

Interrupção Médica da Gravidez: Consequências Psicológicas a Longo Prazo

Flávia D. Afonso & José C. Rocha

*UnIPSa, Departamento de Psicologia
Instituto Superior de Ciências de Saúde – Norte, Gandra, Portugal*

Notas do Autor

Artigo baseado em dados da tese de doutoramento *Factores Psicológicos da Mulher Face à Interrupção Médica da Gravidez* (Rocha, 2004).

Qualquer correspondência relativa a este artigo poderá ser endereçada a Flávia Afonso, UnIPSa, Departamento de Psicologia, Instituto Superior de Ciências de Saúde – Norte, R. Central de Gandra, 1317, 4585-116 GANDRA PRD – PORTUGAL.

E-mail: flavia.afonso@hotmail.com

Resumo

Este estudo teve como objectivo avaliar como a mulher é afectada psicologicamente pela interrupção médica da gravidez por causa fetal (IMG) ao longo do tempo. Avaliaram-se 34 participantes 15 dias, 6 meses, e 7 anos após IMG, recorrendo ao Inventário de Depressão de Beck (BDI), à Escala de Luto Perinatal (PGS), à Escala de Impacto de Eventos Traumáticos – Revista (IES-R) e a um questionário de dados individuais. A investigação agregou, ainda, outras informações provenientes das avaliações precedentes, nomeadamente dados sócio-demográficos, factores contextuais, suporte social, processos de *coping* e conflito na decisão. A partir dos dados recolhidos calcularam-se as diferenças ao nível da sintomatologia depressiva, do luto perinatal e do trauma e procurou-se obter um modelo parcimonioso que permitisse prever aquelas em função de um conjunto variáveis independentes, 7 anos após a IMG. Constatou-se uma diminuição da sintomatologia na maioria das participantes ao longo das três fases avaliativas. No entanto, foram encontrados maiores índices de depressão até aos 6 meses, mantendo-se esta estável até aos 7 anos após a IMG. Quanto ao luto perinatal encontramos uma diminuição significativa entre os 6 meses e os 7 anos. Verificamos, ainda, que esta população, após 7 anos, evidencia elevados índices de sintomatologia traumática. O estilo de *coping* de evitamento foi identificado como factor preditor de psicopatologia ao nível da depressão e trauma, a longo prazo. Os resultados sugerem que após a IMG evidenciam-se níveis de morbidade psicológica num número substancial de mulheres ao nível da depressão, do luto e do trauma, pelo menos, durante os 7 anos que se seguem. O estilo de *coping* de evitamento surge como preditor de morbidade psicológica longo prazo.

Palavras-chave: Interrupção Médica da Gravidez, Trauma, Depressão, Luto Perinatal, Coping, Estudo Longitudinal

No devir dos últimos anos verificou-se um incomensurável progresso da ciência médica, o qual tem possibilitado uma melhoria substancial das condições de saúde das populações. Se a gravidez é genericamente um evento saudável, o processamento biológico da informação genética é falível, podendo, por conseguinte, ocorrer problemas no desenvolvimento embrionário-fetal (Rocha, 2004).

O desenvolvimento científico e tecnológico permite na contemporaneidade a existência de meios complementares de diagnóstico que possibilitam, entre outros aspectos, o acompanhamento precoce da gravidez, bem como a identificação de problemas de saúde que existam ou poderão vir a existir no feto ou na gestante, confrontando, muitas vezes, os casais com a decisão limite de interromper o projecto reprodutivo (Rocha, 2004). Por sua vez, o progressivo crescimento do número de casos de interrupção médica da gravidez, tem suscitado o interesse e curiosidade da comunidade científica. Uma das suas grandes preocupações é objectivar as repercussões que podem advir quer a nível físico, social e psicológico nas mulheres que vivenciam este processo.

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

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

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

realidade, torna-se importante identificar as consequências emocionais, principalmente dada a evidência que deste evento podem resultar sequelas psicológicas significativas (OMS, 2010).

