



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A relação entre a experiência de
uma IVG e Planeamento Familiar,
Relações Íntimas e Mecanismos de
Coping

Um ano depois

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia da Educação e Desenvolvimento Humano -

por

Cristiana da Costa Sequeira

sob orientação de
Doutora Maria Raúl Andrade Martins Lobo Xavier

Faculdade de Educação e Psicologia
Porto, julho de 2013

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pelo exemplo de mulher que desde sempre foi para mim, porque foi ao ver a sua força que me quis tornar também mais forte, e porque mesmo sabendo que não era preciso alcançar nada para ter o seu amor, é este que me faz acreditar que consigo alcançar tudo.

Ao meu irmão, pela proteção constante, por me ensinar tanto sem reparar, por ter sido sempre o meu herói capaz de resolver tudo. Acima de tudo, por me ter permitido ter um melhor amigo desde o dia em que nasci, até ao fim...qualquer que seja o caminho que a vida tome.

Ao Hugo, porque em todas as grandes viagens é necessário encontrar um porto seguro. Por ter sido o meu refúgio, onde sempre me senti forte, corajosa.

À Joana, porque os verdadeiros guerreiros ficam ao lado um do outro até ao fim da batalha.

À Ágata, porque além de parte da família, se tornou um apoio essencial.

A todos - Rosário, Ana Luís, Margarida, Mariana e tantos outros – que da sua forma tão especial, contribuíram para todos os pequenos passos que permitiram chegar até aqui.

À Professora Maria Raúl Xavier, pelo apoio disponibilizado e introdução ao seu tão estimado *Mundo da Investigação*.

À Professora Elisa Veiga, pelas horas disponibilizadas para enriquecer ainda mais as aprendizagens decorrentes desta tarefa.

A todas as participantes desta investigação, pelas partilhas genuínas que permitiram a sua realização.

RESUMO

O presente estudo assume como objetivo geral compreender o impacto de uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) após um ano da sua vivência, mais concretamente no que se refere ao Planeamento Familiar, Relações Íntimas, Mecanismos de *Coping* e Suporte Social. A relação entre IVG e resultados de vida subseqüentes é um dos mais discutidos (Casey, 2010), parecendo ainda existir uma lacuna na investigação acerca desta temática a nível nacional. Neste sentido, foram realizadas entrevistas, partindo de um guião semiestruturado, a 11 participantes que tivessem realizado uma IVG há um ano, procedendo-se posteriormente à análise semi-indutiva dos dados, seguindo, assim, uma metodologia qualitativa.

Da análise do discurso das participantes emergiram como principais resultados da investigação as alterações na contraceção utilizada pelas mulheres após a IVG (quer no que concerne ao tipo como à forma de utilização) e a ambivalência em relação ao impacto nas Relações Íntimas, verificando-se que este estava mais dependente de problema prévios do que da experiência de IVG propriamente dita. A nível dos Mecanismos de *Coping*, foram identificadas diferentes estratégias utilizadas pelas participantes, destacando-se que a maioria considerou lidar bem com a experiência, ainda que descrevam igualmente diferentes reações emocionais de cariz negativo no período pós-IVG. É ainda possível relacionar este último aspeto com o Suporte Social, uma vez que este surgiu como essencial no discurso da maioria das participantes, no sentido de contribuir para um ajustamento adequado ao período pós-IVG.

Assim, foi possível concluir que a IVG se constitui como um fenómeno complexo, capaz de causar impacto em diversas áreas de vida (com destaque para o Planeamento Familiar), mas sendo também o ajustamento influenciado por fatores externos presentes na vida das mulheres que experienciaram uma IVG (destacando-se aqui a relação com o companheiro, a sua capacidade de *coping* e o suporte social).

ABSTRACT

The present study has the general objective of understanding the impact of an induced abortion after one year of its occurrence, more specifically regarding Family Planning, Intimate Relations, Coping Mechanisms and Social Support. The relation between induced abortion and subsequent life results is one of the most discussed (Casey, 2010), seeming that there is still a gap in the investigation of this theme nationally. Therefore, interviews were conducted, starting from a semi-structured script, to 11 participants that had made an induced abortion one year ago, proceeding afterwards to the semi inductive analysis of the data, following, thereby, a qualitative methodology.

From the analysis of the participants speeches, emerged as main results the changes in contraception used by the women after the induced abortion (regarding both the type and how to use it) and the ambivalence towards the impact in Intimate Relations, verifying that this was more dependent of previous problems than the experience of induced abortion itself. At the level of Coping Mechanisms, different strategies used by participants were identified, highlighting that most of them considered to have coped well with the experience, though they also describe different negative emotional reactions in the period after the induced abortion. It is also possible to relate this last aspect to the Social Support, since this emerged as essential in the participants speech, once it was considered to contribute for an appropriate adjustment to the period after the induced abortion.

Therefore, it was possible to conclude that the induced abortion constitutes itself as a complex phenomenon, able to cause impact in different areas of life (particularly in family planning), but also being influenced by external factors presents in the life of the women that had experienced induced abortion (highlighting here the relation with the partner, their coping ability and social support).

ÍNDICE GERAL

Introdução	1
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	4
1. IVG: Contextualização Internacional.....	4
1.1. Evolução Histórica Internacional.....	4
1.2. Principais focos de interesse e discrepância de resultados.....	5
2. A IVG em Portugal.....	8
2.1. Contextualização Histórica e Legal.....	8
2.2. A investigação em IVG em Portugal.....	10
3. Impacto da vivência de uma IVG.....	11
3.1. Efeitos psicológicos mais estudados.....	11
3.2. Planeamento Familiar.....	12
3.3. Relações Íntimas.....	15
3.4. Mecanismos de <i>Coping</i> e importância do parceiro, família e rede social de apoio.....	16
Capítulo 2 – Estudo Empírico	19
1. Apresentação dos Objetivos e Questões de Investigação.....	19
2. Metodologia.....	20
2.1. Participantes.....	20
2.2. Instrumentos.....	21
2.3. Procedimentos.....	22
2.3.1. Procedimento de Recolha de Dados.....	22
2.3.2. Procedimento de Tratamento de Dados.....	24
3. Resultados.....	25
4. Análise e Discussão dos Resultados.....	31
Conclusão	46
Referências Bibliográficas	50
Anexos	

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Caracterização das participantes.....	21
--	----

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 – Guião da Entrevista

ANEXO 2 – Formulário de Consentimento Informado

ANEXO 3 – Sistema Geral de Categorias

ANEXO 4 – Descrição das Categorias

ANEXO 5 – Esquematização da Análise de Conteúdo

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

HSJ - Hospital São João

IG - Interrupção da Gravidez

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

SM – Saúde Mental

INTRODUÇÃO

A investigação apresentada tem como principal objetivo compreender o impacto de uma Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) após um ano da sua vivência, inserindo-se numa linha de investigação mais global, havendo neste estudo específico o interesse em perceber as possíveis relações entre IVG, Planeamento Familiar, Relações Íntimas, Mecanismos de *Coping* e, decorrente deste último, Suporte Social.

Em Portugal, a IVG tornou-se legal em 2007, com a publicação da Lei da Assembleia da República número 16/2007 de 17 de Abril, que permite a realização de uma interrupção por opção da mulher até às 10 semanas (Lei nº 16/2007 de 17 de Abril).

Muitos investigadores (e.g. Canavarro, 2010; Major, 1990; 1998; 2009; Coleman, 2005; 2009; 2011; Fergusson, 2006; 2008;) têm dedicado o seu estudo a este fenómeno, sobretudo ao momento da tomada de decisão e possível impacto na vida das mulheres. A relação entre IVG e resultados de vida subsequentes, particularmente aqueles que a associam a problemas de saúde mental, é um dos mais discutidos (e.g. Casey, 2010), apesar de não haver ainda consonância entre os vários autores (Bradshaw & Slade, 2003; Charles, Polis, Sridhara & Bluma, 2008; Coleman, 2011; Knowles, 2001; Robinson, Stotland, Russo, Lang & Occhiogrosso, 2009;). Contudo, muitos outros aspetos têm sido associados a esta temática na literatura existente, nomeadamente o planeamento familiar, as relações íntimas, os mecanismos de *coping* e o suporte social - alvo de interesse deste trabalho.

Entre as questões referidas, podemos destacar o planeamento familiar, que deve ser encarado como algo mais abrangente do que a contraceção, constituindo-se como uma forma de assegurar que as pessoas têm acesso à informação, a métodos de contraceção eficazes e seguros, e a serviços de saúde que contribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável, levando a uma maior capacidade de tomada de decisão acerca da constituição de família (Ministério da Saúde, 2008). Uma vez que a causa principal de gravidezes indesejadas que posteriormente se traduzem na realização de uma IVG, está intimamente relacionada com a escolha do método contraceptivo e a forma da sua utilização (Speidel, Harper & Shields, 2008), torna-se fulcral que esta questão seja encarada com grande seriedade, no sentido de conduzir a um planeamento familiar que se revele eficaz, nomeadamente na inclusão de métodos contraceptivos adequados após a realização de uma IVG.

Têm também surgido associações com alterações nas relações íntimas, dado que e a realização de uma IVG é inequivocamente uma experiência de vida stressante, com um considerável potencial para provocar tensões nestas relações (e.g. Geller, 2004; Leathers & Kelley, 2000, cit in Coleman, Rue & Coyle, 2009). Por último, no que toca aos aspetos relacionados com os mecanismos de *coping* utilizados por mulheres que tenham experienciado uma IVG, estes assumem uma grande pertinência pois, apesar de alguns trabalhos descreverem que a maioria das mulheres relata alívio, tem sido evidenciado que tal não é universal, tendo sido, por exemplo, descrito um aumento nos sentimentos de insatisfação por 10,8% no primeiro mês e 16,3% dois anos após a IVG (Casey, 2010). Tendo em conta

o facto das estratégias de *coping* mobilizadas pelas mulheres no período pós-IVG serem descritas como mediadoras determinantes do ajustamento a este período (Major, Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubeck, 1998), é então crucial promover um conhecimento mais aprofundado destas. Este conhecimento contribui então para o objetivo de promover mecanismos de *coping* adequados que diminuam o impacto nocivo da experiência de uma IVG, dada a sua associação com dimensões da saúde mental (Patrão, King & Almeida, 2008). Relacionada com este aspeto, surge também a pertinência de atentar às questões do Suporte Social, uma vez que é crucial ter em conta os recursos de que a mulher dispõe no futuro, sendo que o suporte social e as relações não conflituosas com o parceiro têm sido identificados como fatores que contribuem para um ajustamento adequado à IVG (Cozzarelli, Sumer & Major, 1998). Além disso, compreender a sua perceção das características do suporte social /relações interpessoais na tomada de decisão poderá ainda fornecer dados pertinentes para o acompanhamento do complexo processo que esta envolve.

Mesmo com os vários estudos que se têm vindo a desenvolver a nível internacional, constata-se ainda várias lacunas no conhecimento existente acerca da IVG, sendo perceptível a falta de consenso entre os vários autores. Dada a ambivalência de resultados em relação às consequências psicológicas da IVG, bem como a lacuna de investigação acerca desta temática a nível nacional, parece necessário o desenvolvimento de novas investigações nesta área, nomeadamente em Portugal (e.g. Patrão et al., 2008). O prosseguimento da análise desta temática revela-se de extrema necessidade, pois ao assumirmos que o desenvolvimento humano consiste na acomodação progressiva e bidirecional entre o ser humano ativo e as características dos contextos em que este age, pensa e sente (Bronfenbrenner, 1979 cit in Xavier, 2008), não podemos assumir que resultados internacionais descrevam aquilo que é a realidade da nossa população, cujos contextos em muito podem diferir dos de outros estudos. No ano de 2012 foram realizadas 18408 interrupções da gravidez por opção da mulher até às dez semanas (Direção Geral de Saúde, 2013). Associando estes números com a história recente da IVG no nosso país, a diminuição drástica da taxa de natalidade (Instituto nacional de Estatística, 2012) e a incongruência entre resultados das investigações, é de facto urgente que o nosso conhecimento acerca da temática se aprofunde. Dessa forma, seremos então capazes de prestar as condições necessárias às mulheres que se confrontam com a decisão de realizar uma IVG, estando assim mais capazes de delinear estratégias de prevenção e/ou intervenção adequadas (Guedes, Gameiro & Canavarro, 2010; Rue, Coleman, Rue & Reardon, 2004).

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, é feita uma contextualização teórica do tema, identificando o estado da arte relativamente ao fenómeno IVG, fazendo inicialmente referência à contextualização internacional, incluindo ainda um subcapítulo dedicado ao que são os principais focos de interesse da investigação e a abordagem de algumas das limitações apontadas à investigação em geral. Neste, encontra-se também um foco posterior no caso de Portugal, em que se procura explorar a contextualização histórica e legal, bem como os principais âmbitos de investigação existentes. Por fim, num outro subcapítulo encontra-se um maior

aprofundamento no que concerne ao potencial impacto de uma IVG, sobretudo no que diz respeito ao Planeamento Familiar, Relações Íntimas e Mecanismos de *Coping*, relacionando este último com o Suporte Social. Na segunda parte, intitulada *Estudo Empírico*, serão abordados com maior pormenor os objetivos da investigação, bem como uma descrição das Participantes que fizeram parte do estudo, dos Instrumentos utilizados e dos Procedimentos, tanto de recolha como de análise de dados. Nesta, encontra-se incluída a apresentação dos resultados obtidos na investigação, bem como a discussão destes à luz do que se constitui como o conhecimento científico atual. Por fim, na conclusão é possível encontrar a síntese dos principais resultados da investigação, bem como a identificação de indicações para investigações futuras e limitações do presente estudo.

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. IVG: CONTEXTUALIZAÇÃO INTERNACIONAL

1.1. Evolução Histórica Internacional

A interrupção de uma gravidez (IG) tem sido praticada desde os tempos mais antigos por uma multiplicidade de culturas, variando quanto às condições e contexto social da sua ocorrência, de acordo com a cultura e o tempo histórico (e.g. Neves, 2011).

