

INTRODUÇÃO

Actualmente, nos países desenvolvidos, um casal, ao planear o seu projecto reprodutivo, antecipa e gera expectativas que são cumpridas na gravidez. A gravidez é genericamente um evento saudável. Contudo, o processamento biológico da informação genética é falível e podem ocorrer problemas no desenvolvimento embrio-fetal. Os extraordinários desenvolvimentos da genética e da ecografia expandiram as possibilidades de detecção de diversos problemas fetais que confrontam os casais com a decisão-limite de interromper o projecto reprodutivo (Graça,2000). O choque entre o diagnóstico pré-natal de um problema fetal e as expectativas de um bebé saudável desencadeia diversas dificuldades psicológicas.

Mas apesar da medicalização da gravidez a que temos assistido nas últimas décadas, a gravidez é um estado saudável e que pode ser vivido como uma melhoria do bem-estar. No entanto, cerca de um quinto do total das interrupções voluntárias da gravidez tem ainda como causa subjacente uma patologia materna (Hermida, 2003). Com efeito, as alterações físicas, mas também as emocionais e psicológicas da mulher neste período são extremamente significativas e podem exigir, por si só, consideráveis esforços de adaptação. A magnitude desta mudança deve ser tida em consideração para compreender algumas das causas que estão subjacentes à interrupção da gravidez. É consensual assumir que a maior parte das mulheres se sente emocionalmente mais instáveis, apresentando sintomas característicos deste quadro clínico: choro fácil, irritabilidade e desconcentração (Brien & Fainain, 1996). Estes dados levam-nos a constatar que, apesar de planeada, desejada e até fantasiada, a gravidez pode ser perturbada com as informações decorrentes de um diagnóstico pré-natal (DPN) positivo.

Se, de um modo geral, a gravidez desencadeia alterações geradoras de ansiedade, por outro lado, a Interrupção Voluntária de Gravidez constitui um agente extremamente nefasto de *stress*. Num caso como no outro, estamos perante situações que exigem uma intervenção clínica esclarecida, tanto mais que ambas colocam desafios na gestão hospitalar. Esta necessidade de intervir na gestão do *stress* nestas situações ganha relevo sabendo que o interesse em identificar as componentes psicossociais implicadas na gestão do *stress* e a adopção de estratégias para fazer face à doença tem crescido exponencialmente nas últimas décadas.

O *coping* que se define como sendo constituído pelos “esforços cognitivos e comportamentais permanentemente em mudança, que se desenvolvem para lidar com as exigências específicas internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo” (Lazarus, 1991), e o Emotional Approach *Coping* que é definido por Stanton et al. (1994) como a identificação activa, processamento e expressão das nossas emoções. Tendo este modelo a particularidade de conceptualizar as emoções como um meio para devolver ao indivíduo um *feed-back* sobre o seu próprio bem estar (Clore et al., 1998), desempenhando um papel fortemente adaptativo no processo de *coping*; são conceitos que podem condicionar a forma de vivenciar uma interrupção voluntária da gravidez.

Assim sendo os objectivos gerais deste estudo acerca da interrupção da gravidez são:

1º Objectivo:

Avaliar as estratégias de *coping* que as mulheres utilizam para ultrapassar a situação de *stress* decorrente da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).

2º Objectivo

Identificar as repercussões no processamento e expressão das emoções nas mulheres submetidas a uma IVG.

Considerámos pertinente e prioritário investigar nesta área, porque como enfermeira a exercer funções numa instituição vocacionada para a área materno-infantil, na qual todos os dias vivenciámos com este tipo de situações (gravidez e interrupções da gravidez), esperamos como finalidade última deste projecto obter conhecimentos que possam vir a ser utilizados na prática clínica, contribuindo para o melhor acompanhamento destas utentes.

Por outro lado, o tema insere-se no campo de estudos do mestrado de Psicologia da Dor, uma vez que tanto a interrupção voluntária da gravidez como os processos de *coping* a ela associados levantam questões intimamente associadas à interpretação das situações geradoras de dor e à consequente capacidade de

resiliência em face das mesmas. É portanto, um objecto de estudo que exemplifica a abrangência dos fenómenos psicológicos associados à dor.

No nosso estudo, a primeira parte do trabalho é dedicada à apresentação da revisão da literatura que desenvolvemos com o intuito de servir de base à interpretação dos resultados. Os objectivos formulados previamente levaram-nos a centrar esta pesquisa em torno dos temas da interrupção voluntária da gravidez, do *coping* e da especificidade do *coping* de aproximação emocional (*Emotional Approach Coping*).

A segunda parte do nosso trabalho envolve o enquadramento metodológico onde explicitámos a metodologia adoptada para a concretização deste estudo, seguida da apresentação e discussão dos resultados obtidos.

No final, elaborámos algumas conclusões emergentes do percurso desenvolvido e que pretendemos que evoluam para um conjunto de propostas a desenvolver em percursos futuros de pesquisa.

I PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I - INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DE GRAVIDEZ

A interrupção voluntária da gravidez (IVG), constituindo uma prática do foro médico, apresenta importantes repercussões éticas, sociais e culturais, já para não falar das questões psicológicas abordadas anteriormente. A publicação da Lei 16/2007, de 17 de Abril, trouxe a possibilidade de minimizar as terríveis consequências decorrentes da prática do aborto clandestino e inseguro. O alargamento da legalização da IVG em Portugal segue uma preocupação de saúde pública que tem como finalidade, nos vários países onde tem sido aplicada, a meta defendida pela própria Declaração das Nações Unidas, que é a de reduzir a taxa de mortalidade materna, e fomentar a reflexão sobre a promoção da saúde reprodutiva.

1.1 – Conceito

A gravidez é um momento especial na vida de uma mulher. Durante a gravidez, a mulher sonha com um bebé que é idealizado como um bebé perfeito. Nestas circunstâncias, a interrupção da gravidez decorre de alterações graves no processo de desenvolvimento fetal. Tal situação decorre devido à morte fetal ou do embrião (Cabero, 2003). A este processo é geralmente atribuída a designação de aborto, embora em termos científicos, esta palavra designe apenas o resultado da expulsão do embrião/feto do ventre materno. Este termo provém do latim *ab-ortus*, que é, “privação do nascimento”. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o abortamento só existe quando o peso do embrião ou feto ultrapassa 500g (este peso é atingido em torno das 20-22 semanas de gravidez.).

O aborto pode classificar-se, quanto à sua forma, nas seguintes categorias:

- *Aborto espontâneo*, também denominado de involuntário. Este tipo de aborto é ocasionado por causas naturais, alheias à vontade humana;
- *Aborto provocado*, também referido como induzido, voluntário ou procurado. Mas geralmente, este tipo de aborto é designado por Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Trata-se de um aborto efectuado deliberadamente, e que se realiza de acordo com o artigo 142º do código penal;

- *Aborto indirecto*, quando este é o resultado indirecto e secundário, ainda que previsível, mas não desejado, de um procedimento clínico que, em si mesmo não é abortivo;
- *Aborto retido*, quando há inviabilidade da concepção, mas não se dá a expulsão dentro de quatro semanas.

O aborto pode também ser classificado tendo em conta o seu prognóstico terapêutico. Devemos assim diferenciar entre *aborto precoce*, antes das 12 semanas, e *aborto tardio*, posterior a 12 semanas. Sabemos que 80 a 85% dos abortos espontâneos ocorrem na fase precoce, enquanto que a possibilidade de complicações e dificuldades em acções terapêuticas é mais frequente nos abortos tardios. A maioria dos abortos precoces têm causa embrionária, enquanto que os tardios estão mais frequentemente relacionados com causas maternas (Cabero, 2003).

Relativamente à interrupção voluntária da gravidez, consiste num procedimento clínico que pode ser proposto pelo médico ao casal ou pode partir do pedido do próprio casal/mulher, podendo ocorrer nas seguintes situações:

- Aborto eugénico. É um aborto que se verifica quando é detectado um problema grave no feto ou quando se prevê que este venha a sofrer de doença grave.
- Aborto terapêutico. Pode ser realizado quando a mãe corre perigo de morte, ou haja consequência para a sua saúde física ou psíquica.
- Aborto por motivos sociais. Verifica-se quando a gestante alega não ter condições económicas, ou outras, para manter, com dignidade, a criança.
- Aborto sentimental. Verifica-se em caso de abusos sexuais.
- Aborto por opção da mulher. Que pode ser realizado até às 10 semanas.

1.2 – Enquadramento legal da interrupção voluntária de gravidez

A ética deste tipo de aborto é fortemente contestada em muitos países do mundo, incluindo em Portugal. O grande ponto desta discussão passa por definir

quando o feto ou embrião se torna humano e/ou vivo. As opiniões dividem-se valorizando a vida desde a concepção ou apenas após o nascimento. Outros critérios, como o momento em que se regista o primeiro batimento cardíaco, ou outros indicadores do desenvolvimento intra-uterino são também avançados. Independentemente destes aspectos, a discussão do aborto também passa pelas questões relacionadas a dignidade da vida quer da mulher quer do possível bebé. Por isto, frequentemente este debate está combinado com as concepções religiosas, espirituais ou sociais de cada um¹.

Em praticamente todo o mundo a IVG é legal para situações como a violação. Já com base no pedido da mulher esta prática é legal apenas em países como Alemanha, Canadá, China, França, Rússia, Portugal (desde Julho de 2007), sempre dentro de certos limites e com aconselhamento técnico.

Até 1984, o aborto era proibido em Portugal em todas as situações. A lei 6/84 veio permitir a realização da interrupção voluntária da gravidez nos casos de perigo de vida para a mulher, perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher, quando existe malformação fetal ou quando a gravidez resultou duma violação.

Em 1997 esta legislação foi modificada, tendo existido um alargamento no prazo legal para proceder a situações de malformação fetal. Também é aplicada às situações que eram designadas de “violação” e que actualmente são denominadas como “crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher” (lei 90/97).

A restrição da lei e a não resposta por parte dos estabelecimentos públicos ou publicamente reconhecidos, levou à proliferação da prática de aborto clandestino especulativo e altamente perigoso. Como consequência desta situação, o aborto foi, durante todos estes anos, a primeira causa de morte materna e a razão que levou milhares de mulheres aos hospitais com abortos retidos/incompletos ou com complicações resultantes desta prática.

Ao longo de mais de três décadas muitas organizações, personalidades e profissionais de saúde lutaram por mudanças na lei, de forma a combater o aborto inseguro e ilegal. Com a lei 16/2007, a interrupção da gravidez pode, hoje, ser feita por opção da mulher até às 10 semanas.

¹ www.portalsaofrancisco.com.br

O artigo 142 da lei 16/2007A estipula que a IVG apenas poderá ser efectuada através da utilização de medicamentos ou de métodos mecânicos, sendo excluída de punibilidade, desde que seja aplicada nas seguintes situações:

- *Aborto terapêutico.* Neste caso a IVG pode ser realizada por “Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida; e se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez “ (Art. 142º, n.1, als a) e b) do C.Pen.);
- *Aborto eugénico,* “ quando houver seguros motivos para prever que o nasciturno virá a sofrer, de forma incurável, de doença grave ou malformação congénita, e for realizado nas primeiras vinte e quatro semanas de gravidez, comprovadas ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as leyes artis, excepcionando-se a situação de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo” (Art.142º, n.1, al. c) do C.Pen.);
- *Aborto sentimental* “Houver sérios indícios de que a gravidez resultou de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez “(Art. 142º, n.1, al. d) do C.Pen.);
- *For realizada, por opção da mulher,* nas primeiras 10 semanas de gravidez; “a comprovação de que a gravidez não excede as 10 semanas é certificada por médico, diferente daquele por quem ou sob cuja direcção a interrupção é realizada, em documento formalizado, cujo modelo consta no anexo V a esta Portaria, que dela faz parte integrante” (Art. 142º, n.1, al. e) do C. Pen.);requerendo cumulativamente que, seja efectuado por médico, ou sob sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial reconhecido e com o consentimento da grávida, o qual em princípio, é

prestado em documento assinado por esta, ou a seu rogo (Art. 142º, n.1 e 3 do C.Pen.).

Os diferentes tipos de abortos considerados pela lei envolvem necessariamente vivências emocionais, psicológicas e sociais muito distintas. Lloyd (1985) refere que existem diferenças muito significativas tendo em conta o tipo de interrupção da gravidez em questão. Desde que a mulher inicia o seu percurso na instituição hospitalar até ao momento da interrupção da gravidez propriamente dito, as diferenças são muito consideráveis. Se a IVG for realizada por motivos psicossociais, verifica-se, em geral, numa fase inicial da gestação, e geralmente está associada a uma gravidez não desejada, nem aceite; enquanto que a IVG quando se baseia no diagnóstico pré-natal acontece normalmente em gravidezes planeadas e desejadas, ocorrendo no segundo trimestre da gestação. Abordaremos em seguida o impacto do diagnóstico pré-natal como causa médica da IVG, para seguidamente abordar as causas maternas.

1.3 – Diagnóstico pré-natal

O diagnóstico pré-natal acompanhou os espantosos desenvolvimentos recentes da genética, da bioquímica e da ecografia; e contribui para expandir largamente as possibilidades de informação sobre os problemas fetais. Consequentemente, o diagnóstico pré-natal permite que muitos dados decisivos para a vida futura do casal estejam disponíveis à comunidade.

1.3.1- Conceito e suas aplicações

O diagnóstico pré-natal (DPN) é constituído por um conjunto de técnicas e procedimentos que visam detectar a presença de patologia ou risco de doença no embrião ou feto (Tavares, 2000). As técnicas de DPN, actualmente assumem seis procedimentos distintos, classificados quanto ao nível de certeza de diagnóstico e

nível de invasão do procedimento. Iremos, de seguida, abordar os vários procedimentos de DPN e explicar o seu impacto como causa de IVG.

(a) Diagnóstico pré-implantatório. Este diagnóstico é útil para a detecção de doenças génicas, através de genética molecular e de técnicas específicas de citogenética. Este diagnóstico pode ser realizado nas técnicas de reprodução assistida antes da implantação do embrião, mas tem limitações, devido, principalmente ao número de células analisadas e aos riscos associados ao processo de manipulação do embrião (Tavares, 2000).

(b) Rastreio pré-natal. Um teste de rastreio pré-natal é constituído por um conjunto de análises e/ou dados ecográficos que permite calcular o risco de ter um bebé afectado com alguma anomalia (Castedo, 2003). Compreende técnicas menos invasivas, no entanto, os resultados têm elevado grau de incerteza². Um teste de rastreio divide a população que a ele se submete em dois grupos: o grupo de risco elevado (designado “rastreio positivo”) e o grupo de risco baixo (designado “rastreio negativo”), dando a possibilidade à futura mãe de decidir se quer realizar ou não testes de diagnósticos mais específicos (Castedo, 2003).

O rastreio pré-natal permite, como o próprio nome indica, rastrear algumas anomalias cromossómicas como a trissomia 21 (Síndrome de Down), a trissomia 18 (Síndrome de Edwards), e defeitos do tubo neural onde se inclui a anencefalia, a hidrocefalia, a meningomielocelo e a espinha bífida. Com o rastreio integrado são analisados marcadores do primeiro e do segundo trimestres, por forma a obter um resultado mais seguro e uma maior taxa de detecção de anomalias (cerca 96%) (Castedo, 2003).

² Este teste consiste numa ecografia de rotina com a medição da translucência da nuca (TN) e dos ossos do nariz, se possível, e uma primeira colheita sanguínea para doseamento da Proteína Plasmática associada à Gravidez (PAPP-A) e Gonadotrofina Coriónica Humana- fracção.β (β-hCG) entre as 10 e 13 semanas (preferencialmente às 11 semanas); e uma segunda colheita sanguínea para doseamento de Alfa-fetoproteína (AFP), β -hCG livre, estriol não conjugado (uE3) e inibina-A entre as 14 e 22 semanas (preferencialmente às 15 semanas). Só a medição da translucência da nuca detecta 20% (Montenegro & Matias, 2000) das anomalias em fetos viáveis.

Tabela 1 - Resumo do rastreio pré-natal (adaptado de Wald et al, 2003)

	Data da colheita	Estudo Ecográfico	Estudo Bioquímico	Taxa de detecção
Rastreio do 1º trimestre	10-13ª semanas (de preferência às 11 s)	+Confirmação do tempo de gravidez +Medição da TN (se disponível)	PAPP-A β-hCG	+ Síndrome de Down: 83% + Trissomia 18: 72% + Defeitos do tubo neural não aplicável
Rastreio do 2º trimestre	14-22ª semanas (de preferência às 15 s)	Confirmação do tempo de gravidez	AFP β-hCG uE3 Inibina-A	+ Síndrome de Down: 83% + Trissomia 18: 40% + Defeitos do tubo neural: 85% das espinhas bífidas e quase 100% das anencefalias
Rastreio integrado	1ª colheita: 10-13ª semanas (de preferência às 11 s) 2ª colheita: 14-22ª semanas (de preferência às 15 s)	+Confirmação do tempo de gravidez +Medição da TN (se disponível)	1ª colheita: PAPP-A 2ª colheita: AFP β-hCG uE3 Inibina-A	+ Síndrome de Down: 94% (90% se a medida da TN não for incluída) + Trissomia 18: 77% + Defeitos do tubo neural: 85% das espinhas bífidas e quase 100% das anencefalias

White- Van Mourik (1992) apresentou um estudo com 84 indivíduos em que a frequência observada de interrupções por alterações do tubo neural é de 70% e para trissomias de 14%. No entanto, num estudo publicado em 2003 com uma amostra de 86 interrupções de gravidez na Holanda (Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003), verificou-se a frequência de 29% de trissomia, 21, 9% de outras trissomias, 15% de alterações do tubo neural, 14% de malformações múltiplas, 27% de outras malformações e 6% de patologias da gravidez.

(c) Visualização fetal por ecografia. A ecografia morfológica (também designado como «teste de visualização fetal por ecografia») efectuada no segundo trimestre de gestação, entre as 18 e as 22 semanas gestacionais possibilita o diagnóstico de alterações estruturais, este procedimento permite a detecção de 74% das anomalias estruturais graves (Montenegro & Matias, 2000).

(d) Amniocentese. É um procedimento simples e muito usado em todo o mundo, consistindo na colheita de líquido amniótico através de uma agulha fina inserida pela parede abdominal e do útero, sob controlo simultâneo de uma

ecografia. O líquido amniótico contém células do feto que são analisadas, permitindo a elaboração do cariótipo ou de outros testes específicos. Apesar de ser, actualmente, o único teste de diagnóstico disponível para detectar algumas anomalias fetais, a verdade é que a amniocentese tem alguns riscos associados³. A amniocentese é habitualmente realizada entre as 14 e as 16 semanas de gestação, o resultado laboratorial depende dos métodos laboratoriais e obtêm-se entre o 7º e 15º dia (Tavares, 2000).

(e) Biópsia das vilosidades coriônicas (coriocentese). A biópsia das vilosidades coriônicas (BVC), tem o objectivo de recolher material biológico do feto, especificamente da placenta, para posteriormente ser analisada. É realizada entre a 10ª e 12ª semana de gravidez e permite resultados directos após 48h da colheita, o que faz com que tenha vantagens por isso em relação à amniocentese. Este procedimento é considerado seguro apesar de apresentar um risco superior à amniocentese (Verma & Babu, 1995). Estudos recentes indicam que os riscos dos dois procedimentos são semelhantes, ou com um risco acrescido na BVC de 0,7% (ver revisão de Elias e Simpson, 1997, p.p. 569)⁴.

(f) colheita de sangue ou outros tecidos fetais. A colheita directa de tecidos ou de sangue do feto é o procedimento mais invasivo, mas que esporadicamente é utilizado quando há doença infecciosa ou incompatibilidade de grupo sanguíneo, um diagnóstico ecográfico anormal ou ainda quando os estudos provenientes da amniocentese ou da BVC são inconclusivos. A colheita de sangue fetal realiza-se em segurança por volta da 20ª semana de gestação, sendo o risco de perda fetal de 1 a 2% (Nunes, 2000).

Na tabela 2 apresentam-se os totais de colheitas por produtos, designadamente, líquido amniótico, vilosidades coriônicas e sangue fetal da região Norte. A colheita de líquido amniótico foi, como esperado, a mais frequente, tendo-se registado em 2005, 3386 amniocenteses, 16 colheitas de vilosidades, 17 de sangue fetal e 5 colheitas referidas como “outros”.

³ Sendo que uma em cada cem vezes que ela é executada, leva à interrupção da gravidez, isto é, à perda do feto. Isto indica que este exame acarreta um por cento de risco de aborto (Castedo, 2003).

⁴ O risco de abortamento espontâneo na amniocintese é de 0,5 a 15 após a sua realização. Já na BVC o risco é equivalente mas deve se ter em conta a experiência do médico, bem com do equipamento utilizado.

Em 2005, todas as instituições realizaram um número superior a 50 colheitas, menos o Centro Hospitalar Vale do Sousa/ hospital Padre Américo.

Tabela 2 - Total de colheitas por produto e instituição da região norte (Fonte : Direcção Geral da Saúde - DGS; Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2006)

Região	2005				Total
	Líquido Amniótico	Vilosidades Coriais	Sangue fetal	outros	
Norte					
H. S. João - Porto	162	0	2	0	164
H. Stª Maria Maior - Barcelos	126	0	0	0	126
H. Stª Maria Maior - Barcelos	146	0	1	0	147
H. São Marcos - Braga	267	0	1	0	268
H. Sra. da Oliveira - Guimarães	162	0	0	0	162
H. Pedro Hispano - Matosinhos	271	0	0	0	271
H. Geral Stª António - Porto	384	0	2	3	389
M. Júlio Dinis - Porto	154	0	0	0	154
C. H. Vale Sousa / H. P. Américo	44	0	0	0	44
C. H. Póvoa Varzim /Vila do Conde	63	0	0	0	63
H. Conde de S. Bento - Stª. Tirso	170	0	0	0	170
C. H. Alto Minho - Viana Castelo	176	0	0	0	176
H. S. João de Deus - V. N. Famalicão	752	16	11	2	781
C. H. V. Nova de Gaia - IGM	509	0	0	0	509
C. H. Vila Real / Peso da Régua	3386	16	17	5	3424
Total R. Norte					

1.3.2 – Enquadramento legal do diagnóstico pré-natal

Os objectivos, os princípios e o modelo de organização das actividades de DPN foram estabelecidos no Despacho 5411/97 (2ª série) de 6 de Agosto e o Despacho 10 325/99 (2ª série) de 20 de Maio estabeleceu a respectiva estrutura, os requisitos necessários e as orientações para a sua concretização no terreno.

De acordo com estes decretos, a rede de referenciação do DPN assenta sobre a rede materno-perinatal já existente, reforça e potencia, em qualidade, os cuidados prestados, tendo em vista uma gravidez mais segura e recém-nascidos mais saudáveis. O enquadramento legal do DPN impunha-se, tendo em conta que:

- o facto de as malformações congénitas constituírem a 2ª causa de morte perinatal e infantil e um importante factor de morbilidade
- a redução constatada do número de filhos por mulher (média=1,4), com o conseqüente aumento das expectativas face ao "filho saudável"

- o aumento das gravidezes em idades mais tardias (idade média do 1º filho = 27 anos) implicarem maior risco de anomalias congénitas
- a despenalização da interrupção voluntária da gravidez nos casos de o feto ser portador de malformações graves.

A obtenção do consentimento escrito da utente é recomendada para a prática de técnicas invasivas de diagnóstico pré-natal, de acordo com a alínea c), do nº3, do Despacho 5411/97 de 6 de Agosto⁵. Assim, só pode ser realizado o DPN na presença de determinados critérios: só devem ser utilizadas técnicas invasivas se existir grande probabilidade de anomalia; a colheita de produtos embrio-fetais deve ser precedida de consulta de aconselhamento genético; o consentimento livre e esclarecido deve preceder o uso de técnicas invasivas; a decisão de realizar ou não IVG cabe sempre à mulher; os procedimentos devem ser realizados sob a responsabilidade de um médico; os serviços de DPN devem estar acreditados; deve ser garantida em cada instituição a totalidade da prestação de cuidados, e garantia de confidencialidade para o DPN.

As avaliações das actividades de diagnóstico pré-natal, efectuadas em Portugal desde 1993 pela Direcção Geral de Saúde (DGS), têm apresentado um incremento significativo. De acordo com os dados fornecidos pelos Serviços de Obstetrícia dos hospitais portugueses, efectuaram-se 9 845 amniocenteses em 2001, na maioria por a idade da grávida ser igual ou superior a 35 anos, por detecção de anomalia ecográfica ou por alteração de marcador bioquímico, após realização de exames de rastreio.

No mesmo ano foram realizadas em Portugal 349 interrupções de gravidez, após um diagnóstico efectuado em produtos biológicos do feto, 175 das quais por anomalias cromossómicas. Das 125 interrupções de gravidez cujo diagnóstico não recorreu às técnicas invasivas, 51 foram devidas à existência de malformações graves do sistema nervoso central. (Relatório “Diagnóstico pré-natal – Actividades realizadas nos Serviços de Saúde em 2001” (DGS, 2002).

Se o DPN for positivo, para patologias como a trissomia 21 ou a anencefalia, apresenta taxas de interrupção de gravidez muito próximas dos 100%, as taxas de interrupção para o síndrome de Turner e de Klinefelter reflectem forte ambivalência,

⁵ É obrigatória para a interrupção da gravidez de acordo com o nº3 do Artigo 142º do Código Penal.

entre 62 e 82% para a primeira e os 50 e 66% para a segunda (publicações anteriores a 1990, revistas por Mansfield et al, (1999).