Várias investigações que incorreram a sua avaliação sobre os primeiros meses após IMG, referem comumente elevados níveis de stress pós-traumático e de depressão na mulher (Korenromp, Page-Christiaens, van den Bout, Mulder & Visser, 2005; Korenromp et al., 2009). Contudo, a maioria dos estudos longitudinais, neste contexto, sinalizou uma diminuição da sintomatologia psicopatológica a curto prazo (White-van Mourik et al., 1992; Iles & Gath, 1993; Lorenzen & Holzgreve, 1995; Salvesen et al., 1997; Hunfeld, Wladimiroff & Passchier, 1997; Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003). Hunfeld, num estudo longitudinal, reportou uma significativa diminuição dos sintomas psicológicos ao longo dos quatro anos de avaliação após IMG por causa fetal. Contudo, salienta que cerca de um quarto das 29 participantes ainda apresentava eminentes índices de sintomatologia psicopatológica aquando da última etapa avaliativa (1995).

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

De acordo com Korenromp et al. (2009), um estudo longitudinal 4, 8 e 16 meses após IMG evidenciou que das 147 mulheres avaliadas 46% apresentaram níveis significativos de stress pós-traumático, diminuindo para 20,5% após 16 meses. Quanto à depressão, esses números eram de 28% e 13% respectivamente (Korenromp et al., 2009). Também Kersting et al. (2009) reportou elevados índices de stress pós-traumático 6 e 14 meses após IMG. Complementando os resultados dos estudos supracitados, Kersting et al. (2005; 2009) desenvolveram várias investigações concluindo que, embora a maioria das mulheres evidencie uma diminuição da sintomatologia psicopatológica a curto prazo, um número significativo de mulheres desenvolve não apenas sintomas psicológicos graves como também relevantes perturbações psiquiátricas (maioritariamente afectivas e de ansiedade) a longo prazo, sublinhando a necessidade de um apoio específico neste contexto particular da IMG por causa fetal.

A literatura sobre a IMG refere ainda resultados muito variados quanto ao luto perinatal, contudo a grande maioria reporta evidências deste sintoma nos primeiros meses após o

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

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

Quando comparado com outros tipos de abortamento, a literatura continua a evidenciar a primazia da IMG por causa fetal nos indicadores de morbidade psicológica (Loyd & Laurence, 1985; Broen, Moum, Bødtker & Ekeberg, 2004; Kersting et al., 2009). No entanto, esta diversidade de respostas emocionais pode ser associada a uma extensa panóplia de factores, nomeadamente circunstâncias pessoais e atribuições familiares, sociais e culturais (Madden, 1994). Os estudos sobre a IMG por causa fetal valorizam e assumem como variáveis moderadoras e preditoras da morbidade psicológica a longo prazo: a presença de antecedentes psiquiátricos; o diminuto apoio por parte do companheiro e dos profissionais de saúde envolvidos; os baixos níveis de instrução e de auto-eficácia, as dificuldades no processo decisório; o diagnóstico de anomalias compatíveis com a vida; a inexistência de reconhecimento social da perda; as crenças religiosas; as atitudes condenatórias por parte dos membros do grupo social de pertença e as complicações físicas decorrentes da interrupção da gravidez (Noya & Leal, 1998; Major, Cozzarelli, Cooper & Zubeck, 2000; Wierzbicka & Sokoloeska, 2004; Korenromp et al., 2005; 2007). Também a idade da mulher, o tempo de gestação e o historial de interrupções são considerados factores importantes na resposta à IMG (OMS, 2010). Quanto à idade gestacional a morbidade psicológica é considerada proporcional ao avanço gestacional (Cosme & Leal, 1998, Worden, 2006; Korenromp et al., 2005). Davis et al. (2005) sugerem que a IMG efectuada no segundo trimestre de gravidez está mais associada ao risco de desenvolver sintomatologia traumática, comparativamente com a IMG no primeiro trimestre. No que concerne à idade da gestante é sugerido que mulheres mais novas têm mais dificuldade em lidar com o evento comparativamente às mais velhas (Noya & Leal, 1998, Wierzbicka & Sokoloeska, 2004). O historial de interrupções é essencialmente valorizado no âmbito do luto e da depressão (Klock, Chang, Hiley & Hill, 1997; Noya & Leal, 1998; Mendes, 2002). No entanto, outros estudos não consideram a

existência de perdas fetais anteriores como um factor de risco relevante (Cuisinier, Kuijpers, Hoogduin, Graauw & Janssen, 1993; Lasker & Toedter, 2000).