Todos os anos estima-se que cerca de 46 milhões de mulheres em todo o mundo recorram a uma interrupção da gravidez (IG) para pôr termo a uma gravidez indesejada. No entanto, é importante atentar ao facto de que nos países onde a IG é ilegal, ou seja, onde a realização de uma IG é proibida em qualquer circunstância (Silva, 1997), a sua verdadeira prevalência é desconhecida (Bailey et al., 2001). Entre os países em que a IG é legal, isto é, em que existe legislação que permite a realização desta (OMS, 2012), encontra-se uma grande variedade no que concerne às legislações, sendo, no entanto, perceptível uma tendência em direção a leis mais liberais (por exemplo, entre 1985 e 2003, 19 países liberalizaram as suas leis no que toca à IG) (OMS, 2003). Podem ser diferenciados diversos tipos de legislação relativa à IG no mundo, nomeadamente: (i) IG totalmente proibida: constitui-se como a lei mais rigorosa, proibindo a IG em qualquer circunstância e definindo-a como crime (OMS, 2003). Em 2003, este tipo de legislação abarcava países onde aproximadamente 4% da população mundial vive, podendo ser apontados como exemplos El Salvador e Nicarágua (Center for Reproductive Rights, 2012); (ii) Permitida quando há ameaça à vida da mãe: quase a totalidade dos países permite a realização de um IG para salvar a vida da mulher grávida (OMS, 2012); (iii) Permitida quando há ameaça à saúde da mãe: as leis que se inserem nesta categoria permitem a realização do procedimento com o intuito de salvaguardar a saúde quer física, quer psicológica, da mulher grávida (OMS, 2003); (iv) Permitida em caso de malformação do feto: tem-se verificado um aumento das leis que permitem a IG perante o diagnóstico de malformação ou anomalias resultantes de causas genéticas ou outras do feto (OMS, 2012); (v) Permitida em caso de violação ou incesto: sendo aqui ainda de referir que em muitos países esta categoria pode ser considerada como incluída na saúde mental da mulher (OMS, 2012); (vi) Permitida com base na situação socioeconómica da mulher: as leis que se inserem nesta categoria têm também em consideração os recursos económicos, idade, estado civil, número de filhos, entre outros, para determinar a permissão da IG; (vii) Permitida perante pedido da mulher: esta legislação assenta no reconhecimento das condições para a livre escolha de uma mulher (OMS, 2012), não havendo restrições quanto às razões. Nesta categoria legislativa inserem-se vários países, alguns mais recentemente que outros. A título exemplificativo, podem ser apontados a Albânia (desde 1996), a África do Sul (desde 1996), a Suíça (desde 2002), Portugal (desde 2007) e a Espanha (desde 2010) (Center for Reproductive Rights, 2012).

Focando especificamente o último tipo de legislação acima mencionado, é neste que se enquadra a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), uma vez que consiste numa IG a pedido da mulher e os motivos que estiveram na base desse pedido não são necessariamente devidos, ou exclusivos, a qualquer constrangimento identificado pelas outras legislações (e.g.: saúde da mãe, ameaça de vida, violação). Cerca de 57 países, representando aproximadamente 40% da população feminina mundial, permitem a IVG, isto é, a IG mediante pedido da mulher grávida (OMS, 2012).

Dentro desta legislação que permite então a realização da IVG, importa ainda atentar às limitações impostas de acordo com o tempo decorrido desde o início da gravidez (OMS, 2012). Estas variam entre os vários países, podendo aqui ser apontados os exemplos de Espanha, que permite a realização da IVG até às 14 semanas de gravidez, de Portugal que permite até às 10 semanas e da Albânia, África do Sul e Suíça, que o permitem até às 12 semanas (e.g. Center for Reproductive Rights, 2012).

Existem países com uma história bastante longa no que concerne à IVG, como é o caso da Rússia, Suécia, Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suíça, pioneiros na legalização da IVG (Patrão et al., 2008). A história da sua legalização teve início na Rússia, em 1920, seguindo-se a Suécia, o Reino Unido e os Estados Unidos (Neves, 2011), sendo que em 2009, 29% dos países mundiais permitiam a realização de IVGs (United Nations, 2011).

Segundo alguns autores, como Sedgh, Singh, Henshaw e Bankole (2012), apesar desta propensão para a legalização e liberdade de escolha, o número de IGs, que incluem interrupções realizadas em todos os quadros legais acima descritos, realizadas no mundo não tem vindo a aumentar. Numa publicação destes mesmos autores, é possível constatar que se verificou uma diminuição do número de IGs de 1995 (35 IGs por cada 1000 mulheres entre os 15 e os 44 anos) para 2003 (29 IGs por cada 1000 mulheres entre os 15 e os 44 anos), havendo uma estabilização entre 2003 e 2008, sendo que neste ano se verificou uma taxa de cerca de 28 IGs por 1000 mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos.

1.2. Principais focos de interesse e discrepância de resultados

Ora, tendo em conta os números de IG que se verificam, independentemente do aumento ou não destes, bem como a tendência crescente para a legalização da IVG, face ao reconhecido diminuir da taxa de natalidade na maioria dos países ocidentais, nomeadamente em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2012), torna-se então crucial o desenvolvimento de um corpo teórico e de investigações científicas de situações concretas que permitam uma compreensão adequada deste fenómeno.

O interesse dos investigadores acerca deste tema tem-se verificado desde há muito tempo, sendo de referir que, inicialmente, a investigação nesta temática se focava nas complicações imediatas, mortalidade materna e otimização das técnicas de interrupção (Edstrom, 1975, cit in Thorp, Hartman & Shadigian, 2003), ou seja, com um foco médico, fisiológico, enquanto o interesse em consequências

a longo prazo apenas se verificou posteriormente na discussão científica, podendo aqui ser incluídas também as questões de foro mais psicossocial (e.g. Bailey et al., 2001; Coleman, Coyle, Shuping & Rue, 2009). Dentro destas últimas, podem ser distinguidos dois principais focos de interesse: o momento da tomada da decisão e o possível impacto que este episódio pode abarcar para a vida das mulheres.

Quanto à tomada de decisão, existem vários estudos que procuram determinar os motivos mais comuns para a realização de uma IVG, podendo ser apontado como exemplo o estudo de Broen, Moum, Bodtker e Ekeberg (2005) que afirma a existência de várias razões para a escolha de uma IVG. Entre estas, destacam-se questões profissionais/educacionais, o facto de a criança não ser desejada, questões financeiras, suporte do parceiro e a existência prévia de outros filhos. No que concerne ao possível impacto desta experiência na vida da mulher, pode-se igualmente considerar que têm surgido vários estudos, sobretudo no que toca ao estado mental das mulheres após uma IVG (Broen et al., 2005). A relação entre a IVG e consequências de vida posteriores, particularmente aquelas que se relacionam com resultados de saúde mental, tem sido uma das mais discutidas ao longo das últimas décadas, apesar de os resultados serem frequentemente prejudicados por falhas metodológicas nos estudos mais antigos (Casey, 2010). Existem ainda estudos que associam o possível impacto da realização de uma IVG com os motivos que levaram à tomada de decisão, sendo comum a conclusão de que decisões baseadas em questões meramente práticas, como dificuldades financeiras ou ausência de um parceiro, sem ter em conta necessidades emocionais, conduzem a sentimentos negativos posteriormente (Landy, 1986, cit in Reardon, 2003). Entre estes, verificam-se ainda resultados que demonstram que uma intervenção psicológica precoce adequada no momento da decisão de IVG poderá contribuir para uma melhor adaptação das mulheres que efetuaram o procedimento no momento pós-IVG (Guedes et al., 2010).

A nível mundial, não obstante o elevado número de estudos com o foco nesta temática, constata-se uma elevada incongruência entre diferentes autores, sobretudo quanto ao possível impacto de uma IVG. A relação entre IVG e problemas de saúde mental, uma dos mais discutidos (Casey, 2010), como já foi referido, era anteriormente bastante defendida, mas tem vindo a perder a força devido a alguns estudos que retiravam conclusões contrárias (e.g. Stotland, 1992). Desde então, a literatura sobre o tema tem crescido, com artigos a concluírem, variadamente, que a IVG causa ou não causa problemas de saúde mental (Robinson et al., 2009). O estudo de Coleman (2011), reacendeu a discussão envolvida neste âmbito, revelando resultados que apontam para um aumento, de moderado a alto, de problemas de saúde mental depois da IVG.

De uma forma geral, a pesquisa relativa ao impacto emocional de uma IVG é influenciada por numerosas limitações metodológicas, levando a que as suas conclusões possam ser questionáveis (Reardon, 2003; Robinson et al., 2009). São vários os problemas/dificuldades metodológicas que vêm sendo apontados por diferentes autores, podendo ser identificados os seguintes: (i) a cooperação da população é inconsistente, incluindo frequentemente *dropouts* (Reardon, 2003); (ii) a existência de

fatores que influenciam a associação entre a interrupção e os resultados a longo prazo - ou seja, as associações observadas podem advir de outras variáveis distintas entre as mulheres que optam pela interrupção e as que não o fazem (Thorp et al., 2003; Reardon, 2003) e não necessariamente à experiência da IVG *per se*; (iii) a variedade de reações negativas relatadas pelas mulheres é tão abrangente que pode ser impossível analisar cada “dissfunção” reportada num único estudo (Reardon, 2003); (iv) a intensidade de muitas reações aparentam variar com o tempo, havendo várias mulheres que relatam reações tardias (Reardon, 2003); (v) a influência do meio social, cultural, religioso e legal da sociedade em causa (Illsley & Hall, 1976, cit in Thorp et al., 2003); (vi) o recurso a questionários e outros instrumentos estandardizados podem ser desadequados para a identificação de reações recalcadas (Reardon, 2003).

São então perceptíveis os desafios e a complexidade que estudos relativos a esta temática podem abarcar, o que pode contribuir largamente para a disparidade de resultados (Thorp, Hartman & Shadigian, 2003), havendo ainda muito a conhecer sobre o potencial impacto e reação posterior a uma IVG, dado que a este *stressor* particular podem adicionar-se outros *stressores* e influências externas já existentes (Lauzon, Roger-Achim, Achim & Boyer, 2000).

2. A IVG EM PORTUGAL

2.1. Contextualização Histórica e Legal

No que toca ao caso de Portugal, a história da Interrupção Voluntária da Gravidez é recente, sendo de referir que até 1984 a IVG era ilegal, surgindo neste ano a aprovação e publicação da Lei 6/84 que excluía da ilicitude a prática da interrupção da gravidez em alguns casos, como o riscos de vida materno, risco de implicações psicológicas ou físicas, violação e malformações fetais (Neves, 2011). Até 2007, Portugal era dos países europeus com legislações mais restritivas no que concerne à interrupção da gravidez (Monteiro, 2012). Neste sentido, pode considerar-se que ao longo dos anos se foi verificando um alargamento da legislação que permite a realização de IVG (Neves, 2011), tendo esta sido legalizada em 2007, após o referendo relativo à despenalização de uma IG por opção da mulher até às 10 semanas em Portugal, no dia 11 de fevereiro. Este levou à publicação da lei da Assembleia da República número 16/2007 de 17 de abril. A alínea e) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal em Portugal, que permite a interrupção da gravidez até às 10 semanas, a todas as mulheres grávidas que o solicitem, desde que realizado em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido (Lei nº 16/2007 de 17 de abril).

Com a publicação da Lei, foi então estabelecido o processo a seguir para a realização de uma IVG. O primeiro passo deste processo é o da Consulta Prévia, que se constitui como uma consulta obrigatória, anterior à realização da interrupção da gravidez por opção da mulher. Tendo em conta que os riscos de uma interrupção da gravidez são tanto menores quanto menor for o tempo de gestação, o período entre a marcação e a consulta não deve ser superior a 5 dias (Direção-Geral da Saúde, 2007; Lei nº 16/2007 de 17 de Abril). Nesta consulta a mulher afirma, então, a sua intenção de interromper a gravidez, são-lhe colocadas algumas questões sobre a sua história clínica, é determinado o tempo de gestação e dadas as informações acerca dos métodos de interrupção da gravidez – cirúrgica e medicamentosa. A técnica a utilizar depende do tempo de gravidez, da situação clínica e dos recursos técnicos disponíveis, sendo esta escolha feita com a ajuda do médico na consulta prévia (Direção-Geral da Saúde, 2007). No fim da consulta prévia é marcada uma nova consulta onde eventualmente será realizada a interrupção da gravidez, sendo aqui obrigatório a todas as mulheres um período de reflexão de 3 dias entre estes dois momentos do processo. É ainda entregue o impresso do Consentimento Livre e Esclarecido, que no caso de mulheres com menos de 16 anos ou psiquicamente incapazes terá de ser assinado pelo pai, mãe ou representante legal (Direção-Geral da Saúde, 2007).

Também o acompanhamento psicológico vem referido na legislação relativa à IVG em Portugal. Nesta, é indicado que o estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido onde se pratique a IVG garanta a disponibilidade de acompanhamento psicológico e a disponibilidade de acompanhamento por técnico de serviço social durante o período de reflexão (Lei nº 16/2007 de 17 de Abril), sendo que este só é de facto realizado caso a mulher assim o solicite. Na fase posterior à IVG,

realiza-se então a consulta de controlo, que varia consoante o método escolhido para realizar a IVG, apesar dos atendimentos por psicólogo ou assistente social estarem igualmente disponíveis, caso a mulher os solicite (Direção Geral de Saúde, 2007). Caso se trate do método cirúrgico, é agendada posteriormente uma consulta médica de planeamento familiar. Se for realizada uma interrupção medicamentosa da gravidez, além da consulta de planeamento familiar, é ainda agendada uma consulta médica de controlo após cerca de 15 dias da primeira toma dos comprimidos (Direção Geral de Saúde, 2007).

É de referir, então, que apesar das escassas informações sobre as implicações da IVG a nível nacional, está previsto que as possíveis consequências deste procedimento sejam tidas em conta numa lógica da intervenção, uma vez que a legislação indica que na intervenção realizada na consulta de controlo os técnicos deverão atentar às reações psicológicas negativas ao processo, encaminhando para o apoio psicológico caso necessário (Patrão et al., 2008). Desta forma, este momento da consulta de controlo é fortemente marcado pela necessidade de analisar o estado psicológico da mulher, tentando averiguar potenciais alterações emocionais ou reações mais disfuncionais (Patrão et al., 2008), mostrando assim a pertinência do conhecimento sobre a opção, a passagem pelos procedimentos e seus impactos.