1.4 – Causas maternas para a IVG

A IVG por motivos de saúde materna representa um quinto do total de abortos legais e normalmente é vivida de modo muito traumático para a mãe. Alguns estabelecimentos de saúde entregam a apreciação destes pedidos a uma comissão, muitas vezes a mesma que decide sobre as malformações fetais, apesar de tal não estar previsto na lei. E parece evidente, olhando para o número de abortos de causa materna em certos hospitais, que o crivo nessa matéria é muito apertado (Hermida, 2003)⁶.

Relativamente às causas maternas susceptíveis de justificarem a interrupção da gravidez, não existe qualquer lista de doenças ou patologias, sendo cada caso apreciado após pedido de interrupção por parte da mãe e tendo em conta o que se diz na alínea a) e b) do Art. 142 do Código Penal:

- a) Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- b) Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas da gravidez.

Podemos ainda referir que os factores geradores de risco na gravidez podem ser agrupados em quatro grandes grupos (Cabero,2003):

- **Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis.** Situações como idade menor que 17 e maior que 35, situações conjugais insegura, baixa escolaridade, altura menor que 1.45m, peso menor que 45 kg e maior que 75 kg, dependência de drogas lícitas ou ilícitas podem entrar em linha de conta para considerar a IVG.

⁶ "É incompreensível que muitas situações que poderiam ser inseridas nos casos previstos na lei não sejam acolhidas nos hospitais ." (Hermida, 2003)

- **História reprodutiva anterior à gestação actual.** Os seguintes indicadores podem alertar para a possibilidade de IVG: Morte peri-natal explicada ou inexplicada, recém-nascido com crescimento retardado, pré termo ou malformado, abortamento habitual, esterilidade/infertilidade, intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos, nuliparidade/multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva, cirurgia uterina anterior.
- **Intercorrências clínicas:** Cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças auto-munes, ginecopia. A doença hipertensiva específica da gravidez é uma das complicações mais comuns e mais graves da gestação. A mortalidade materna em diferentes regiões e em hospitais varia de 5 a 15% dos casos. O prognóstico para o feto é particularmente grave, e a mortalidade fetal é cerca de 20%. É importante observar e cuidar que boa percentagem das mulheres, 50% das pré eclâmpsias, tende a repeti-la nas gestações seguintes. Isto evidencia a importância da supervisão rigorosa e prolongada das gestantes que tenham sofrido de pré-eclampsia ou eclampsia (Carvalho, 2002). A incidência de HAS na gestação é de 10%. Independentemente de sua etiologia, é a primeira causa de mortalidade materna no ciclo gravídico puerperal, chegando 35% dos óbitos, decorrente de complicações como eclâmpsia, hemorragia cerebral, edema agudo dos pulmões, insuficiência renal aguda e coagulopatias (Carvalho, 2002).
- **Doença obstétrica na gravidez actual** (desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragias da gestação aloimunização, óbito fetal).

Durante a gravidez produzem-se numerosas modificações fisiológicas que anteriormente foram referidas. A par destas alterações sucedem-se importantes perturbações na esfera emocional, sobretudo quando antecedentes se registaram de

patologia psíquica na saúde da mulher (por ex. psicose maníaco-depressiva; esquizofrenia, etc.). Estas mulheres requerem uma vigilância especial, isto porque a gravidez implica um nível adicional de *stress*. Ainda que normativo, o processo de gravidez implica múltiplas alterações tanto ao nível do organismo, como na percepção do corpo e no próprio estilo de vida, já para não falar na regulação do sono e das alterações ao nível das relações sexuais e emocionais do casal (Cabero,2003).

As mudanças emocionais que decorrem com a evolução da gestação ocorrem em diversas áreas (Jarrahi-Zadeh et al, 1969):

- Consciência subjectiva, aumento de tensão, ansiedade e irritabilidade;
- Depressão, tristeza, sentimentos auto-depreciativos e de receio;
- Preocupações obsessivas;
- Letargia;
- Instabilidade do humor;
- Funcionamento mental, dificuldades de concentração e pensamento pouco claro.

O *stress* psicológico durante a gravidez pode afectar a saúde física e/ou psíquica da mãe e por vezes provocar o abortamento; em alguns estudos retrospectivos associou-se o *stress* intenso ao abortamento espontâneo, ao parto prematuro ou a nascimento de bebés doentes (Cabero,2003). Já as doenças infecciosas alteram a saúde da mulher, podendo influenciar negativamente a sua função reprodutora. Quando associadas à gravidez, as doenças infecciosas assumem especial relevo e colocam três questões particulares:

- o tratamento da doença da mãe
- o efeito da infecção no curso da gravidez
- a influência sobre o feto não só da doença materna, mas também da terapêutica utilizada.

Embora não se conheça exactamente o mecanismo pelo qual certas bactérias, vírus e protozoários actuam na gravidez, sabe-se que a infecção materna tem um grande potencial de envolvimento fetal e pode ser causa de aborto,

malformação congénita, atraso de crescimento intra-uterino, rotura prematura de membranas, parto pré-termo e infecção neonatal.

Assim sendo, uma mulher que apresenta algum tipo destas patologias requer uma vigilância adequada de forma a que o feto se desenvolva dentro dos parâmetros normais, evitando que no terceiro trimestre se dê a interrupção da gravidez por morte fetal.

Toda gestação de alto risco traz em si mesma risco para mãe ou para o feto. No entanto, em pequeno número delas esse risco está muito aumentado e é então incluído entre as chamadas gestações de alto risco. Desta forma pode-se conceituar gravidez de alto risco aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou feto e /ou recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidos que as da média da população considerada (Resende, 1998).

1.5 – Procedimentos obstétricos na interrupção voluntária de gravidez

Os procedimentos obstétricos dependem do tempo de gravidez, da situação clínica e dos recursos técnicos disponíveis. Os procedimentos empregados para a interrupção da gravidez, nos dois primeiros meses da gestação são: o aborto químico, também conhecido como aborto médico ou aborto não cirúrgico é aplicável apenas no primeiro trimestre da gravidez e equivale a 10% de todas as interrupções voluntárias da gravidez nos Estados Unidos e Europa. Consiste na administração de fármacos que provocam a interrupção da gravidez e expulsão do embrião. Estudos demonstram que quando usada nos primeiros 49 dias de gestação cerca de 92% das mulheres que recorrem ao aborto químico completam a interrupção da gravidez sem necessidade de intervenção cirúrgica. Nos casos de falha do aborto químico é necessária aspiração do útero para completar a interrupção da gravidez cirurgicamente.

Assim sendo, as situações de IVG que se realizam até às 9 semanas, por norma são medicamentosas, em regime de ambulatório, num estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido (Guia Informativo – Interrupção da gravidez (DGS, 2007). O método consiste na administração de 2 medicamentos diferentes com intervalo de 36/48 horas. Este método não necessita de

hospitalização, mas a toma dos comprimidos deve ser feita rigorosamente de acordo com a indicação médica.

Apartir da 10^a semana de gravidez, a interrupção da gravidez pode ser cirúrgica e terá que ser feita obrigatoriamente num estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido. O método consiste na remoção do conteúdo uterino por aspiração ou curetagem (Guia Informativo – Interrupção da gravidez (DGS, 2007)

A IVG com base no DPN, ocorre geralmente no segundo trimestre pelo que os procedimentos obstétricos requerem internamento hospitalar. Os procedimentos geralmente utilizados em interrupção de gravidez após as 14 semanas são muito semelhantes à indução do trabalho de parto, pois requerem indução hormonal de contracções com dilatação do colo do útero para facilitar expulsão do feto (Baram, 1997). Por esse motivo, muitas vezes este processo é doloroso e a comparação a um trabalho de parto é facilmente sugerida pelos procedimentos. A duração média do procedimento, após indução de contracções uterinas, é de 13,2 horas (Graça, 2000).

Quanto às consequências, 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. Os efeitos secundários em gestações subsequentes são negligenciáveis (Graça, 2000).

1.6 – A dor e o seu percurso...na interrupção voluntária de gravidez

A dor é tão velha como a própria humanidade e foi encarada de diferentes formas, em função das crenças e atitudes científicas ao longo dos tempos (Chóliz, 1994).

Hoje, a actual perspectiva biopsicossocial, assume que a dor é um fenómeno multidimensional, complexo e subjectivo, resultado da interacção de múltiplos factores. Porém, até se atingir esta perspectiva, o homem e a dor percorreram um longo caminho, cuja meta ainda não foi alcançada.

Esta perspectiva, assenta na Teoria do Portão publicada por Melzack e Wall em 1965, que faz referência a uma série de variáveis que eles consideram responsáveis pela dor percebida pelo doente, com uma resposta diferente de indivíduo para indivíduo, dependendo do seu estado biopsicossocial. Esta teoria vem postular a existência de um mecanismo de modulação da dor e reconhecer o carácter perceptivo da dor.

De acordo com Melzack (2000), a grande contribuição da Teoria do Portão para o conhecimento da dor, foi sem dúvida a importância dada ao papel dos mecanismos neuronais centrais; as astas dorsais deixaram de ser consideradas simples mecanismos de transmissão, para se converterem em locais dinâmicos, com funções de inibição, excitação e modulação.

Além disso, os factores psicológicos que até então se haviam ignorado por serem considerados reacções à dor, passaram a considerar-se parte integral do processamento da dor e abriram-se novas possibilidades para o seu tratamento.

Melzack (2000) considera que a dor é habitualmente percebida como um fenómeno puramente sensorial, em que se esquece que as lesões não provocam só dor, mas também alterações no sistema de regulação homeostático do cérebro, provocando *stress* e claro pondo em curso mecanismos para a homeostasia.

Melzack e Wall consideram o cérebro como responsável final pelas dimensões sensorial-discriminativa (relacionada com os mecanismos anatomofisiológicos), motivacional-afectiva (relacionada com a qualidade subjectiva da experiência da dor, as alterações emocionais, o sofrimento, a ansiedade e a depressão) e cognitiva-avaliativa (refere-se às crenças, valores culturais e variáveis cognitivas) da experiência da dor.

De acordo com Chóliz (1994), estas dimensões estão interrelacionadas e não se pode compreender a experiência da dor de forma completa, se não se têm em conta as dimensões, pois cada uma delas confere à dor características.

Logo, a dor é antes de mais uma linguagem. Uma linguagem verbal feita de palavras, de imagens de comparações; e uma linguagem não verbal, feita de atitudes, de comportamentos. Este aspecto comportamental da dor é primordial, é a manifestação da estrutura de base, da organização profunda da personalidade (Schwob, 1994).

Só na década de 70, é que algumas especialidades médicas (Anestesiologia) se começaram a dedicar ao estudo da dor. Na área de obstetrícia, a anestesia sofreu, nos últimos trinta anos, uma evolução significativa, acompanhado os avanços científicos da Medicina e trazendo novas concepções sobre a assistência ao parto (Graça,2000), impondo-se os bloqueios loco-regionais, Melzack e col. (1981) no estudo que realizaram com parturientes demonstraram que o trabalho de parto é uma das dores mais intensas, das quantas se podem apresentar ao ser humano; em que 20% dos casos a dor torna-se insuportável para a parturiente.

A dor, durante a trabalho de parto, é uma resposta fisiológica, complexa, subjectiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contracção uterina. As outras causas fisiológicas da dor são a hipóxia da musculatura uterina, o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o *stress* (níveis aumentados de glicocorticóides e catecolaminas) e o limiar baixo de tolerância à dor (baixos níveis de endorfina, fadiga e doença) (Graça, 2000).

Portanto se tivermos também em conta, as mudanças emocionais que decorrem com a evolução da gestação; e que a IVG implica um processo de decisão, por vezes complexo, que envolve ansiedade e sofrimento na tomada de decisão, além de que o método utilizado para interromper uma gravidez no segundo trimestre consiste numa indução de partos, podemos afirmar que este é um processo doloroso.

Na circular n.º 9 de 14/06/2003, na qual a Direcção Geral de Saúde afirma que o controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde e com a definição de 1979, em que a Associação Internacional para o Estudo da Dor, definiu dor como *“uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual ou potencial, ou descrita em termos de lesão”*, descrição esta actual e amplamente utilizada (Morris, 2003).

Assim sendo, devemos ter em consideração que a percepção dos estímulos dolorosos pode ser modificada quantitativamente e qualitativamente, em função de uma série de factores externos e internos aos indivíduos. São de realçar o estado emocional, factores sociais, culturais e ambientais. Não se deve esquecer nunca o significado que a experiência tem para o indivíduo, naquele momento da sua vida e

o contexto em que o estímulo álgico aconteceu, visto que a interpretação dolorosa envolve aspectos sensitivos, cognitivos, comportamentais e culturais, torna-se necessária avaliação sistematizada.

Uma correcta avaliação da dor é impossível sem confiar na percepção individual da utente, pois a experiência da dor é em simultâneo um fenómeno universal e uma experiência única, como referem:

- Pablo e Valdés (2002), o indivíduo não é o resultado de uma simples soma de estruturas e funções, mas sim de uma organização hierarquizada e aberta, integrando funções biológicas e experiências biográficas, através da história de aprendizagens do sujeito, que interactivam entre si e condicionam a forma de viver os estímulos potencialmente dolorosos. Assim, a vivência da dor de um indivíduo num determinado momento da sua vida, é resultado da interacção entre as suas características psicofisiológicas, as suas experiências prévias e o contexto em que se produz.

- Duran, Rins e Wulf (2003), a dor é resultado de uma complexa e dinâmica interacção de sensações, cognições, condutas e emoções.

Então o alívio da dor deve ser encarado como um direito humano fundamental além de ser uma boa prática médica e ética; porém a distância que separa o conhecimento existente sobre a dor e o seu tratamento da aplicação efectiva desse conhecimento é ainda muito grande, e nem a dor crónica nem a dor aguda recebem um tratamento adequado, por razões de cultura, atitudes, educação, política e logística (Brennan e Cousins, 2005).

1.7 – Contribuições de estudos sobre interrupção da gravidez

Não se pode compreender a resposta emocional da mulher face à IVG, se não se tiver presente o significado que aquela gravidez encerra, naquele momento particular da sua vida e se corresponde ou não a um efectivo projecto de maternidade. Há muitas e diferenciadas respostas possíveis durante a gravidez, sendo essas respostas reflexos das experiências de vida e da personalidade própria da mulher.

Noya e Leal (1998) referem que o estudo científico da interrupção voluntária da gravidez tem sido condicionado pelo facto de ser um procedimento, acerca da qual as pessoas têm sentimentos fortes e crenças enraizadas que afectam a pesquisa nesta área; isto porque as normas sociais são, normalmente, a favor do nascimento e por isso anti-aborto.

Assim sendo, existem algumas variáveis que podem exercer influência ao nível das respostas pós-aborto, nomeadamente as demográficas, sócio-culturais e psicológicas.

Na revisão literária efectuada por Noya e Leal (1998) foram apresentados os seguintes estudos relativamente às variáveis referidas anteriormente:

- Variáveis Demográficas

- Idade

Mulheres mais jovens têm maior tendência para traumas emocionais do que as mulheres mais velhas (Adler, 1979); Hendricks-Matthew (citado por Turell et al, 1990) refere que a idade é um dos factores que mais contribui para a angústia emocional.

- Paridade

Hendricks-Matthew descobriu que esta variável está correlacionada negativamente com o risco de trauma; já Russo e Zierk (1992) constataram que para a maioria das mulheres a IVG não funciona como meio de evitar a maternidade, duas em cada três mulheres já tinha filhos, existindo desta forma uma correlação positiva entre abortar e ter filhos.

- Tempo de gestação

As mulheres que abortam no 2º trimestre de gravidez, sentem mais mágoa que aquelas que o fazem no 1º trimestre (Adler, 1979); já num estudo de Osofsky e Osofsky (citado por Turell et al, 1990), estes observaram que quando a IVG decorre no 2º trimestre, as mulheres sentem mais a decisão como mais difícil e experimentam maior nível de indecisão.

- Variáveis Sócio-culturais

- Religião

Adler (1979) descobriu que as católicas pareciam ter respostas mais negativas à IVG, do que as mulheres não católicas, esse facto dever-se-á à posição de não aceitação da IVG pela referida igreja; o que também foi constatado por

Payne et al (1976) num estudo onde se compararam mulheres protestantes e judias com católicas, estas últimas apresentaram valores mais elevados de depressão, culpa e vergonha.

A resposta emocional das mulheres face à IVG deve ser analisada, tendo sempre em conta o clima cultural onde sucede.

- Suporte Social

As mulheres com maior suporte dos maridos, companheiros ou pais tendem a apresentar reacções emocionais mais positivas.

Bracken (1978) descobriu que a força da relação que serve de suporte à mulher é importante, para determinar a sua reacção psicológica à IVG; ele analisou que as mulheres casadas tinham uma maior dificuldade em tomar a decisão de abortar e que esta estava correlacionada com o aumento da ansiedade antes de abortar. Payne et Al (1976) revelou que quando as mulheres estavam em conflito com o marido ou amante, apresentavam um maior índice de tristeza e depressão após o aborto. Já Major, Mueller e Hildebrandt (1985) mostraram que as mulheres acompanhadas adaptaram-se pior e estavam mais deprimidas após a IVG, do que as mulheres que se encontravam sós.

Neste estudos o que é de realçar, é que não é somente o suporte, mas também a qualidade desse suporte que é importante para o bem estar psicológico das mulheres em estudo.

Mas os resultados de situações stressantes, como a interrupção da gravidez, também dependem dos recursos de *coping*, a existência de recursos tais como a educação, o emprego e o rendimento (salário), podem permitir a redução de sentimentos de angústia, sofrimento.

Russo et al (1992), num estudo que analisou a relação do aborto com o bem-estar da mulher no contexto de experiências de maternidade ao longo de oito anos utilizando uma amostra nacional de 5,295 mulheres americanas constatou que as mulheres que têm pouco acesso a recursos de *coping*, parecem apresentar maior risco de *stress* psicológico perante uma gravidez não desejada.

Cohen e Roth (1984) examinaram dois tipos de resposta perante uma situação de *stress*, nomeadamente o confronto e o evitamento. As mulheres que optaram por enfrentar a situação, falavam da sua experiência, de forma mais aberta

e pensavam em prevenir futuras IVG. Aquelas que optaram pelo evitamento, não falavam do sucedido, e evitavam lembrar-se da situação.

Adler et al (1990) constatou que as mulheres que tinham expectativas de lidar melhor com a situação, apresentavam menores índices de depressão e tiveram menos problemas físicos, depois da IVG, do que as que tinham expectativas negativas.

Além disso, estes estudos referem que mulheres que recorrem à negação, ficaram mais deprimidas do que aquelas que utilizavam estratégia de aproximação, tais como conversar e planejar futuras gravidezes.

Os próximos estudos que apresentámos, mostram até que ponto a voluntariedade da interrupção da gravidez permite ou não melhorar as estratégias de adaptação da mulher à situação.

- Major, num estudo sobre as respostas psicológicas depois de uma Interrupção Voluntária da Gravidez no primeiro trimestre, deparou que a maioria das mulheres não experiênciam qualquer problema psicológico ou arrependimento dois anos após o aborto. Este estudo foi realizado com mais de quatro centenas de mulheres. No entanto, as mulheres que tinham uma história prévia de depressão estavam claramente mais vulneráveis. Para a maioria das mulheres, o aborto induzido de uma gravidez inesperada não colocava riscos à sua saúde mental (Major et al., 2000).

- Zolese (1992), analisando a literatura sob o tema concluiu que apenas uma minoria das mulheres terá perturbação psiquiátrica de um modo marcado, severo ou persistente após interrupção de gravidez (0,003% de psicoses). Aproximadamente 10% apresentará maioritariamente depressão e ansiedade. Ainda de acordo com este autor, os grupos com história psiquiátrica, mulheres mais jovens, com fraco suporte social, múltiparas e pertencentes a grupos socioculturais com posições antagonistas à interrupção voluntária da gravidez apresentam um risco aumentado. Não obstante, este sugere intervenção psicológica para facilitar ajustamento.

- Zeanah (1993), efectuou um estudo controlado de 23 mulheres que interromperam a gravidez no contexto do diagnóstico pré-natal no qual avaliou sintomas depressivos 2 meses após a perda; observou que 17% de sujeitos apresentava depressão major, e considerou que este é um grupo de risco para problemas psicológicos.

- Iles (1993) no seu estudo utilizou um grupo de 71 mulheres que interromperam a gravidez após a detecção de malformação fetal e morte fetal in útero, e avaliou a morbilidade psiquiátrica 4 semanas, 6 meses e um ano após. Concluiu que na primeira avaliação há um risco elevado para morbilidade psiquiátrica, 4 a 5 vezes superior à população normal, representando 39% da amostra; nas avaliações seguintes os valores aproximaram-se do normal, porém, houve casos cujo efeito se estendeu durante todo o ano avaliado.

- Num estudo retrospectivo efectuado em Portugal com 36 casais após a interrupção da gravidez, verificou-se a frequência muito elevada de sintomas depressivos, como tristeza e choro, irritabilidade, ansiedade, culpa e sintomas físicos na quase totalidade dos sujeitos. Verificou-se também valores significativamente mais elevados nas mulheres, em comparação com os homens, no que diz respeito à duração e intensidade dos sintomas (Pinho & Carmona, 1996).

- Em 2003 num estudo publicado analisou-se o ajustamento pós-aborto entre as adolescentes e concluiu-se que: “À luz dos resultados obtidos, estes têm implicações importantes, pois eles evidenciaram que a interrupção voluntária da gravidez quando escolhida de livre vontade, não coloca qualquer ameaça à saúde e bem-estar psicológico das adolescentes “(Adler et al., 2003). Este estudo analisou as implicações para o aconselhamento sobre o aborto, porque as mulheres que abortam estão em risco de censura social e condenação moral por parte dos outros, podendo acabar por se encontrarem encurraladas entre o querer falar dos sentimentos sobre o aborto com outrém e temerem ser estigmatizadas, acaso a sua atitude se torne pública. A investigação actual sugere que enquanto o aborto for um estigma, o preço quer de expressar ou contar, quer de ocultar pode ser elevado (Major & Gramzow, 1999).

Concluindo, estes estudos evidenciam o facto de que o aborto em si só, não é indutor de distúrbios psicológicos graves, na mulher que o pratica. Esclarecidos estes aspectos importa agora clarificar o conceito de *coping*, ao qual dedicaremos o próximo capítulo.

2 - COPING

O interesse em identificar as componentes psicossociais implicadas na gestão do *stress* e a adopção de estratégias para fazer face à doença tem crescido exponencialmente nas últimas décadas. O melhor conhecimento do ser humano e seu processo de desenvolvimento tem favorecido o aparecimento de teorias explicativas da resposta humana a situações de crise vivenciais.

O *stress* é um conceito de difícil definição, com diferentes significados, quer porque é operacionalizado de diferentes modos por diferentes autores, quer porque o seu uso na linguagem comum fez com que perdesse um pouco o seu rigor.

Distinguem-se essencialmente duas perspectivas teóricas no estudo do *stress*. A perspectiva biológica, profundamente estudada por Seyle, que encara o *stress* como uma resposta biológica desenvolvida perante uma situação de crise, considerando-o como um fenómeno essencialmente fisiológico na procura da homeostasia (Seyle, 1987; Machado & Lima, 1998).

A perspectiva psicológica centra-se na interpretação individual dos acontecimentos de vida e na avaliação dos recursos para lidar com a situação (Machado & Lima, 1998). Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações stressantes, crónicas ou agudas, têm constituído um objecto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade; encontrando-se fortemente ligados ao estudo das diferenças individuais.

Naturalmente, pelas graves repercussões psicológicas envolvidas, a IVG constitui um agente de *stress* que requer a adopção de um leque variadíssimo de estratégias para lhe fazer face que se diferenciam bastante ao longo do percurso clínico. Necessariamente o esforço de adaptação à situação difere consoante a situação clínica vai evoluindo, desde a detecção da possibilidade de IVG até à sua efectiva realização.

Sendo o *stress*, de acordo com Lazarus e Folkman (1984) uma relação entre a pessoa e o ambiente, no qual certos elementos do ambiente surgem como ameaçadores ou colocando desafios que excedem os recursos pessoais a um nível que faz comprometer o seu bem-estar.

2.1 – Conceito de *Coping*

O *coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelo indivíduo para se adaptar a circunstâncias adversas. Este conceito poderá ser traduzido de um modo incompleto para Português como “enfrentamento” ou como “lidar com”⁷, no entanto, devido à falta de rigor conceptual preferimos o termo anglo-saxónico de *coping*. Aldwin (1994) define *coping* como o uso de estratégias para lidar com um problema, actual ou antecipado, e com as emoções negativas inerentes. O *coping* pode ser também definido como os esforços cognitivos e comportamentais para melhorar, reduzir ou tolerar exigências externas ou internas que são geradas por uma dada situação (Folkman, 1984).

LaChapelle et al. (2001) definem *coping* como um processo cíclico, em que o indivíduo avalia eventos stressantes, escolhe e implementa estratégias para lidar com esses eventos, reavalia os resultados e modifica as estratégias se necessário.