Várias investigações consideram as reacções psicológicas pós-abortamento mediadas por variáveis de carácter demográfico, sócio-cultural (Noya & Leal, 1998; Wierzbicka & Sokoloeska, 2004) e psicológico (Noya & Leal, 1998; Major, Cozzarelli, Cooper & Zubeck, 2000). Comumente a maioria destas mulheres, desde que dispo de recursos pessoais e relacionais adequados, apresenta uma melhoria progressiva do estado emocional, evidenciando uma diminuição da ansiedade, culpa e vergonha (Brockington, 1996; Costa, Hardy, Osis & Faúndes, 2005). Porém, em pessoas psicologicamente mais vulneráveis, estas respostas podem intensificar-se e contribuir para emergência de graves problemas físicos e emocionais (Brockington, 1996). Por outro lado, outras investigações sugerem que o nível de instrução e as condições sócio-culturais em nada influenciam a manutenção ou exacerbação da sintomatologia psicopatológica no contexto da IMG (Black, 1989; Zlotogora, 2002). Os factores risco com maior peso também parecem ser os relacionados com o processo de decisão, no entanto os dados disponíveis referem-se apenas a avaliações a curto e médio prazo (Franz & Reardon, 1992; Vaughan, 1990; Rocha, 2004). Segundo Rocha, apesar de haver outros aspectos de grande importância no estudo desta temática, do ponto de vista da mulher a sua problemática parece redundantemente centrar-se nestas duas questões: a decisão e o pós interrupção (2004).

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

Em suma, partindo da conceptualização da gravidez como um processo contínuo, que se inicia com a singamia e culmina no nascimento, a IMG apresenta-se o como um contexto particular, longe de ser entendido na sua totalidade devido ao seu carácter decisivo, complexo e de consequências imprevisíveis. Por outro lado, a escassa investigação longitudinal, as várias limitações de cariz metodológico e os resultados pouco consistentes enfatizam a necessidade de crescimento investigacional neste âmbito.

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

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

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

Metodologia

Participantes

O estudo em questão, insere-se numa avaliação longitudinal, iniciada há sete anos, e que abrangeu inicialmente duas fases avaliativas: aos 15 dias e aos 6 meses após a IMG. Presentemente foi concretizada uma terceira fase avaliativa, 7 anos após o evento. Na primeira fase a amostra era constituída por 86 mulheres, na segunda verificou-se um decréscimo, reduzindo-se a amostra a 73 participantes. Sete anos após IMG, a amostra do nosso estudo é constituída por 34 mulheres. Neste contexto, e para evitar uma possível inflação dos resultados devido ao decréscimo da amostra, optamos por realizar correlações inter-avaliações exclusivas às 34 participantes presentes nos três momentos avaliativos.

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

Assim, relativamente aos dados sócio-demográficos, da observação da tabela 1 (inserir tabela 1), podemos verificar que as mulheres entrevistadas apresentavam, em média, cerca de 32,3 (DP \pm 5,1) anos de idade, variando entre os 24 e os 43 anos, tendo cerca de 62% das mulheres entrevistadas 30 ou mais anos de idade. A larga maioria das mulheres era casada (82,4%), sendo que cerca de 11,8% era solteira e 5,9% vivia em união de facto. No que concerne à

escolaridade a nossa amostra evidencia que, mais de metade das mulheres detinha habilitações literárias iguais ou superiores ao 12.º Ano. Mais especificamente 25,8% destas tinha completado o 12º ano, 6,5% o Bacharelato, e 25,8% a Licenciatura. No que diz respeito à situação profissional, praticamente a totalidade das mulheres entrevistadas estava empregada (cerca de 94%), e apenas cerca de 6% estava desempregada. Por fim, e relativamente à proveniência dos dados recolhidos, verifica-se que aproximadamente um terço das mulheres entrevistadas foi atendido no Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães (29,4%), sendo que, para além desta instituição hospitalar, a maioria das mulheres efectivou a IMG no Hospital de Santa Maria - Lisboa (20,6%) e na Maternidade Alfredo da Costa - Lisboa (14,7%).

