, do luto e do trauma, pelo menos, durante os 7 anos que se seguem.

Devido aos significativos níveis de trauma, poderemos apresentar a possibilidade de existência de uma SPA, elevando a IMG a preditora da ocorrência de PPST.

O historial de IMG parece ser um factor de risco relevante para a manutenção de sintomatologia depressiva e de luto. Por outro lado, factores de risco como a presença de antecedentes psiquiátricos, história de infertilidade, idade da mulher, nível de escolaridade e diagnóstico de anomalias compatíveis com a vida, variáveis valorizadas na bibliografia existente, não se apresentaram como significativas na nossa amostra.

Destacamos, das variáveis preditoras de sintomatologia psicopatológica, as estratégias de *coping* de evitamento como factores preditivos de depressão e trauma 7 anos após o evento.

A maioria das participantes sugeriu e valorizou um apoio mais estruturado e longitudinal. Assim, como uma maior humanização e sensibilização dos cuidados perinatais e da sociedade em geral relativamente a esta problemática.

Para uso clínico, as conclusões supracitadas podem revestir-se de especial interesse. A possibilidade de elevação da IMG como acontecimento preditivo de PPST pode atribuir uma maior visibilidade a esta realidade, permitindo um maior investimento investigacional na área. O historial de IMG, percebido como factor de risco de

morbilidade psicológica a longo prazo, pode reflectir a necessidade de um maior e específico acompanhamento psicológico nas mulheres que vivenciam esta realidade cumulativamente.

A avaliação dos estilos de *coping* pode assumir-se como um importante factor numa estratégia de prevenção e intervenção de sintomatologia psicopatológica a longo prazo, podendo ser dada especial atenção às mulheres com estratégias de *coping* de evitamento, que parecem apresentar um risco acrescido.

Em suma, considerámos que as consequências emocionais da IMG a longo prazo na mulher são relevantes e, perante as mesmas, justificar-se-á a concretização de um programa de acompanhamento estruturado longitudinalmente, particularmente focado nos aspectos adaptativos, factores de risco e resilientes, no sentido de potenciar uma intervenção mais profícua.

Por fim, torna-se imperativa uma leitura crítica da nossa investigação. Um dos erros metodológicos mais frequente neste tipo de estudo, e que pode levantar dúvidas sobre os seus resultados, materializa-se no eventual enviesamento do perfil longitudinal provocado pela mortalidade experimental (Collins &, Cliff 1990). Assim, e tendo em conta a possibilidade de os casos perdidos ao longo do estudo introduzirem um desvio nos resultados, inflacionando os valores da sintomatologia avaliada, optámos por nas correlações inter-avaliações nos restringirmos às 34 participantes que nos acompanharam nos três momentos avaliativos. Porém, este procedimento saldou-se em outra limitação: a reduzida amostra de que dispomos pode não representar efectivamente o impacto psicológico da IMG a longo prazo. Também, o intervalo de tempo entre os 6 meses e os 7 anos constitui um longo período de ausência informacional acerca das participantes, esta lacuna pode representar uma limitação, uma vez que essas informações poderiam materializar outros factores explicativos dos resultados alcançados. Por sua vez, a ausência de sistematização dos instrumentos aplicados nas três fases de recolha não permitiu inferir resultados mais conclusivos relativamente à evolução da sintomatologia de trauma. Salienta-se, ainda, que o estudo destinou-se exclusivamente ao género feminino. Certamente que a IMG no masculino seria uma mais-valia na compreensão global da morbilidade psicológica atribuída a este acontecimento. Propõe-se, em investigações futuras, o recurso a um número maior de participantes, o estudo e análise da IMG no feminino e no masculino e em diferentes estruturas parentais, uma vez que a literatura defende que a estrutura personológica de cada um dos elementos da díade, em conjunto ou individualmente, parece influenciar a adaptação à IMG. O enfoque sobre outros factores que possam ser significativos em termos das repercussões

psicológicas e variáveis preditoras são aspectos a valorizar no contexto investigacional da interrupção médica da gravidez por causa fetal.