É agora possível aceder a estatísticas acerca da IVG na população portuguesa. Relativamente a estas, importa referir que foi verificado um aumento do número de IVG até ao ano de 2012, sendo que de 2008 (18607 IVGs registadas) para 2009 (19222 IVGs registadas) se verificou uma variação de 6,71% (Direção Geral de Saúde, 2011). A Direção Geral de Saúde justifica esta variação com o facto de estes anos se constituírem como pioneiros na criação da Rede Nacional, podendo este acréscimo refletir um aumento da procura de serviços que realizam IVG ao abrigo da lei, uma vez que as mulheres acedem progressivamente aos cuidados sem o receio da perda de privacidade ou de serem penalizadas, e não necessariamente um aumento do número de IVGs realizadas em Portugal (Direção Geral de Saúde, 2011). Em 2010 verificou-se igualmente um aumento em relação ao número registado no ano anterior (variação de mais 1,8%), tendo neste ano sido realizadas 19560 Interrupções da gravidez por opção da mulher até às 10 semanas (Direção Geral de Saúde, 2012). Quanto ao ano de 2011, verificou-se também um aumento de 1,2% do número de IVGs, tendo assim sido realizadas 19802 IVG desde janeiro a dezembro desse ano (Direção Geral de Saúde, 2012). No entanto, no ano de 2012 verificou-se um decréscimo deste valor, tendo sido realizadas 18408 IVGs (97,3% do número global de interrupções da gravidez realizadas neste ano), correspondendo a uma diminuição de 7,6% em relação ao ano anterior (Direção Geral de Saúde, 2013).

É também possível identificar diferentes características sociodemográficas das mulheres que realizaram IVGs, sendo que os dados mais recentes apontam para uma maioria de idades entre os 20 e os 34 anos (63,66%), o desemprego como a situação laboral mais comum (22,7%) e o Ensino Secundário como grau de instrução mais comum (35,22%). Relativamente ao número de filhos, a grande maioria das mulheres que realizaram uma IVG em 2011 tinha já uma fratria de 1 ou 2 filhos

(51,5%), sendo que, no que concerne a interrupções anteriores, a maioria (73,90%) nunca teriam passado anteriormente por este procedimento (Direção Geral de Saúde, 2013).

2.2. A investigação em IVG em Portugal

A prática da IVG em Portugal, embora recente e alvo de estudos pouco consensuais, reúne já algumas informações relevantes (Santos, 2010). Mas, se a nível de referências internacionais são ainda bastantes as lacunas nesta área, a nível nacional esta realidade necessita ainda de muita exploração, uma vez que, sobretudo no que concerne aos possíveis efeitos da IVG, são escassas as investigações portuguesas quanto às possíveis implicações psicológicas (Patrão et al., 2008), por exemplo. Já tem sido realizado algum trabalho em Portugal a nível da tomada de decisão, nomeadamente no que concerne aos motivos (APF, 2006 cit in Santos, 2010; DGS 2010; 2011; 2012; Guedes et al., 2010; Rodrigues, Xavier & Reis, 2011) e à compreensão da forma como esta foi tomada (e.g.: APF, 2006 cit in Santos, 2010; Rodrigues et al., 2011), havendo ainda investigações que se têm ocupado de questões relacionadas com a caracterização da população mais associada a este fenómeno (APF, 2006 cit in Santos, 2010; DGS 2010; 2011; 2012; Guedes et al., 2010; Reis, Xavier, Rocha & Rodrigues, 2011).

No entanto, no que concerne ao possível impacto de uma IVG na vida das mulheres que a realizam, apesar de se verificarem já algumas referências ao mesmo (e.g. Guedes et al., 2010; Machado, 2012), o conhecimento parece ainda insuficiente, com algumas conclusões ambíguas entre estudos, o que revela a pertinência de mais investigações que possam compreender a realidade psicológica destas mulheres, casais ou famílias que recorrem à IVG (Santos, 2010). Assim, o prosseguimento da análise desta temática revela-se de extrema necessidade, dando origem a dados que sejam referentes à realidade vivenciada em Portugal, pois ao considerar que o desenvolvimento humano consiste na acomodação progressiva e bidirecional entre o ser humano ativo e as características dos contextos em que este age, pensa e sente (Bronfenbrenner, 1979 cit in Xavier, 2008), não podemos assumir que resultados internacionais descrevam aquilo que é a realidade da nossa população, cujos contextos em muito podem diferir dos de outros estudos.

3. IMPACTO DA VIVÊNCIA DE UMA IVG

3.1. Efeitos psicológicos mais estudados

De um ponto de vista psicológico, a IVG constitui-se como uma experiência com importantes significados e potenciais implicações emocionais (Stotland, 2000, cit in Guedes et al., 2010). Dentro destas implicações, parece poder constatar-se uma maior atenção dedicada ao ajustamento psicológico pós-IVG, com estudos que o comparam quer ao ajustamento psicológico no momento de tomada de decisão, quer ao ajustamento psicológico em grupos de controlo (Guedes, Gameiro & Canavarro, 2010). Num estudo de Guedes, Gameiro e Canavarro (2010), concluiu-se que ao nível da reatividade emocional, as participantes relataram menor felicidade, medo e surpresa e maior culpa, no período pós-IVG, comparativamente com a população geral, enquanto que quando a comparação era feita entre o ajustamento pré e pós-IVG se observava uma melhoria significativa no período pós-interrupção. Apesar de se verificarem algumas manifestações emocionais negativas após a IVG, estas não se revestem de contornos traumáticos, podendo ser compreendidas no quadro de um processo de adaptação normativo, não se cristalizando em respostas de perturbação emocional. Bradshaw e Slade (2003) consideram que os estudos que consideram as implicações a longo prazo da IVG tendem a identificar níveis reduzidos de mal-estar. Existem, no entanto, outros autores e estudos que apontam para consequências bastante mais negativas, sendo inclusive referido um potencial “*Abortion Trauma Syndrome*” (Robinson et al., 2009), enquanto outros autores conceptualizam esta experiência com base em modelos de luto e perda (Bowlby, 1980, cit in Guedes et al., 2010). Estes modelos de luto e perda tendem a definir a IVG enquanto situação conducente a sequelas emocionais significativas, podendo gerar reações tipicamente encontradas em situações de luto ou de perturbação de adaptação e, em alguns casos mais extremos, cristalizar-se num quadro depressivo, numa perturbação de *stress* pós-traumático ou numa psicose pós-aborto (Speckhard & Rue, 1992, cit in Guedes et al., 2010). Num estudo de Mattinson (1985, cit in Speckhard & Rue, 1992), concluiu-se que a existência do luto após a realização de uma IVG se constitui como um potencial fator de risco para as relações interpessoais. As manifestações de luto podem assumir formas muito distintas, sendo algumas ligeiras mas persistentes, enquanto que outras de natureza mais extrema eram despoletadas muitos anos depois por uma perda de outra natureza, sendo ainda de referir que em algumas situações o parceiro do género masculino pode ser mais afetado do que o do género feminino (Speckhard & Rue, 1992).

Muitos artigos procuram também explorar as associações entre IVG e subseqüentes quadros de Depressão ou Ansiedade e distúrbios do foro psiquiátrico (Knowles, 2001). Esta associação, apesar de anteriormente muito polémica e controversa foi perdendo a força, voltando no entanto a ser alvo de grande interesse após as conclusões identificadas no estudo já referido de Coleman (2011), que apontavam para um aumento, de moderado a alto, de problemas de saúde mental pós-IVG. Importa ainda referir que, apesar de nem sempre clara esta distinção, encontram-se estudos que procuram

perceber a associação entre IVG e um diagnóstico psicopatológico (e.g. Coleman, Coyle, Shuping & Rue, 2009; Fergusson, Horwood & Boden, 2008; Fergusson, Horwood & Ridder, 2006; Mota, Burnett & Sareen, 2010; Steinberg & Finer, 2011), enquanto que outros se referem apenas a associações com sintomatologia psicopatológica (e.g. Charles et al., 2008), como sintomas de tristeza, ansiedade, entre outros, que não se constituem no entanto como quadros de uma psicopatologia. Relativamente a estudos que associem IVG com diagnóstico psicopatológico, o estudo de Coleman (2011), que se constitui como uma síntese quantitativa de 22 estudos relacionados com o tema, concluiu que mulheres que tivessem realizado uma IVG experienciam um aumento de 81% do risco de problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, sendo que 10 % da incidência de problemas de saúde mental se revelou como sendo atribuída à IVG. Por outro lado, no que concerne a investigações que estabelecem relações com sintomatologia psicopatológica, num estudo de Charles e colaboradores (2008), que teve em conta artigos deste âmbito publicados entre 1989 e 2008, concluiu-se que a grande maioria dos estudos, considerados como sendo de maior qualidade do ponto de vista metodológico, apontavam para resultados neutros, sugerindo diferenças quase nulas entre mulheres que realizaram uma IVG e os respetivos grupos de comparação.

Existe também um número crescente de associações entre a experiência de uma IVG e outras questões mais afastadas da sintomatologia psicopatológica e do diagnóstico de psicopatologia, sendo já possível identificar vários estudos que fazem referência às questões de contraceção (e.g. Knowles, 2001), relações sexuais (e.g. Knowles, 2001), relações interpessoais (e.g. Reardon, 2003), dificuldades em lidar com atividades de vida diária (e.g. Reardon, 2003), influência dos estilos educativos parentais na infância e na adolescência (e.g. Guedes et al., 2010), vulnerabilidade ao *stress* (e.g. Guedes et al., 2010), estilos de *coping* (e.g. Guedes et al., 2010).

3.2. Planeamento Familiar

Uma estimativa de 80 milhões de gravidezes indesejadas ocorrem a nível mundial por ano, sendo que 42 milhões resultam em interrupção da gravidez e 34 milhões em nascimentos indesejados (Speidel et al., 2008). Estas gravidezes indesejadas têm graves consequências para a saúde e bem-estar das mulheres e suas famílias (Bradley & Croft, 2010). Uma vez que a causa principal de gravidezes indesejadas está intimamente relacionada com a escolha do método contraceptivo (Speidel et al., 2008), torna-se fulcral que esta questão seja encarada com grande seriedade, no sentido de promover um melhor Planeamento Familiar, eficaz nomeadamente na inclusão de métodos contraceptivos adequados, designadamente após a realização de uma IVG. Em França, que é um dos países da Europa com taxas de realização de IVG mais elevadas, 82% dos utilizadores de contraceptivos utilizam um método considerado eficaz, como a pílula ou o DIU (Moreau, Trussell, Desfreres & Bajos, 2010). Contudo, estudos como o de Bajos, Leridon, Oustry & Job-Spira (2003) mostram que cerca de 1 em cada 3

gravidezes é relatada como sendo indesejada, sendo que 62 % destas resultam na realização de uma IVG.

O Planeamento Familiar é uma forma de assegurar que as pessoas têm acesso à informação, a métodos de contraceção eficazes e seguros e a serviços de saúde que contribuem para a vivência da sexualidade de forma segura e saudável. A prática do planeamento familiar permite uma melhor tomada de decisão acerca da constituição de família (Ministério da Saúde, 2008). Assim, apesar de incluir as questões de contraceção, e da inegável importância que estas assumem, o Planeamento Familiar ultrapassa esta função exclusiva, constituindo-se como um conceito bastante mais lato, que abarca as várias dimensões que levam a uma sexualidade segura. É, de facto, essencial, que sejam desenvolvidos todos os esforços para a educação sobre a saúde reprodutiva (Neves, 2011).

Em Portugal, uma das principais preocupações identificadas após a realização de uma IVG são as questões da contraceção, visto que esta pode ser encarada como demonstração das fragilidades que ainda existem no Planeamento Familiar neste país e a necessidade de refletir seriamente acerca deste assunto (e.g. Neves, 2011).

Em 2012, das 18408 mulheres que realizaram IVG, cerca de 26% destas já teria realizado uma interrupção anterior (Direção-Geral de Saúde, 2013). Mais do que a realização de uma IVG, a recorrência na utilização deste procedimento realça a importância de atentar ao Planeamento Familiar, uma vez que estas estão diretamente associadas com a estratégia de contraceção após a IVG (Neves, 2011). Calcula-se que 98% das mulheres que repetem a IVG referem utilizar um método de contraceção, pelo que esta questão da utilização ou não de um método não é suficiente, havendo então a necessidade de consciencializar as mulheres da importância de uma contraceção eficaz após o processo clínico da IVG (Neves, 2011).

Uma gravidez indesejada pode resultar não só do não uso de contraceção, mas também de falhas nos métodos contraceptivos ou até de utilizações incorretas destes (Bradley & Croft, 2010), o que explica então os elevados números de gravidezes indesejadas, apesar da utilização de um método, e consequente realização de IVG referidos anteriormente (e.g. Bajos et al., 2003; Moreau et al., 2010). Muitos estudos examinaram as razões pelas quais algumas mulheres não usam contraceção apesar de não quererem engravidar, mas são ainda poucos os que se focaram nas mulheres que ativamente tentam prevenir a gravidez pela utilização de contraceção, mas engravidam igualmente apesar dos seus esforços (Bradley, Croft & Rutstein, 2010). No estudo de Bradley e colaboradores (2010), em média entre os países abrangidos pelo estudo, uma em cada três gravidezes indesejadas resultara de uma falha no método contraceptivo. Desta forma, é essencial compreender aspetos relacionados com o Planeamento Familiar anteriores à IVG, bem como posteriores, tentando perceber como se pode colmatar os problemas que levam a um número tão elevado de gravidezes indesejadas. Além da ineficácia dos métodos contraceptivos, podem ainda ocorrer gravidezes por paragens no uso do método contraceptivo, havendo muitos casos em que as mulheres interrompem o uso do método contraceptivo por medo de problemas de saúde ou dos efeitos secundários (Bradley, Schwandt & Khan, 2009). Este

facto demonstra a importância de um bom acompanhamento de Planeamento Familiar, com informações adequadas e inteligíveis pelas mulheres, capazes de diluir todas as dúvidas e ideias erróneas que possam existir acerca de aspetos relacionados com o tema, constituindo-se assim como uma área de potencial e essencial intervenção dos técnicos (Santos, 2010).

A necessidade de atentar a estas questões após a realização de uma IVG é imediata, algo que pode ser facilitado neste contexto devido ao facto da mulher em causa já se encontrar nos estabelecimentos de saúde e poder estar mais recetiva à adesão aos métodos contraceptivos devido à situação que acabou de experienciar (Fragoeiro, 2009 cit in Santos, 2010). Em Portugal, os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos onde se pratique a IVG garantem, obrigatoriamente, às mulheres grávidas que solicitem aquela interrupção o encaminhamento para uma consulta de planeamento familiar (Lei nº 16/2007 de 17 de Abril). Assim, qualquer que seja o método optado para a realização da IVG (cirúrgico ou medicamentoso), é marcada uma consulta de Planeamento Familiar (Direção Geral de Saúde, 2007). Todas as mulheres que solicitam uma Interrupção da Gravidez devem receber as informações necessárias que conduzam a uma decisão consciente, sendo de realçar a discussão da contraceção utilizada e opções disponíveis (Direção Geral de Saúde, 2011). Contudo, têm-se vindo a identificar grandes falhas na frequência destas consultas posteriores à IVG através das declarações de médicos especialistas, surgindo números que apontam para que entre 20% a 35% das mulheres não compareçam a esta (Graça, 2010 cit in Castro, 2011).