Lazarus (1991, p.112) define *coping* como “cognitive and behavioural efforts to manage specific external or internal demands (and conflicts between them) that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”⁸. Lazarus e Folkman (1984) consideram *coping* tudo o que fazemos e pensamos, num esforço para administrar o *stress* e as emoções a ele associadas. Consideram o *coping* fundamental para a nossa saúde e para as nossas experiências diárias. Regula as nossas emoções e a sua função mais importante é equilibrar essas emoções depois de activadas, assim como as situações perturbadoras que as despoletam.

Outra característica digna de nota no modelo é o facto de que o processo de *coping* não é igualado a um mecanismo automático ou inconsciente de adaptação, correspondendo antes a um processo deliberado, intencional e que exige esforço por parte do indivíduo. Logo o *coping* reflecte sobre o modo como cada pessoa lida com um determinado tipo de acontecimento.

De acordo com estes autores (1988), a relação entre emoções e *coping* em situações de *stress* é bidireccional, influenciando-se mutuamente. A avaliação da

⁷ www.babylon.com (tradução on line)

⁸ “aqueles esforços cognitivos e conductuais permanentemente cambiantes, que se desenvolvem para lidar com as exigências específicas internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo”

situação gera emoções. Esta avaliação e as emoções concomitantes influenciam o processo de *coping*, que por sua vez vai alterar a relação da pessoa com a situação. Vai haver uma reavaliação que conduz a alterações na qualidade e intensidade das emoções. Desta forma, o *coping* pode também ser considerado um mediador da resposta emocional (Figura 1).

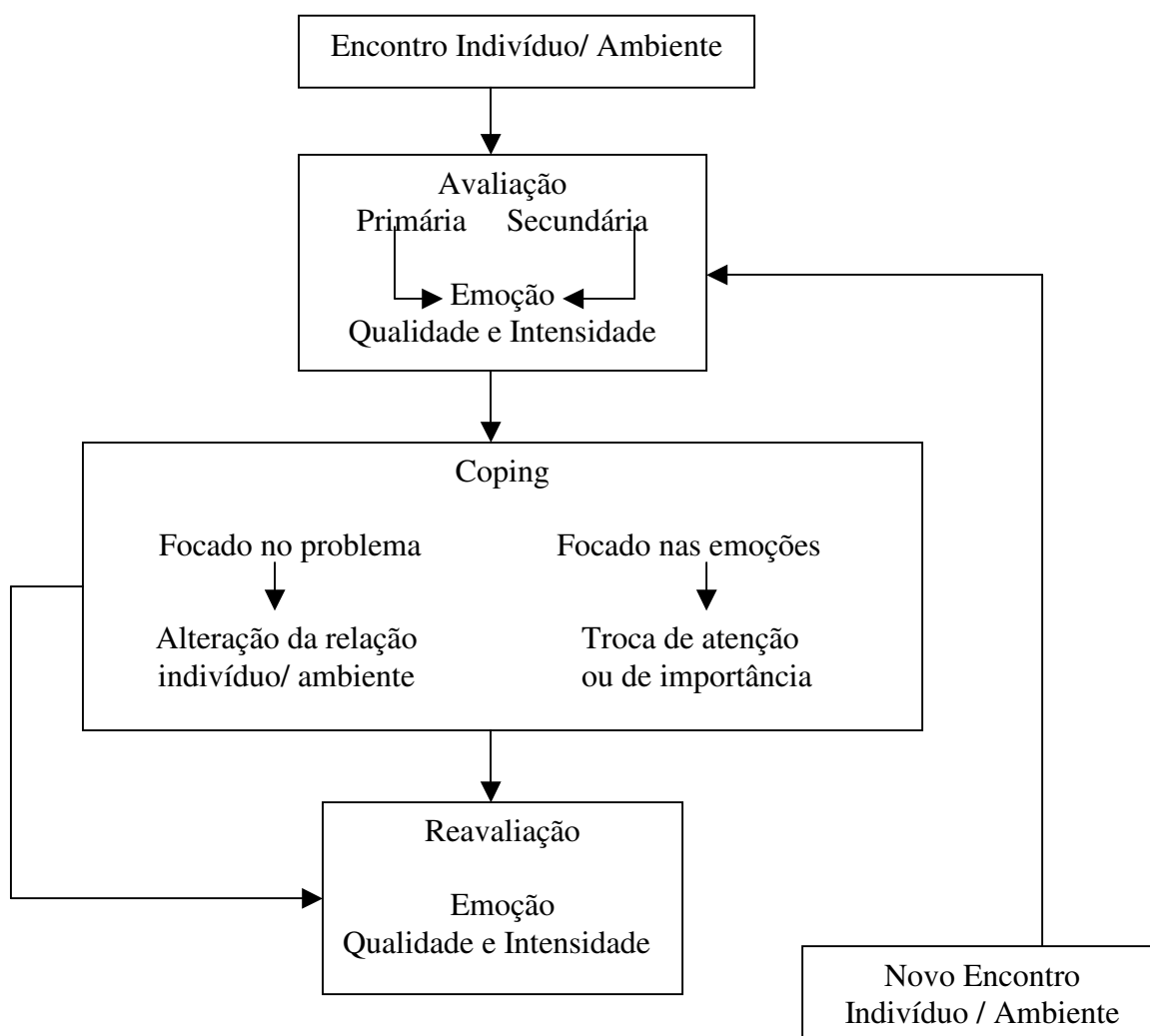


Figura 1 - *Coping* como mediador das emoções (adaptado de Lazarus & Folkman, 1988)

Numa perspectiva cognitivista, Folkman e Lazarus (1980) propõem um modelo que divide o *coping* em duas categorias funcionais: *coping* centrado no problema e *coping* centrado nas emoções. Esta construção baseou-se em análises factoriais que geraram dois factores principais utilizados pelos investigadores para definir os dois tipos de estratégias de *coping*. Assim sendo, foram identificadas duas

funções do *coping*, a saber: o *coping* que permite o controlo das emoções e o que permite a resolução do problema (Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* que permite o controlo das emoções é utilizado, geralmente, quando nada pode ser feito para alterar a ameaça ou o perigo. Logo, a alternativa é diminuir o desconforto emocional e o sofrimento, recorrendo-se à fuga, ao distanciamento do problema, à atenção selectiva e à desvalorização dos acontecimentos negativos. Tratam-se de estratégias que permitem a manutenção da esperança e do optimismo, assim como, possibilitam negar os factos e as implicações dos mesmos, para não reconhecer o pior, para agir como se nada tivesse acontecido.

As estratégias de *coping* que viabilizam a resolução dos problemas são utilizadas quando os acontecimentos são percebidos como passíveis de serem controlados pelo próprio. São estratégias que se centram na análise e definição do problema, criação de soluções, avaliação de custos e benefícios de cada uma das soluções e por fim, a escolha da melhor estratégia.

Esta definição implica que as estratégias de *coping* são acções deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas. Logo o *coping* refere-se a actividades orientadas para a adaptação, que exigem algum esforço, e não aquelas que se realizam automaticamente.

2.2 – Modelo transaccional de Lazarus e Folkman

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o *stress* psicológico é determinado pela avaliação que o indivíduo faz de uma interacção específica com o ambiente. A avaliação é determinada por factores individuais como os seus compromissos, a sua vulnerabilidade, as suas crenças e os seus recursos e por factores situacionais, como a natureza da ameaça e a sua eminência.

Neste modelo são considerados três aspectos essenciais: os antecedentes causais, os processos mediadores e os efeitos a curto e longo prazo.

Tabela 3 – Modelo Transaccional de Folkman e Lazarus

Modelo Transaccional		
Antecedentes Causais	Processos Mediadores	Efeitos a Curto e Longo Prazo
+ Variáveis Pessoais	+ Avaliação <ul style="list-style-type: none"> • Primária • Secundária 	+ Funcionamento Psicológico
+ Variáveis Situacionais	+ <i>Coping</i> <ul style="list-style-type: none"> • Centrado no Problema • Centrado nas Emoções 	+ Funcionamento Físico + Funcionamento Social

Nos antecedentes causais consideram-se as variáveis situacionais, porque as situações não são sempre iguais em termos de exigências, recursos e limitações. Já nas variáveis individuais podemos integrar a experiência única de vida, os valores e crenças.

Nos processos mediadores onde surge o conceito a avaliação, que é crucial, temos a avaliação primária onde o indivíduo avalia a forma como a situação o pode afectar, e à posteriori (avaliação secundária) avalia os recursos disponíveis para ultrapassar a situação.

A avaliação cognitiva medeia as reacções humanas e determina as emoções, ao prever as consequências que determinado acontecimento terá para o indivíduo. De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o significado do acontecimento para o indivíduo vai condicionar a sua resposta comportamental e emocional, visto que o processo de avaliação cognitiva avalia o significado, a importância para o seu bem estar. Esta avaliação é sempre realizada tendo em conta os antecedentes causais (variáveis pessoais e variáveis situacionais). Logo é de grande relevância, que além dos factores individuais se considere a componente situacional da relação indivíduo/ ambiente, pois o grau de *stress* é determinado pela conjugação de factores pessoais e situacionais (Folkman & Lazarus, 1984). Trata-se de um modelo transaccional porque a forma como o indivíduo vai ultrapassar a situação, numa próxima oportunidade vai funcionar como variável da situação, pois é já uma experiência, um conhecimento.

O modelo de Folkman e Lazarus (1980) envolve também quatro conceitos a ter em conta:

(a) *coping* é um processo ou uma interacção que se dá entre o indivíduo e o ambiente;

(b) sua função é de administração da situação de *stress*;

(c) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo;

(d) o processo de *coping* constitui-se numa mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as exigências internas ou externas que surgem da sua interacção com o ambiente (Figura 2).

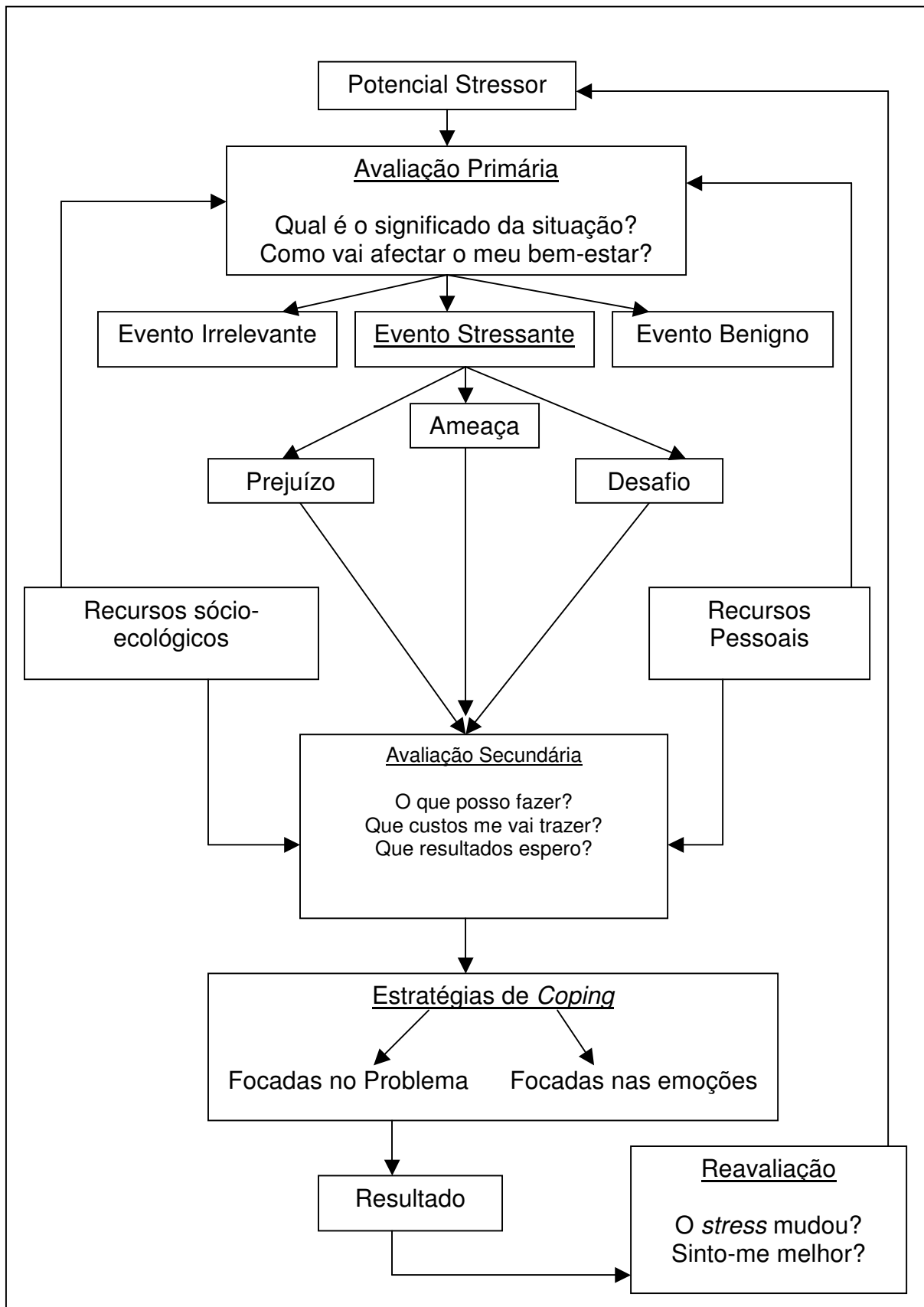


Figura 2 – Modelo Transaccional de Lazarus e Folkman (adaptado de Antoniazzi, Dell'Àglio & Bandeira, 1998)

Este modelo de *coping* tem sido referido como o mais compreensivo dos modelos existentes (Beresford, 1994); e o modelo mais frequentemente utilizado para conceptualizar o *coping* (LaChapelle et al, 2001).

Uma vez esclarecidos estes aspectos, importa esclarecer o que se denomina como «estratégias de *coping*».

2.3 – Estratégias de *coping*

As estratégias de *coping* têm sido vinculadas a factores situacionais. Folkman e Lazarus (1980) enfatizam o papel assumido pelas estratégias de *coping*, apontando que estas estratégias podem mudar de momento para momento, durante os estágios de uma situação stressante. Dada esta variabilidade nas reacções individuais, estes autores defendem a impossibilidade de se tentar prever respostas situacionais a partir do estilo típico de *coping* de uma pessoa.

Estes autores (Lazarus e Folkman, 1984) definem estratégias de *coping* como “*aqueles esforços cognitivos e comportamentais permanentemente em mudança, que se desenvolvem para lidar com as exigências específicas internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo*”, mas nem todos os processos adaptativos do indivíduo à situação são considerados mecanismos de *coping*. Para serem considerados *coping*, têm que implicar esforço.

Consideram também, *coping* tudo o que fazemos ou pensamos, num esforço para administrar o stress e as emoções a ele associadas.

O modelo de Lazarus e Folkman (1984) sugere ainda que isto é conseguido, basicamente, através de duas maneiras gerais ou estratégias de *coping*, pelas quais os indivíduos tentam se adaptar.

As estratégias de *coping* reflectem acções, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um stressor (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Segundo Folkman e Lazarus (1980), estas estratégias podem ser classificadas em dois tipos, dependendo de sua função.

As estratégias adoptadas pelo indivíduo vão reflectir-se no seu funcionamento psicológico, físico e social:

- ❖ **Estratégias centradas no problema** (activas). São estratégias que pretendem alterar a situação e estão associadas à avaliação da situação como um desafio.

- ❖ **Estratégias centradas nas emoções** (passivas). São estratégias que pretendem modificar a forma de vivenciar a situação que, sem a alterar objectivamente, diminui o grau do transtorno emocional. Estão associadas à avaliação da situação como uma ameaça.

As estratégias adoptadas pelo indivíduo vão reflectir-se no seu funcionamento psicológico, físico e social. O uso de estratégias de *coping* focadas no problema ou na emoção depende de uma avaliação da situação de *stress* na qual o sujeito encontra-se envolvido (Folkman & Lazarus, 1980).

As estratégias de *coping* não são em si mesmas adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes. A eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto. As estratégias de *coping* utilizadas têm que ir ao encontro dos valores, objectivos, convicções e estilos de *coping* do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Para Carver e Scheier (1994), estas duas categorias são facilmente percebidas, mas seus efeitos confundidos. O *coping* focado na emoção pode facilitar o *coping* focado no problema por remover a tensão e, similarmente, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo assim a tensão emocional.

Para Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), o *coping* é uma interacção entre o indivíduo e o ambiente, com o objectivo de administrar (reduzir, anular ou tolerar) uma situação que foi avaliada como stressante, implicando a mobilização de esforços cognitivos e comportamentais.

Assim sendo, um *coping* eficaz depende das relações entre as exigências da situação e os recursos do indivíduo e também dos processos de avaliação. A eficácia vai medir-se em função do grau de adequação às exigências internas e/ou externas da situação (Lazarus & Folkman, 1984). Para serem bem sucedidas as estratégias devem ser flexíveis e adaptadas às exigências do acontecimento, que podem alterar-se com o decorrer da situação (Lazarus, R. S., & Lazarus, B.N., 1984).

Lazarus e Folkman (1984) consideram a existência de estratégias activas dirigidas ao problema, tentando alterá-lo e estratégias passivas dirigidas à emoção, numa tentativa de regular a resposta emocional ao problema.

Existem mais probabilidades do indivíduo utilizar estratégias dirigidas ao problema quando avalia a situação como passível de ser alterada e estratégias dirigidas às emoções quando avalia como uma ameaça e sem possibilidades de a modificar.

Logo, muitas vezes não são os factos da situação, mas a forma como se avalia a situação que pode ser nociva para o indivíduo.

2.3.1- Avaliação cognitiva

A avaliação cognitiva medeia as reacções humanas e determina as emoções, ao prever as consequências que determinado acontecimento terá para no indivíduo.

A avaliação cognitiva e o *coping* são processos multifacetados, que podem funcionar inadequadamente por diversos motivos. O indivíduo pode experimentar emoções inapropriadas e iniciar um *coping* inadequado porque avaliou como ameaçadora uma situação que o não é, ou porque não avaliou como ameaçadora uma situação que na realidade o é. O problema pode também estar na avaliação secundária, se por exemplo não for realizada uma avaliação real e correcta dos recursos existentes (Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* reflecte sobre o modo como cada pessoa lida com um determinado tipo de acontecimento. Moos e Schaefer (1993) conceptualizaram um modelo que considera factores sociais e pessoais, mais estáveis, e factores situacionais, mais modificáveis, na caracterização do *coping*.

Como podemos observar na figura 3 sobre o modelo de Moos e Schaefer (1993), a avaliação realizada sobre um determinado acontecimento tem um papel central no processo adaptativo.

O sistema ambiental é composto pelos stressores em curso, como uma doença crónica ou uma morte de familiar, assim como pelo suporte social, por exemplo, o apoio dos familiares. O sistema pessoal inclui as características sócio demográficas e recursos pessoais, como a auto-confiança. Estes sistemas,

considerados relativamente estáveis, influenciam as transições e crises de vida que o sujeito enfrenta. Através da avaliação cognitiva e das respostas de *coping*, as crises de vida e transições vão influenciar a saúde e bem estar do indivíduo. As setas bidireccionais do modelo sugerem a possibilidade de feedbacks recíprocos.

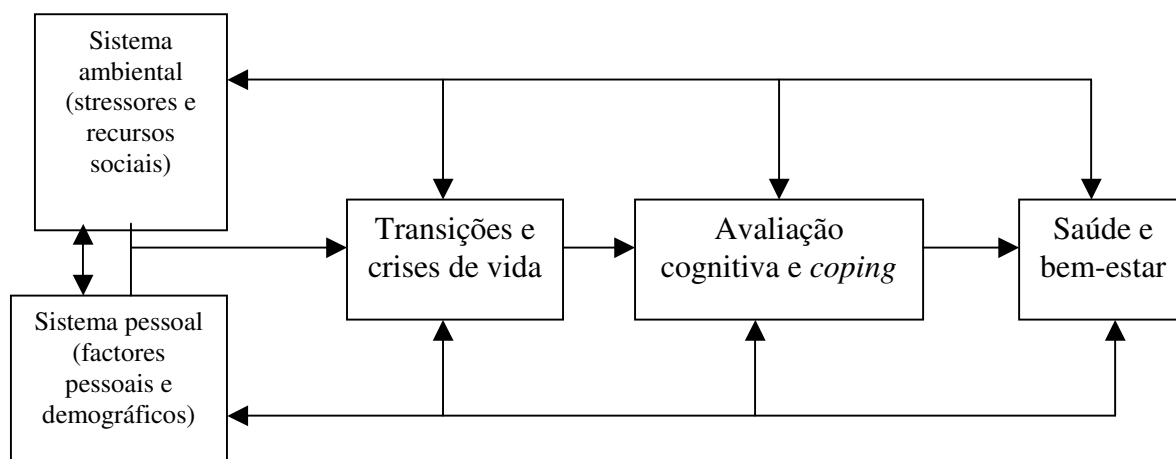


Figura 3 – Uma grelha conceptual geral para o processo de *coping* (adaptado de Moos & Schaefer, 1993)

Este conceito é definido como uma avaliação consciente sobre se a situação é benigna, ameaçadora, envolve danos e perdas ou constitui um desafio. Este aspecto é considerado de elevada relevância pelo conjunto de investigadores que se referem à perspectiva cognitiva do *coping*, também referida como perspectiva contextual (Aldwin, 1994; Susan Folkman, 1984; Holahan, Moos, & Shaefer, 1996; Moos, 1984). Poderemos dizer que estes autores consideram o modo como cada indivíduo avalia o problema, para depois perspectivarem o sujeito no que diz respeito às estratégias que vai aplicar para lidar com o problema.

2.4 – *Coping* de aproximação emocional

Alguns investigadores que estudaram o *stress* e o processo de *coping* tentaram identificar quais as estratégias de *coping* mais adaptativas em situações stressantes. Mas a conclusão geral a que chegaram é que as estratégias de *coping* focado nas emoções estão associadas a reacções disfuncionais.

Sendo também referido por Stanton, Danoff-Burg, Cameron e Ellis (1994), que o que predomina na literatura relativamente ao *stress* e *coping* é que o *coping* focado nas emoções é um processo maladaptativo. O *coping* focado nas emoções foi várias vezes conceptualizado como uma fraca alternativa ao *coping* focado no problema (Stanton et al., 1994).

Apesar de à data, sugerir-se que o *coping* focalizado nas emoções é ineficaz, existem várias razões para ficarmos cépticos com a pesquisa existente. O alcance das estratégias focadas nas emoções é diverso e inclui a) estratégias de evitamento como a negação e o distanciamento; e b) estratégias de aproximação como a reinterpretação positiva dos eventos e a procura de apoio social.

A abordagem do *stress* e do *coping* (Lazarus & Folkman, 1984) no estudo da regulação emocional contribuiu, visto que esta perspectiva enfatizou os processos de *coping* adaptativos e conscientes, focalizando-se mais nas variáveis situacionais que nas variáveis do indivíduo, contrariamente à concepção psicanalítica. Nesta linha teórica distinguiu-se o *coping* focado no problema (dirigido à resolução do problema) do *coping* focado na emoção (que procura diminuir a experiência emocional negativa).

Embora a tradição do *coping*, especificamente do *coping* focado na emoção, se possa confundir com as concepções contemporâneas da regulação emocional, podemos afirmar que *coping* e regulação emocional são conceitos distintos. A regulação emocional defende que tanto as emoções negativas como as positivas podem ser reguladas bem como o facto de tanto a expressão emocional como a experiência emocional serem alvo de regulação, contrariamente às teorias do *coping* que se focalizam apenas na expressão e na regulação das emoções negativas.

Logo, quando as distintas qualidades do *coping* focado nas emoções são agregadas, a associação entre o *coping* focado nas emoções e as reacções maladaptadas tornam-se duvidosas (Stanton et al., 1994). Muitos itens da escala do *coping* focado nas emoções, como por exemplo “ Sinto-me muito tenso” (Endler & Parker, 1990a) ou “ fico chateada e deixo as minhas emoções saírem” (Endler & Parker, 1990a), parecem confundir esforços de *coping* com “distress” (Stanton, Kirk, Cameron, & Danoff-Burg, 2000).

Porque a agregação de ambas estratégias de aproximação e evitamento no *coping* focado nas emoções, torna o termo “ focado nas emoções” ambíguo e

potencialmente mal interpretado, vamos focarmo-nos num particular assunto das estratégias focadas nas emoções, que vamo-nos referir como “*emotional approach coping*”.

Várias vezes, foi debatido que conter as nossas emoções é uma má adaptação à situação. Assim, o *emotional approach coping* (EAC – *coping* de aproximação emocional) beneficia aqueles que lidam com situações stressantes como por exemplo a dor crónica, infertilidade e cancro da mama.

O *coping* de aproximação emocional (processo activo e/ou expressão da emoção) é definido por Stanton et al. (1994) como a identificação activa, processamento e expressão das nossas emoções. Conceptualizando as emoções como meio de nos fornecer informações acerca do nosso estatuto (Clore et al., 1998), e também possibilitando a criação de diferentes perspectivas para a resolução do problema (Salovey, Bedell, Detweiler, & Mayer, 1999). As qualidades funcionais das emoções levaram a um item fundamental da pesquisa que consiste nas emoções poderem ser uma regra adaptativa no processo de *coping*.

Visões fundamentalistas acerca das emoções, estão presentes em várias áreas da psicologia, incluindo o desenvolvimento dos conceitos como competências emocionais (Saarni, 1990), construtos da personalidade como inteligência emocional (Salovey, Bedell, Detweiler & Mayer, 1999; Salovey & Mayer, 1990), etc. Estes teóricos aceitam que a capacidade de focarmo-nos nas nossas emoções e na dos outros é essencial para a saúde funcional intra e interpessoal.