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

Procedimentos

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

Conflito na Decisão (DCS) e Inventário de Respostas de *Coping* – versão adultos (CRIA); 2ª fase avaliativa - Inventário de Depressão de *Beck* (BDI) e Escala de Luto Perinatal (PGS).

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

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

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

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

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

Na segunda parte, foi realizado o estudo psicométrico dos instrumentos utilizados. Os instrumentos seleccionados para este estudo foram o Inventário de Depressão de *Beck* (Beck et al., 1961) com o objectivo de distinguir as populações deprimidas e não deprimidas; a escala de Luto Perinatal – PGS (Toedter & Lasker, 1988; Rocha, 2004) para avaliar as dimensões de luto activo, dificuldades de *coping* e desespero; e a Escala de Impacto de Eventos Traumáticos –Revista – IES-R (Weiss & Marmar, 1997) para mensurar a

sintomatologia pós-traumática ao nível das dimensões: evitamento, intrusão e hipervigilância, respectivamente. Uma vez que já existiam estudos aferidos destes instrumentos à população portuguesa, nomeadamente, BDI (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a), PGS (Rocha, 2004) e IES-R (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso & Rocha, 2007), apenas fizemos uma adaptação destes aos nossos dados.

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

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

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

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

Por fim, foi utilizada a Regressão Linear Múltipla com selecção de variáveis *Backward*, por

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

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

Resultados

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

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

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

Na tabela 8 (inserir tabela 8) estão representados os valores da consistência interna para a escala total e subescalas do PGS nos dois momentos de avaliação. Verifica-se que os valores

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

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

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

Relativamente aos resultados do estudo exploratório na tabela 13 (inserir tabela 13) estão representadas, para os três momentos a estudar, as principais estatísticas descritivas para os 21 itens que constituem a BDI. Assim, concluiu-se que, de uma forma geral, os sintomas que apresentaram uma sintomatologia mais grave foram: BDI 15 dias -“Estado de ânimo triste” (média = 1,3), “Perturbação do sono” (média = 1,1), “Sentimento e fracasso”, “Desejos suicidas” (média = 1,0), “Crises de choro” (média = 0,9), “Perda de apetite” (média = 0,8), “Fatigabilidade” (média = 0,7); BDI 6 meses -“Desejos suicidas” (média = 0,7), “Crises de choro” (média = 0,5); BDI – 7 anos “Perturbação do sono” (média = 0,7), “Estado de ânimo triste”; “Crises de choro”, “Fatigabilidade” (média = 0,6). De igual forma, verifica-se que o sintoma que apresentou uma menor prevalência foi a “Auto-acusação” (média = 0,0).

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

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

Na tabela 15 (inserir tabela 15) apresentam-se os valores da média e respectivos desvios padrão das variáveis sócio-demográficas e clínicas para a depressão 7 anos após a interrupção da gravidez. Os resultados evidenciam que, em relação à idade gestacional, as mulheres da amostra com uma idade gestacional igual ou inferior a 18 semanas tinham níveis de depressão

significativamente superiores às que apresentavam uma idade gestacional superior a 18 semanas ($p = 0,034$). Relativamente à história de IMG, apesar do valor- p ser ligeiramente superior ao nível de significância estabelecido (5%), devido à sua proximidade, podemos considerar que existe uma diferença significativa entre as mulheres que tinham um historial de IMG e as que não tinham historial de IMG ($p = 0,052$), sendo que, na primeira situação, as mulheres apresentavam valores de depressão significativamente superiores às da segunda situação.