O aconselhamento contraceptivo pode e deve ser realizado ao longo de todas as consultas no quadro do processo de interrupção, e não ser remetido exclusivamente para uma consulta final quando a IVG já está completa (Direção Geral de Saúde, 2011). Além disso, existem situações em que as mulheres realizam a primeira consulta do processo, decidindo depois continuar com a gravidez. Ao realizar a consulta de Planeamento Familiar no fim de todo processo, estes casos não serão abrangidos, podendo posteriormente ocorrer nova gravidez indesejada e novamente colocar-se a opção sobre IVG. Num estudo de Ceylan e colaboradores (2009), que pretendia avaliar o efeito do Planeamento Familiar após uma IVG no uso de contraceptivos, os resultados indicam que o aconselhamento após esta experiência pode ser uma ferramenta eficaz no aumento do uso de contraceptivos, pelo que um Planeamento Familiar mais adequado e especializado após a IVG deveria ser uma parte integral dos serviços prestados nestes momentos (Ceylan, Ertem, Saka, & Akdeniz, 2009). Foram verificadas diferenças muito significativas na utilização de métodos contraceptivos entre as mulheres que participaram no estudo, comparando o momento anterior e posterior à realização da consulta de Planeamento Familiar, sendo que esta diferença parece ser causada pelo aconselhamento após a IVG. É de realçar que a qualidade do aconselhamento é um aspeto crítico para que as mulheres aceitem a contraceção após a IVG (El-Tagy, Sakr, Sokal & Issa, 2003). Senlet, Cagatay, Ergin & Mathis (2001) afirmam que, quando serviços de Planeamento Familiar de qualidade estão disponíveis para clientes que tenham experienciado uma IVG, estes apresentam uma elevada taxa de adesão aos métodos de planeamento familiar.

3.3. Relações Íntimas

Também as Relações Íntimas têm sido um tema explorado em estudos que consideram os possíveis efeitos de uma IVG. Uma gravidez indesejada é inequivocamente uma experiência de vida stressante, com um considerável potencial para provocar tensões nas relações íntimas (Geller, 2004; Leathers & Kelley, 2000, cit in Coleman, Rue & Coyle, 2009). Mesmo que o casal esteja de acordo na opção de interromper a gravidez, ao decidirem como proceder face a uma gravidez indesejada, existem muitas formas de conflito, relacionadas com as preferências pessoais, crenças, moral e compromisso na relação que podem emergir (Coleman et al., 2009). O próprio comportamento de um dos parceiros pode alterar-se como resultado desta experiência, uma vez que se ambos sofrerem emocionalmente devido à IVG, podem experienciar dificuldades em ir de encontro às necessidades psicológicas um do outro (Coleman, 2005). As investigações que se dedicam ao estudo do impacto de uma gravidez indesejada sobre as relações têm dado pouca atenção às consequências específicas de quando a decisão do casal é no sentido de uma IVG (Coleman et al., 2009), verificando-se um número bastante reduzido de estudos que consideram o impacto de uma IVG nas relações ou no funcionamento sexual das mulheres que realizam este processo (e.g. Bradshaw & Slade, 2003). Alguns dos estudos que de facto colocam a ênfase em casais com história de IVG demonstram que as mulheres tendem a ter um risco acrescido de disfunção sexual, tendo sido também identificados problemas de comunicação entre o casal e um aumento do risco para separação ou divórcio (Coleman et al., 2009).

No estudo de Lauzon e colaboradores (2000) os resultados apontam para os elevados níveis de *stress* das mulheres que experienciaram uma IVG estarem correlacionados com o medo de efeitos negativos nas relações, relações insatisfatórias e o facto de não terem filhos anteriormente. Assim, a qualidade futura das relações com o parceiro parecem ser uma componente que é frequentemente associada a efeitos negativos após uma IVG.

Existem várias fontes de *stress* para o casal que podem estar associadas à decisão de interromper a gravidez e a problemas na relação, incluindo sentimentos de culpa por não quererem ou não se sentirem preparados para a parentalidade, crenças de que a relação não é suficientemente forte para criarem um filho juntos, falta de confiança na capacidade do parceiro/a para ser pai/mãe ou objeções morais ou religiosas à interrupção da gravidez (Coleman et al., 2009). Apesar de haver numerosas razões lógicas do porquê uma interrupção da gravidez poder levar a dificuldades nas relações, associações entre estas variáveis também podem ser explicadas por problemas relacionais que já ocorriam antes desta experiência, uma vez que estes estão entre os motivos mais comuns para recorrer à interrupção da gravidez (Coleman et al., 2009; Russo et al., 1992). A associação entre ambas as variáveis não é totalmente evidente ou clara, podendo aqui ser referido o estudo de metanálise de Bradshaw e Slade (2003), em que os autores concluíram que a maioria das mulheres que realizaram uma IVG relatam não haver alterações nas relações sexuais ou relações em geral com o parceiro após este procedimento. Contudo, através dos vários estudos analisados, estes autores referem

que foram relatados efeitos negativos nas relações sexuais por cerca de 10 a 20% das mulheres durante as primeiras semanas e meses posteriores à IVG, bem como nas relações do casal, com cerca de 10 a 20% das mulheres a relatarem efeitos negativos nas primeiras semanas e até 3 anos após a IVG.

Uma IVG constitui invariavelmente um momento de algum *stress* e, se as emoções negativas associadas a esse episódio não forem reconhecidas ou resolvidas, o *coping* disfuncional daí resultante pode extravasar para a relação e criar dificuldades adicionais (Shostak, McLouth, Seng, 1984; Bagarozzi, 1993, cit in Coleman et al., 2009). Num estudo de Barnett, Freudenberg e Wille (1992, cit in Bradshaw & Slade, 2003) constatou-se que 22% das relações das mulheres que tinham realizado uma IVG terminaram no ano seguinte e foi identificada uma ligação indireta entre a IVG e a separação por mais de metade das mulheres envolvidas no estudo. Os problemas nas relações podem assumir diferentes formas, podendo ainda ser feita uma distinção entre relações nas quais houve uma experiência de IVG e relações em que há uma história de um dos parceiros ter passado pela experiência de uma IVG. Num estudo de Coleman e colaboradores (2009) foram encontrados resultados mistos relativamente ao risco de problemas nas relações associadas com IVG no contexto de uma relação anterior comparativamente com uma IVG com o parceiro atual. Não obstante, os efeitos mais significativos, tanto para as mulheres como para os homens, estavam relacionados com a IVG na relação atual, por comparação a uma IVG com o parceiro anterior. À medida que a pesquisa relativa ao ajustamento psicológico individual após uma IVG progride, a inclusão da avaliação da vasta gama de reações emocionais e comportamentais pode ser um grande auxílio para responder à questão de como é que uma IVG impacta estas relações tão importantes (Coleman et al., 2009).

Assim, as respostas encontradas para lidar com a experiência, os mecanismos de *coping* utilizados por estas mulheres, são de extrema importância a nível da investigação acerca desta temática, uma vez que se relacionam com as restantes dimensões que têm sido associadas a potenciais impactos de uma IVG, como as relações íntimas, consumo de substâncias e problemas de saúde mental (e.g. Cozzarelli et al., 1998; Coleman, 2005; Rue et al., 2004).

3.4. Mecanismos de *Coping* e importância do parceiro, família e rede social de apoio

Tal como tem vindo a ser referido, a IVG pode ser encarada como um acontecimento de vida potencialmente *stressante* dentro da variedade de *stressores* considerados normativos (Major, Appelbaum, Beckman, Dutton, Russo, & West, 2009). Sendo variável de indivíduo para indivíduo, a vulnerabilidade ao *stress*, isto é, o sentimento ou crença de não possuir aptidões ou recursos pessoais e sociais para lidar com as exigências criadas por uma situação (Vaz-Serra, 2000), não tem sido estudada, de uma forma explícita, no seio da literatura do domínio da IVG (Guedes et al., 2010).

Para as mulheres que têm problemas significativos após a experiência de uma IVG, a atribuição causal a esta não é clara, uma vez que uma vasta gama de fatores, tanto internos como externos, afetam as respostas das mulheres e interação de formas complexas (Robinson et al., 2009).

Apesar da maioria das mulheres relatarem alívio, tal não é universal, como tem sido evidenciado tanto em estudos quantitativos como qualitativos (e.g. Lauzon et al., 2000; Rees & Sabia, 2007). Um aumento nos sentimentos de insatisfação tem sido relatado por 10,8% no primeiro mês e 16,3% dois anos após a IVG (Casey, 2010). Algumas mulheres relatam sentimentos de tristeza ou arrependimento, sendo que algumas podem vir a sentir-se estigmatizadas e culpadas por terem escolhido terminar uma gravidez indesejada (Robinson et al., 2009). Existe um número de variáveis anteriores à IVG associadas a consequências adversas para algumas mulheres, como história psiquiátrica, idades jovens, a presença de fortes instintos maternos, coerção ou ambivalência e culturas que se opõem à IVG (Paye, Kravitz, Notman & Anderson, 1976 cit in Casey, 2010). Assim, parece plausível que a IVG aumente o *stress* e diminua as capacidades de *coping*, mas que tal ocorra particularmente em mulheres com experiências negativas durante a infância e traumas anteriores (Rue et al., 2004). A investigação relativa à capacidade de resistência a acontecimentos indutores de *stress* tem identificado algumas características da personalidade que podem levar a uma menor “resistência”, tais como baixos níveis de autoestima e de otimismo, sentimentos de alienação e neuroticismo (Major et al., 2009). Indivíduos com estas características são descritos como tendo uma maior tendência para avaliações mais negativas do *stressor* e dos recursos pessoais disponíveis para lidar com o mesmo, levando assim à utilização de estratégias de *coping* menos adaptativas no período pós- IVG (Guedes et al., 2010).

Um número de moderadores de ajustamento após a IVG, identificados na literatura, apontam diretamente para a tomada de decisão, sendo identificados como fatores de risco as dificuldades na decisão, o investimento emocional na gravidez, o planeamento inicial desta e as visões conservadoras acerca da IVG (Coleman, 2005). Assim, parece ser expectável que, por exemplo, mulheres que no momento de decisão não estivessem certas de que seria o passo correto ou tenham sido influenciadas por terceiros (como o companheiro ou familiares), apresentem uma maior dificuldade de adaptação à fase posterior à IVG. A ambivalência experienciada por muitas mulheres é provavelmente baseada em conflitos interpessoais, morais e/ou espirituais que circundam a decisão, sentindo muitas vezes a necessidade de procurar a aprovação de terceiros, nomeadamente de figuras de autoridade (Reardon, 2003). Por isso podemos considerar que o apoio de terceiros na fase posterior à IVG, como do companheiro, familiares ou amigos, é um importante fator protetor, levando a que este momento seja vivenciado com menor sofrimento. Além da presença de um maior apoio de terceiros, as mulheres com menor incidência de emoções negativas apresentam algumas características comuns, como o facto de conceptualizarem o feto como menos humano e encararem a sociedade como apoiante da sua decisão de interromper a gravidez (Casey, 2010). É muito importante tentar perceber os recursos de que a mulher dispõe no futuro, nomeadamente no que concerne ao suporte social, uma vez que este e relações não conflituosas com o parceiro têm sido identificados como fatores que contribuem para um ajustamento adequado à IVG (Cozzarelli et al., 1998). A literatura tem vindo a sugerir que as mulheres que recorrem preferencialmente a estratégias de confronto ativo, aceitação e reenquadramento positivo ou de procura de apoio instrumental ou emocional apresentam maior bem-estar e satisfação no período

pós-IVG (Cohen, & Roth, 1984; Dagg, 1991; Major, Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubek, 1998, cit in Guedes et al., 2010), por oposição a estratégias de evitamento e negação ou à ventilação emocional. Num estudo de Major, Cozzarelli, Sciacchiato, Cooper, Testa & Mueller (1990), concluiu-se que o apoio social percebido potenciava indiretamente o ajustamento ao período pós-IVG através do seu impacto na autoeficácia das mulheres para lidar com esta experiência. A investigação tem ainda vindo a demonstrar que as mulheres que omitem a sua experiência de IVG dos outros, comparativamente com as que não o fazem, têm maiores probabilidades de suprimir pensamentos da interrupção, experienciar pensamentos intrusivos relacionados com a interrupção mais frequentemente e experienciar maior sofrimento psicológico (Major & Gramzow, 1999 cit in Rue et al., 2004), o que explica então o impacto positivo que a presença do apoio de terceiros pode assumir, tendo em conta que no que toca ao estilo de *coping*, estratégias ditas “evitantes” tendem a levar a um maior mal-estar do que as “não evitantes” (Cohen & Roth, 1984).

Apesar de se considerar então que a IVG se assume como um evento potencialmente *stressante*, os recursos de *coping* da mulher no que concerne ao emprego, estabilidade financeira e educação assumem um peso maior no seu bem-estar do que o facto de ter realizado ou não uma IVG (Patrão et al., 2008), bem como as questões do apoio de terceiros e aceitação social, referidos anteriormente. De qualquer forma, de modo a evitar um ajustamento negativo a esta experiência, seria então importante que nas consultas durante o processo fossem criadas formas de potenciar os recursos de *coping* de que cada mulher dispõe, evitando assim a ocorrência de respostas desajustadas e com potenciais resultados negativos. Entre as possíveis respostas negativas, pode ser destacado o recurso ao uso de substâncias, uma vez que as respostas de mulheres que experienciaram uma IVG têm sido relacionadas com o consumo de substâncias na literatura existente, sendo vários os estudos que associam o histórico de IVG com uso/abuso de substâncias (e.g. Coleman, 2005). Clinicamente, uma associação entre IVG e mau uso de substâncias é plausível visto que o mal-estar associado pode levar ao consumo e mais tarde à dependência (Casey, 2010). Na mediação entre ambos, pode surgir a ansiedade, sendo que as substâncias são frequentemente usadas na tentativa de aliviar o *stress* (Dawes, Alteman, Vanyukov, Giancola, Tarter, Susman, Mezzich & Clark, 2000 cit in Coleman, 2005), o que faz com que as mulheres que experienciam ansiedade no seguimento de uma IVG possam estar mais suscetíveis ao consumo de álcool ou drogas, num esforço de se automedicarem (Coleman, 2005).