Stanton et al (1994) referem que o *coping* focado nas emoções pode ter potencial adaptativo quando as estratégias de *coping* se referem a processos de identificação das próprias emoções, tentando denominá-las e percebê-las, e exprimindo-as adequadamente.

As descobertas de Stanton, Danoff-Burg, Sworowski, et al.(2002) são consistentes com a literatura, nas quais se demonstrou repetidamente que escrever acerca das experiências emocionalmente negativas pode melhorar a saúde física e as funções de adultos saudáveis.

Mas as funções adaptativas do processo e expressão emocional (EE), também receberam suporte empírico. Por mais de uma década, Pennebaker e outros estudaram os benefícios da escrita onde se exprime as emoções relativas a um evento stressante.

2.4.1 – Pennebaker e expressão emocional escrita

Pennebaker e o seu grupo tem investigado os efeitos de uma técnica relativamente simples de expressão emocional que consiste em pedir aos indivíduos para escreverem quinze a trinta minutos por dia, durante três a cinco dias consecutivos, acerca de uma situação perturbadora já revelada ou mantida em segredo, desde meados dos anos oitenta.

Em 1986, Pennebaker e Beall publicaram o primeiro estudo acerca dos efeitos da expressão emocional escrita na saúde física de estudantes universitários. Os resultados encontrados indicaram que os participantes que expressavam as suas emoções acerca de experiências traumáticas ou stressantes através da escrita, faziam menos visitas à enfermaria do campus universitário e relatavam menos queixas de saúde física comparativamente com os participantes que escreviam de forma objectiva acerca de como passavam o seu tempo.

Esta técnica laboratorial de expressão escrita envolve participantes distribuídos aleatoriamente por uma ou mais condições experimentais. Aos grupos experimentais de escrita é-lhes pedido para escreverem acerca de determinados tópicos durante três a cinco dias consecutivos, quinze a trinta minutos em cada dia.

Normalmente a escrita é feita em laboratório sem ser dada nenhum tipo de informação embora haja também a variante da escrita ser realizada em casa. Aos participantes na condição de controlo é-lhes pedido que escrevam acerca de tópicos superficiais (por exemplo, como passam o seu tempo, planos para a semana ou a descrição de objectos ou de peças de vestuário ou de calçado).

As instruções gerais para a expressão emocional escrita são aproximadamente estas:

«Para os próximos três ou quatro dias quero que escreva acerca da experiência mais traumática de toda a sua vida. Na sua escrita, quero que se deixe ir e que explore os seus pensamentos e emoções acerca dessa experiência. Pode ligar essa experiência à sua infância, à relação com os seus pais, aos seus relacionamentos mais próximos, ou à sua carreira. Pode ligar tudo isto ao que foi no passado, a quem quer ser no futuro ou ao que é no presente. Pode escrever acerca do mesmo acontecimento durante os vários dias ou acerca de diferentes experiências emocionais cada dia. O tema da sua escrita poderá ser um trauma

específico ou simplesmente conflitos ou stressores da sua vida. Idealmente, gostaria que escrevesse acerca de coisas que nunca falou em detalhe com os outros. O que quer que escolha para escrever, o mais importante é que explore as suas emoções e pensamentos mais profundos».

Pennebaker (1997) postula sobre as vantagens das mudanças nos padrões de pensamento em oposição a padrões estáticos aferidos pelo uso das mesmas formas linguísticas ao longo do tempo, a respeito de um estudo sobre o luto traumático: “Quando o indivíduo muda o modo como fala sobre o trauma, ele está provavelmente a ruminar menos e a evidenciar melhor saúde” (Pennebaker et al,1997) Na terapia cognitiva narrativa, a atenção, a discriminação e a activação das componentes internas de uma dada vivência permitem a desconstrução do episódio que, por sua vez, possibilitam a reconstrução intencional de narrativas.

Uma vez esclarecidos estes pontos, importa agora clarificar a noção de expressão emocional.

2.4.2. Expressão emocional e não expressão emocional

A expressão emocional é definida como os comportamentos observáveis verbais e não verbais que comunicam e/ou simbolizam experiência emocional. A expressão emocional pode assim ocorrer com ou sem autoconsciência, sendo em certa medida controlável e podendo envolver graus variados de intenção deliberada, segundo Kennedy-Moore & Watson (1999).

São apontadas quatro funções centrais da expressão emocional: a promoção da regulação da activação; a auto-compreensão; o desenvolvimento de competências de *coping* e o melhoramento das relações interpessoais.

Por sua vez, Garssen e Remie (2004) definem a não expressão de emoções negativas como o estilo de resposta ou tendência para inibir consciente ou inconscientemente a expressão de emoções negativas como a ansiedade, a raiva e a depressão, de forma a evitar que a imagem positiva de si mesmo e/ou do mundo seja ameaçada.

A pesquisa acerca da relação entre expressão emocional e saúde tem-se desenvolvido essencialmente em dois quadrantes, um primeiro em que se podem

incluir os estudos que analisam a relação entre não expressão emocional e saúde e um segundo quadrante, em que os estudos avaliam a eficácia das intervenções de expressão emocional com base no paradigma da escrita; o que iremos mostrar no sub-capítulo a seguir.

2.4.3. Expressão emocional em amostras clínicas

Numa revisão da literatura sobre expressão emocional Almeida (2006) apresentou os seguintes estudos:

Smyth (1998) na sua análise acerca da eficácia de intervenções de expressão emocional escrita com adultos saudáveis revelou benefícios significativos na saúde para os grupos experimentais, quando comparados com os grupos de controlo. A partir destes resultados encorajadores começaram a ser conduzidos estudos em inúmeras condições médicas das quais, artrite reumatóide, enxaquecas e cefaleias de tensão, fibromialgia, dor crónica pélvica, hipertensão e vários tipos de cancro, para testar a eficácia desta intervenção.

Kelley, Lumley, e Leisen (1997) realizaram o primeiro estudo de aplicação de uma intervenção de expressão emocional numa população clínica, com setenta e dois pacientes com artrite reumatóide. A tarefa do grupo experimental, consistia em falarem durante quinze minutos por dia para um gravador acerca de um acontecimento stressante, enquanto que o grupo controlo tinha uma tarefa semelhante, no entanto o tópico que abordava seria neutro (por exemplo, imagens de paisagens). Três meses após a intervenção verificou-se que os pacientes do grupo experimental relataram menor perturbação afectiva e um melhor funcionamento nas suas actividades diárias.

Outra condição médica em que se estudou o impacto deste tipo de intervenção foi na fibromialgia (Gillis, Lumley, Mosley-Williams, Leisen, & Roehrs, 2003) sendo pedido a setenta e duas mulheres com a doença para escreverem quatro dias acerca de experiências stressantes ou para escreverem acerca da gestão do seu tempo. Um mês depois da intervenção não foram encontradas melhorias: o grupo experimental experienciava pior humor e pior apoio social percebido do que o grupo controlo. Contudo, três meses depois da intervenção,

foram encontradas melhorias no impacto da doença geral, uma redução na utilização dos cuidados de saúde, uma diminuição na incapacidade física e uma melhoria na qualidade de sono.

Mais recentemente, foi avaliada a eficácia da EEE (Expressão Emocional Escrita) na fibromialgia (Broderick, Junghaenel, & Schwartz, 2005). Neste estudo, a amostra foi constituída por noventa e dois pacientes que foram divididos em três grupos: grupo controlo, grupo experimental e grupo de cuidados médicos de rotina. Os dois grupos de escrita escreviam três dias durante vinte minutos com intervalos de uma semana entre cada sessão; o grupo experimental escrevia acerca de um acontecimento traumático significativo e o grupo controlo escrevia detalhadamente acerca de actividades do dia a dia. Foram avaliados os índices de bem-estar psicológico, de dor e de fadiga. As avaliações foram efectuadas antes do tratamento, depois do tratamento e no *follow-up* de quatro meses. Os resultados encontrados evidenciaram, para o grupo experimental, no *follow-up*, reduções significativas na dor, na fadiga e uma melhoria no bem-estar psicológico. Contudo, essas melhorias não foram mantidas no *follow-up* de dez meses.

Norman, Lumley, Dooley, e Diamond (2004) implementaram uma intervenção de expressão emocional escrita em quarenta e oito mulheres com dor crónica pélvica que foram divididas pelo grupo de escrita e pelo grupo controlo. O grupo controlo escrevia acerca de acontecimentos positivos não relacionados com a dor e o grupo experimental acerca das consequências stressantes da dor pélvica. Foi demonstrado que as mulheres do grupo experimental evidenciavam melhorias significativas na dor quando comparadas com as da tarefa do grupo de controlo.

Outro estudo também relacionado com sintomas de dor, consistiu na aplicação de uma intervenção de EEE a um grupo de estudantes universitários com enxaquecas e cefaleias de tensão (D' Souza et al., 2003). Foram constituídos três grupos, um de intervenção escrita acerca de um trauma ou de um acontecimento stressante, outro de prática do relaxamento através de um gravador (em casa) e um grupo controlo de escrita acerca da gestão do tempo. Aos três meses de *follow-up* foram encontradas melhorias no grupo de EEE, nomeadamente uma diminuição da intensidade da dor e no uso de medicação, quando comparado com o grupo de relaxamento e o grupo controlo. Contudo, verificou-se também que o relaxamento era mais eficaz na diminuição da severidade das cefaleias de tensão, na frequência

e na incapacidade do que a EE ou o grupo de controlo, concluindo-se que a intervenção de EE não mostrou benefícios nestes pacientes.

Também a hipertensão constituiu alvo de estudo da eficácia da EE, partindo-se do pressuposto que esta técnica poderia reduzir a tensão arterial moderando a expressão de emoções negativas, particularmente da raiva. Crow, Pennebaker, e King (2001, cit. Por Davidson et al., 2002) dividiram cinquenta e dois participantes hipertensos em dois grupos, um grupo de controlo e um grupo de escrita acerca de acontecimentos traumáticos, sendo avaliados na linha de base e seis semanas depois da intervenção. Verificou-se que os pacientes do grupo experimental diminuíram em 3 mm/Hg tanto na pressão diastólica como na pressão sistólica, sendo significativa apenas a diferença na pressão diastólica.

No cancro, foram também investigados os resultados da aplicação do protocolo de EEE. No cancro da próstata, Rosenberg e o seu grupo (2002) investigaram trinta homens entre os 58 e os 81 anos com diagnóstico de carcinoma na próstata já tratado por cirurgia nos últimos quatro anos. Os participantes foram divididos nos grupos, experimental e controlo, ao grupo experimental foi pedido para escrever acerca da experiência de cancro e do seu tratamento, ao grupo controlo não havia a prescrição de qualquer tarefa. Os resultados mostraram que no grupo experimental houve uma diminuição nos sintomas físicos, uma diminuição da utilização dos cuidados de saúde primários e uma diminuição no uso da medicação. Contudo, não se verificaram melhorias nas variáveis psicológicas nem nas variáveis associadas à doença.

Outra investigação que também analisou pacientes com cancro da próstata e cancro ginecológico foi a de Zakowski, Ramati, Morton, e Johnson em 2004. Foram estudados cento e quatro pacientes, divididos por duas condições de escrita. Ao grupo de controlo era-lhe prescrito a tarefa de escrita das suas actividades diárias de forma não-emocional e ao grupo experimental, a tarefa de escrita acerca da sua experiência de lidar com a doença. Não foram encontrados quaisquer efeitos significativos na condição experimental.

Uma outra pesquisa acerca do efeito da intervenção de EE no cancro da mama foi realizada por Stanton e Danoff-Burg (2002) em que foram investigadas sessenta mulheres que terminaram o tratamento médico para o estágio I e II de cancro da mama. As mulheres deste estudo foram divididas em três condições, ou

escrever acerca dos aspectos positivos da sua experiência de cancro, ou escrever acerca dos acontecimentos mais traumáticos ou escrever acerca de factos da sua experiência com cancro. Aos três meses, o grupo EEE mostrou uma diminuição significativa nos sintomas físicos quando comparado com o grupo controlo. As mulheres no grupo EE e no grupo de escrita acerca dos aspectos positivos da doença, fizeram menos visitas médicas relacionadas com o cancro do que o grupo de controlo.

Deste conjunto de estudos acerca da aplicação do paradigma da escrita em condições clínicas, chegámos às seguintes conclusões: por um lado, encontramos melhorias na saúde física em várias condições, diminuição de dor e da sintomatologia física (na dor crónica pélvica, na enxaqueca, no cancro da mama e no cancro da próstata). Por outro lado, encontramos também alterações no funcionamento diário nomeadamente, um aumento no funcionamento das actividades diárias, na artrite reumatóide e uma diminuição na incapacidade e melhoria da qualidade do sono na fibromialgia. Outra dimensão da saúde física onde encontrámos diferenças foi na utilização dos cuidados de saúde primários, verificando uma diminuição na utilização dos cuidados médicos no cancro da mama, no cancro da próstata, na enxaqueca e na fibromialgia.

Quanto aos resultados na saúde psicológica encontrámos menos melhorias, apenas na fibromialgia constatámos um aumento do bem-estar psicológico e na artrite reumatóide uma diminuição da perturbação afectiva. Em três dos estudos atrás apresentados, no de cancro ginecológico e da próstata e no estudo das cefaleias de tensão, não foram encontradas quaisquer melhorias físicas.

Em suma, os dados dos estudos que aqui revimos parecem sugerir que há benefícios para a saúde física da expressão emocional e embora também haja alguns resultados positivos para a saúde psicológica, estes são mais incipientes. Assim sendo, estes resultados em diferentes problemas de saúde representam uma generalização importante às populações clínicas já que inicialmente estes estudos foram conduzidos apenas em populações saudáveis.

2.5 – Contribuições de estudos sobre *coping* na área da saúde

Em Portugal não tem sido realizado estudos nesta área do *coping* associado a mulheres que sofreram ou realizaram uma interrupção da gravidez, talvez porque até há dois anos (Julho de 2007) este acto era realizado muitas vezes clandestinamente por ser ilegal; a maioria das pesquisas desenvolvidas na área das estratégias de *coping* estão viradas para a doença oncológica e para a dor crónica; assim sendo vamos neste sub-capítulo mostrar um pouco dessa realidade, e por último na área em estudo.

2.5.1 - O *coping* e o cancro

Relativamente à doença oncológica, existem poucos estudos referentes às estratégias de *coping* usadas por mulheres com cancro ginecológico. Num estudo de Iturbe, Vasquez e Dominguez-Trejo (1995) onde entrevistaram 71 pacientes com cancro cervical do colo, das quais algumas foram tratadas através de cirurgia (52%), radioterapia (34%) e/ou quimioterapia (4%). Este estudo tinha como objectivo avaliar as respostas de ansiedade e estratégias de *coping* para lidar com a doença com recurso à entrevista clínica. Os resultados indicam que o estilo de *coping* utilizado com maior frequência é a negação (94,4%). Paralelamente, parecem ser empreendidos esforços (cognitivos e comportamentais) para tentar resolver o problema (90,1% e 88,2% dos sujeitos, respectivamente). Com valores muito próximos, segue-se o *coping* da racionalização religiosa (89,6%), procura de suporte social (88,2%), focagem no positivo (85,9%) e resignação (83,8%).

Conclui-se que as pacientes parecem utilizar estratégias de *coping* variadas para lidar com o cancro e não orientadas exclusivamente para uma dimensão. Logo face à doença, empreendem esforços cognitivos e comportamentais para tentar controlar o problema e as suas consequências emocionais, mas simultaneamente procuram o apoio das outras pessoas, resignam-se com a situação e evitam confrontar-se com o problema, fugindo um pouco à realidade.

Por sua vez, Zacharias et al. (1994) avaliaram 40 mulheres com cancro ginecológico, no qual avaliaram a relação entre qualidade de vida e estratégias de

coping. Trinta e quatro fizeram tratamento cirúrgico, 16 radioterapia e 12 quimioterapia, entre as quais seis encontravam-se em tratamento activo. Os resultados deste estudo indicaram que as pacientes utilizam respostas variadas para lidar com a doença. A reestruturação cognitiva é a estratégia de *coping* prevalente. Com um valor muito próximo segue-se a estratégia de minimização da ameaça, seguida de fantasia de satisfação do desejo. Auto-acusação e expressão e expressão emocional são as estratégias utilizadas com menor frequência.

Também o diagnóstico de cancro da mama e tratamentos que o acompanham constituem sem dúvida, acontecimentos capazes de afectar o bem-estar.

Watson et al. (1984) entrevistaram 24 doentes com cancro da mama, em estágio inicial, que foram submetidas a tratamento cirúrgico. Os autores avaliaram as respostas emocionais e estratégias de *coping* para lidar com o cancro, através da entrevista clínica e técnicas auto-administradas. O objectivo do estudo foi examinar a relação entre respostas de *coping* e de negação e o nível de perturbação experimentado, durante o período de hospitalização.

Os resultados deste trabalho indicam que as pacientes que negam o diagnóstico de cancro ou minimizam a gravidade da doença apresentam uma perturbação emocional significativamente menor do que aquelas que aceitam o diagnóstico de cancro e as suas implicações. Estes dados sugerem que a resposta de negação é uma estratégia de *coping* eficaz a curto prazo e que encorajar o confronto a aceitação da doença, durante este período, não favorece necessariamente o ajustamento ao cancro.

Heim, Augustiny, Schaffner e Valach (1993) seguiram 74 doentes com cancro da mama, durante um período de três a cinco anos; no qual todas foram tratadas cirurgicamente, 10% receberam radioterapia e 38% quimioterapia adjuvante. As pacientes foram entrevistadas em intervalos regulares e em diferentes situações clínicas; o objectivo deste estudo foi avaliar o tipo de estratégias de *coping* utilizadas para lidar com o cancro. O resultado obtido foi que as estratégias mais utilizadas, ao longo do tempo, incluem atenção e cuidados, aceitação, diversão através do pensamento e actividade e procura de resolução do problema; e que foram formas consistentes de *coping*, ao longo do tempo e situações.

Outros estudos (Pierce et al., 1996; Ptacek et al., 1994; Shapiro et al., 1997) analisaram a ligação entre as estratégias de *coping* e a qualidade de vida na doença

oncológica, e concluíram que a adopção de estratégias activas de confronto com a doença, o evitamento da situação e a procura do suporte social parecem estar associados a uma menor sintomatologia, melhor saúde mental, bem-estar e qualidade de vida.

2.5.2 - O coping e a dor crónica

Já no contexto da dor crónica, a adaptação à dor além de ser influenciada pela adopção de certas estratégias de *coping*, parece também contribuir na escolha das estratégias a adoptar.

Assim sendo, num estudo realizado por Mercado, Carroll, Cassidy e Côté (2005), concluíram que o uso de estratégias passivas para lidar com a dor, aumenta substancialmente o risco de incapacidade associado à dor, pelo que consideram que o estudo fornece grandes evidências de que as estratégias de *coping* passivas devem ser consideradas um importante factor de risco, no aparecimento de incapacidades relacionadas com a dor.

Também de acordo com Blyth et al.(2005), uma grande percentagem de pessoas que vive com dor faz a sua vida normal, pelo que a presença da dor por si só, não determina incapacidade. Num estudo que efectuaram, concluíram que o uso de estratégias de *coping* activas está associado a menor necessidade de ajuda nas actividades diárias e menos distúrbios de sono, enquanto o uso de estratégias de *coping* passivas está associado a uma maior incapacidade atribuída à dor.

O uso de estratégias focadas no problema estão associadas à avaliação da dor crónica como um desafio, enquanto que as estratégias focadas nas emoções estão associadas a avaliação da dor como uma ameaça; a uma baixa auto-estima e sensação de vulnerabilidade por parte do doente, com tendência para estados depressivos (Dysvik et al., 2005).

O relevante é que para qualquer que seja a situação de *stress*, o uso de estratégias de *coping* são sem dúvida fundamentais para o bem estar dos indivíduos; existindo mais probabilidades do indivíduo utilizar estratégias dirigidas ao problema quando avalia a situação como passível de ser alterada, e as

estratégias focadas nas emoções quando a avalia como uma ameaça e sem possibilidades de a modificar.

2.5.3 – O coping e a interrupção voluntária da gravidez

Tendo em conta a temática (IVG / estratégias de *coping*) desta dissertação apresentámos o estudo de Rocha (2004). Este tinha como um dos objectivos: verificar estratégias de *coping* mais eficazes na prevenção de dificuldades emocionais após interrupção médica de gravidez. Neste estudo utilizou uma amostra de 50 mulheres que tinham realizado IVG após um resultado de DPN desfavorável; aplicou o CRIA, *Coping Responses Inventory* (Moos, 1993) e concluiu que o *coping* de enfrentamento em comparação ao *coping* de evitamento obteve valores mais elevados, ou seja, nesta situação em específico as mulheres procuraram enfrentar activamente o problema mais do que negá-lo, esquecer-lo ou evitar as dificuldades. Também ficou claro neste estudo que o tipo de *coping* mobilizado é mais frequentemente de estilo cognitivo, em comparação com o estilo comportamental. Ou seja, as mulheres procuraram evocar estratégias cognitivas mais do que mobilizar comportamentos; sendo que as estratégias de *coping* mais pontuadas foram as de aceitação, de resignação, e de resolução de problemas, enquanto a procura de recompensas alternativas é a menos pontuada.

Os resultados de situações stressantes, como a interrupção da gravidez, também dependem dos recursos de *coping*, a existência de recursos tais como a educação, o emprego e o rendimento (salário), podem permitir a redução de sentimentos de angústia, sofrimento.

Russo et al (1992), num estudo que analisou a relação do aborto com o bem-estar da mulher no contexto de experiências de maternidade ao longo de oito anos utilizando uma amostra nacional de 5,295 mulheres americanas constatou que as mulheres que têm pouco acesso a recursos de *coping*, parecem apresentar maior risco de *stress* psicológico perante uma gravidez não desejada.

Cohen e Roth (1984) examinaram dois tipos de resposta perante uma situação de *stress*, nomeadamente o confronto e o evitamento. As mulheres que

optaram por enfrentar a situação, falavam da sua experiência, de forma mais aberta e pensavam em prevenir futuras IVG. Aquelas que optaram pelo evitamento, não falavam do sucedido, e evitavam lembrar-se da situação.

Adler et al (1990) constatou que as mulheres que tinham expectativas de lidar melhor com a situação, apresentavam menores índices de depressão e tiveram menos problemas físicos, depois da IVG, do que as que tinham expectativas negativas.

Além disso, estes estudos referem que mulheres que recorrem à negação, ficaram mais deprimidas do que aquelas que utilizavam estratégias de aproximação, tais como conversar e planejar futuras gravidezes.

Em suma, as estratégias de *coping* que a pessoa utiliza dependem não só das suas possibilidades e da forma como as avalia, mas também do que pretende alcançar no confronto com a situação (Lazarus, 1991). Mas o uso de estratégias de *coping* é sem dúvida fundamental para o bem estar físico e psicológico dos indivíduos perante situações de *stress*, sendo que estas não são em si mesmas adequadas ou inadequadas, eficientes ou ineficientes; a eficácia do *coping* deve-se sim ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto. As estratégias de *coping* utilizadas têm que ir ao encontro dos valores, objectivos, convicções e estilos de *coping* do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

II PARTE

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A metodologia deve ser entendida como um corpo de conhecimentos, onde se interligam, para além das técnicas de uma disciplina científica, elementos teóricos e epistemológicos subjacentes quer aquelas, quer à prática no seu conjunto de investigação de modo a traçar a lógica de aproximação à realidade (Azevedo & Azevedo, 2000).

Ao longo deste capítulo debruçamo-nos sobre as decisões metodológicas adoptadas na realização desta investigação.

3.1- Problema

Qualquer investigação inicia com a escolha de um domínio particular de interesse para uma questão de investigação que poderá ser estudada (Fortin, 1999).

Para Fortin, a investigação é um percurso que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos reais e “deve estar intimamente ligada à prática de cuidados, numa relação de reciprocidade”.

Tendo em conta os vários pressupostos e várias opções de pesquisas, a nossa decisão recai sobre um foco de atenção dos enfermeiros, ou seja, sobre uma “*área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional de enfermagem*” (ICN, 2000), delimitámos este foco de atenção às pessoas que são submetidas a uma IVG.

A argumentação de um problema serve para demonstrar a sua pertinência. Como nos diz Truscott citado por Fortin (Fortin, 1999) “...visa persuadir o leitor de que o problema é verdadeiro, real ou provável”.

O objectivo de um estudo é “enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão” (Fortin, 1999), indicando o que o investigador tem intenção de fazer no percurso da investigação.

Assim, e no contexto desta pesquisa, definimos como objectivos:

- Identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres submetidas a uma IVG.

- Conhecer as repercussões em mulheres submetidas a uma IVG no processamento e expressão das emoções.

3.2. Questões de investigação

As questões de investigação, são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação (Talbot, 1995). Segundo Fortin (1999), *a questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar. As variáveis que serão trabalhadas são aqui especificadas, assim como as relações que possam existir entre elas. Estas variáveis resultam directamente do objectivo que se pretende alcançar com o processo de investigação, e especificam os aspectos a estudar. A forma de as apresentar determina os métodos que irão ser utilizados para obter uma resposta.*

Uma questão de investigação, é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar, com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo, claro, não equívoco, que precisa os conceitos chave, especifica a natureza da população em estudo e sugere uma investigação empírica.