Na tabela 16 (inserir tabela 16) estão representadas as principais estatísticas descritivas para os itens que constituem a PGS aos 6 meses e 7 anos. Assim concluiu-se que, de uma forma geral, as mulheres da amostra discordaram (mediana = 4) relativamente aos seguintes aspectos: PGS 6 meses -“Eu sinto muito a falta do bebé” (média = 3,5), “É doloroso relembrar memórias da perda” (média = 4,0), “Fico perturbada/o quando penso no bebé” (média = 3,4), “Eu choro quando penso sobre ele/ela” (média = 3,4); PGS – 7 anos “É doloroso relembrar memórias da perda” (média = 4,0), “Fico perturbada/o quando penso no bebé” (média = 3,3).

A comparação entre os valores médios de Luto Perinatal nos dois momentos avaliados (6 meses e 7 anos), realizou-se em duas etapas: primeiro, comparou-se a PGS total nos dois momentos avaliados e, em segundo lugar, compararam-se os valores das subescalas do PGS nos dois momentos. Na tabela 17 (inserir tabela 17) estão representadas as estatísticas descritivas e o resultado do teste paramétrico para 2 amostras emparelhadas relativos à comparação entre a PGS nos dois momentos de tempo avaliados (6 meses e 7 anos). Verifica-se que a PGS aos 7 anos é significativamente superior à PGS aos 6 meses ($p = 0,000$). Como a escala de avaliação do PGS varia entre 1 = Concordo totalmente e 5 = Discordo totalmente e as afirmações estão em sentido negativo (excepto as afirmações nº11 e 33), quanto maior o valor do PGS, menor o Luto Perinatal.

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

Na tabela 19 (inserir tabela 19) apresentam-se os valores da média e respectivos desvios padrão das variáveis sócio-demográficas e clínicas para PGS 7 anos após a interrupção da gravidez. Os resultados evidenciam que em relação à idade gestacional, as mulheres da amostra que tinham uma idade gestacional igual ou inferior a 18 semanas tinham níveis de PGS significativamente superiores às que apresentavam uma idade gestacional superior a 18 semanas ($p = 0,043$). Relativamente à história de IMG, verifica-se que as mulheres que

tinham um historial de IMG apresentam valores de PGS significativamente superiores às que não tinham o historial ($p = 0,019$).

Na tabela 20 (inserir tabela 20) estão representadas as principais estatísticas descritivas para os itens que constituem a IES-R apenas para os 7 anos após a interrupção da gravidez. De uma forma geral, conclui-se que a sintomatologia pós-traumática era mais elevada ($2 < \text{mediana} < 3$) relativamente aos seguintes aspectos: “16. Tive momentos de emoções intensas sobre o que aconteceu” (média = 2,4); “9. Surgiram-me imagens do que aconteceu” (média = 2,1); “5. Evitei ficar perturbada(o) quando pensava ou me lembrava disso” (média = 1,9); “6. Pensei sobre o que aconteceu quando não o desejava” (média = 1,8).

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

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

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

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

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

A Regressão Linear Múltipla com selecção de variáveis *Backward* foi utilizada para obter um modelo parcimonioso que permitisse prever a depressão, o luto peri-natal e o trauma 7 anos

após IMG, em função das variáveis independentes (*Conflito de decisão, Viu o feto, Internamento, Análise lógica, Reaproximação positiva, Procura de ajuda e suporte, Resolução de problemas, Evitamento cognitivo, Aceitação e resignação, Procura de recompensas alternativas, Descarga emocional*).

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

Relativamente ao luto peri-natal aos 7 anos após a IMG não permitiu identificar as variáveis preditoras (inserir tabela 25). O modelo não é significativo ($F(1,30) = 1,8$; $p = 0,192$; R^2 ajustado = 0,024).

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

Discussão

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

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

uma intensidade cada vez menor. Não obstante, a literatura revisada não reporta qualquer discriminação dos sintomas depressivos relativos a este período.

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

À semelhança do estudo Korenrump et al. (2005), reportamos um número significativo de participantes (17,3%) com depressão e trauma, sete anos após IMG. No caso específico da

nossa avaliação os índices de sintomatologia traumática foram ainda superiores, rondando os 34%.