Tendo em conta a possibilidade de ocorrência de respostas semelhantes à do consumo de substâncias, e atentando ao facto das estratégias de *coping* mobilizadas pelas mulheres no período pós-IVG serem descritas como mediadoras determinantes do ajustamento a este período (Major et al., 1998), é então crucial promover um conhecimento mais aprofundado das estratégias de *coping* adequadas tipicamente utilizadas pelas mulheres, de modo a que se possa procurar potenciar e maximizar a presença destas face a uma experiência de IVG (Patrão et al., 2008).

CAPÍTULO 2 – ESTUDO EMPÍRICO

1. APRESENTAÇÃO DOS OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A investigação em causa adota uma metodologia qualitativa. Apesar de não haver uma definição estanque desta, há um consenso bastante alargado de que a pesquisa qualitativa é uma abordagem naturalista, interpretativa, preocupada com a compreensão dos significados que as pessoas atribuem aos fenómenos (ações, decisões, crenças, valores, entre outros) dentro do seu meio social (Ritchie & Lewis, 2003), dizendo respeito às “qualidades das entidades, aos processos e significados” (Denzin & Lincoln, 2000, p.8). A pertinência de uma postura interpretativa no estudo dos fenómenos sociais prende-se com três dos seus princípios: (i) a primazia da experiência subjetiva como fonte do conhecimento; (ii) o estudo dos fenómenos a partir da perspectiva do outro ou respeitando os seus marcos de referência; e (iii) o interesse em se conhecer a forma como as pessoas experienciam e interpretam o mundo social, que também acabam por construir interactivamente (Almeida & Freire, 2003).

A pesquisa qualitativa é considerada útil quando se pretende estudar um fenómeno recente, dinâmico ou complexo (Creswell, 2007, cit in Carvalho, 2007), o que, considerando a complexidade da temática, a história recente da IVG em Portugal e tendo em conta que se trata de uma problemática ainda pouco estudada, nomeadamente como se evidenciou no Capítulo 1, quanto às temáticas centrais deste estudo, se aplica ao objeto de investigação central deste estudo. Esta metodologia assenta no princípio de dar voz aos participantes, no sentido destes se constituírem como representativos do fenómeno e não propriamente da população, pois o objetivo não passa pela generalização dos resultados, mas sim pelo conhecimento e compreensão de elementos do fenómeno em causa. Posto isto, de modo a cumprir o objetivo geral deste estudo, isto é, compreender o impacto de uma Interrupção Voluntária da Gravidez após um ano da sua vivência no que concerne ao Planeamento Familiar, Relações Íntimas, Mecanismos de *Coping* e Suporte Social, a metodologia qualitativa revela-se como a mais adequada e pertinente.

Verifica-se assim a busca da globalidade e da compreensão deste fenómeno, ou seja, um enfoque de cariz indutivo, holístico e ideográfico (Almeida & Freire, 2003). Mais especificamente, procurar-se-á (i) analisar o impacto de uma IVG a nível do planeamento familiar posterior; (ii) compreender a influência da IVG sobre as relações íntimas; (iii) identificar e compreender os mecanismos de *coping* utilizados pelas mulheres que realizaram uma IVG; e, por último, (iv) compreender a importância atribuída ao parceiro, à família e à rede social de apoio.

Este estudo insere-se numa linha de investigação mais global, constituindo-se como segundo momento (Fase II) do projeto “Interrupção Voluntária da Gravidez - Experiência numa Unidade Hospitalar da Região Metropolitana do Porto”. Desta forma, constitui-se como parte integrante da Fase II deste estudo longitudinal (Fase I – momento da realização da IVG; Fase II - um ano após a

realização da IVG; Fase III - dois anos após a realização da IVG), uma vez que consiste num novo contacto com as mesmas participantes, ao longo de um intervalo de tempo significativo, de modo a perceber de que forma a vivência de um processo de IVG se integra nas suas trajetórias de vida. Os estudos longitudinais assumem uma elevada pertinência uma vez que permitem que se acompanhe o desenvolvimento dos indivíduos ao longo do tempo (Mota, 2005) e se detetem potenciais mudanças no seu estado desenvolvimental (Rajulton, 2001).

Desta forma, procura-se nesta investigação dar resposta às seguintes principais questões de investigação:

- (i) Qual o impacto da IVG a nível do planeamento familiar posterior?
- (ii) Qual a influência da IVG sobre as relações íntimas?
- (iii) Quais são os mecanismos de *coping* utilizados pelas mulheres que realizaram uma IVG?
- (iv) Qual a importância atribuída ao parceiro, à família e à rede social de apoio após a realização de uma IVG?

2. METODOLOGIA

2.1. Participantes

Uma vez que, tal como já foi referido, esta investigação surge inserida num estudo longitudinal, as participantes do mesmo já fizeram parte da Fase I (momento da realização da IVG). Assim, as participantes são, na sua totalidade, mulheres que realizaram uma Interrupção Voluntária da Gravidez numa Unidade Hospitalar da Região Metropolitana do Porto há um ano. A Unidade Hospitalar em causa tem vindo a realizar o procedimento de IVG desde o surgimento da legislação acerca dos mesmos (Decreto-Lei nº 16/2007 de 17 de Abril).

Do grupo de participantes inicial da Fase I (vinte e seis mulheres), este estudo integra o contributo de onze participantes, incluídas de forma aleatória no grupo. Importa referir que seis destas participantes tinham já sido incluídas num estudo piloto desta Fase II, realizado anteriormente.

No que concerne à caracterização das onze participantes (Quadro 1), pode então constatar-se que estas apresentam uma média de idades de 32,18 anos. No que concerne às habilitações literárias, estas variam entre o 9º ano de escolaridade e o Ensino Superior. Verificam-se diferentes ocupações profissionais, sendo que 5 das participantes (45,45%) se encontram desempregadas. Relativamente ao estado civil, a maioria das participantes é solteira (n=7; 63,63%), havendo apenas duas casadas (18,18%), uma em união de facto (9,09%) e uma em processo de divórcio (9,09%). Cinco das participantes (45,45%) não têm filhos, havendo três com um filho (27,27%) e as restantes três com dois filhos (27,27%), sendo que a média de idade dos filhos é de 6,8 anos.

Quadro 1

Caracterização das participantes

	Idade	Escolaridade	Profissão	Situação Profissional	Estado Civil	Número de Filhos	Idade dos filhos
E1	39	12º ano	Empresária	Empregada	Solteira	1	4
E2	28	12º ano	Empregada de balcão	Desempregada	Solteira	0	----
E3	29	9º ano	Empregada de lavanderia	Desempregada	União de facto	2	2; 6
E4	42	Ensino Superior	Empregada bancária	Desempregada	Solteira	2	5; 13
E5	30	Ensino Superior	Advogada	Empregada	Casada	0	----
E6	37	12º ano	Conselheira de Beleza	Empregada	Solteira	1	16
E7	36	Ensino Superior	Educadora de Infância	Empregada	Em divórcio	2	5; 8
E8	23	11º ano	Empregada Fabril	Desempregada	Solteira	0	----
E9	31	12º ano	Administrativa	Empregada	Casada	1	3
E10	31	Ensino Superior	Enfermeira	Empregada	Solteira	0	----
E11	28	Ensino Superior	Educadora de Infância	Empregada	Solteira	0	----

2.2. Instrumentos

Para a realização do estudo, o instrumento utilizado foi um guião de entrevista semiestruturado, a partir do qual se organizou a entrevista a cada participante (anexo 1). Este foi criado e testado no estudo piloto da Fase II do projeto de investigação (impacto da IVG um ano depois da sua realização), tendo como base três principais aspetos: a revisão bibliográfica; a revisão do guião utilizado na Fase I do estudo; e a prática clínica de membros do grupo de investigação.

O discurso constitui uma das matérias-primas por excelência da investigação qualitativa, uma vez que permite a reconstrução das experiências por parte dos sujeitos, conferindo uma certa objetividade ao que num primeiro momento pode parecer subjetivo e, portanto, intransmissível (Aires,

2011), pelo que a entrevista se constitui como um dos instrumentos primordiais em investigações que sigam esta metodologia.

O guião em causa é constituído por diversas dimensões, sendo que destas se destacam as que serão o foco do estudo, nomeadamente a dimensão (i) Planeamento Familiar, que inclui questões relativas à contraceção e gravidez; (ii) Relação com o parceiro, que explora o relacionamento emocional e relacionamento sexual; (iii) Suporte Social e Relações Interpessoais, com questões relativas à influência do suporte social e relações interpessoais na vivência da IVG, na vivência pós-IVG e influência da IVG nas relações interpessoais; e (iv) Vivência/Experiência da IVG, que inclui questões relativas à vivência do processo, ao impacto da IVG na vida de um modo geral, percepção das estratégias de *coping* usadas para lidar com a IVG e a influência de outros eventos/acontecimentos na vida na vivência da IVG, sendo que nesta dimensão será dada ênfase à percepção das estratégias de *coping* usadas para lidar com a IVG. Além destas, o guião integra ainda importantes dimensões, nomeadamente: Saúde Mental, com questões relativas à influência da IVG na saúde mental e problemas psicológicos prévios a esta; Consumo de substâncias, no que concerne ao álcool, substâncias ilícitas e medicamentos; e Posicionamento relativamente à IVG, com questões relativas às opiniões/percepções relativamente à IVG e mudança ou não na atitude face a esta.

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimento de Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos, tal como é possível constatar na descrição das participantes, junto de mulheres que realizaram uma IVG um ano antes, numa Unidade Hospitalar da Região Metropolitana do Porto. No primeiro momento de contacto com as participantes, nomeadamente para a primeira fase deste projeto (Fase I), todas assinaram um formulário de consentimento informado (anexo 2) que integrava a possibilidade de serem contactadas noutros momentos de estudo, nomeadamente na Fase II e Fase III. Foi no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital, aquando da consulta prévia da IVG que as participantes foram contactadas, apresentando-se o estudo e solicitando-se a sua participação. Assim, e tendo em conta ainda que o projeto em causa já fora anteriormente aceite pela Comissão de Ética da Unidade Hospitalar, as questões de consentimento informado e pedido de autorização à entidade onde foi realizada a recolha de dados constituem-se como passos já cumpridos para este segundo momento de estudo, já estando previamente asseguradas.

Nesta fase (Fase II) o contato com as participantes foi realizado por via telefónica, sendo esta a forma pela qual se realizaram as entrevistas. A opção pela realização da entrevista por telefone e não pessoalmente prende-se com alguns aspetos como as dificuldades relacionadas com a deslocação, tempo disponível e despesas que tal poderia acarretar para as participantes. As entrevistas com recurso ao telefone são consideradas uma alternativa adequada quando se procura aceder a participantes de

difícil acesso (Sturges & Hanrahan, 2004, cit in James & Busher, 2006), tendo nos últimos anos vindo a assistir-se a um crescente recurso a esta forma de pesquisa (Holbrook, Green & Krosnick, 2003). São reconhecidas várias vantagens a esta forma de realizar as entrevistas em estudos qualitativos, nomeadamente o facto de os próprios participantes poderem preferir um encontro mais anónimo quando se trata de tópicos mais sensíveis e os reduzidos custos em termos de deslocação e dinheiro (Irvine, Drew & Sainsbury, 2010). Assim, tendo em conta questões de nível mais instrumental, tal como o facto de algumas participantes habitarem atualmente noutra zona do país, e tendo em conta a sensibilidade do tema, o contacto via telefone poderá colmatar estas dificuldades, permitindo manter as mesmas participantes do estudo anterior.

Neste sentido, foi realizado um primeiro contacto telefónico com as participantes, com o intuito de recordar o projeto, relembrar sucintamente os objetivos do mesmo e as condições que foram abordadas no formulário de consentimento informado que assinaram previamente, nomeadamente o carácter confidencial da informação e a possibilidade de abandonar o projeto a qualquer momento. Neste primeiro telefonema foi ainda combinada uma data e hora em que houvesse disponibilidade para a realização da entrevista, bem como o pedido de gravação da conversa. Uma vez que este se constitui como um contacto que poderá ser longo, a equipa de investigação apresentou uma total disponibilidade para a hora e dia da semana mais adequada a cada participante. Algumas participantes consideraram no momento do primeiro contacto terem as condições necessárias para responder e, nestes casos, procedeu-se seguidamente à entrevista. Nas restantes situações, a entrevista decorreu no horário indicado pela participante.

Foram feitos contactos sucessivos, às várias participantes (em ordem aleatória em relação à listagem das participantes da Fase I) até serem obtidas as onze entrevistas que constam deste estudo. Importa ainda referir que das vinte e seis participantes, em doze das situações não foi possível estabelecer o contacto telefónico, devido ao facto de este se encontrar desligado, desconectado, encaminhado sempre para o serviço de voice-mail ou não ser atendido nas várias tentativas. Verificou-se ainda uma situação em que a participante se encontrava agora a viver no estrangeiro, bem como duas em que embora tenha existido adesão no primeiro contacto, não foi possível agendar o horário para a realização da entrevista.

As entrevistas utilizadas para o estudo em causa tiveram a duração média de 20 minutos, tendo sido todas realizadas pelo mesmo membro da equipa de investigação. Nos telefonemas em que se procedeu às entrevistas, inicialmente retomaram-se as temáticas do contacto previamente realizado, sendo ainda agradecida às participantes a sua participação e contributo para a realização da investigação. Além disso, abordou-se a possibilidade de um contacto futuro, no âmbito da Fase III do projeto.

2.3.2. Procedimentos de Tratamento de Dados

As entrevistas realizadas às participantes foram posteriormente integralmente transcritas, passando assim de formato áudio para formato escrito. De seguida, procedeu-se à leitura integral destas, de modo a realizar uma primeira análise do conteúdo do discurso, bem como a identificação de tendências e padrões relevantes neste, sendo este um passo comum nos procedimentos de análise qualitativa (Ritchie & Lewis, 2003). Por último, as entrevistas transcritas foram trabalhadas com base num processo de análise semi-indutivo e com recurso ao NVivo 9.0, um *software* de análise qualitativa que permite a codificação de entrevistas e de outros tipos de dados.

A análise de dados qualitativos implica, num primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes e procurando a identificação de tendências e padrões relevantes (Nogueira-Martins & Bogus, 2004). Esta primeira etapa consiste então na transformação dos dados brutos do texto por recorte e agregação (Bardin, 1977), sendo depois agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (Holsti, 1969). Essas tendências e padrões vão sendo reavaliados, dando lugar a um conjunto inicial de categorias, que consistem em rúbricas ou classes que reúnem um dado grupo de elementos de acordo com as suas características comuns (Bardin, 1977), podendo ainda ser divididas em subcategorias.