Assim, para dar continuidade ao trabalho, definimos as seguintes questões:

- (1) Que estratégias de *coping* serão mais frequentemente utilizadas pelas mulheres submetidas a IVG?
- (2) Será que ter um maior nível de escolaridade e mais idade permite às mulheres utilizarem estratégias de *coping*, focalizadas para o problema?
- (3) Será que ter um menor nível de escolaridade e menos idade permite às mulheres utilizarem estratégias de *coping*, focalizadas para as emoções?
- (4) Será que as mulheres submetidas a IVG processam e exprimem as suas emoções?

3.3- Desenho do estudo

“O desenho de investigação é o plano lógico e elaborado e interpretado pelo investigador, para obter resposta às questões de investigação “ (Fortin ,1999), e nesta investigação optámos por um estudo descritivo, quantitativo e correlacional.

Estudo descritivo, porque se vai “tentar explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever relações” (Fortin, 1999); correlacional porque além da descrição de fenómenos estudados se vão estabelecer relações entre as variáveis através de coeficientes de correlação, sem no entanto se estabelecer significado de casualidade entre as relações encontradas (Almeida & Freire, 2003) e quantitativo porque se vão colher e quantificar os dados de uma forma sistematizada, tal com forem apresentados pelos doentes, sem qualquer controlo do investigador.

3.4. População/amostra

“Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” Fortin, 1999).

A caracterização da população alvo é feita pelo investigador, que estabelece critérios de selecção para o estudo, precisa a amostra e determina o seu tamanho.

A população alvo é aquela para a qual, serão generalizados os resultados de uma investigação obtidos a partir de uma amostra, ou seja, uma população particular que é submetida a um estudo. Segundo Fortin *“a escolha dos participantes faz-se por meio de critérios de selecção que asseguram uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar”*. A população alvo em estudo, no trabalho, será todas as mulheres submetidas a IVG na Maternidade Júlio Dinis.

A amostra é constituída pelas mulheres submetidas a IVG na Maternidade Júlio Dinis no período de 1 de Janeiro de 2007 a de 31 de Dezembro de 2007; que participa no estudo (Consentimento Informado). Trata-se de uma amostra não probabilística cuja amostragem é acidental porque “é formada por sujeitos que são

facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, num momento preciso” (Fortin, 1999).

Os critérios de inclusão na amostra são:

- Mulheres submetidas a interrupção voluntária da gravidez na Maternidade Júlio Dinis;
- Mulheres que efectuaram a interrupção voluntária da gravidez no ano de 2007.

Atendendo ao seguinte critério de exclusão:

- Mulheres submetidas a interrupção voluntária da gravidez com base no Artigo 142,número 1, alínea e) do Código Penal.

Quando se procedeu à colheita de dados a população alvo eram de 32 mulheres, de acordo com os critérios de inclusão.

3.5 – Respeito pela ética

Qualquer investigação com pessoas levanta questões de ordem moral e ética, desde que se determina o problema até à conclusão do estudo.

“ A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano .“ (Fortin, 1999).

Neste estudo foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participaram no estudo. Após a autorização formal do Conselho de Administração da Maternidade Júlio Dinis, e depois de obtida a autorização da Comissão de Ética para a recolha de dados (Anexo I, p.113), foi estabelecido contacto via telefónica com as utentes, de modo a dar a conhecer os contornos da investigação, e convidá-las, a participar no estudo.

Neste primeiro contacto foram explicados: os objectivos; clarificado o carácter voluntário da participação no estudo, respeitando a decisão dos sujeitos em participar ou não no estudo (sem qualquer tipo de implicação); as vantagens da

participação a nível da obtenção de conhecimentos; o carácter confidencial dos dados fornecidos; a possibilidade de acesso aos resultados e o nome e contacto do investigador.

“Os direitos da pessoa que devem ser absolutamente protegidos nos protocolos de investigação envolvendo seres humanos são os direitos à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, o direito a um tratamento justo e equitativo”. (Fortin, 1999).

A ética profissional foi também respeitada, tendo sido obtida autorização dos autores dos questionários para a sua aplicação: Professor Doutor Pais Ribeiro (Anexo II, p.115) e Professora Doutora Annette Stanton (Anexo III, p.117).

3.6 – Instrumentos de recolha de dados

No caso particular do trabalho desenvolvido, os instrumentos de recolha de dados utilizados foram um questionário sócio-demográfico para contextualizarmos a nossa amostra, um questionário relativo a estratégias de *coping* e um questionário sobre *coping* emocional com o objectivo de responder às questões de investigação.

Sendo a IVG uma experiência individual e subjectiva, foram utilizados instrumentos de auto-resposta, pois como referem Meyer-Rosberg e colaboradores (2001) só um instrumento de auto-resposta permite que o doente responda livremente sobre a sua experiência individual.

“Questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos” (Fortin, 1999); e neste estudo, pretendo obter dados de forma sistematizada e organizada, de forma a compreender da forma mais completa possível, o problema em estudo.

Assim sendo, optei por seleccionar como método de colheita de dados um questionário sócio – demográfico e clínico, associado com o Questionário de Estratégias de *Coping* (*Ways of Coping Questionnaire*, de Lazarus & Folkman, 1988) adaptado e validado por Ribeiro e Santos (2001) ; e o questionário *Coping Through*

Emotional Approach – CTEA de Stanton e colaboradores (2000) em processo de adaptação e validação para a população portuguesa .

3.6.1 – *Questionário sócio-demográfico e clínico*

O questionário apresenta questões fechadas referentes aos dados sócio - demográficos e clínicos, cujo objectivo principal é proceder à caracterização da amostra.

Na sua constituição constam os seguintes itens : nome, idade, habilitações literárias, estado civil, actividade laboral, história obstétrica (número de gestações, número de filhos, número de IVG, ano da última gravidez, ano da última IVG, tempo gestacional, método anticoncepcional, etc.), etc. (Anexo IV ,p.119).

3.6.2 - *Questionário de Estratégias de Coping*

O Questionário de Estratégias de *Coping* (*Ways of Coping Questionnaire* de Lazarus & Folkman,1988) foi adaptado e validado por Ribeiro e Santos (2001).

É um instrumento de medida que pretende investigar acerca dos componentes e dos determinantes do modo como os indivíduos lidam/reagem com os acontecimentos; ou seja, identificar pensamentos e acções que os indivíduos recorrem para lidar com acontecimentos stressantes específicos.

Este questionário é composto por oito dimensões: *Coping* Confrontativo (6 itens); *Coping* de Auto-Controlo (7 itens); Procura de Suporte Social (6 itens); Assumir a Responsabilidade (3 itens na versão portuguesa); Resolução Planeada do Problema (6 itens); Distanciamento (5 itens na versão portuguesa);Fuga - Evitamento (7 itens na versão portuguesa) e Reavaliação Positiva (7 itens); podendo estas ser agrupadas no *coping* focado nas emoções e no *coping* focado no problema Anexo V ,p.122).

As dimensões de *Coping* Confrontativo e Resolução Planeada do Problema pertencem ao *Coping* Focado no Problema, por sua vez a dimensão Procura de Suporte Social pertence tanto ao *Coping* Focado nas Emoções, como ao *coping*

focado no problema; as restantes ao *coping* focado nas emoções. Este instrumento é identificado com a teoria transaccional de *coping* desenvolvida por Lazarus (1966).

Os indivíduos respondem a cada item numa escala de *Likert* de 4 pontos, indicando com que frequência usam cada estratégia, que vai desde: 0 - Nunca usei; 1- Usei de alguma forma; 2 -Usei algumas vezes a 3 - Usei muitas vezes.

Somando a pontuação dos itens correspondentes à respectiva sub-escala, vemos em que estratégia é que a utente pontua mais.

Tabela 4 – Dimensões e estratégias do Questionário de Estratégias de *Coping*

Dimensão	Estratégias	Itens
<i>Coping</i> focado no problema	<i>Coping</i> Confrontativo	2, 3, 11, 19, 24, 35
<i>Coping</i> focado nas emoções	Distanciamento	8, 10, 14, 30, 33
<i>Coping</i> focado nas emoções	<i>Coping</i> de Auto-Controlo	6, 9, 25, 32, 42, 47, 48
<i>Coping</i> focado no problema e <i>Coping</i> focado nas emoções	Procura de Suporte Social	4, 12, 15, 22, 31, 34
<i>Coping</i> focado nas emoções	Assumir a Responsabilidade	5, 17, 20, 40
<i>Coping</i> focado nas emoções	Fuga- Evitamento	7, 23, 29, 36, 39, 44, 45
<i>Coping</i> focado no problema	Resolução Planeada do Problema	1, 18, 28, 37, 38, 41
<i>Coping</i> focado nas emoções	Reavaliação Positiva	13, 16, 21, 26, 27, 43, 46

Tabela 5- Descrição das estratégias do Questionário de Estratégias de *Coping* Fonte: Folkman & Lazarus (1988)

Estratégias	Descrição
<i>Coping</i> Confrontativo	Descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco.
Distanciamento	Descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação
<i>Coping</i> de Auto-Controlo	Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções.
Procura de Suporte Social	Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional.
Assumir a Responsabilidade	Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas.
Fuga- Evitamento	Descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta escala, contrastam com os da escala de «distanciamento», que sugerem desprendimento.
Resolução Planeada do Problema	Descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema.
Reavaliação Positiva	Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa

Pretendemos identificar assim dois tipos de estratégias utilizadas no confronto com situações problema: as estratégias focadas na emoção/passivas e as estratégias focadas no problema/ activas.

3.6.3 – *Coping Through Emotional Approach (CTEA)*

O questionário sobre *coping* emocional (*Coping Through Emotional Approach* – CTEA de Stanton, Lirk, Cameron & Danoff-Burg, 2000), em processo de adaptação e validação para a população portuguesa.

Este questionário avalia a dimensão do coping de aproximação emocional, sendo constituído por duas sub-escalas, uma de processamento emocional com quatro itens e outra de expressão emocional também com quatro itens. E depois inclui sete dimensões do questionário COPE (Carver et al., 1989), cada qual com um item, sendo estes os que tiveram valores de consistência interna maiores ($p < .001$), que são: Procura de apoio social (emocional e instrumental), *Coping* focado no problema, Evitamento, *Coping* emocional, Utilização de álcool e drogas, Humor e Religião (Stanton et al., 2000) (Anexo VI ,p.125).

Os indivíduos respondem a cada item numa escala de *Likert* de 4 pontos, indicando com que frequência fazem cada estratégia, desde 1 - Não faço isso de todo, 2 - Geralmente não faço isso, 3 - Faço isso ; a 4 - Faço isso muitas vezes.

Tabela 6 – Sub-Escalas do CTEA

Sub-Escalas	Itens
Processamento emocional	1, 2, 3, 4
Expressão emocional	5, 6, 7, 8
<i>Coping</i> emocional	9
Procura de apoio social	10
<i>Coping</i> Focado no Problema	11
Utilização de álcool ou drogas	12
Evitamento	13
Humor	14
Religião	15

Tabela 7 – Descrição das Sub-Escalas do CTEA

Sub-Escalas	Descrição
Processamento emocional	Descreve as tentativas para explorar os significados de forma a perceber as próprias emoções
Expressão emocional	Descreve a aceitação das relações intra e interpessoal.

3.7 – Aplicação dos instrumentos de recolha de dados

Antes de se proceder à recolha de dados, o investigador fez uma descrição do estudo, explicando os objectivos e a informação que desejava obter. Foi garantida a confidencialidade dos dados, o anonimato e o respeito pela sua privacidade; não ocorrendo partilha de informação; e as utentes que participaram no estudo assinaram o documento de Consentimento Informado (Anexo VII, p.127).

As utentes foram posteriormente contactadas pessoalmente pelo investigador ou via correio (conforme opção), através do qual se procedeu à aplicação dos questionários, estando o investigador disponível para qualquer esclarecimento.

A todos os questionários foi atribuída uma correspondência numérica, para que os dados não fossem passíveis de identificação aquando do tratamento estatístico.

4 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Segundo Fortin “a análise dos dados permite, portanto guiar o investigador na sua amostragem [...] e dá-lhe pistas sobre o que lhe resta descobrir sobre o fenómeno em estudo durante o processo de colheita de dados” (Fortin,1999).

Com a análise organizam-se e resumem-se os dados de forma a obtermos respostas ao problema a que nos propusemos investigar. Com o objectivo de definirmos as estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres submetidas a IVG, faremos neste capítulo a apresentação e análise dos resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita.

4.1- Fidelidade dos questionários utilizados

Para avaliar a fidelidade dos questionários, foi calculado o índice de consistência interna Alpha de Cronbach para cada um dos questionários utilizados. O coeficiente de Alpha de Cronbach varia entre 0 e 1, e que quanto mais próximo de 1 for o valor de Alpha, maior será a consistência interna do instrumento de medida. Segundo Ribeiro (1999), uma boa consistência interna deve exceder um alpha de 0,80; no entanto, valores superiores a 0,60 consideram-se aceitáveis, essencialmente quando as escalas têm um número de itens muito baixo.

4.1.1- Questionário de Estratégias de Coping

Tabela 8 – Alpha de Cronbach para o Questionário de Estratégias de Coping

Total e Sub-Escalas	Itens	Alpha Cronbach
Total Questionário	Todos	0,71
<i>Coping</i> Confrontativo	2, 3, 11, 19, 24, 35	0,45
Distanciamento	8, 10, 14, 30, 33	0,54
<i>Coping</i> de Auto-Controlo	6, 9, 25, 32, 42, 47, 48	0,23
Procura de Suporte Social	4, 12, 15, 22, 31, 34	0,13
Assumir a Responsabilidade	5, 17, 20, 40	0,50
Fuga- Evitamento	7, 23, 29, 36, 39, 44, 45	0,39
Resolução Planeada do Problema	1, 18, 28, 37, 38, 41	0,58
Reavaliação Positiva	13, 16, 21, 26, 27, 43, 46	0,45

De acordo com a tabela anterior, verifica-se que, o Questionário de Estratégias de Coping, no seu total, sugere um valor de *Alpha de Cronbach*, satisfatório (0,709); embora, idealmente, o valor deveria ser superior a 0,80. Todavia, a registar baixos valores, nas sub-escalas; em especial, as sub-escalas de Coping de Auto-controlo e a de Procura de Suporte Social.

A distribuição do Alpha de Cronbach da amostra por item no Questionário das Estratégias de Coping pode ser consultada no anexo VIII (p.129).

4.1.2 - Coping Through Emotional Approach

Tabela 9 – Alpha de Cronbach para o CTEA

Total Sub-Escalas	Itens	Alpha Cronbach	Alpha Cronbach versão portuguesa (Ponte, 2009) ⁹
	Todos	0,29	0,72
Processamento emocional	1, 2, 3, 4	0,61	0,54
Expressão emocional	5, 6, 7, 8	-0,05	0,83
<i>Coping</i> emocional	9	-	-
Procura de apoio social	10	-	-
<i>Coping</i> Focado no Problema	11	-	-
Utilização de álcool ou drogas	12	-	-
Evitamento	13	-	-
Humor	14	-	-
Religião	15	-	-

No que se refere ao CTEA, quer no seu total, quer nas respectivas sub-escalas, verifica-se um valor de *Alpha de Cronbach*, fraco.

Com os restantes itens (9,10,11,12,13,14,15), não podemos realizar análise factorial, pois cada item avalia uma dimensão, e também não podemos calcular alfas.

4.2 – Análise descritiva - Caracterização da amostra

A caracterização da amostra foi efectuada através da análise descritiva das variáveis recolhidas de acordo com o protocolo de avaliação, tendo como base na sua análise as medidas de tendência central (Média, Frequências) e as medidas de dispersão (Desvio Padrão).

⁹ Estes dados foram cedidos por Ponte, Sousa, Rocha e Almeida (2009) que estão a realizar o estudo de validação desta escala para a versão portuguesa; tendo como amostra estudantes universitários.

4.2.1 Caracterização Sócio-demográfica

A nossa amostra final, é constituída por 15 participantes que haviam interrompido a gravidez após um resultado de DPN desfavorável ou por patologia materna, representando 46,9% da população total.

Segundo relatório da Direcção Geral de Saúde (Calado, 2002), no ano de 2001, 349 mulheres efectuaram IVG, pelo que a amostra deste estudo refere-se a cerca de 4,3% do total das interrupções efectuadas num ano em Portugal.

A idade varia entre o mínimo de 21 anos e o máximo de 42 anos , com uma idade média de 31 anos (DP=6,76); tendo como número de filhos, em média 1,2 filhos (DP=1,08), conforme se demonstra na tabela seguinte.

Tabela 10 - Caracterização da amostra por idade e número de filhos

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	15	21	42	31	6,76
Número de filhos	15	0	3	1,20	1,08

Quanto ao número de filhos, a maior percentagem das participantes tem 1 filho, (46,7%), com 3 filhos temos 20% das participantes, com 2 filhos 6,7% e sem filhos 26,7%, conforme se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 11 - Caracterização da amostra quanto ao número de filhos

Número de Filhos	Frequência	Percentagem
0	4	26,7
1	7	46,7
2	1	6,7
3	3	20,0
Total	15	100,0

Tabela 12 - Distribuição da amostra em função das variáveis sócio-demográficas gerais

	n	(%)
1. Nacionalidade		
(a) Portuguesa	14	93,3
(b) Outra	1	6,7
2. Estado Civil		
(a) Casada	6	40,0
(b) Divorciada	0	0,0
(c) Solteira	4	26,7
(d) Viúva	0	0,0
(e) União de facto	5	33,3
4. Habilitações Literárias		
(a) 2.º Ciclo	2	13,3
(b) 3.º Ciclo	3	20
(c) Ensino Secundário	6	40
(d) Ensino Superior	4	26,7
5. Situação Laboral		
(a) Empregada	7	46,7
(b) Desempregada	6	40,0
(c) Licença de maternidade	2	13,3
Total (N)	15 sujeitos	

De acordo com a tabela anterior, verifica-se que, a maioria das participantes, 93,3% são de nacionalidade portuguesa; que relativamente ao estado civil a maioria das utentes são casadas, 40%; ou estão em união de facto, 33,3%.

Em termos da situação laboral, a maioria encontra-se empregada, 60%; sendo que uma parte, 13,3% estão a usufruir da licença de maternidade. Como se pode observar o nível de escolaridade da amostra é elevado; 40% possuem o 12^a ano de escolaridade e 26,7% completaram o ensino superior.

4.2.2 Caracterização Clínica

Quanto à caracterização clínica da amostra, observa-se na tabela 13, que as causas que levaram à realização da IVG foram na maioria alterações morfológicas

53,4%. O procedimento realizado com maior frequência foi na sua maioria medicamentoso, 80%; tendo que 20% das participantes realizar um procedimento cirúrgico associado ao medicamentoso.

Verifica-se que 66,7% das participantes desejava e planeou a gravidez e 33,3% não planeou nem desejava a gravidez.. Relativamente ao método contraceptivo as participantes recorriam antes da gravidez, essencialmente, ao método contraceptivo hormonal, 40%; embora, 40% não tenha recorrido a qualquer um dos métodos.

A maioria das mulheres, 60% recorreu à consulta de planeamento familiar, e 40% não o fez; sendo que os principais locais para a realização da consulta foram o Centro de Saúde e o Hospital com a mesma percentagem, 26,7%; embora, uma significativa parte não tenha recorrido a qualquer consulta, 40%.

Quanto à caracterização da amostra relativamente ao recurso a apoio psicológico, verifica-se que 73,3% frequentaram consultas de psicologia após a IVG, com uma média de 2,47 consultas (mín. 0, máx. 10); de referir que o acompanhamento psicológico mais prolongado (6 e 10 consultas) ocorreu motivado por uma nova gravidez.

Relativamente à utilização de ansiolíticos e antidepressivos, só 13,3% apenas é que o fazem; sendo esta também a percentagem de utentes a considerar que ainda precisam de apoio psicológico/psiquiátrico, enquanto 86,7% considera que já não precisa de apoio psicológico/psiquiátrico.

Tabela 13 - Distribuição da amostra em função das variáveis associadas à gravidez e à IVG

	N	(%)
1. Causa da IVG		
(a) Alterações morfológicas	7	46,7
(b) Alterações morfológicas – Espinha bífida	1	6,7
(c) Alterações cromossomicas	1	6,7
(d) Alterações cromossomicas – Trissomia 21	2	13,3
(e) Patologia materna	2	13,3
(f) Patologia materna – Depressão	2	13,3
2. Gravidez desejada		
(a) Sim	10	66,7
(b) Não	5	33,3

3. Gravidez planeada		
(a) Sim	10	66,7
(b) Não	5	33,3
4. Procedimento efectuado na IVG		
(a) Medicamentoso	12	80,0
(b) Medicamentoso / cirúrgico	3	20,0
5. Método contraceptivo		
(a) Implante	2	13,3
(b) Hormonal	6	40,0
(c) Outro	1	6,7
(d) Nenhum	6	40,0
6. Consulta de planeamento familiar		
(a) Sim	9	60,0
(b) Não	6	40,0
7. Local onde realizou a consulta		
(a) Centro de saúde	4	26,7
(b) Hospital	4	26,7
(c) Sistema privado	1	6,6
(b) Nenhum local	6	40,0
8. Se tem patologias		
(a) Sim	6	40,0
(b) Não	9	60,0
9. Consultas de psicologia		
(a) Sim	11	73,3
(b) Não	4	26,7
10. Toma ansiolíticos ou antidepressivos		
(a) Sim	2	13,3
(b) Não	13	86,7
11. Precisa de apoio psicológico		
(a) Sim	2	13,3
(b) Não	13	86,7
Total (N)		15 sujeitos

Em termos de gestação, as participantes encontravam-se em média nas 15,60 (min. 7; máx. 24) semanas de gestação, como se pode ver na tabela seguinte; sendo que o tempo gestacional aquando da realização da IVG foi de 26,7% no primeiro trimestre de gravidez , e de 73,3% no segundo trimestre.

tabela 14 - Caracterização da amostra por semanas de gestação

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média
Semanas de gestação	15	7	24	15,60

4.3 - Pontuações obtidas nos questionários

Com vista a caracterizar o recurso a estratégias de *coping* das participantes, recorreu-se à estatística descritiva relativa ao total do Questionário de Estratégias de *Coping* (2001) e do Questionário sobre Coping de aproximação emocional (CTEA, 2000), bem como das respectivas sub-escalas, cujos resultados se apresentam a seguir.

4.3.1- Questionário de Estratégias de Coping

Analisando as pontuações obtidas neste questionário, podemos caracterizar a amostra relativamente às estratégias de *coping* seleccionadas.

Tabela 15 – Distribuição média da amostra por dimensões do questionário de estratégias de *coping*

	N	Mínimo	Máximo	M (DP)
Questionário Estratégias <i>Coping</i> (0-144)	15	39	87	65,86 (12,21)
<i>Coping</i> Confrontativo (0-18)	15	4	13	7,13 (2,87)
Distanciamento (0-15)	15	0	9	5,53 (2,77)
<i>Coping</i> de Auto-controlo (0-21)	15	7	17	11,40.(2,92)
Procura de Suporte Social (0-18)	15	4	12	8,26 (2,52)
Assumir a Responsabilidade (0-12)	15	3	12	7,00 (2,64)
Fuga e Evitamento (0-21)	15	0	12	6,80 (3,40)
Resolução Planeada do Problema (0-18)	15	4	14	8,20 (2,95)
Reavaliação Positiva (0-21)	15	3	17	11,53 (3,37)

Como se pode verificar na tabela anterior; apenas duas estratégias revelaram um maior recurso por parte das participantes: (1) *Coping* de Auto-controlo ($M=11,40$) e (2) Reavaliação Positiva ($M=11,53$). As demais escalas apresentam valores mais

baixos; com especial referência à estratégia Fuga e Evitamento, a revelar o valor mais baixo ($M=6,8$).

As médias obtidas pela amostra por item do Questionário das Estratégias de *Coping* pode ser consultada no anexo IX (p.133).

4.3.2 - *Coping Through Emotional Approach*

Através da análise da tabela seguinte, verifica-se que a amostra apresenta uma média, ligeiramente acima do ponto de corte ($M=38,53$), para o recurso ao *coping* de aproximação emocional (>30).

Assim sendo, verifica-se que, quanto ao recurso às estratégias de *coping*, as médias obtidas mostram-nos que o Processamento Emocional ($M=12,40$) e a estratégia Religião ($M=2,93$), revelaram-se como as dimensões do *coping* a que as participantes mais recorrem. Por sua vez, as dimensões Utilização de drogas e álcool ($M=1,06$), Evitamento ($M=1,73$) e Humor ($M=1,40$), são as estratégias de menor utilização.

Tabela 16 – Distribuição média da amostra nas sub-escalas do CTEA

	N	Mínimo	Máximo	M (DP)
Total do CTEA (15-60)	15	32	45	38,53 (3,79)
Processamento Emocional (4-16)	15	9	15	12,40 (2,09)
Expressão Emocional (4-16)	15	8	13	10,80 (1,65)
<i>Coping</i> Emocional (1-4)	15	1	4	2,73 (,96)
Procura de Apoio Emocional (1-4)	15	1	4	2,86 (,91)
<i>Coping</i> focado no Problema (1-4)	15	1	4	2,60 (,91)
Utilização de Drogas ou Álcool (1-4)	15	1	2	1,06 (,25)
Evitamento (1-4)	15	1	4	1,73 (1,03)
Humor (1-4)	15	1	2	1,40 (,50)
Religião (1-4)	15	1	4	2,93 (1,16)

As médias obtidas pela amostra por item do CTEA pode ser consultada no anexo X (p.136).