Assim, e considerando o global dos resultados obtidos, é de realçar a severidade das reacções emocionais consequentes da IMG, mesmo 7 anos após. Os dados obtidos reafirmam que grande parte das mulheres entrevistadas se adaptou bem à perda, destacando contudo, à semelhança da literatura, que um número substancial de participantes continua a evidenciar considerável morbidade psicológica, a longo prazo (Kersting et al., 2005; 2009). Ressalvase, ainda, e confirmando as conclusões de Korenromp et al. (2005), que os nossos resultados demonstram que, a longo prazo, estas mulheres vivenciam a IMG, mais como um conjunto misto de sintomatologia depressiva e de trauma do que propriamente como um luto.

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

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

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

Com base nas respostas ao questionário de dados individuais da terceira avaliação, salienta-se que a grande maioria das entrevistadas considera que a IMG materializou um momento difícil (97%), mas que permitiu um crescimento (88%) suportado pelo “apoio certo dos outros” (82%). Dados que vêm de encontro às conclusões de Costa et al. (2005), postulando os autores que a presença de recursos pessoais e relacionais adequados se salda numa diminuição da psicopatologia a longo prazo. Ainda relativamente a este grupo de dados, a larga maioria das mulheres inquiridas considera que este acontecimento não interferiu negativamente no seu relacionamento de casal, à semelhança do explanado por vários autores que concluem que o abortamento parece não ter uma repercussão directa no relacionamento, podendo mesmo no caso particular da IMG ter um efeito positivo sobre o mesmo (Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995; Bradshaw & Slade, 2003).

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

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

No que concerne aos factores preditores de psicopatologia a longo prazo, dois resultados têm forte significado estatístico e relevância no sentido de futuras abordagens às dificuldades emocionais na IMG: as variáveis “procura de recompensas alternativas” (*coping* cognitivo) e “aceitação e resignação” (*coping* comportamental), sendo significativamente predictoras de depressão e trauma, respectivamente, sete anos após IMG. Infere-se que as estratégias de *coping* de evitamento serão mais preditivas de morbidade psicológica a longo prazo, ou seja,

as mulheres que mais evitam o problema são as que manifestam maior perturbação emocional nas avaliações de depressão e trauma, 7 anos após IMG. Estes dados vêm de encontro à literatura existente, que sublinha o papel central dos estilos de *coping* no processo de adaptação ao abortamento (Adler, 1990; Major, 1985; Miller, 1992; Lasker et al, 2000; Swanson, 2000; Rocha, 2004). Embora sejam valorizados, por vários estudos, os estilos de tomada de decisão, não evidenciaram nesta população um papel preditivo a longo prazo. Uma vez que a literatura não dispõe de resultados a longo prazo neste âmbito, no futuro será importante desenvolver mais investigação para esclarecer os aspectos que interferem nesta conclusão.

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

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

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

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

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

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

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

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

Para uso clínico, as conclusões supracitadas podem revestir-se de especial interesse. A possibilidade de elevação da IMG como acontecimento preditivo de PPST pode atribuir uma maior visibilidade a esta realidade, permitindo um maior investimento investigacional na área. O historial de IMG, percebido como factor de risco de morbilidade psicológica a longo prazo, pode reflectir a necessidade de um maior e específico acompanhamento psicológico nas mulheres que vivenciam esta realidade cumulativamente.

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

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

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

literatura defende que a estrutura psicológica de cada um dos elementos da díade, em conjunto ou individualmente, parece influenciar a adaptação à IMG. O enfoque sobre outros factores que possam ser significativos em termos das repercussões psicológicas e variáveis preditoras são aspectos a valorizar no contexto investigacional da interrupção médica da gravidez por causa fetal.