Embora seis das entrevistas já tivessem sido analisadas previamente, optou-se por discutir essa análise, reanalisando novamente o material escrito e organizando-se as categorias numa estrutura nova e final que integra os conteúdos das onze entrevistas realizadas. Com o objetivo de garantir a qualidade da análise do conteúdo, o sistema de categorias foi também discutido com mais dois elementos da equipa de investigação, podendo este ser modificado de acordo com o que a análise apresentava a cada momento, permitindo assim alterações (Silva, Gobbi & Simão, 2005). Deste modo, pode considerar-se que a análise do conteúdo na presente investigação foi sendo constantemente elaborada, em simultâneo com a leitura dos dados (Maroy, 1997) e tendo ainda por base os conhecimentos adquiridos através da revisão bibliográfica anteriormente realizada no âmbito do estudo.

Posto isto, torna-se claro o carácter circular característico da pesquisa qualitativa (Silva et al., 2005), que se constitui como um processo interativo, não linear ou estanque. O tratamento do material obtido, nomeadamente das entrevistas neste caso particular, leva à confrontação entre a abordagem teórica e a singularidade obtida através do discurso dos participantes (Teixeira, 2003). Trata-se de um processo de formação de sentido, que deve ir para além dos dados unicamente, constituindo-se como um processo de formação de significado. É neste sentido que seguidamente se apresentam os resultados obtidos através da análise das entrevistas, bem como a posterior discussão destes em articulação com o que a literatura tem vindo já a considerar em relação aos aspetos abordados neste estudo.

3. RESULTADOS

Com o objetivo de assegurar a confidencialidade das participantes, bem como facilitar a análise e descrição dos dados obtidos, optou-se por utilizar a denominação “E” (de entrevista) para cada uma das participantes, seguida de um número correspondente a estas.

De acordo com o conteúdo das entrevistas, as categorias obtidas foram decompostas em subcategorias, constituindo um sistema. De modo a promover uma melhor organização e compreensão deste sistema e da diferenciação entre as diversas gerações de categorias, optou-se pela discriminação visual entre as mesmas, recorrendo-se para tal à utilização de distintas fontes tipográficas. Desta forma, as categorias de 1ª geração serão representadas ao longo do estudo pelo recurso ao tipo de letra sublinhado (e.g.: Impacto da experiência de IVG). Por sua vez, as categorias de 2ª geração correspondem ao tipo de letra itálico (e.g.: *Capacidade de Coping*), enquanto que as categorias de última geração (que poderão incluir categorias da 2ª, 3ª, 4ª, 5ª ou 6ª geração) serão representadas por recurso ao tipo de letra negrito (e.g.: **Hábitos saudáveis**). Em algumas situações, estas tipografias poderão coexistir com os outros tipos de letra, consoante a geração a que pertencem (e.g.: *Sensações físicas*).

Da análise dos dados constantes das entrevistas em relação à experiência de IVG após um ano da sua realização, emergiu um Sistema Geral de Categorias (anexo 3). Este é composto por seis categorias principais, nomeadamente: Impacto da experiência de IVG; Planeamento Familiar; Suporte Social; Processo de IVG; **Importância da Investigação sobre IVG**; e Acontecimento importantes do último ano. Com o intuito de tornar mais clara e compreensível a estrutura geral das categorias propostas no âmbito deste estudo, bem como uma maior discriminação do que compõe cada categoria e subcategoria, em anexo encontra-se uma grelha que inclui as seguintes dimensões: codificação, designação, descrição e um exemplo de registo de cada uma das dimensões categóricas consideradas (anexo 4).

Será agora apresentada a organização do Sistema de Categorias criado, procedendo-se assim à sua descrição mais aprofundada:

Relativamente à categoria de primeira geração Impacto da Experiência de IVG foram integradas as seguintes categorias de segunda geração que dizem respeito a diferentes dimensões do impacto da realização de uma IVG: ao nível da *Saúde Mental*, *das Relações Interpessoais*, da *Contraceção*, da *Opinião acerca da IVG*, da *Dimensão pessoal*, ***Aspetos Físicos e Sem impacto***, sendo que as duas últimas se constituem igualmente como categorias de última geração.

A categoria *Saúde Mental* inclui as seguintes categorias de terceira geração: *Mecanismos de Coping*, *Reações emocionais após IVG*, *Consumos*, *Apoio Psicológico-Psiquiátrico* e ***Sem impacto na SM***. Relativamente à categoria *Mecanismos de Coping* surgiram ainda três categorias de quarta geração, dizendo respeito às *Estratégias utilizadas pelas participantes*, aos *Fatores que influenciaram a adaptação destas* e *Perceção de como lidou com a situação de IVG*, que se dividem ainda em

categorias de quarta geração. A primeira – Estratégias utilizadas – inclui a descrição dos Tipos de Estratégias, a sua **Duração** e a **Percepção de Resultado**, bem como a referência à utilização de **Nenhuma** estratégia. Os Tipos de estratégias incluem ainda as categorias de última geração **Apoiar na família, Apoiar nos amigos, Esquecer, Hábitos saudáveis** e **Manter-se ocupada**. A segunda – Fatores que influenciaram – inclui as categorias **Fatores positivos, Fatores negativos** e **Nenhum**. Por último, a categoria Percepção de como lidou incluem-se indicações da consideração das participantes em relação a como lidaram com a IVG, subdividindo-se nas categorias **Lidou bem, Lidou mal** e **Com frieza**.

Relativamente às Reações emocionais após IVG, ficou patente a referência por parte das participantes a reações como **Alívio, Arrependimento, Autoestima, Choro, Culpa, Maior sensibilidade, Medo problemas engravidar, Não conseguir descansar, Não conseguir falar, Necessidade de falar, Pensamentos recorrentes, Peso na consciência, Sofrimento, Tristeza** e **Não especificado**. Na categoria Consumos, foi realizada ainda uma subdivisão nas seguintes categorias: **Álcool**, que inclui as categorias referentes aos consumos antes da realização da IVG e depois desta (**Descrição consumo pré-IVG e Pós-IVG**); e **Substâncias Ilícitas**, que inclui igualmente as categorias **Descrição consumo pré-IVG e Pós-IVG**. Por sua vez, a categoria Apoio Psicológico-Psiquiátrico diz respeito ao recurso a apoio psicológico ou psiquiátrico por parte das participantes e inclui as categorias: **Pré-IVG; Pós-IVG**, que inclui ainda a indicação de que **Não** recorreu a apoio psicológico-psiquiátrico após a realização da IVG; a referência à utilização de Medicação psiquiátrica, que inclui a categoria **Pré-IVG**, que se subdivide ainda nas categorias **Sim, Não** e **Especialidade médica** (que diz respeito à identificação da especialidade médica em que foi prescrita a medicação) e a categoria **Pós-IVG**, que se subdivide nas categorias **Sim** e **Não**, de acordo com o facto de as participantes terem ou não recorrido a medicação após a realização da IVG.

A categoria *Relações Interpessoais* encontra-se dividida em diferentes categorias de terceira geração: **Companheiro (aquando IVG), Funcionamento Sexual, Filhos, Outros**. Há ainda referência às **Mudanças percebidas** bem como a situações em que é descrito que a este nível não existiu impacto (**Sem impacto**), sendo que as três últimas referidas se constituem como categorias de última geração. A categoria **Companheiro (aquando IVG)** diz respeito ao impacto percebido da IVG na relação com o companheiro da altura e subdivide-se ainda em quatro categorias de quarta geração. A primeira destas diz respeito a informação em que a mulher revela que **Mantém relação**, sendo que a segunda se denomina **Não mantém relação**. Nesta última situação, é ainda feita uma subdivisão nas categorias **Sim**, e percebem-se situações **Com novo relacionamento** e **sem novo relacionamento**, que integra ainda as categorias de última geração **Sim** e **Sem influência IVG**. A terceira categoria integrada no **Companheiro (aquando IVG)** consiste no Impacto na relação, tendo ainda surgido a sua subdivisão em **Impacto positivo, Impacto negativo** e **Sem impacto**. Por sua vez, a quarta, e última, consiste na referência por parte das participantes de **Problemas prévios à IVG** na relação com o companheiro.

Na categoria Funcionamento Sexual encontram-se ainda as categorias **Impacto positivo**, Dificuldades sentidas, **Sem impacto** e **Sem relações sexuais**. Quanto às Dificuldades sentidas, estas incluem a identificação por parte das participantes de dificuldades como **Menor satisfação ao nível sexual** e **Receio nova gravidez**. Além destas, surgem ainda descrições em relação ao **Evitar contacto físico**.

No que concerne à categoria relativa ao impacto da IVG na relação com os Filhos, emergiram do discurso das participantes as categorias de última geração **Diálogo sobre sexualidade** e **Disponibilizar mais atenção**.

Quanto à categoria *Contraceção*, esta inclui as categorias de última geração **Informação sobre contraceção**, que diz respeito ao relato das participantes de que após a IVG adquiriram conhecimentos acerca da contraceção e a indicação de alterações quanto à **Responsabilidade face contraceção**.

Da categoria *Opinião acerca da IVG*, o discurso das participantes aponta para situações em que mantêm a opinião, seja esta a favor ou contra (**Mantém a favor**; **Mantém não a favor**) e a descrição de alteração, tendo apenas sido aqui identificadas alterações para a valência a favor (**Alterou para a favor**).

Na *Dimensão Pessoal*, as participantes referem uma **Maior sensibilidade e flexibilidade**, bem como **Maior compreensão**. Além destas, surgem ainda referências que apontam no sentido de uma maior **Consciência dificuldade da decisão** de realização de uma IVG e ao **Julgamento de IVG múltiplas**.

A categoria de primeira geração Planeamento Familiar organiza-se num eixo temporal: *Contraceção no passado*, *Contraceção aquando IVG*, *Contraceção pós-IVG*, incluindo ainda uma categoria que diz respeito ao projeto de *Maternidade*. No que concerne à *Contraceção no passado*, quanto ao Tipo, encontramos a descrição de utilização da **Pílula** e **Preservativo**. São ainda apontadas **Razões para ter interrompido contraceção**. Por sua vez, na categoria *Contraceção aquando IVG*, o Tipo de contraceção descrita foi o **Adesivo Evra**, o **Coito interrompido**, a **Pílula** e o **Preservativo**. Desta categoria, fazem ainda parte as subcategorias referentes à **Contraceção de Emergência**, que descreve o não uso desta, e ao **Motivo da Falha** do método de contraceção e indicação de utilização de **Nenhum método**.

Relativamente à categoria *Contraceção pós-IVG* esta subdivide-se nas seguintes: Consulta pós-IVG e Contraceção pós-IVG, das quais emergiu ainda uma divisão em subcategorias. Assim, no que concerne à categoria Consulta pós-IVG, esta inclui a categoria Presença na Consulta, que se subdivide nas categorias **Sim** e **Não**, sendo que esta última inclui ainda a indicações de **Razões** para não comparecer à consulta. Abarca ainda a Especialidade Médico da Consulta, tendo ficado patente que as participantes recorreram ao **Ginecologista da consulta de IVG**, **Ginecologista privado**, **Médico de família** e **Médico sem especificação**. Foram ainda apontadas **Razões para não recorrer Centro Saúde**. O discurso revelou ainda a Avaliação da Consulta feita por parte das participantes,

tendo sido considerada **Com impacto, Sem impacto e Positiva**, bem como Alteração na utilização de contraceção, que inclui as categorias de última geração **Sim** e **Não**, uma vez que surgiram discursos no sentido quer da alteração, quer da não alteração.

Relativamente à Contraceção Atual esta subdivide-se nas categorias Tipo e **Razões para alteração**. Quanto ao Tipo, as participantes atualmente utilizam o **Adesivo Evra, Dispositivo Intrauterino, Pílula, Preservativo, Sistema intrauterino (Endocetivo)**.

A categoria *Maternidade* (respeitante aos relatos referentes à maternidade após a IVG) inclui duas categorias de terceira geração, designadas como **Sem gravidez após IVG** e Projeto de maternidade. Esta última – Projeto de maternidade – apresenta ainda uma subdivisão, havendo participantes que descrevem planear ter filhos no futuro (**Sim**), enquanto outras referem que **Não**, sendo ainda apresentadas **Razões para não ter mais filhos**.

Considerando agora a categoria de primeira geração Suporte Social, nesta incluem-se as seguintes categorias de segunda geração, sendo algumas destas igualmente de última geração: *Familiares aquando IVG, Amigos aquando IVG, Companheiro aquando IVG, Novo companheiro, Outros Profissionais de Saúde, Nenhum apoio e Razões para não partilhar experiência*. No que se refere à primeira e segunda categorias de segunda geração referidas – *Familiares aquando IVG* e *Amigos aquando IVG* – foram criadas categorias de última geração com a mesma denominação, nomeadamente: **Sim**, que se refere à presença de indicação por parte das participantes em relação ao suporte social prestado por estes interveniente e **Tipo de apoio**, em que se identifica o que a participante valorizou no modo como foi prestado este suporte.

No que concerne à categoria *Companheiro aquando IVG*, encontram-se aqui incluídas as referências de que este Teve conhecimento ou que **Não teve conhecimento** da realização da IVG. Destas, a categoria Teve conhecimento abarca ainda as descrições das participantes em relação à **Reação à gravidez** e Reação à IVG por parte do companheiro. Nesta última, verificam-se ainda indicações de que este foi **a favor** da decisão de IVG, outras em que era **não a favor** e ainda a indicação de que este não apresentou a sua opinião (**Sem opinião**). Além disso, explora-se o **Apoio** disponibilizado pelo companheiro de aquando a IVG. Por sua vez, a categoria *Novo companheiro* inclui a informação de se este teve ou não conhecimento da experiência da IVG (**Conhecimento IVG** e **Não teve conhecimento**). Nesta, são ainda identificadas as **Razões para ter contado** indicadas pelas participantes, bem como a descrição da **Reação à IVG** por parte deste novo companheiro. Do mesmo modo, integra-se a descrição do **Apoio** disponibilizado por este no que se refere ao período posterior à IVG.

Também a categoria *Outros profissionais de Saúde* integra categorias de última geração, que neste caso passam pela descrição do suporte disponibilizado pela médica Ginecologista particular (**Suporte médica Ginecologista**) e a consideração de falta de informação por parte de obstetras particulares (**Falta de informação Obstetra particular**).

No que concerne à categoria de primeira geração Processo de IVG, nesta estão incluídas as categorias *Razões para a tomada de decisão*, *Processo de decisão*, *Posicionamento face à decisão*, *Encaminhamento*, *IVG tipo Medicamentoso*, *Opiniões gerais acerca prática IVG*, *Complicações no processo* e *Momento mais marcante*. Destas, importa ainda considerar aquelas que possuem subdivisões em categorias mais específicas. Assim, na categoria *Razões para a tomada de decisão*, em que se identificam os motivos apontados pelas participantes para a realização da IVG no passado, foram identificadas razões **Económicas**, **Emocionais**, **Médicas**, **Profissionais**, **Relacionais** e **Outras**. Destas, as razões Relacionais subdividem-se ainda nas categorias de última geração **Processo de separação**, **Relação instável ou problemática** e **Relação pouco consolidada**.