4.4 –Comparação das Estratégias de *Coping*, quanto à idade e escolaridade

Para além do estudo descritivo, optou-se por investigar possíveis diferenças, entre as variáveis em estudo, de acordo com os objectivos.

4.4.1 –Comparação Estratégias de *Coping* quanto à idade

Para pesquisar possíveis diferenças entre as mais novas e as mais velhas, efectuou-se uma divisão da amostra em dois grupos pela mediana da idade.

Tabela 17 – Divisão da amostra por mediana da idade

Idade		
N	Válido	15
	Missing	0
Média		31
Mediana		29
Desvio Padrão		6,76
Mínimo		21
Máximo		42

Designou-se o grupo 1 com idades compreendidas entre os 21 e os 29 anos (N = 8) por grupo mais novo e o grupo 2 com idades compreendidas entre os 30 e os 42 anos (N = 7), por grupo mais velho.

Como se pode verificar na tabela seguinte, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$) entre os 2 grupos quanto às várias estratégias de *coping* utilizadas.

Tabela 18 – Distribuição das estratégias de *Coping* relacionadas com os grupos etários

Dimensões	χ^2	df	Significância
Coping Confrontativo	7,50	7	,38
Distanciamento	8,17	8	,42
Coping de Auto-controlo	10,31	9	,33
Procura de Suporte Social	6,30	8	,61
Assumir a Responsabilidade	5,63	8	,69
Fuga e Evitamento	9,64	6	,14
Reavaliação Positiva	6,30	9	,71
Resolução Planeada do Problema	5,63	7	,58

O teste Qui-Quadrado encontra-se no anexo XI (p.138)

4.4.2 - Comparação das Estratégias de *Coping* quanto à escolaridade

Procedeu-se a uma divisão da amostra por habilitações literárias, para se pesquisarem eventuais diferenças entre o grupo do ensino obrigatório (1^a ciclo + 2^o ciclo + 3^o ciclo) e o grupo com ensino secundário / superior.

Através da tabela seguinte verifica-se também que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto às estratégias de *coping* a que as participantes recorrem relativamente à variável habilitações literárias ($p > 0,05$).

Tabela 19 – Distribuição das estratégias de *Coping* relacionadas com os grupos segundo as habilitações literárias

Dimensões	χ^2	df	Significância
Coping Confrontativo	9,60	7	,21
Distanciamento	9,15	8	,33
Coping de Auto-controlo	9,75	9	,37
Procura de Suporte Social	9,38	8	,31
Assumir a Responsabilidade	12,00	8	,15
Fuga e Evitamento	2,25	6	,90
Reavaliação Positiva	15,00	9	,09
Resolução Planeada do Problema	6,75	7	,46

O teste Qui-Quadrado encontra-se no anexo XII (p.142).

4.5 – Análise de Correlações

Decidimos realizar uma análise das relações entre as variáveis do estudo, optando-se pelo Ró de Spearman, tendo em conta que a amostra é inferior a 20 (N=15), apesar de apresentar uma distribuição normal através da análise dos resultados do *Kolmogorov-Sirminov* ($p>.05$).

O coeficiente de correlação Ró de Spearman varia entre -1 e 1 .

Desta forma, observaram-se as seguintes correlações significativas:

- Reavaliação Positiva – Assumir a Responsabilidade = $0,517$. ($p=0,049$). Isto significa que existe uma correlação positiva moderada entre estas variáveis e que essa correlação é significativa em termos estatísticos;
- Coping focado no Problema – Fuga e Evitamento = $0,564$ ($p=0,029$). Isto significa que existe uma correlação positiva moderada entre estas variáveis e que essa correlação é significativa em termos estatísticos;
- Procura de Apoio Emocional – Expressão Emocional = $0,696$ ($p=0,004$). Isto significa que existe uma correlação positiva forte entre estas variáveis e que essa correlação é significativa em termos estatísticos;
- Coping Focado no Problema – Utilização de Drogas ou Álcool = $0,518$. ($p=0,518$). Isto significa que existe uma correlação positiva moderada entre estas variáveis e que essa correlação é significativa em termos estatísticos;
- Processamento Emocional – Religião = $0,689$. ($p=0,005$). Isto significa que existe uma correlação positiva forte entre estas variáveis e que essa correlação é significativa em termos estatísticos.

Todas as outras correlações não são significativas em termos estatísticos (Anexo XIII,p.146).

5 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este estudo foi realizado numa amostra da população submetida a uma interrupção voluntária da gravidez, na Maternidade Júlio Dinis durante o ano de 2007.

Tinha como objectivos fazer a caracterização demográfica e clínica da amostra, avaliar quais as estratégias de *coping* que a amostra mais utiliza para lidar com esta situação e identificar as repercussões no processamento e expressão das emoções (*Coping* de aproximação emocional).

Esta amostra é constituída por 15 participantes, do sexo feminino, representando 46,9% da população total. É uma amostra maioritariamente de nacionalidade portuguesa (93,3%), com uma média de idade de 31 anos; estando a maior parte casadas (40%) ou em união de facto (33,3%), tendo 73,3% da amostra filhos. Se reflectirmos no que Russo e Zierk (1992) constataram, ou seja, no estudo que realizaram eles depararam que na maioria das mulheres a IVG não funciona como meio de evitar a maternidade, pois duas em cada três mulheres já tinha filhos, existindo desta forma uma correlação positiva entre abortar e ter filhos.

Relativamente às habilitações literárias, é uma amostra com um nível elevado de escolaridade tendo em conta que 40% possuem o 12º ano de escolaridade e 26,7% possuem ensino superior. Em termos da situação laboral, 60% encontra-se com actividade laboral regular, estando 13,3% a usufruir de licença de maternidade.

Sobre a causa da interrupção da gravidez o principal motivo foram as alterações morfológicas (53,4%) o que também se constatou num estudo realizado em 2003 na Holanda por Geerinck-Vercammen e Kanhai, no qual estes verificaram que 56% das IVG foram por alterações morfológicas.

As participantes encontravam-se em média nas 15,60 semanas de gestação e o principal procedimento efectuado na IVG foi o medicamentoso (80%). Estas mulheres referiram estar a ter uma gravidez desejada (66,7%) e planeada (66,7%).

Uma significativa parte da amostra foi acompanhada em consultas de psicologia (73,3%), com uma média de 2,47 consultas; embora sem recurso a tratamento psicofarmacológico (86,7%); mas 13,3% referem necessitar de apoio psicológico. Major (2000), num estudo sobre as respostas psicológicas depois de uma Interrupção Voluntária da Gravidez no primeiro trimestre, deparou que a maioria

das mulheres não experiênciam qualquer problema psicológico ou arrependimento dois anos após o aborto.

Em relação às estratégias de *coping*, verifica-se que o *Coping* de Auto-controlo é a estratégia mais utilizada pela amostra, seguida da Reavaliação Positiva; sendo que a estratégia de Fuga e Evitamento é a que a amostra menos utiliza.

O uso primordial do *Coping* de Auto-controlo poderá de alguma forma justificar-se com o tipo de amostra, por ser feminina. Muitas das participantes referiam que tinham que tentar controlar as suas emoções perante o marido e filhos (família), tendo em conta a opção tomada; de forma a tentar superar a situação vivenciada.

Quanto à Reavaliação Positiva refere-se aos esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal, estando também inerente uma dimensão religiosa. O que se vivencia na prática clínica, visto que após a tomada da decisão muitas utentes tentam justificar a sua opção com base na sensação de “alívio” associada ao receio de ter um bebé malformado e/ ou doente.

Se considerarmos que as estratégias de *coping* devem ser consideradas no contexto das relações do indivíduo com a sociedade como referem Lazarus e Folkman (1984), então talvez o facto das participantes terem que prosseguir com a sua vida familiar e social após a interrupção da gravidez; seja em parte uma justificação para a utilização do *Coping* de Auto-controlo e a Reavaliação Positiva por parte desta amostra.

A Fuga e Evitamento é a estratégia menos utilizada pela amostra, o que significa que estas participantes não realizam muitas acções para desviar/ evitar o seu foco de atenção da situação vivenciada.

Muitas destas utentes querem ultrapassar a situação mas não a querem esquecer nem evitar; pois como referem “um filho nunca se esquece”; logo como Lazarus (1991) refere, as estratégias de *coping* que a pessoa utiliza dependem não só das suas possibilidades e da forma como as avalia, mas também do que pretende alcançar no confronto com a situação.

Assim sendo, podemos dizer que estas mulheres optaram pelo *coping* focado nas emoções mas enfrentando a situação e não evitando-a; o que Cohen e Roth (1984) também constataram no seu estudo, visto que as mulheres que optaram por enfrentar a situação, falavam da sua experiência, de forma mais aberta e pensavam

em prevenir futuras IVG, enquanto as que optaram pelo evitamento, não falavam do sucedido, e evitavam lembrar-se da situação; já Bracken (1978) no seu estudo descobriu que a força da relação que serve de suporte à mulher é importante, para determinar a sua reacção psicológica à IVG; e a maioria das mulheres do nosso estudo tinham uma relação conjugal.

Relativamente ao *coping* de aproximação emocional, a sub-escala mais utilizada é o Processamento emocional; seguida da estratégia de *coping* religião. Enquanto que as estratégias menos utilizadas nesta escala são: a utilização de drogas e álcool, o evitamento e o humor.

O Processamento emocional tem como objectivo descrever as tentativas para explorar os significados de forma a perceber as próprias emoções, e a estratégia de *coping* religião é por sua vez utilizada como procura de suporte, como veículo de reinterpretação positiva e de crescimento pessoal (Carver et al, 1989). Logo, se tivermos em conta o que Stanton et al (1994) referem relativamente ao *coping* focado nas emoções, este pode ter potencial adaptativo quando as estratégias de *coping* se referem a processos de identificação das próprias emoções, tentando denominá-las e percebê-las, e exprimindo-as adequadamente. Assim sendo, podemos considerar que as utentes processam as suas emoções de forma a reinterpretar a situação vivenciada de forma positiva.

Já a utilização de drogas e álcool, o evitamento e o humor são estratégias às quais as utentes menos recorrem, porque como foi referido anteriormente as participantes não querem evitar nem esquecer a situação, mas sim ultrapassá-la processando as suas emoções e efectuando uma reinterpretação positiva da situação.

Assim sendo se, por um lado, enfrentar o problema é positivo para prevenir perturbação emocional (ansiedade e depressão), por outro, as estratégias que considerem a gestão cognitiva do processo são particularmente influentes no ultrapassar da situação.

Relativamente à variável habilitações literárias, constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estas e as estratégias de *coping* a que as participantes recorrem ($p > 0,05$), bem como não existem relações

estatisticamente significativas ($p > .05$) entre a idade e as diversas dimensões das estratégias de *coping*.

Podemos dizer que as estratégias de *coping* que a pessoa utiliza dependem não só das suas possibilidades e da forma como as avalia, mas também do que pretende alcançar no confronto com a situação (Lazarus, 1991).

Relativamente às correlações (Coeficiente Ró de Sperman) existentes entre os dois questionários, verificou-se, que o *Coping* focado no Problema se relaciona em sentido positivo com a utilização de drogas e álcool (CTEA) e com a estratégia Fuga e Evitamento; como Pinho e Carmona (1996) assinalaram no seu estudo, que o sentimento de culpa proporcionava o enveredar por situações de risco (como o álcool). Estando o acto de descarregar passivamente as emoções correlacionado positivamente com a perturbação (alta frequência de sintomas depressivos), tal foi também reportado por Lasker (2000).

Já entre a estratégia de *Coping* Assumir a Responsabilidade e a Reavaliação Positiva; existe uma relação de sentido positiva, ou seja, evoluem da mesma forma; isto talvez por serem estratégias que permitem a manutenção da esperança e do optimismo, assim como, possibilitam negar os factos e as implicações dos mesmos, de forma a agir como se nada tivesse acontecido (Lazarus & Folkman, 1984).

Entre o Processamento Emocional e a Religião; e entre a Procura de Apoio Emocional e a Expressão Emocional existe uma correlação positiva entre estas. A necessidade de integração emocional e eficaz, revelada pelo *coping* de descarga emocional e seu efeito potenciador de perturbação, sugere a necessidade de estratégias específicas. A comunicação das emoções de modo verbal é contributivo para a construção de significado e de sentido é uma das possibilidades (Greenberg, 2004; Machado, Beutler, & Greenberg, 1999).

Analisando a globalidade dos resultados, verificámos que esta amostra feminina, com alto nível literário, cuja média de idade é de 31 anos, tendo 60% uma actividade laboral; procura mais intensamente enfrentar as dificuldades do que evitá-las, usando mais estratégias focadas nas emoções do que no problema; sendo as estratégias mais utilizadas o *Coping* de Auto-Controlo seguido da Reavaliação Positiva e a menos aplicada é a estratégia Fuga e Evitamento. Relativamente ao

coping de aproximação emocional, as participantes efectuam mais o processamento emocional do que a expressão das emoções; tendo como a estratégia de *coping* mais utilizada a Religião.

Os resultados são consistentes com o estudo de Rocha (2004); nesse estudo a amostra foi de 50 mulheres que tinham realizado IVG após um resultado de DPN desfavorável; aplicou-se o CRIA, *Coping Responses Inventory* (Moos, 1993) e obteve-se que o *coping* de enfrentamento em comparação ao *coping* de evitamento obteve valores mais elevados; ou seja, o tipo de coping mais mobilizado foi o cognitivo (focado nas emoções), estando em oposto o comportamental (focado no problema).

Perante estes dados, podemos afirmar que as mulheres que realizaram uma IVG no ano de 2007 na Maternidade Júlio Dinis processam as suas emoções tendo dificuldade na sua expressão, apesar de utilizarem essencialmente estratégias de *coping* focadas nas emoções (passivas) para lidar com esta situação.

CONCLUSÃO

Como factor de valorização deste estudo considero o facto de abordar o *coping* e o *coping* de aproximação emocional no contexto da interrupção voluntária da gravidez, pois como foi referido a maioria dos estudos existentes nesta área avaliam o *coping* relacionando-o com a dor e com o cancro.

Os resultados desta investigação indicam que as pacientes utilizam estratégias de *coping* focadas nas emoções para lidar com a situação, empreendem esforços cognitivos para tentar controlar o problema e as suas consequências emocionais, sendo as estratégias mais utilizadas o *Coping* de Auto-Controlo e a Reavaliação Positiva no Questionário de estratégias de *coping* e no CTEA são o Processamento Emocional e a estratégia Religião.

Não existindo diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis habilitações literárias e as estratégias de *coping* a que as participantes recorrem ($p > 0,05$), bem como entre a idade e as diversas dimensões das estratégias de *coping*; isto podemos justificar pelo número da amostra, ter um N inferior a 20 participantes (N=15).

Apesar desta condição, estes resultados permitem-nos responder às questões de investigação colocadas inicialmente, e outros resultados imergiram deste trabalho, que vale a pena referir.

Salientámos a existência de uma relação positiva entre a utilização da estratégia *coping* de Auto-Controlo e o estratégia Assumir Responsabilidades, o que evidencia que as participantes aplicam estratégias focadas nas emoções.

Por sua vez, as estratégias menos utilizadas pelas participantes obtidas em ambos os questionários foram Fuga e Evitamento, Evitamento, Utilização de Drogas e Álcool e Humor, o que indica que por muito que a situação vivenciada seja de difícil resolução as participantes preferem enfrentá-la do que evitá-la.

Assim sendo, as mulheres que interrompem uma gravidez optam por estratégias de *coping* passivas, e processam as suas emoções para ultrapassar essa situação, sendo uma das suas preocupações sem dúvida o controlar da situação, sem fugir ou evitar o vivenciado.

Como em qualquer trabalho de investigação foram sentidas algumas dificuldades e limitações, pelo que ficou muito para explorar.

O *coping* como processo dinâmico que é, que se vai alterando à medida que se altera a relação do indivíduo com a situação foi só avaliado num momento único; mas se tivesse havido um segundo momento de avaliação que devido ao limite tempo se tornou inviável, este estudo poderia ser enriquecido, visto que com esta experiência surgem novas realidades com que estas mulheres têm que lidar, tendo por isso que adoptar diferentes estratégias de *coping* para as confrontar.

Foram sentidas algumas dificuldades na pesquisa, principalmente por causa da escassez de trabalhos retratando o domínio quer individualmente, quer em simultâneo do *coping* e do *Coping* de aproximação emocional no contexto da IVG.

O limite temporal academicamente imposto condicionou a selecção da amostra, limitando a segurança na inferência e generalização dos resultados; bem como o tempo que demorou a autorização da Comissão de Ética (5 meses)...

Embora os resultados deste estudo não possam ser extrapolados às mulheres submetidas a uma interrupção voluntária de gravidez em geral, nem permitam estabelecer relações de casualidade, vêm pelo menos reafirmar a importância do *coping* e do *Coping* de aproximação emocional na vivência desta situação, estando as estratégias de *coping* focadas nas emoções associadas ao melhor processamento e expressão das emoções.

Assim sendo, devemos ter em atenção estas duas variáveis (*coping* e *coping* de aproximação emocional), na abordagem e relação com estas mulheres, pois podemos condicionar a forma como elas ultrapassam esta situação.

Apesar das dificuldades e limitações considero que foram atingidos os objectivos deste trabalho, ficando a esperança e o desejo de contribuir para um promissor e longo percurso de estudo e de investigação, abrindo caminho a futuras investigações nesta área, pois quanto mais soubermos e quanta mais informação tivermos mais poderemos efectuar para apoiar estas mulheres no confronto com esta situação.

Seria interessante dar continuidade a este trabalho, realizando um estudo longitudinal, no qual fosse delineadas e implantadas técnicas de intervenções de expressão emocional, para num segundo momento de avaliação se pesquisar eventuais alterações nas estratégias de *coping* adoptadas, avaliando também quais

os ganhos no *coping* de aproximação emocional destas mulheres (na base da expressão emocional).

Podiam eventualmente obter-se informações úteis para o acompanhamento e cuidados a prestar as estas mulheres.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, N., & Tschann, J. M. (1993). The abortion debate: Psychological issues for adult women and adolescents. *In S. M. Matteo & et al. (Eds.), American women in the nineties: Today's critical issues.* (pp. 193-212). Boston, MA, USA: Northeastern University Press.
- Aldwin, C. (1994). *Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective.* New York: The Guilford Press.
- Almeida, V. (2006). *Somatização e expressão emocional – um estudo nos cuidados de saúde primários.* Tese de doutoramento – Psicologia Clínica. Universidade do Minho – Instituto de Educação e de Psicologia.
- Almeida, I., S., Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e Educação.* Braga. Psiquilíbrios.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* (2), 3, 273-294.
- Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W. (1997) – *Bioética.* Lisboa: Editorial Verbo.
- Austenfeld, J. & Stanton, A. (2004). *Coping* through emotional approach: a new look at emotion, *coping*, and health-related outcomes. *Journal of Personality*, 72, 1335-1363.
- Austenfeld, J., Stanton, A., & Paolo, A.M. (2006). Effects of writing about emotions versus goals on psychological and physical health among third-year medical students. *Journal of personality*, 74(1), 267-286.
- Azevedo, C. A., Azevedo, A. G. (2000). *Metodologia Científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos.* 5ª Edição. Porto.
- Band, E.B., Weisz, J.R. (1988). How to feel better when it feels bad: children's perspectives on *coping* with everyday stress. *Developmental psychology*, 24, 247-253.
- Bardin, L. (1988). *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70.
- Benute, G. R., Nomura, R.M., Lucia, M.C., Zugaib, M. (2006). Interrupção da gravidez após o diagnóstico da malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia/obstetrícia*, 28 (1), 10-17.
- Beresford, B. A (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of child psychology and psychiatry*, 35, 171-209.

- Billings A. G., & Moos, R. H. (1984). *Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Blyth, F., March, L., Nicholas, M., Cousins, M. (2005). Self –management of chronic pain: a population-based study. *Pain*, 113, 285-292.
- Brace, N.; Kemp, R. & Snelgar, R. (2003). *SPSS for Psychologists*. New York: Palgrave Macmillan.
- Brebner, J. (2001). Personality and stress coping. *Personality and individual differences*, 31, 317-327.
- Brennan, F., Cousins, M.J. (2005). El alivio del dolor como un derecho humano. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 17-23.
- Brien, J., & Fairbairn, I. (1996). *Pregnancy & abortion counselling*. Londres: Routledge.
- Broderick, J., Junghaenel, D., & Schwartz, J. (2005). Written emotional expression produces health benefits in fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, 67, 326- 334.
- Carvalho, G. (2002). *Enfermagem em obstetrícia*. São Paulo: E.P.U.
- Carver, C. S. (2006). Approach, avoidance, and the self-regulation of affect and action. *Motiv Emot*, 30, 105-110.
- Carver, C.S. (2005). Emotion theory is about more than affect and cognition: taking triggers and actions into account. *Behavioral and brain sciences*, 28 (2), 198-199.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, Vol. 56, Nº 2, 267-283.
- Castedo, S. (2003). Rastreo pré-natal de defeitos abertos do tubo neural e síndrome de down
- Cavero, L. (2003). *Tratado de ginecología, obstetricia e medicina de la reproducción*. Sociedad Espanola de Ginecologia y Obstetricia. Editora Medica Panamericana.

- Chóliz, M. (1994). El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional-afectiva. *Ansiedad y Estrés*, 0, 77-88.
- Clore, G. L., Wyer, R. S., Dienes, B., Gasper, K., Gohm, C., & Isbell, L. (1998). Affective feelings as feedback: Some cognitive consequences. In L. L. Martin, & G. L. Clore (Eds.), *Mood and social cognition* (pp. 1–25). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, L. & Roth, S. (1984). *Coping with abortion*. *Journal of human stress*, 10 (3), 140-145.
- Coleman, P., Reardon, D., Strahan, T. & Cogle, J. (2005). The psychology of abortion: a review and suggestions for future research. *Psychology and Health*, April, 20(2), 237-271.
- Compas, B.E. (1987). *Coping with stress during childhood and adolescence*. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Coniam, S.W. & Diamond, A. W. (2001). *Controlo da Dor*. 2ª Edição. Climepsi Editores
- Costa, E. S., Leal, I. P. (2006). Estratégias de *Coping* em estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*, 2 (XXIV), 189-199.
- Coyne, J. C., & Racioppo, M. W. (2000). Closing the gap between *coping* research and clinical intervention research. *The American Psychologist*, 55, 655–664.
- D'Souza, P., Lumley, M., Kraft, C., Dooley, J., Roberson, T., & Stanislawski (2003). Emotional disclosure and relaxation training for migraine and tension headaches: A randomized trial. *Abstract published in Psychosomatic Medicine*, 65, A-6.
- Davidson, K., Schwartz, A., Sheffield, D., McCord, R., Lepore, S., & Gerin, W. (2002). Expressive writing and blood pressure. In J. Lepore & J. Smyth (Eds.), *The Writing Cure, How Expressive Writing Promotes Health and Emotional Well-Being* (pp. 17-30). Washington: APA.
- Durán, C., Rius, C., Wulff, J. (2003). *Abordage psicossocial del dolor crónico*. In Catalã, E. & Aliaga, L. Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Dysvik, E., Natvig, G., Eikland, O., Linstrom, T. (2005). *Coping with chronic pain*. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 297-305.

-
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990a). *CISS: Coping Inventory for Stressful Situations Manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
 - Faure, S., Loxton, H. (2003). Anxiety, depression and self-efficacy levels of women undergoing first trimester abortion. *South African Journal of Psychology*, 33(1), 28-38
 - Folkman, S. (1984). Personal control and *stress and coping* processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
 - Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of *coping* in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
 - Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). *Coping* as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*. Vol.53, nº 3, 466-475
 - Folkman, S., Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and *coping* during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
 - Folkman, S., Lazarus, R.L., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, *coping*, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50, 992-1003.
 - Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of *coping*. *American Psychologist*, Vol. 55, Nº.6, 647-654.
 - Fortin, M.F. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência
 - Garssen, B., & Remie, M. (2004). Different concepts or different words-concepts related to non-expression of negative emotions. In I. Nyklicek, L. Temoshok & A. Vingerhoets (Eds.), *Emotional Expression and Health* (pp. 117-136). New York: Brunner-Routledge.
 - Geerinck-Vercammen, C. R., & Kanhai, H. H. (2003). *Coping* with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment. *Prenat Diagn*, 23(7), 543-548.
 - Gillis, M., Lumley, M., Mosley-Williams, A., Leisen, J., & Roehrs, T. (2003). Written emotional disclosure in fibromyalgia. *Abstract published in Psychosomatic Medicine*, 65, A-12.