Bibliografia

- Adler, N., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., et al. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248, 41-44.
- Bernstein, H., & Weinstein, M. (2007). Normal pregnancy and prenatal care. In A. H. Decherney and T. M. Goodwin (Eds.), *Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology: Obstetrics & Gynecology* (187-202). New York: McGraw-Hill.
- Black, R.B. (1989). A 1 and 6 month follow-up of prenatal diagnosis patients who lost pregnancies. *Prenatal Diagnosis*, 9, 795-804.
- Blumberg, B. D., Golbus, M. S., & Hanson, K. H. (1975). The psychological sequelae of abortion performed for a genetic indication. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 122, 799-808.
- Bradshaw, Z., & Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 929-958.
- Bravo, S. (2001). *Técnicas de investigación social: teoría y ejercicios* (4ª ed.). Madrid: Paraninfo - Thomson learning.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1993). *A Relação Mais Precoce: Os pais, aos bebés e a intervenção precoce*. (F. Duarte, Trad.). Lisboa: Terramar (Obra original publicada em 1989).
- Brockington, I. F. (1996). *Motherhood & mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Broen, A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., & Ekeberg, Ö. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 265-271.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1992). *Análise de Dados em Ciências Sociais. Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. Celta Editora: Oeiras.
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha, J. C. (2007). Impact of Event Scale - Revised (IES-R): Portuguese Validation. *European Congress of Traumatic Stress*. Opatija, Croacia, 5-9 June 2007.
- Collins, L. M., & Cliff, N. (1990). Using the longitudinal guttman simplex as a basis for measuring growth. *Psychol Bull*, 108, 128-134.
- Cosme, M. J., & Leal, I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio pós-traumático de stress. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 447-462.
- Costa, E., Hardy, A., Osis, F. & Faúndes, A. (2005). Dimensões sócio-cognitivas na adesão à contraceção. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 247- 260.

- Cuisinier, M. C., Kuijpers, J. C., Hoogduin, C. A., de Graauw, C. P., & Janssen, H. J. (1993). Miscarriage and stillbirth: time since the loss, grief intensity and satisfaction with care. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 52(3), 163-168.
- Donnai, P., Charles, N., & Harris, R. (1981). Attitudes of patients after "genetic" termination of pregnancy. *British Medical Journal*, 282, 621-622.
- Franz, W., & Reardon, D. (1992). Differential impact of abortion on adolescents and adults. *Adolescence*, 27(105), 161-172.
- Geerinck-Vercammen, C. R., & Kanhai H. H. H. (2003). Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment. *Prenat Diagn*, 23, 543-548.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (1998). *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hunfeld, J. A., Wladimiroff, J. W., & Passchier, J. (1997). Prediction and course of grief four years after perinatal loss due to congenital anomalies: a follow-up study. *Br J Med Psychol*, 70, 85-91.
- Hunfeld, J. A. M. (1995). *The grief of late pregnancy loss. A four year follow-up*. Wageningen: Ponsen and Looijen BV.
- Iles, S., & Gath, D. (1993). Psychiatric outcome of termination of pregnancy for fetal abnormality. *Psychological Medicine*, 23(2), 407-13.
- Kersting, A., Dorsch, M., Kreulich, C., et al. (2005). Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies - a pilot study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 26, 9-14.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., et al. (2009). Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth—a 14-month follow up study. *Arch Women's Ment Health*, 12, 193-201.
- Klock, S. C., Chang, G., Hiley, A., & Hill, J. (1997). Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychosomatics*, 38 (5), 503-507.
- Korenromp, M. J. (2006). *Parental adaptation to termination of pregnancy for fetal anomalies*. Tekst: Proefschrift Universiteit Utrecht.
- Korenromp, M. J., Iedema-Kuiper, H. R., van Spijker, H. G., Christiaens, G. M. L., & Bergsma, J. (1992). Termination of pregnancy on genetic grounds; coping with grieving. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 13, 93-105.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H. J., Hunfeld, A. M., Potters, C. M. A. A., et al. (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenatal Diagnosis*, 27, 709-716.

Korenromp, M.J., Page-Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., & Visser, G. H. A. (2009). Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *Am J Obstet Gynecol*, 201,160-167.