Relativamente à categoria *Processo de decisão*, que inclui as referências ao modo como foi tomada a decisão, identifica-se, pelo discurso das participantes, se este processo foi realizado **Acompanhada** ou, por outro lado, **Sozinha**.

Na categoria *Encaminhamento*, que codifica as referências que descrevem o encaminhamento para o estabelecimento de saúde onde foi realizada a IVG, considera-se a identificação de **Quem** encaminhou, **Indicação da unidade de saúde** a que se deve dirigir dada pelo agente de encaminhamento e a indicação de que este agente não encorajou a realização da IVG (**Não encorajamento**).

Por sua vez, na categoria *Opiniões acerca prática IVG* inclui-se a perceção das participantes em relação à partilha do espaço da consulta de IVG com as consultas de maternidade (**Espaço**), a perceção de que os profissionais de saúde estão mal informados acerca deste procedimento (**Falta de informação**) e a opinião relativa ao **Intervalo para tomada de decisão** exigido pela Lei. Foram ainda identificadas referências em relação ao **Tempo de espera para as consultas**, à Equipa Multidisciplinar e opiniões sem especificação em relação ao processo (**Outros**). Destas, na Equipa Multidisciplinar identificaram-se aspetos quer positivos, quer negativos em relação aos vários agentes de saúde. Assim, verifica-se ainda a subdivisão dos aspetos positivos em relação à **Equipa geral**, **Assistente Social**, **Médicos** e **Psicóloga**, e dos aspetos negativos, também em relação à **Equipa geral**, aos **Enfermeiros** e **Médicos**, de acordo com os profissionais aos quais as participantes fazem referência.

Finalmente, no que concerne ainda à categoria de primeira geração Processo de IVG, importa ainda referir a identificação do *Momento mais marcante* do processo para as participantes. Neste, foram identificados o **Dia da interrupção/expulsão** e a **Conversa com Assistente Social**, verificando-se ainda discursos que indicavam a perceção de que não houve nenhum momento mais marcante (**Nenhum**).

Relativamente à categoria de primeira geração Importância da Investigação sobre IVG, nesta são incluídas as referências em relação à importância que as participantes atribuem à investigação sobre este tema. Uma vez que não se verificam subdivisões, esta constitui-se simultaneamente como categoria de primeira e última geração.

Por último, a categoria Acontecimentos importantes do último ano inclui a identificação de aspetos significativos ao período pós-IVG, podendo estes estar associados a esta experiência (*Associados à IVG*) ou ser relativos a outros aspetos (*Não associados à IVG*). Inclui-se ainda a consideração de que não houve nenhum acontecimento mais significativo no decorrer do ano (*Nenhum*).

Partindo então dos resultados acima descritos, obtidos através do discurso das participantes, procedeu-se à análise e discussão destes, à luz daquilo que foi possível interpretar e integrando com a literatura existente acerca desta temática.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Procurando facilitar a compreensão da informação recolhida e assim dar maior coerência ao discurso, a análise e discussão dos dados provenientes das entrevistas será apresentada tendo como ponto de partida cada uma das questões de investigação que compõem este estudo, já referidas anteriormente. Com o objetivo de tornar mais claro o processo seguido para proceder a esta análise dos dados, foi realizada uma tabela que inclui e relaciona os principais temas, os objetivos específicos e as questões de investigação do estudo com as categorias que emergiram da análise de conteúdo das entrevistas (anexo 5).

Primeiramente, será realizada uma análise da caracterização das participantes por comparação aos dados nacionais mais atuais em relação às características sociodemográficas de mulheres que realizaram IVG. No que concerne à idade, verifica-se que a média de idades das participantes do presente estudo (32,18 anos) vai de encontro à faixa etária dominante dos dados nacionais, que se localiza entre os 20 e os 34 anos (63,66%). No que concerne às habilitações literárias, estas variam entre o 9º ano de escolaridade e o Ensino Superior, sendo a mais dominante o Ensino Superior (N=5; 45,45%), seguido do Ensino Secundário (N=4; 36,36%), sendo que nos dados nacionais é este último que surge como mais frequente (35,22%). Quanto à situação laboral, verificam-se novamente dados semelhantes, uma vez que tanto a nível nacional (22,7%), como neste estudo em específico (45,45%) a situação mais frequentemente referida é a de Desemprego, apesar de no caso das participantes da presente investigação a percentagem ser bastante elevada quando comparada com os dados nacionais. Relativamente ao estado civil, a maioria das participantes é solteira (n=7; 63,63%), enquanto que nos dados nacionais se verifica que 50,62% das mulheres que realizam uma IVG não viviam em regime de coabitação. Relativamente ao número de filhos, a grande maioria das mulheres que realizaram uma IVG em 2012 tinha já uma fratria de 1 ou 2 filhos (51,5%), havendo 40% que não tinham filhos, sendo que no caso específico das participantes deste estudo 5 (45,45%) não tem filhos, enquanto que as restantes 6 (54,54%) apresentam também uma fratria de 1 ou 2 filhos.

Desta forma, considera-se que são notórias algumas semelhanças entre as características deste grupo de participantes em particular e os dados nacionais em relação a mulheres que realizaram uma IVG no ano de 2012. No entanto, merece destaque a diferença percentual em relação ao Desemprego enquanto situação laboral, que apesar de se constituir como a maioria em ambos os casos, aparece com uma representação bastante mais evidente nas participantes da presente investigação.

De seguida será então apresentada a discussão dos resultados no que concerne às quatro questões de investigação, sendo que esta incluirá referências das entrevistas realizadas, bem como uma análise baseada no que tem vindo a ser evidenciado pela literatura.

(i) Qual o impacto da IVG a nível do planeamento familiar posterior?

De modo a dar resposta a esta primeira questão de investigação do estudo, a principal categoria a ter em conta foi a Planeamento Familiar. No entanto, de modo a integrar todos os contributos relevantes para esta questão, foram ainda utilizadas categorias relativas a outros temas, nomeadamente a categoria *Contraceção* inserida na categoria de primeira geração Impacto da experiência de IVG, que inclui as questões da **Informação sobre contraceção** e **Responsabilidade face contraceção**. Além disso, foram identificados dados relevantes para a discussão desta questão na categoria *Razões para a tomada de IVG* no passado, inserida na categoria de primeira geração Processo de IVG.

Acerca deste tema, importa primeiramente perceber as questões relativas à contraceção pré-IVG das participantes. No que concerne à *Contraceção no passado*, mas que atualmente já não seria utilizada pelas participantes, foram identificados dois métodos de contraceção: a **pílula** (“*Eu tomava a pílula e... tomava a pílula.*” E5) e o **preservativo** (“*O preservativo.*” E8). Relativamente às **Razões para ter interrompido contraceção**, foi indicado um conjunto de motivos/razões pelas participantes, tais como o facto de ter feito uma pausa na contraceção devido ao fim de um relacionamento (“*Tinha acabado o relacionamento, achei que deveria fazer uma pausa.*” E2) ou ter sentido alterações físicas com a utilização da pílula (“*...e senti o meu corpo a alterar-se com a pílula, e deixei de a tomar.*” E5). Relativamente à *Contraceção aquando da IVG*, no que concerne ao tipo, foi possível distinguir quatro métodos contracectivos utilizados pelas participantes no momento em que ocorreu a gravidez: o **Adesivo Evra** (“*(...) eu uso o adesivo Evra.*” E7), o **Coito interrompido** (“*O homem... tem... como é que hei-de dizer? As palavras... Ou seja... recua, digamos.*” E1), a **Pílula** (“*Era a pílula.*” E8), e o **preservativo** (“*como usava preservativo, nunca pensei que me pudesse acontecer!*” E4), sendo que o método mais utilizado seria a pílula, com seis das participantes a indicarem a sua utilização no momento em que ocorreu a gravidez. Importa ainda referir que uma das participantes não se encontrava a utilizar **Nenhum método** (“*Não. Na altura eu fiz uma pausa.*” E2). No que concerne ao **Motivo da falha** do método de contraceção, foram referidos vários, tais como a colocação desadequada do método (“*E com certeza naquela altura não deve ter estado não sei ou coloquei mal...*” E7), o esquecimento de tomar a pílula (“*Sim, esquecia-me alguns dias e se calhar foi mesmo por causa disso.*” E8), a combinação de pílula com antibiótico (“*Eu estive na altura de antibiótico, com algumas alterações gastrointestinais.*” E10), e a rutura do preservativo (“*E o que aconteceu foi que o preservativo rebentou.*” E4). Estas falhas vão de encontro às identificadas, por exemplo, no estudo de Sereno, Leal e Maroco (2012), em que os autores concluíram que as principais razões para a falha dos métodos ou motivações para a sua não utilização se prendem com a utilização de forma inconsistente (utilizar o preservativo apenas em algumas situações ou paragens na pílula), e falha na utilização do método, como esquecimento da pílula alguns dias, interação medicamentosa, rompimento do preservativo, entre outros. Importa ainda atentar ao facto de uma participante ter feito

referência à **Contraceção de emergência**, no sentido de considerar agora que deveria ter optado por esse método na altura, mas que “...*pensava que não ia acontecer nada.*” (E2). Uma gravidez indesejada pode resultar não só do não uso de contraceção, mas também de falhas nos métodos contraceptivos ou até de utilizações incorretas destes (e.g. Bradley & Croft, 2010). No seguimento das informações obtidas a partir do discurso das participantes, é possível inferir que as falhas que originaram a gravidez que resultou em IVG não se prendem apenas com a falta de informação sobre os métodos contraceptivos ou a sua não utilização, mas sobretudo com uma utilização desadequada destes, apesar de em alguns casos referirem possuir informação adequada. Tal verifica-se, por exemplo, nos casos em que as participantes indicam ter estado sob o efeito de antibióticos ao mesmo tempo que tomavam a pílula como único método contraceptivo (“*o resultado das minhas consultas aí no hospital foi que um antibiótico deixou de fazer efeito pelos vistos, aparentemente ou não, não sei, da pílula...*” E9), apesar de afirmarem ter conhecimento que este cortaria o efeito da contraceção (“*Sabia, não pensei é que fosse acontecer comigo.*” E9). Esta dominância da utilização desadequada da contraceção em relação à não utilização desta vai de encontro à ideia veiculada de que a principal causa de gravidezes indesejadas está intimamente relacionada com a escolha do método contraceptivo (Speidel et al., 2008). Neste sentido, revela-se pertinente atentar às possíveis alterações realizadas na escolha e utilização dos métodos de contraceção após a experiência de IVG, sendo esta relação explorada posteriormente.

No que diz respeito à *Contraceção pós-IVG*, mais especificamente no que se refere à Consulta de Planeamento Familiar pós-IVG, declarações de médicos especialistas nesta temática têm vindo a apontar para grandes falhas na frequência destas consultas (Castro, 2011). Relativamente a este estudo em específico, importa referir que apenas duas participantes não a realizaram, sendo que uma destas, em relação aos **motivos** para tal, referiu não haver nenhum em especial (“*Não...nenhuma em especial.*” E8), enquanto que a outra indicou as questões do horário e do dispêndio de tempo (“*Simplesmente porque... Por causa dos horários, de depender muito tempo...*” E4). Apesar da possibilidade de frequentar essa consulta no estabelecimento hospitalar em que é realizada a IVG, com o **Ginecologista da consulta de IVG**, a grande maioria das participantes (N= 10) optou por recorrer a outros serviços, nomeadamente ao **Ginecologista provido** (“*...fui depois na minha médica particular.*” E1), ao **Médico de família** (“*Porque eu fazia no centro de saúde.*” E3), ou a um **Médico sem especificação** (“*Fui. Fui à minha médica.*” E6). Este aspeto vai contra a ideia de que o acesso a Planeamento Familiar ser facilitado no contexto em que é realizada a IVG devido ao facto da mulher em causa já se encontrar nos estabelecimentos de saúde e poder estar mais recetiva à adesão aos métodos contraceptivos devido à situação que acabou de experienciar (Fragoeiro, 2009 cit in Santos, 2010). Uma participante indicou ainda **Razões para não recorrer ao Centro de Saúde**, referindo aspetos como o facto de não querer que na sua área de residência tivessem conhecimento de que realizou uma IVG (“*...era a mesma coisa que dizer a toda a gente o que é que se tinha passado.*” E5). No que concerne à avaliação que as participantes fazem da consulta de Planeamento Familiar,

independentemente do profissional a que recorreram, foi possível distinguir três principais posicionamentos: o facto de considerarem que esta **teve impacto** (“*A doutora do planeamento familiar é que me aconselhou a mudar de contraceutivo...*” (E11), que **não teve impacto** (“*Não necessariamente! O médico aconselhou-me a usar um dispositivo em chip... mas eu na altura recusei*” E2), e uma avaliação positiva, considerando que vale a pena ir a esta consulta (“*Sim, sim.*” E1).

Segundo Senlet e colaboradores (2001), na presença de serviços de Planeamento Familiar de qualidade para clientes que tenham experienciado uma IVG, estas apresentam uma elevada taxa de adesão aos métodos de planeamento familiar. Relativamente às participantes deste estudo em específico, contactou-se que sete alteraram os métodos contraceutivos após a realização da IVG e da consulta de Planeamento Familiar, passando, por exemplo, a utilizar o Dispositivo Intrauterino (“*Eu pus o DIU e só o tirei há uma semana porque ele estava deslocado.*” E6) ou a pílula (“*Sim, alterei. Comecei a tomar a pílula.*” E4), havendo apenas quatro que mantiveram o mesmo método (“*Mas continuo com o mesmo, sim.*” E2). Estas evidências vão de encontro ao estudo de Ceylan, Ertem, Saka e Akdeniz, (2009), em que se verificaram diferenças na utilização de métodos contraceutivos entre as mulheres que participaram no estudo, comparando o momento anterior e posterior à realização da consulta de Planeamento Familiar, sendo que esta diferença parece ser causada pelo aconselhamento após a IVG. Assim, relativamente à Contraceção atual destas participantes, no que concerne ao tipo de método de contraceção, foram identificados os seguintes: **Adesivo Evra** (“*(...)a questão é que eu uso o adesivo Evra.*” E7), **Dispositivo Intrauterino** (“*Portanto, eu pus o DIU e só o tirei há uma semana porque ele estava deslocado.*” E6), a **Pílula** (“*Ou seja, estou a tomar a pílula...*” E1), o **Preservativo** (“*E para além disso utilizo preservativo com o meu marido.*” E9) e o **Sistema intrauterino endocetivo** (“*Agora tenho o Mirena®.*” E3). Quanto às **razões para a alteração** indicadas pelas participantes foram referidas questões de problemas na sua utilização sobretudo (“*Comecei a ter muitas hemorragias e isso tudo.*” E3; “*E como não tenho vida sexual ativa, optei por tirar, porque estava todo deslocado...*” E6).