- Gomez, L., Zapata, G. (2005). Diagnostic categorization of pos-abortion syndrome. *Actas Esp Psiquiatria*. jul-aug; 33(4): 267-72
- Graça, L. M. (2000). *Interrupção electiva da gravidez*. In L. M. d. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal 2* (Vol. 2, pp. 763-768). Lisboa: Lidel.
- Greenberg, L. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clin Psychol Psychother*(11), 3-16.
- Haase, V. G. (2005). Psicologia da saúde e esclerose múltipla: perspectiva de stress e coping. *UFMG*. 31 de Outubro
- Heim, E., Augustiny, K.F., Schaffner, L., & Valack, L. (1993). Coping with breast cancer over time and situation. *Journal of psychosomatic research*, 37 (5), 523-542.
- Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739-747.
- Iles, S., & Gath, D. (1993). Psychiatric outcome of termination of pregnancy for fetal abnormality. *Psychol Med*, 23(2), 407-413.
- Iturbe, P., Vásquez, S. & Domínguez, Trejo, B. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista latinoamericana de psicología*, 27 (1), 73-86.
- Jarrahi-zadeh, A., Kane, F. J., Van De Castle, R. L., Lachenbruch, P. A., & Ewing, J. A. (1969). Emotional and cognitive changes in pregnancy and early puerperium. *British Journal of Psychiatry*(115), 797-805.
- Jordaan, I., Spangenberg, J., Watson, M., Fouché, P. (2007). Emotional stress and coping strategies in South african clinical and counselling psychologists. *South Africa Journal of Psychology*, 37(4), 835-855.
- Kardum, I., Krapic', N. (2001). Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and individual differences*, 30, 503-515.
- Kelley, J., Lumley, M., & Leisen, J. (1997). Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 16, 331-340.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J. (1999). *Expressing emotion: Myths, realities and therapeutic strategies*. New York: The Guilford Press.

- Kramer, U., Ceschi, G., Linden, M., Bodenmann, G. (2005). Individual and dyadic *coping* strategies in the aftermath of a traumatic experience. *Swiss journal of psychology*, 64(4), 241-248.
- LaChapelle, D., Hadjistavropoulos, H., McCreary, D., Asmundson, J. (2001). Contributions of pain-related adjustment and perceptions of control to *coping* strategy use among cervical sprain patients. *European journal of pain*, 5, 405-413.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychology stress and coping process* New York. McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (2000). Toward Better research on *stress and coping*. *American Psychologist*, Vol.55, N^o.6, 665-673.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B.N. (1984). *Passion and reason*. New York: Oxford University Press.
- Lee, E. (2003). Psychological effects of abortion and motherhood: science and politics. *Psychology of women quarterly*, 30, 117-124. Blackwell publishing, Inc. Printed in the USA
- Lemkau, J. (1991). Post-abortion adjustment of health care professionals in training. *American Journal Orthopsychiatric*, 61(1), January, 92-102.
- Lima, J. A.; Pacheco, J. A. (2006). *Fazer investigação – Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Vol.6. Porto Editora – Coleção Panorama
- Lloyd, J., & Laurence, K. (1985). Sequelae and support after termination of pregnancy for fetal malformation. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 290(6472), 907-909.
- Lorencetti, A., Simonetti, J. (2005). As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, Vol. 13, N.º 6, Ribeirão Preto, Nov./Dec.
- Machado, P., Beutler, L., & Greenberg, L. (1999). Emotion recognition in psychotherapy: impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 39-57.

- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., & et al. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 59(3), 452-463.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partener, and couple perspectives. *Psychosomatic medicine*, 66, 442-454.
- Mansfield, C., Hopfer, S., & Marteau, T. M. (1999). Termination rates after prenatal diagnosis of Down syndrome, spina bifida, anencephaly, and Turner and Klinefelter syndromes: a systematic literature review. *European Concerted Action: DADA (Decision-making After the Diagnosis of a fetal Abnormality). Prenat Diagn*, 19(9), 808-812.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística – com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, A. & Neto, I.G. (1992). *Dor e cuidados paliativos*. Permanyer Portugal
- Matheson, K., Anisman, H. (2003). Systems of *coping* associated with dysphoria, anxiety and depressive illness: a multivariate profile perspective. *Stress, September, Vol.6(3), 223-234*.
- Mathews, K.A. (1982). Psychological perspectives on the type A behavior pattern. *Psychological Buletin*, 91, 293-323.
- McWilliams, L.A., Cox, B., Enns, M.W. (2003). Use of the inventory for stressful situations in a clinically depressed sample: factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *Journal of clinical psychology, Vol.59(12), 1371-1385*.
- Melzak, R. (2000). Del umbral a la neumatriz. *Revista de la Sociedad Espanõla del Dolor*, 7, 149-156.
- Melzak, R., Taenzer, P., Feldman, P. E col. (1991). Labor is still painfull after prepared childbirth traing. *Can Med Assc J*.125-357.
- Mercardo, A., Carroll, L., Cassidy, J., Côté, P. (2005). Passive *coping* is a risk factor for disabling neck or low back pain. *Pain*, 117, 51-57.
- Meyer-Rosberg, K., Burckhardt, C., Huizar, K., Kvarnstrom, A, Norfdfords, L., Kristorfferson, A. (2001). A comparison of the SF-36 and Nottingham Health

- Profile in patients with chronic neuropathic pain. *European Journal of Pain*(5),391-403.
- Miller, S. M. (1981). Predictability and human stress: Toward clarification of evidence and theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 14, 203-255.
 - Mojapelo-Batka, E., Schoeman, J.(2003). Voluntary termination of pregnancy: moral concerns and emotional experiences among black south african adolescents. *South African Journal of Psychology*, 33(3), 144-153.
 - Monsalve, V., Soriano, J. (2002). CAD: Cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico. *Revista Soc Esp Dolor*,9, 13-22.
 - Montenegro, N., & Matias, A. (2000). Ultrassonografia em medicina materno-fetal. In L. M. d. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (Vol. 1, pp. 205-260). Lisboa: Lidel
 - Moos, R. H. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology*, 12(1), 5-25.
 - Moos, R. H. (1992). Stress and coping theory and evaluation research: An integrated perspective. *Evaluation Review*, 16(5), 534-553.
 - Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: CRI-Adult Form Professional Manual*. Odessa: PAR *Psychological Assessment Resources*.
 - Moos, R. H., Fenn, C. B., & Billings, A. G. (1988). Life stressors and social resources: An integrated assessment approach. *Social Science & Medicine*, 27(9), 999-1002.
 - Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In e. nd (Ed.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257): Free Press, New York, NY, US.
 - Morris, D. (2003) *The Challenges of pain and sufferin*. In Jensen, S., Wilson, P. & Rice, A. *Clinic Pain Management, Chronic Pain*. London: Arnold
 - Noya, A. & Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico?. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 431-439.
 - Norman, S., Lumley, M., Dooley, J., & Diamond, M. (2004). For whom does it work? Moderators of the effects of written emotional disclosure in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic Medicine*, 66, 174-183.

- Nunes, R. (2000). O diagnóstico pré-natal da doença genética. In R. Nunes & H. Melo (Eds.), *Genética e reprodução humanas* (pp. 81-131). Porto: FMUP.
- Pablo, j. & Valdez, M. (2002). *Aspectos psicológicos asociados al dolor crónico*. In Aliaga, L., Baños, J., Barrutel, C., Molet, J. & Serna, A.R. *Tratamiento del dolor, teorís y práctica* (2th Ed.). Barcelona: Permanyer.
- Park, C., Armeli, S., Tennen, H. (2004). Appraisal-coping goodness of fit: a daily internet study. *Personality and social psychology bulletin*, 30, 558-569.
- Penley,J., Tomaka,J. (2002). Associations among the big five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and individual differences*, 32, 1215-1228.
- Pennebaker, J., & Beall, S. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.
- Pennebaker, J., Mayne, T. J., & Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *J Pers Soc Psychol*, 72(4), 863-871.
- Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais, a complementaridade do SPSS. 4ª Edição*. Edições Sílabo
- Pereira, A. (2006). *SPSS guia prático de utilização, análise de dados para ciências sociais e psicologia.6ª Edição*. Edições Sílabo.
- Persson, L., Lilja, A. (2001). Pain, coping, emotional state and psysical function in patients with chronic radicular neck pain. A comparison between patients treated with surgery, physiotherapy or neck collar – blinded, prospective randomized study. *Disability and rehabilitation*, 23 (8), 325-335.
- Peterson, L. (1989). *Coping* by children undergoing stressful medical procedures: some conceptual, methodological, and therapeutic issues. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 380-387
- Pierce, G.R., Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (1996). *Coping* and social support. In.M. Zeidner,& Endler, N.S. (Eds.)*Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 434-451). New York: John Wiley e Sons, Inc.
- Pinho, O., & Carmona, C. (1996). Reacções psicológicas da grávida à interrupção da gravidez por anomalia fetal. *Progresos en Diagnóstico Prenatal*, 8(1), 36-42.

-
- Ponte, C; Sousa, H.; Rocha, J; Almeida, V. *Coping Through Emotional Approach" (CTEA): estudo de adaptação à população portuguesa*. In.
 - Ptacek, J.T., Ptacek, J.J., & Dodge, K.L. (1994). Coping with breast cancer from the perspectives of husbands and wives. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 47-72
 - Quivy, R.; Campenhout, L. V. (2003) - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª ed. Lisboa: Gradiva.
 - Resende, G. (2002). *Ginecologia e obstetrícia*. 5ª edição. São Paulo.
 - Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
 - Ribeiro, J. P.; Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica* .4 (XIX) pg.491-502.
 - Rodrigues, M. A., Rosa, J., Moura, M. J.; & Baptista, A.(2000). Ajustamento emocional, estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 61-68.
 - Ros, A. (2003). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais*. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais)
 - Rosenberg, H., Rosenberg, S., Ernstoff, M., Wolford, G., Amdur, R., Elshamy, M., et al. (2002). Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. *International Journal Psychiatry Medicine*, 32, 37-53.
 - Rudolph, K.D., Denning, M.D., & Weisz, J.R. (1995). Determinants and consequences of children`s coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*. 118, 328-357
 - Ryan-Wegner, N.M. (1992) A taxonomy of children`s coping strategies: a step toward theory development. *American journal of orthopsychiatry*, 62, 256-263
 - Rocha, J. (2004). *Factores Psicológicos da Mulher Face à Interrupção Médica da Gravidez*. Tese de doutoramento no Instituto de Ciências de Abel Salazar. Universidade do Porto
 - Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B., & Mayer, J. D. (1999). *Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process*. In C. R. Synder

- (Eds.), *Coping: The psychology of what works*(pp. 141–164). New York: Oxford University Press.
- Savoia, M. *Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping)*. Recuperado em 19 de Maio de 2007, do [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo\(57\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo(57).htm)
 - Schwob, M. (1994). *A dor*. Biblioteca Básica da Ciência e Cultura. Instituto Piaget
 - Segerstrom, S., Alden, L., Stanton, A., Shortridge, B. (2003). A multidimensional structure for repetitive thought: What's on your mind, and how, and how much?. *Journal of personality and social psychology*, Vol.85, Nº.5, 909-921.
 - Serrão, D., Nunes, R. (1999). *Ética em Cuidados de Saúde*. Setembro. Porto Editora
 - Shapiro, D.E., Boggs, S.R., Rodrigue, J.R., Urry, H.L., Algina, J.J., Hellman, R. Et al (1997). Stage II Breast cancer: differences between four coping patterns in side effects during adjuvant chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (2), 143-157.
 - Smyth, J. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 174-184.
 - Smith, J., Lumley, M. & Longo, D. (2002). Contrasting emotional approach coping with passive coping for chronic myofascial pain. *Annals of behavioral medicine*, 24, 326-335.
 - Soliday, E., McCluskey-Fawcett, K., O'Brien, M. (1999). Postpartum affect and depressive symptoms in mothers and fathers. *American journal of orthopsychiatry*, 69 (1), 30-38.
 - Soriano, José (1994). Las estrategias de afrontamiento desde una perspectiva transaccional. *Boletín de psicología*, Nº44, Septiembre, 77-92.
 - Soriano, J., Monsalve, V., Soucase, B. (2005). Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Revista Soc Esp Dolor*, 12 (1), 8-16

-
- Soriano, J., & Zorroza, J. (1999). Analisis comparativo de tres cuestionarios de afrontamiento al estrés: CSI, CM y WOC. *Boletín de psicología*, N^o63, Junio, 77-97.
 - Souza, J., Chaves, E., Caramelli, P. (2007). *Coping* em idosos com doença de Alzheimer. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*, Vol.15, N^o1, Ribeirão Preto Jan/Feb.
 - Stanton, A., & Danoff-Burg, S. (2002). *Emotional expression, expressive writing, and cancer*. In J. Lepore & J. Smyth (Eds.), *The Writing Cure, How Expressive Writing Promotes Health and Emotional Well-Being* (pp.31-51). Washington; APA.
 - Stanton, A., & Danoff-Burg, S. (2006). Expressive disclosure and benefit finding among breast cancer patients : mechanisms for positive health effects. *Health psychology*, 25 (2), 181-189.
 - Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). *Coping* through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 350–362.
 - Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L., Collins, C., Branstetter, A., Hanley, A., Kirk, S., & Austenfeld, J. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of clinical oncology*, 20 (20), 4160-4168.
 - Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). *Coping* through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150–1169.
 - Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., Danoff-Burg, S., Bishop; M., Collins, C. A., Twillman, R. (2000). Emotionally expressive *coping* predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, Vol.68, N^o. 5, 875-882
 - Swindle, R. W., Jr., Cronkite, R. C., & Moos, R. H. (1989). Life stressors, social resources, *coping*, and the 4-year course of unipolar depression. *J Abnorm Psychol*, 98(4), 468-477.
 - Tavares, P. (2000). *Diagnóstico pré-natal de alterações genéticas*. In L. M. d. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal 1* (Vol. 1, pp. 105-118). Lisboa: lidel.

- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M. (2000). A daily process approach to *coping*: linking theory, research, and practice. *American psychologist*, 55 (6), 626-636.
- Thornton, B., Pickus, J., & Aldrich, M. (2005). Ways of *coping* in relationship and achievement situations: further consideration of gender and gender-role typing. *Journal of worry and affective experience*, 1 (2), 60-70.
- Valentiner, D., Holahan, C., Moos, R. (1994). Social support, appraisals of event controllability, and *coping*: an integrative model. *Journal of personality and social psychology*, 66 (6), 1094-1102.
- Verma, R., & Babu, A. (1995). *Human chromosomes; principles and techniques*. New York: McGraw-Hill.
- Wald, N.J., Rodeck, C., Hackshaw, A.K., Walters, J., Chitty, L., Mackinson, A.M. (2003). First and second trimester antenatal screening for Down's syndrome. *Journal of Medical Screening*. 10 (2), 56-104.
- Watson, M., Greer, S., Blake, S., & Schrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer: relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer*, 53 (9), 2008-2012.
- Wrobel, J. (1998). *La enfermería ante el dolor*. Instituto UPSA del Dolor.
- Windle, M., Windle, R.C. (1996). *Coping* strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents: associations with emotional and behavioral problems and with academic functioning. *Journal of abnormal psychology*, Vol.105, Nº.4, 551-560.
- White-Van Mourik, M. C. A., Connor, J. M., & Ferguson-Smith, M. A. (1992). The psychosocial sequelae of a second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality over a two year period. In Evers-Kiebooms, Gerry (Ed); Fryns, Jean-Pierre (Ed); et al. (1992). *Psychosocial aspects of genetic counseling. Birth defects: Original articles series*, Vol. 28, No. 1. (pp. 61-74).New York, NY, US: Wiley-Liss.
- Zacharias, D., Gilg, C. & Foscall, M. (1994). Quality of life and *coping* in patients with gynecologic cancer and their spouses. *Oncology Nursing Forum*, 21, 1699-1706.

- Zakowski, S., Ramati, A., Morton, C., & Johnson, P. (2004). Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychology, 23* (6), 555-563.
- Zeanah, C. H., Dailey, J. V., Rosenblatt, M. J., & Saller, D. N., Jr. (1993). Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation. *Obstet Gynecol, 82*(2), 270-275.
- Zolese, G., & Blacker, C. V. (1992). The psychological complications of therapeutic abortion. *British Journal of Psychiatry, 160*(Jun 1992), 742-749.
- Sites:
 - <http://apf.pt/leis> (Associação para o Planeamento da Família)
 - <http://q3.aeiou.pt> (Cavaco Silva promulgou nova lei do aborto)
 - <http://pt.wikipedia.org> (Interrupção voluntária da gravidez / morte)
 - www.babylon.com (tradução on line)
 - www.cneqv.gov.pt (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida)
 - www.dgs.pt (Direcção Geral de Saúde)
 - www.portalsaofrancisco.com.br
 - www.providafamilia.org.br (Combatendo a dor espiritual)

Anexos

Anexo I – Autorização para a Realização do Estudo

Autorização da Comissão de Ética



MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E.

UNIDADE MATERNIDADE JÚLIO DINIS

Reunião do Conselho de Gestão de 12/05/2008

Acta n.º 15

Origem/Serviço : Conselho de Gestão

Data do documento ___/___/___

Assunto/Proposta.

Autorizado trabalho de Investigação "Imagens de Vida – Mulheres submetidas à Interrupção Voluntária da Gravidez : um estudo sobre estratégias coping."

Deliberação:

Autorizado pelo Conselho de Gestão e mediante parecer favorável da Comissão de Ética o trabalho de Investigação "Imagens de Vida – Mulheres submetidas à Interrupção Voluntária da Gravidez : um estudo sobre estratégias coping.", da investigadora Enfª Sandra Maria Carvalho Maia.

Remetido ao(s) Serviço(s) Enf - SANDRA MARIA ; ___/___/___

C/ conhecimento: _____ ; _____ ; _____ ; ___/___/___

O Secretariado do Conselho de Gestão

**Anexo II – Autorização do uso do Questionário Estratégias de
*Coping***

 Las Ofertas de Hoy
en MercadoLibre

Carpetas [Añadir - Modificar]

Buzón

Borrador

Enviados


Spam [Vaciar]


papelera [Vaciar]


Buscar Atajos


Mis Fotos

Mis archivos adjuntos

 ¡Haz tu tarea en 5 minutos!
con Yahoo! Respuestas

 Encuentra las últimas
noticias del mundo en Yahoo!

 Todo sobre el fútbol
en Yahoo! Deportes

 Encuentra todo lo que
búsquas en Yahoo! México

[Anterior](#) | [Siguiente](#) | [Volver a mensajes](#)

[Marcar como no leído](#) | [Imprimir](#)

[Eliminar](#) | [Responder](#) | [Reenviar](#) | [Spam](#) | [Mover...](#)

Re: autorización

jueves, 31 de mayo de 2007, 03:34 pm

De: "jlpr@fpce.up.pt" <jlpr@fpce.up.pt>

A: "sandra maia" <sanmaia1@yahoo.com.mx>

Autorizo o pedido abaixo.

JLPais Ribeiro

Citando sandra maia <<http://mx.mc338.mail.yahoo.com/mc/compose?to=sanmaia1@yahoo.com.mx>>:

> Bom dia, Prof. José Pais Ribeiro

>

> O meu nome é Sandra Maia sou aluna do 4 Curso do Mestrado de Psicologia da

> Dor, e a temática da minha tese é :Quais as estratégias de coping que as

> mulheres utilizam para ultrapassar uma Interrupção Voluntária da Gravidez

> (aborto eugénico).

> E durante a minha pesquisa encontrei um estudo que realizou em colaboração

> com a Dra Carla Santos, sobre a adaptação do Ways of Coping Questionnaire a

> uma amostra e contexto portugueses, e por isso vinha desta forma

> solicitar-lhe a sua autorização para utilizar o seu questionário adaptado e

> validado à população portuguesa, na realização da minha tese,

> desde já agradeço o tempo dispendido e aguardo

atenciosamente a sua

> resposta

>

> Os meus cumprimentos Sandra Maia

>

>

>

>

> Llama gratis a cualquier PC del mundo.

> Con una excelente calidad de sonido.

> Yahoo! Messenger

**Anexo III – Autorização do uso da Escala *Coping Through
Emotional Approach***


 Cámaras
en MercadoLibre


Carpetas [Añadir - Modificar]


Buzón
Borrador
Enviados
Spam [Vaciar]
papelera [Vaciar]


Buscar Atajos

- Mis Fotos
- Mis archivos adjuntos

 ¡Haz tu tarea en 5 minutos!
con Yahoo! Respuestas

 Encuentra las últimas
noticias del mundo en Yahoo!

 Todo sobre el fútbol
en Yahoo! Deportes

 Encuentra todo lo que
buscas en Yahoo! México

[Anterior](#) | [Siguiente](#) | [Volver a mensajes](#)

[Marcar como no leído](#) | [Imprimir](#)

[Eliminar](#) | [Responder](#) | [Reenviar](#) | [Spam](#) | [Mover...](#)

RE: scale- COPING THROUGH EMOTIONAL APPROACH (CTEA)

miércoles, 3 de diciembre de 2008, 06:55 pm

De: "Annette Stanton" <astanton@ucla.edu>

A: sanmaia1@yahoo.com.mx

Yes, I would be happy for you to use the scale. Please share the Portuguese version with me when you have tested it. Annette S.

Annette L. Stanton, Ph.D.
Professor, Psychology & Psychiatry/Biobehavioral Sciences
Member, Jonsson Comprehensive Cancer Center
Senior Research Scientist, Cousins Center for Psychoneuroimmunology
Address:

Department of Psychology
1285 Franz Hall, Box 951563
405 Hilgard Avenue

UCLA

Los Angeles, CA 90095-1563

Phone: 310-825-3105; 310-267-2835

Fax: 310-206-3566

email: <http://mx.mc338.mail.yahoo.com/mc/compose?to=astanton@ucla.edu>

From: sandra maia [mailto:sanmaia1@yahoo.com.mx]

Sent: Wednesday, December 03, 2008 10:48 AM

To: astanton@ucla.edu

Subject: RE: scale- COPING THROUGH EMOTIONAL APPROACH (CTEA)

Dear, Dr. Annette Stanton

can I use your scale in my investigacion, the portuguese version is being tested.

Sandra Maia

--- El **mié 8-oct-08**, **Annette Stanton** <astanton@ucla.edu> escribió:

De: Annette Stanton <astanton@ucla.edu>

Asunto: RE: scale- COPING THROUGH EMOTIONAL APPROACH (CTEA)

A: sanmaia1@yahoo.com.mx

Fecha: miércoles, 8 octubre, 2008, 2:46 pm

Thanks for your interest. The scale is attached. ALS

Annette L. Stanton, Ph.D.

Professor, Psychology & Psychiatry/Biobehavioral Sciences

Anexo IV – Questionário de Dados Sócio - Demográficos e Clínicos

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

N.º de Identificação: _____

Nome: _____

Idade: _____

Nacionalidade - Portuguesa _____

Se outra nacionalidade, qual ? _____

Estado Civil: Solteiro ____ Casado ____ União de Facto ____

Divorciado ____ Separado ____ Viúvo ____

Habilitações Literárias: Não sabe ler, nem escrever _____
 Sabe ler, mas não frequentou a escola _____
 Ensino básico - 1º ciclo (4ª Classe) _____
 Ensino básico - 2º ciclo (6º Ano) _____
 Ensino básico - 3º ciclo (9º Ano) _____
 Ensino secundário (12º Ano) _____
 Ensino Superior _____

Profissão: _____

Situação Laboral: Empregada ____
 Desempregada ____
 Baixa Médica ____
 Reformada por Invalidez ____
 Outra ____ Qual? _____

DADOS CLÍNICOS

Número de Filhos _____ **Ano do último parto (aaaa)** _____

Número de Interrupções de Gravidezes anteriores _____

Ano da última Interrupção de Gravidez (aaaa) _____

Causa da Interrupção de Gravidez _____

Tempo da gravidez quando realizou a interrupção _____

Gravidez Desejada Sim ____ Não ____

Gravidez Planeada Sim ____ Não ____

Procedimento utilizado na Interrupção da Gravidez:

Cirúrgico _____
Medicamentoso _____
Outro _____

Método contraceptivo que utiliza: DIU _____

Implante _____
Hormonal (oral ou Injectável) _____
Outro _____
Nenhum _____

No último ano, esteve em alguma consulta para a utilização ou controlo de métodos contraceptivos? Sim _____ Não _____

Se Sim, especifique: Sistema Público – Centro de Saúde _____

Sistema Público – Hospital _____

Sistema Privado _____

Outro _____

Comportamentos de saúde:

Número de cigarros por dia _____

Número de cafés por dia _____

Número de bebidas alcoólicas por dia _____

Número de horas de exercício físico por semana _____

Número de horas de sono por dia _____

Tem alguma doença?

Sim _____ Quais _____

Não _____

Teve alguma consulta com psicólogo/ psiquiatra após a Interrupção da Gravidez?

Sim _____ Quantas? _____

Não _____

Toma ansiolíticos ou antidepressivos?

Sim _____ Quais _____

Não _____

Acha que precisa de apoio psicológico / psiquiátrico?