Korenromp, M. J., van den Christiaens, G. C, Bout, J., Mulder, E. J., Hunfeld, J. A., Bilardo, C. M., et al. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenatal Diagnosis*, 25, 253–260.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1985). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Ed. Atlas.

Lasker, J.N., & Toedter, L.J. (2000). Predicting Outcomes After Pregnancy Loss: Results from Studies Using the Perinatal Grief Scale. *Illness, Crisis, & Loss*, 8(4), 350-372.

Lorenzen, J., & Holzgreve, W. (1995). Helping parents to grieve after second trimester termination of pregnancy for fetopathic reasons. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 10(3), 147-56.

Madden, R. (1994). The Health and Social Consequences of Teenage Childbearing. *Family Planning Perspectives*, 4(3), 45-53.

Major, B., Mueller, P., & Hildebrandt, K. (1985). Attributions, expectations, and coping with abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 48(3), 585-599.

Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, L., & Zubeck, J. (2000) Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57, 777-784.

Mendes, I. M. (2002). *Ligação materno-fetal*. Coimbra: Quarteto.

Mekosh-Rosenbaum, V., & Lasker, J. N. (1995). Effects of pregnancy outcomes on marital satisfaction: A longitudinal study of birth and loss. *Infant Mental Health Journal*, 16 (2), 127-143.

Miller, W. B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues*, 48(3), 67-93.

Neugebauer, R. (2003). Depressive symptoms at two months after miscarriage: interpreting study findings from an epidemiological versus clinical perspective. *Depress Anxiety*, 17(3), 152-161.

Noya, A., & Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 431-439.

O'Reilly, B., Rymer, J., & Bottomley, C. (2008). *Livro de Bolso Ginecologia e Obstetrícia*. Lisboa: Wook.

Organização Mundial de Saúde (2010). *Mental Health aspects of women`s reproductive health. A Global Review of the Literature*. On-line: <http://www.who.int/publications/en/>

- Peck, A., & Marcus, H. (1966). Psychiatric sequelae of therapeutic interruption of pregnancy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 143 (5), 417-425.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais. A complementariedade do SPSS*. Edições Sílabo: Lisboa.
- Rocha, J. (2004). *Factores Psicológicos da Mulher Face à Interrupção Médica da Gravidez* (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Salvesen, K. A., Oyen, L., Schmidt, N., Malt, U. F., & Eik-Nes, S. H. (1997). Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 9(2), 80-85.
- Schechtman, K., Gray, D., & Baty, J. R. (2002) Decision-making for termination of pregnancies with fetal anomalies: analysis of 53,000 pregnancies. *Obstetrics and Gynecology*, 99, 216-222.
- Slade, P. (1994). Predicting the psychological impact of miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12, 5-16.
- Statham, H., & Green, J. M. (1994). The effects of miscarriage and other "unsuccessful" pregnancies on feelings early in a subsequent pregnancy. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 12(1), 45-54.
- Swanson, K. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: A path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9 (2), 191-206.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 435-449.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaughan, H.P. (1990). *Canonical Variates of Post Abortion Syndrome*. Portsmouth, NH: Institute for Pregnancy Loss.
- Vaz Serra, A., & Abreu, J. L. P. C. (1973). Aferição do quadros clínicos depressivos: I. Ensaio da aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra Portuguesa de doentes deprimidos. *Separata da Coimbra Médica*, XX(VI), 623-644.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson and T. Keane (Eds.) *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- White-van Mourik, M. C. A., Connor, J. M., & Ferguson-Smith, M. A. (1992). The psychological sequelae of a second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality over a two-year period. *Birth Defects: Original Articles Series*, 28, 61-74.

Wierzbicka, E., & Sokoloeska, J. (2004). Effectiveness of post-abortion syndrome counselling in New York area. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 561-580.

Worden, J. W. (2006). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd Edition). East Sussex: Routledge.

World Medical Association (2000). *Helsinki Declaration*. On-line: www.wma.net

Zlotogora, J. (2002) Parental decisions to abort or continue a pregnancy with an abnormal finding after an invasive prenatal test. *Prenatal Diagnosis*, 22, 1102-1106.