Sim _____

Não _____

Obrigada por participar

Anexo V - Questionário de Estratégias de *Coping*

QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE *COPING*

(Adaptado e validado por José pais Ribeiro e Carla Santos)

Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior stress que experienciou na sua vida. Por situação «stressante» entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiada pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de *stress*. Pensando na forma como lidou com a situação de *stress* que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

- 0 - Nunca usei**
1 - Usei de alguma forma
2 - Usei algumas vezes
3 - Usei muitas vezes

1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir – no próximo passo	0	1	2	3
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0	1	2	3
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	0	1	2	3
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	0	1	2	3
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria	0	1	2	3
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	0	1	2	3
7	Esperei que acontecesse um milagre	0	1	2	3
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
9	Tentei guardar para mim o que estava a sentir	0	1	2	3
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	0	1	2	3
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0	1	2	3
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	0	1	2	3
13	Eu estava inspirada em fazer algo criativo	0	1	2	3
14	Tentei esquecer tudo	0	1	2	3
15	Procurei ajuda de um profissional	0	1	2	3
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	0	1	2	3
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	0	1	2	3
18	Construí um plano de acção e segui-o	0	1	2	3
19	Consegui mostrar o que sentia	0	1	2	3
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	0	1	2	3
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	0	1	2	3
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	0	1	2	3
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	0	1	2	3
24	Fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
26	Encontrei nova esperança	0	1	2	3
27	Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0	1	2	3
30	Não deixei que a situação me afectasse: recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	0	1	2	3
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	0	1	2	3
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	0	1	2	3

33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0	1	2	3
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir	0	1	2	3
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	0	1	2	3
36	Passei o problema para os outros	0	1	2	3
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida em situações semelhantes	0	1	2	3
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0	1	2	3
40	Prometi a mim própria que as coisas para a próxima seriam diferentes	0	1	2	3
41	Criei várias soluções para o problema	0	1	2	3
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	0	1	2	3
43	Mudei alguma coisa em mim própria	0	1	2	3
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	0	1	2	3
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	0	1	2	3
46	Rezei	0	1	2	3
47	Pensei para mim própria naquilo que iria dizer ou fazer	0	1	2	3
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	0	1	2	3

Descreva brevemente, a situação stressante em que pensou ao responder a este questionário, quem estava envolvido, o que é que aconteceu e o que é que tornou a situação stressante. Esta descrição será útil para a interpretação do questionário.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo VI – Escala *Coping* Through Emotional Approach

COPING THROUGH EMOTIONAL APPROACH (CTEA)

Adaptado de Stanton, AL., Kirk, SB., Cameron, CL. e Danoff-Burg, s. (2000)

Por favor, indique com uma cruz as respostas que melhor se adequam a si, de acordo com a escala descrita em seguida:

- 1- Não faço isso de todo**
2- Geralmente não faço isso
3- Faço isso.
4- Faço isso muitas vezes

1. Levo algum tempo para perceber o que realmente estou a sentir.	1 2 3 4	9. Sinto-me muito tenso.	1 2 3 4
2. Mergulho nos meus sentimentos para os compreender totalmente.	1 2 3 4	10. Falo com alguém sobre o que sinto.	1 2 3 4
3. Tenho a noção que os meus sentimentos são válidos e importantes.	1 2 3 4	11. Elaboro planos de acção.	1 2 3 4
4. Reconheço as minhas emoções.	1 2 3 4	12. Consumo álcool e drogas para me sentir melhor.	1 2 3 4
5. Expresso livremente os meus sentimentos.	1 2 3 4	13. Desisto de tentar alcançar o que quero.	1 2 3 4
6. Levo algum tempo a expressar as minhas emoções.	1 2 3 4	14. Digo piadas acerca disso.	1 2 3 4
7. Permito-me exprimir as minhas emoções.	1 2 3 4	15. Procuo a ajuda de Deus.	1 2 3 4
8. Sinto-me livre para expressar as minhas emoções.	1 2 3 4		

Anexo VII - Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estando neste momento a realizar um trabalho de investigação, no âmbito do mestrado em Psicologia da dor , sobre as *Estratégias Coping utilizadas pelas Mulheres submetidas à Interrupção Voluntária da Gravidez*, nesta instituição; vimos, neste sentido, pedir a sua colaboração para participar neste estudo.

Gostaríamos de salientar que esta investigação foi aprovada pela direcção da Maternidade Júlio Dinis.

A participação implicará o preenchimento de um questionário sobre Estratégias de *Coping*, um questionário de Dados Demográficos e Clínicos e um sobre *coping* emocional, sendo feita toda a recolha de dados no mesmo momento.

Confirmo que fui informado da minha liberdade de autorizar ou não a participação e/ou desistir a qualquer momento e de que a recusa de participação ou a desistência não terão qualquer contrapartida, me foram facultadas respostas a dúvidas; me foi assegurada a confidencialidade e anonimato da informação recolhida; me foi assegurado que, no final do projecto, caso o pretenda, me serão facultadas informações sobre as conclusões do mesmo.

Agradecemos a sua importante colaboração e mostramo-nos disponíveis para qualquer esclarecimento.

Enf^a Sandra Maia

Prof. Doutor Rogério Sousa

Declaro que tomei conhecimento e que concordo em participar

Anexo VIII – Distribuição do Alpha de Cronbach da amostra por item do Questionário das Estratégias de *Coping*

Item-Total Statistics	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1) Concentrei-me	64,13	136,695	,512		,688
2) Fiz algo que...	64,73	143,495	,218		,703
3) Tentei encontrar...	65,00	140,714	,316		,698
4) Falei com alguém...	64,40	145,686	,196		,705
5) Critiquei-me ...	63,80	144,600	,125		,708
6) Tentei não me fechar...	63,80	149,171	-,032		,713
7) Esperei que ...	64,67	140,381	,199		,705
8) Deixei-me andar ...	65,40	148,257	,008		,712
9) Tentei guardar...	64,13	151,695	-,134		,726
10) Tentei olhar para ...	64,07	140,067	,367		,696
11) Exprimi a minha zanga ...	64,93	140,210	,296		,698
12) Aceitei que fossem ...	64,27	144,781	,184		,705
13) Eu estava inspirada...	65,00	145,429	,175		,705
14) Tentei esquecer tudo...	64,60	138,400	,321		,696
15) Procurei ajuda de um ...	64,93	147,781	,005		,715
16) Mudei ou cresci ...	63,40	143,829	,406		,700
17) Pedi desculpa...	64,53	141,410	,266		,700
18) Construí um plano ...	64,60	145,686	,095		,709
19) Consegui mostrar ...	64,27	147,495	,027		,713
20) Percebi que ...	63,80	149,029	-,028		,713
21) Saí desta experiência ...	64,47	146,124	,074		,711
22) Falei com alguém ...	64,53	137,124	,531		,688
23) Tentei sentir-me ...	65,67	144,095	,238		,703
24) Fiz algo ...	65,53	157,838	-,457		,731
25) Tentei não agir...	64,47	144,981	,173		,705
26) Encontrei nova ...	64,40	142,971	,182		,705
27) Redescobri ...	63,93	141,495	,368		,697
28) Mudei algo ...	64,33	136,381	,619		,685
29) Evitei estar ...	64,53	153,552	-,195		,728
30) Não deixei ...	64,93	149,210	-,034		,713
31) Pedi conselhos...	64,40	146,114	,064		,712

32) Evitei que os ...	64,27	155,067	-,282	,728
33) Tornei a situação ...	64,80	147,886	,021	,712
34) Falei com alguém ...	64,40	143,829	,149	,707
35) Mantive ...	63,60	139,686	,538	,692
37) Aproveitei...	65,60	146,971	,125	,707
38) Eu sabia o que devia ...	63,93	141,924	,305	,699
39) Recusei acreditar ...	64,87	134,267	,554	,683
40) Prometi a mim própria ...	64,33	140,381	,261	,700
41) Criei várias soluções ...	64,40	137,829	,541	,689
42) Tentei evitar que ...	64,60	141,257	,441	,695
43) Mudei alguma coisa ...	64,07	142,495	,231	,702
44) Desejei que a situação...	63,93	147,352	,028	,713
45) Desejei que as coisas...	64,73	137,924	,351	,694
46) Rezei ...	64,27	133,495	,402	,689
47) Pensei para mim ...	63,73	143,924	,178	,705
48) Pensei na forma ...	64,67	137,238	,347	,694

(* não é realizável no item 36 porque este item tem como variância 0)

Questionário de estratégias de <i>coping</i>		
Sub-escalas e respectivos itens	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach se item eliminado
* Resolução Planeada do Problema	.580	
Item 1		.462
Item 18		.556
Item 28		.518
Item 37		.638
Item 38		.515
Item 41		.481
* <i>Coping</i> Confrontativo	.451	
Item 2		.327
Item 3		.189
Item 11		.208
Item 19		.515
Item 24		.597
Item 35		.414
* Procura de Suporte Social	.133	
Item 4		-.052
Item 12		.127

Item 15		.498
Item 22		.149
Item 31		-.063
Item 34		-.334
* Distanciamento	.543	
Item 8		.468
Item 10		.421
Item 14		.512
Item 30		.328
Item 33		.651
* Auto- controlo	.229	
Item 6		.318
Item 9		.171
Item 25		.020
Item 32		.151
Item 42		.225
Item 47		.354
Item 48		.071
* Aceitar a Responsabilidade	.504	
Item 5		.341
Item 17		.307
Item 20		.623
Item 40		.350
* Fuga – Evitamento	.396	
Item 7		.486
Item 23		.351
Item 29		.539
Item 36		Não realizável *
Item 39		.139
Item 44		.346
Item 45		.129
* Reavaliação Positiva	.453	
Item 13		.425
Item 16		.376
Item 21		.583
Item 26		.335
Item 27		.262
Item 43		.330
Item 46		.524

(* não é realizável no item 36 porque este item tem como variância 0)

**Anexo IX - Distribuição média da amostra por item do Questionário
das Estratégias de *Coping***

Itens	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1) Concentrei-me	15	0	3	1,73	,961
2) Fiz algo que...	15	0	2	1,13	,915
3) Tentei encontrar...	15	0	3	,87	,990
4) Falei com alguém...	15	0	2	1,47	,640
5) Critiquei-me ...	15	0	3	2,07	1,100
6) Tentei não me fechar...	15	1	3	2,07	,704
7) Esperei que ...	15	0	3	1,20	1,424
8) Deixei-me andar ...	15	0	3	,47	,834
9) Tentei guardar...	15	0	3	1,73	1,280
10) Tentei olhar para ...	15	0	3	1,80	,941
11) Exprimi a minha zanga ...	15	0	3	,93	1,100
12) Aceitei que fossem ...	15	0	3	1,60	,828
13) Eu estava inspirada...	15	0	2	,87	,743
14) Tentei esquecer tudo...	15	0	3	1,27	1,223
15) Procurei ajuda de um ...	15	0	3	,93	1,100
16) Mudei ou cresci ...	15	2	3	2,47	,516
17) Pedi desculpa...	15	0	3	1,33	1,047
18) Construí um plano ...	15	0	3	1,27	1,033
19) Consegui mostrar ...	15	0	3	1,60	,986
20) Percebi que ...	15	0	3	2,07	,799
21) Saí desta experiência ...	15	0	3	1,40	1,056
22) Falei com alguém ...	15	0	3	1,33	,900
23) Tentei sentir-me ...	15	0	3	,20	,775
24) Fiz algo ...	15	0	3	,33	,816
25) Tentei não agir...	15	0	3	1,40	,828
26) Encontrei nova ...	15	0	3	1,47	1,125
27) Redescobri ...	15	1	3	1,93	,799
28) Mudei algo ...	15	0	3	1,53	,834
29) Evitei estar ...	15	0	3	1,33	1,234
30) Não deixei ...	15	0	2	,93	,704
31) Pedi conselhos...	15	0	3	1,47	1,125
32) Evitei que os ...	15	0	3	1,60	,986
33) Tornei a situação ...	15	0	2	1,07	,884

34) Falei com alguém ...	15	0	3	1,47	1,125
35) Mantive ...	15	1	3	2,27	,704
36) Passei o problema ...	15	0	0	,00	,000
37) Aproveitei...	15	0	2	,27	,594
38) Eu sabia o que devia ...	15	0	3	1,93	,884
39) Recusei acreditar ...	15	0	3	1,00	1,069
40) Prometi a mim própria ...	15	0	3	1,53	1,187
41) Criei várias soluções ...	15	0	3	1,47	,834
42) Tentei evitar que ...	15	0	3	1,27	,704
43) Mudei alguma coisa ...	15	0	3	1,80	1,014
44) Desejei que a situação...	15	0	3	1,93	1,033
45) Desejei que as coisas...	15	0	3	1,13	1,187
46) Rezei ...	15	0	3	1,60	1,454
47) Pensei para mim ...	15	0	3	2,13	,990
48) Pensei na forma ...	15	0	3	1,20	1,265
Valid N (listwise)	15				

Anexo X - Distribuição média da amostra por item do *Coping Through Emotional Approach* (CTEA)

ITEM	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
1. Levo algum tempo para perceber o que realmente estou a sentir.	15	1	3	2,13	,990
2. Mergulho nos meus sentimentos para os compreender totalmente.	15	1	4	3,20	,941
3. Tenho a noção que os meus sentimentos são válidos e importantes.	15	3	4	3,53	,516
4. Reconheço as minhas emoções.	15	3	4	3,53	,516
5. Expresso livremente os meus sentimentos.	15	1	4	2,93	,961
6. Levo algum tempo a expressar as minhas emoções.	15	1	3	2,07	,799
7. Permito-me exprimir as minhas emoções.	15	1	4	2,73	,799
8. Sinto-me livre para expressar as minhas emoções.	15	1	4	3,07	,799
9. Sinto-me muito tenso.	15	1	4	2,73	,961
10. Falo com alguém sobre o que sinto.	15	1	4	2,87	,915
11. Elaboro planos de acção.	15	1	4	2,60	,910
12. Consumo álcool e drogas para me sentir melhor.	15	1	2	1,07	,258
13. Desisto de tentar alcançar o que quero.	15	1	4	1,73	1,033
14. Digo piadas acerca disso.	15	1	2	1,40	,507
15. Procuro a ajuda de Deus.	15	1	4	2,93	1,163

**Anexo XI - Quadro de relação entre os grupos etários e as
estratégias de *coping***

Idade	Coping Confrontativo								Total
	4,00	5,00	6,00	8,00	9,00	10,00	12,00	13,00	
Grupo mais novo	0	2	1	2	0	1	1	1	8
Grupo mais velho	2	3	0	1	1	0	0	0	7
Total	2	5	1	3	1	1	1	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,500 ^a	7	,379

a. 16 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

Idade	Distanciamento									Total
	,00	1,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	
Grupo mais novo	1	1	0	1	0	0	3	1	1	8
Grupo mais velho	0	0	2	0	1	1	2	0	1	7
Total	1	1	2	1	1	1	5	1	2	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,170 ^a	8	,417

a. 18 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

Idade	Coping de Auto-controlo										Total
	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	17,00	
Grupo mais novo	1	0	1	0	1	1	0	1	2	1	8
Grupo mais velho	0	1	2	2	0	1	1	0	0	0	7
Total	1	1	3	2	1	2	1	1	2	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,313 ^a	9	,326
N of Valid Cases	15		

a. 20 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

Idade	Procura de Suporte Social									Total
	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	12,00	
Grupo mais novo	1	1	0	0	0	2	2	1	1	8
Grupo mais velho	1	0	1	1	1	1	2	0	0	7
Total	2	1	1	1	1	3	4	1	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,295 ^a	8	,614
N of Valid Cases	15		

Idade	Assumir a Responsabilidade									
	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	12,00	Total
Grupo mais novo	1	0	1	2	1	1	1	1	0	8
Grupo mais velho	1	1	0	1	0	2	0	1	1	7
Total	2	1	1	3	1	3	1	2	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,625 ^a	8	,689
N of Valid Cases	15		

a. 18 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

Idade	Fuga e Evitamento							Total
	,00	4,00	5,00	6,00	9,00	10,00	12,00	
Grupo mais novo	0	2	0	2	2	0	2	8
Grupo mais velho	1	1	2	1	0	2	0	7
Total	1	3	2	3	2	2	2	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,643 ^a	6	,141
N of Valid Cases	15		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

Idade	Reavaliação Positiva										Total
	3,00	8,00	9,00	10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	17,00	
Grupo mais novo	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	8
Grupo mais velho	0	1	0	1	1	1	0	2	1	0	7
Total	1	1	1	2	2	2	1	3	1	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,295 ^a	9	,710
N of Valid Cases	15		

a. 20 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

Idade	Resolução Planeada do Problema								Total
	4,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	14,00	
Grupo mais novo	2	0	1	2	1	0	1	1	8
Grupo mais velho	1	1	1	0	1	1	2	0	7
Total	3	1	2	2	2	1	3	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,625 ^a	7	,584
N of Valid Cases	15		

a. 16 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.

**Anexo XII – Quadro de relação entre os grupos segundo as
habilitações literárias e as estratégias de *coping***

Habilitações Literárias	Coping Confrontativo								Total
	4,00	5,00	6,00	8,00	9,00	10,00	12,00	13,00	
Ensino obrigatório	0	3	1	0	0	0	0	1	5
Ensino Secundário e Superior	2	2	0	3	1	1	1	0	10
Total	2	5	1	3	1	1	1	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,600 ^a	7	,212
N of Valid Cases	15		

a. 16 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Habilitações Literárias	Distanciamento									Total
	,00	1,00	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	
Ensino obrigatório	1	1	0	0	0	0	1	1	1	5
Ensino Secundário e Superior	0	0	2	1	1	1	4	0	1	10
Total	1	1	2	1	1	1	5	1	2	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,150 ^a	8	,330
N of Valid Cases	15		

a. 18 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Habilitações Literárias	Coping de Auto-controlo										Total
	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	17,00	
Ensino obrigatório	0	0	1	0	0	2	0	0	1	1	5
Ensino Secundário e Superior	1	1	2	2	1	0	1	1	1	0	10
Total	1	1	3	2	1	2	1	1	2	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,750 ^a	9	,371
N of Valid Cases	15		

a. 20 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Habilitações Literárias	Procura de Suporte Social									Total
	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	12,00	
Ensino obrigatório	1	1	1	0	0	0	1	1	0	5
Ensino Secundário e Superior	1	0	0	1	1	3	3	0	1	10
Total	2	1	1	1	1	3	4	1	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,375 ^a	8	,312
N of Valid Cases	15		

a. 18 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Habilitações Literárias	Assumir a Responsabilidade									Total
	3,00	4,00	5,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	12,00	
Ensino obrigatório	0	1	1	0	1	1	1	0	0	5
Ensino Secundário e Superior	2	0	0	3	0	2	0	2	1	10
Total	2	1	1	3	1	3	1	2	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,000 ^a	8	,151
N of Valid Cases	15		

a. 18 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Habilitações Literárias	Fuga e Evitamento							Total
	,00	4,00	5,00	6,00	9,00	10,00	12,00	
Ensino obrigatório	0	1	1	1	1	0	1	5
Ensino Secundário e Superior	1	2	1	2	1	2	1	10
Total	1	3	2	3	2	2	2	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,250 ^a	6	,895
N of Valid Cases	15		

a. 14 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Habilitações Literárias	Resolução Planeada do Problema								Total
	4,00	6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	14,00	
Ensino obrigatório	1	0	0	1	0	1	1	1	5
Ensino Secundário e Superior	2	1	2	1	2	0	2	0	10
Total	3	1	2	2	2	1	3	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,750 ^a	7	,455
N of Valid Cases	15		

a. 16 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Habilitações Literárias	Reavaliação Positiva										Total
	3,00	8,00	9,00	10,00	11,00	12,00	13,00	14,00	15,00	17,00	
Ensino obrigatório	1	0	1	0	0	2	0	0	0	1	5
Ensino Secundário e Superior	0	1	0	2	2	0	1	3	1	0	10
Total	1	1	1	2	2	2	1	3	1	1	15

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,000 ^a	9	,091
N of Valid Cases	15		

a. 20 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,33.

Anexo XIII – Quadro do Coeficiente de Ró Spearman

Spearman's rho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1 Correlation Coefficient	1,00	,392	-,088	,263	,077	,244	,138	-	-	-	,115	,192	,203	,443	,00	-	-
Sig. (2-tailed)	.	,148	,754	,344	,786	,381	,623	,387	,632	,807	,682	,492	,467	,098	,974	,161	,109
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
2 Correlation Coefficient	,392	1,00	-,327	,500	-	-	,158	-	-	,463	-	,365	-	,316	,347	,064	,097
Sig. (2-tailed)	,148	.	,234	,057	,204	,742	,573	,858	,610	,082	,916	,182	,972	,252	,205	,820	,730
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
3 Correlation Coefficient	-	-	1,000	-	,300	,203	,370	,291	,192	-	,237	-	-	-	,103	-	,245
Sig. (2-tailed)	,088	,327	.	,013	,277	,467	,174	,292	,493	,273	,394	,207	,091	,371	,715	,275	,379
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
4 Correlation Coefficient	,263	,500	-,013	1,00	-	,297	,115	,191	-	,313	,292	,357	,148	,219	,243	,431	,448
Sig. (2-tailed)	,344	,057	,964	.	,153	,585	,282	,683	,495	,977	,255	,292	,191	,598	,432	,382	,109
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
5 Correlation Coefficient	,077	-	,300	-	1,00	-	,307	,517	-	-	,017	-	-	,000	-	,032	-
Sig. (2-tailed)	,786	,204	,277	,585	.	,949	,266	,049	,492	,052	,952	,088	,491	1,00	,440	,910	,683
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
6 Correlation Coefficient	,244	-	,203	,297	-	1,00	,246	,034	-	-	,284	,048	,564	,406	,184	,271	-
Sig. (2-tailed)	,381	,742	,467	,282	,949	.	,377	,905	,165	,736	,305	,866	,029	,133	,511	,329	,748
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
7 Correlation Coefficient	,138	,158	,370	,115	,307	,246	1,00	,331	-	-	-	-	,083	,312	,047	,270	-
Sig. (2-tailed)	,623	,573	,174	,683	,266	,377	.	,228	,314	,161	,681	,199	,768	,257	,868	,330	,379
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
8 Correlation Coefficient	-	-	,291	,191	,517	,034	,331	1,00	,144	-	-	-	-	-	-	,079	,374
Sig. (2-tailed)	,241	,050	,467	,495	,049	,905	,228	.	,608	,917	,304	,737	,482	,259	,344	,779	,169
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
9 Correlation Coefficient	-	-	,192	-	-	-	-	,144	1,00	-	,166	,043	-	-	-	-	,689
Sig. (2-tailed)	,135	,144	,493	,977	,492	,165	,314	,608	.	,958	,553	,879	,564	,100	,603	,122	,005
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

10	Correlation	-	,463	-,303	,313	-	-	-	-	-	1,00	-	,696*	-	-	-	-	,272
	Coefficient	,069				,510	,095	,381	,029	,015	0	,251		,240	,190	,010	,113	
	Sig. (2-tailed)	,807	,082	,273	,255	,052	,736	,161	,917	,958	.	,368	,004	,389	,499	,971	,690	,327
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
11	Correlation	,115	-	,237	,292	,017	,284	-	-	-,166	-	1,00	-	,259	,098	,186	,066	,205
	Coefficient		,030					,116	,285		,251	0	,064					
	Sig. (2-tailed)	,682	,916	,394	,292	,952	,305	,681	,304	,553	,368	.	,820	,352	,729	,508	,814	,464
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
12	Correlation	,192	,365	-,345	,357	-	,048	-	-	-,043	,696*	-	1,00	-	-	-	-	,447
	Coefficient					,455		,351	,095		*	,064	0	,006	,293	,373	,066	
	Sig. (2-tailed)	,492	,182	,207	,191	,088	,866	,199	,737	,879	,004	,820	.	,984	,289	,170	,814	,095
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
13	Correlation	,203	-	-,452	,148	-	,564*	,083	-	-	-	-,259	-	1,00	,518*	,012	,339	-
	Coefficient		,010			,193			,197	,162	,240		,006	0				,271
	Sig. (2-tailed)	,467	,972	,091	,598	,491	,029	,768	,482	,564	,389	,352	,984	.	,048	,966	,216	,328
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
14	Correlation	,443	,316	-,249	,219	,000	,406	,312	-	-	-	-,098	-	,518*	1,00	,491	,327	-
	Coefficient								,311	,441	,190		,293	0				,392
	Sig. (2-tailed)	,098	,252	,371	,432	1,00	,133	,257	,259	,100	,499	,729	,289	,048	.	,063	,234	,148
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
15	Correlation	,009	,347	,103	,243	-	,184	,047	-	-	-	-,186	-	,012	,491	1,00	,107	-
	Coefficient					,216			,263	,146	,010		,373		0			,131
	Sig. (2-tailed)	,974	,205	,715	,382	,440	,511	,868	,344	,603	,971	,508	,170	,966	,063	.	,704	,643
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	Correlation	-	,064	-,301	,431	,032	,271	,270	,079	-	-	-,066	-	,339	,327	,107	1,00	-
	Coefficient	,161								,417	,113		,066				0	,167
	Sig. (2-tailed)	,566	,820	,275	,109	,910	,329	,330	,779	,122	,690	,814	,814	,216	,234	,704	.	,553
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
17	Correlation	-	,097	,245	,448	-	-	-	,374	,689*	,272	,205	,447	-	-	-	-	1,00
	Coefficient	,109				,115	,091	,245		*				,271	,392	,131	,167	0
	Sig. (2-tailed)	,699	,730	,379	,094	,683	,748	,379	,169	,005	,327	,464	,095	,328	,148	,643	,553	.
	N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

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

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

LEGENDA : 1 – Coping Confrontativo, 2 – Distanciamento, 3 - Coping de Auto-controlo, 4 - Procura de Suporte Social, 5 - Assumir a Responsabilidade, 6 - Fuga e Evitamento, 7 - Resolução Planeada do Problema, 8 - Reavaliação Positiva, 9 - Processamento Emocional, 10 - Expressão Emocional, 11 - Coping Emocional, 12 - Procura de Apoio Emocional, 13 - Coping focado no Problema , 14 - Utilização de Drogas ou Álcool, 15 – Evitamento, 16 – Humor, 17 - Religião