Ainda no que concerne à *Contraceção*, mais especificamente em relação ao Impacto da experiência da IVG sobre esta segundo o relato das participantes, destacaram-se duas principais alterações. A primeira diz respeito à **Informação sobre contraceção**, em que se constatou que as participantes consideraram ter adquirido mais informações acerca desta questão após a realização da IVG (“*Fiquei a saber mais coisas...*” E6). O segundo aspeto refere-se à **Responsabilidade face contraceção**, sendo de atentar que sete das participantes fizeram referência a esta questão. Aqui, indicam estar mais responsáveis (“*Agora estou muito mais responsável no que toca ao sentido da contraceção*” E2), cuidadosas (“*Tenho muito cuidado.*” E9), considerando a combinação de métodos para aumentar a sua eficácia (“*Preservativo e portanto... Tem que ser preservativo, e talvez a pílula.*” E6), entre outros. A maior recetividade aos métodos de contraceção referida por Fragoeiro (2009, cit in Santos, 2010) pode também relacionar-se com esta maior responsabilidade e cuidado na utilização

da contraceção, uma vez que a grande generalidade das participantes associou esta alteração no modo de utilização do método à experiência de IVG pela qual passaram.

Ainda no que concerne ao Planeamento Familiar, mais especificamente às questões relacionadas com a *Maternidade*, verificou-se que a totalidade das participantes se encontravam **Sem gravidez após IVG**. Aqui importa ainda atentar aos projetos de maternidade para o futuro. No caso específico das participantes deste estudo, constatou-se que cinco destas tencionam ter filhos no futuro, respondendo **Sim** a esta questão (*“Eu pretendo ser mãe mas quando tiver a vida mais estável”* E8) enquanto que as restantes seis afirmam **Não** ter intenção de ter mais filhos (*“(…) o meu marido está doente. Em princípio não.”* E3). No que concerne às **razões para não ter mais filhos**, foram identificados motivos como a idade da participante (*“Não, porque já tenho uma certa idade, há muitos “senãos”, não é?”* E1), questões de saúde da própria (*“Se fosse uma gravidez saudável e pudesse trabalhar, e pudesse seguir a minha vida, não é, normalmente. Mas não!”* E1), questões de saúde do companheiro (*“...o meu marido está doente. Em princípio não.”* E3), questões relacionais (*“...estou separada, não tenciono ter ninguém”* E4), questões financeiras (*“...e não temos mesmo possibilidades sequer monetárias para ter mais.”* E9) e receio do momento do parto (*“Eu gostava mas tenho muito medo do parto.”* E11). Ora, tendo em conta estas razões apontadas pelas participantes para não ter mais filhos, é possível verificar uma relação de similaridade com as razões para a tomada de decisão da IVG no passado que foram identificadas pelas participantes. Relacionando-as, verifica-se então que alguns dos motivos que contribuíram para a decisão no passado são os mesmos que levam a que as participantes não apresentem projetos de maternidade para o futuro, uma vez que foi possível identificar motivos para realizar a IVG de índole **Económica** (*“Foi porque eu não podia mesmo. Não tinha possibilidades nem financeiras, nem nada, para o ter.”* E9), **Médicas** (*“Porque... só eu sei o que é que eu passei, que eu tive 4 abortos...”* E1) e Relacionais (*“O facto de ter uma vida conjugal muito instável... sempre com problemas! Até que está a finalizar desta forma...”* E4). Fazendo o cruzamento dos dados, verifica-se ainda que as participantes que tencionam ter filhos no futuro (E2; E5; E7; E8; E10) são aquelas que apresentam razões para a decisão da IVG mais passíveis de se alterarem posteriormente, nomeadamente o facto do companheiro da altura não ser considerado *“a pessoa certa”* (E2), estar no *“processo de separação”* (E7), considerar que na altura a *“relação já não estava muito bem”* (E10), o facto de não ter conseguido lidar com a situação (*“Eu entrei em... eu entrei em pânico da outra vez! E desta vez... Entrei em pânico!”* E5; *“...também porque não me sentia preparada. Acho que não era o momento certo.”* E8), o facto de se encontrar desempregada na altura (*“Foi mesmo o facto de estar desempregada”* E8) e ter de *“obrigatoriamente trabalhar em dois sítios e não ter condições para parar na altura”* (E10). Desta forma, considera-se ser possível inferir que a IVG não teve um impacto significativo nos projetos de maternidade destas participantes, mas que estes projetos poderão estar relacionados com as razões que as levaram a optar pela realização deste procedimento.

Desta forma, relativamente à primeira questão de investigação deste estudo - Qual o impacto de uma IVG a nível do planeamento familiar posterior? – verifica-se que o conteúdo do discurso das participantes assinala que as principais alterações dizem respeito a duas questões: a alteração do método contraceutivo utilizado aquando da ocorrência da gravidez que levou à realização da IVG e a maior responsabilidade e cuidado face à contraceção. Neste sentido, considera-se que de facto a experiência de IVG levou a alterações significativas no Planeamento Familiar destas participantes, considerando sobretudo que todas as participantes fizeram referência à alteração do método de contraceção (E1; E3; E4; E5) ou à maior responsabilidade na sua utilização (E2; E7; E9; E10), ou inclusive a ambas estas alterações (E6; E8; E11). Estas evidências vão de encontro ao que tem vindo a ser referido pela literatura, uma vez que a experiência de IVG tem sido reconhecida como uma oportunidade para promover a aceitação de métodos de contraceção mais eficazes pelas mulheres ou uma oportunidade para ajustar os métodos anteriores às dificuldades que as mulheres experienciavam na utilização diária destes (e.g.: Ferreira, Souza, Lima & Braga, 2010; Moreau et al., 2010). Além disso, é possível constatar que as mudanças na contraceção usada pelas participantes foram no sentido da utilização de métodos considerados mais eficazes, uma vez que segundo a Direção Geral de Saúde (2008), a contraceção oral (pílula), o DIU, o Adesivo Evra e o Sistema Intrauterino Endocetivo se encontram entre os métodos com menor taxas de falhas. Importa ainda referir que, além da maior taxa de utilização dos métodos acima mencionados, verificou-se também a combinação da contraceção oral com o preservativo e o abandono de métodos de reduzida eficácia, como o coito interrompido, bem como a inexistência de participantes que se encontravam sem utilizar nenhum método de contraceção.

(ii) Qual a influência da IVG sobre as relações íntimas?

Com o objetivo de responder à segunda questão de investigação deste estudo, a principal categoria a ter em conta é a *Relações Interpessoais*, inseridas na categoria de primeira geração Impacto da experiência de IVG. Mais concretamente, recorreu-se sobretudo às categorias *Companheiro* (aquando IVG), **Com novo relacionamento**, *Sem novo relacionamento* e *Funcionamento Sexual*. Além destas, foram ainda utilizados dados da categoria *Razões para a tomada de decisão* da IVG no passado, nomeadamente no que se refere às razões relacionais indicadas pelas participantes do estudo.

Explorando primeiramente as questões relativas ao estado da relação com o *Companheiro* (aquando IVG), importa referir que cinco das participantes **mantêm a relação** (“*Sim, dura há 2 anos...*” E1), sendo que as restantes (N=7) já terminaram a relação. Destas, três encontravam-se no momento da realização da entrevista **com novo relacionamento** (“*Conheci outra pessoa, à qual neste momento estou a viver junta...*” E2), enquanto que as restantes quatro se encontravam **sem novo relacionamento** (“*Não. Eu estou sozinha de momento.*” E8). Nenhuma das participantes que descreveu não ter nenhum relacionamento pareceu relacionar esta ausência de novo relacionamento

com a experiência da IVG, havendo inclusive um caso em que a participante em causa referiu que, na sua perspectiva, esta situação se verificava **sem influência da IVG** (“*Não, não teve, diretamente não teve. Acho que não.*” E10). Além disso, não foi identificado no discurso das participantes nenhuma referência a um impacto negativo de terem passado pela experiência de IVG nesta nova relação, o que corrobora o facto de se considerar que os efeitos mais significativos na relação, tanto para as mulheres como para os homens, estarem relacionados com a realização da IVG durante o decorrer da relação atual, e não em relações anteriores de um dos companheiros (Coleman et al., 2009).

No que concerne ao Impacto na relação com o companheiro de aquando a IVG, pelo relato das participantes foi possível constatar que em algumas situações verificou-se um **impacto positivo** (“*A relação com o meu marido alterou-se... acho que estamos mais juntos e... unidos e...*” E5), noutras um **impacto negativo** (“*A nível físico não, a nível emocional sim. O distanciamento faz com que nos distanciemos cada vez mais e depois é inevitável a separação.*” E10), havendo ainda algumas situações em que se considerou que a relação emocional se manteve **sem impacto** (“*Não! Não influenciou nem... continua na mesma.*” E1). Mesmo que haja consenso entre o casal na decisão a tomar face a uma gravidez indesejada, existem muitos outros fatores que podem levar a conflitos nas relações íntimas, desde preferências pessoais, a crenças e compromisso na relação. No caso particular das participantes deste estudo, verificou-se que a maioria destas considerou não ter havido impacto na relação estabelecida com o companheiro de aquando a realização da IVG, o que vai de encontro às evidências identificadas no estudo de metanálise de Bradshaw e Slade (2003) que indicam que a maioria das mulheres que realizaram uma IVG relatam não haver alterações nas suas relações em geral com o companheiro. De notar que, no entanto, a maioria das participantes que terminou essa relação (quatro) indicou ter havido um impacto negativo, o que corresponde ao que a literatura também identifica como um aumento do risco de separação ou divórcio após uma experiência de IVG (Coleman et al., 2009).

Apesar da existência de fatores relacionados com a experiência de IVG que podem levar a dificuldades nas relações, associações entre estas variáveis também podem ser explicadas por problemas relacionais que já ocorriam antes desta experiência (Coleman et al., 2009; Russo et al., 1992). Esta ideia também surgiu nos dados deste estudo, uma vez que as participantes que já tinham terminado a relação indicaram que esta apresentava já **problemas prévios à IVG** (“*Tínhamos bastantes problemas, porque o meu parceiro era toxicodependente.*” E2; “*Aliás... os nossos problemas é... quase praticamente derivado pela mãe. Pela... pela intrusão!*” E4; “*Eu era do Porto, sempre quis ir para Lisboa, portanto... Havia certas coisas que eu já lhe teria dito, que tinha-lhe falado, portanto...*” E6; “), enquanto que uma destas afirma que não havia qualquer relação estabelecida com o companheiro (“*Não, não tínhamos qualquer relação.*” E11), havendo ainda uma situação em que o companheiro em causa não teve conhecimento da IVG (“*Ele sabia da gravidez? Não, não, não.*” E7). Além destes problemas prévios poderem contribuir para o término da relação após a IVG, são também considerados uns dos motivos mais comuns para recorrer à interrupção da

gravidez (Coleman et al., 2009; Russo et al., 1992), o que vai mais uma vez de encontro às evidências identificadas no discurso das participantes, uma vez que, tal como já foi referido, as razões relacionais foram frequentemente referidas (N=6) como fator de decisão para a realização da IVG.

No que concerne ao Impacto da Experiência de IVG no Funcionamento Sexual, a maioria das participantes (N=8) indicou considerar que estas se mantiveram **sem impacto** (“*Mas a nível sexual não se alterou nada*” E5). Esta ideia surge também veiculada na literatura sobre o tema, podendo ser apontado como exemplo o estudo de metanálise de Bradshaw e Salde (2003) que conclui que a maioria das mulheres que experienciou uma IVG não relatam alterações no funcionamento sexual. Verificou-se ainda um caso em que a participante se manteve **sem atividade sexual** após a realização da IVG (“*Portanto não houve continuação de relacionamento sexual? Não.*” E8).

Apesar de pouco frequente, através dos vários estudos analisados, Bradshaw e Salde (2003) indicam a existência de relatos de efeitos negativos nas relações sexuais por cerca de 10 a 20% das mulheres durante as primeiras semanas e meses posteriores à IVG. Neste estudo em específico, verificou-se que duas das participantes fizeram referências a estas alterações negativas na vivência sexual. Nas situações em que as participantes (E11 e E4) consideraram ter verificado um impacto negativo desta experiência no funcionamento sexual, foi possível distinguir algumas das dificuldades sentidas por estas. Na literatura, são indicadas, por exemplo, dificuldades como não ser capaz de atingir o clímax, demasiada rapidez em atingir o clímax, dores durante a relação, ansiedade associada à relação e dificuldades em fazer com que o companheiro se interesse (Coleman et al., 2009). Nas participantes deste estudo foram identificadas e descritas como dificuldades: **evitar contacto físico** (“*Sim, evito o contacto físico.*” E11), sentir uma **menor satisfação** na relação sexual (“*Houve alguma alteração ao nível da sua satisfação sexual? Sim.*” E11) e ter **receio de nova gravidez** (“*Tinha muito medo de engravidar outra vez... mais psicologicamente. Tinha muito, muito medo.*” E4), que pode levar à ansiedade associada à relação sexual identificada na literatura (Coleman et al., 2009).

Desta forma, pode concluir-se que não se encontra um padrão evidente da influência que a experiência de IVG tem nas relações íntimas, uma vez que os resultados acerca deste assunto apontam para conclusões ambíguas dado os relatos quer no sentido de um impacto positivo, quer negativo ou sem impacto. No entanto, parece haver uma predominância das afirmações que revelam não ter havido um impacto significativo, sobretudo devido ao facto das situações em que ocorreram alterações negativas poderem também estar relacionadas com problemas na relação prévios à IVG. Além disso, parece ainda ser possível relacionar estes problemas e impacto negativo com o apoio prestado pelo companheiro no momento da IVG, sendo que esta questão será explorada com maior detalhe posteriormente, na quarta questão de investigação do presente estudo.

(iii) Quais são os mecanismos de coping utilizados pelas mulheres que realizaram uma IVG?

De modo a dar resposta a esta terceira questão de investigação revelaram-se como pertinentes os conteúdos relativos, sobretudo, à categoria Mecanismos de *Coping*, inserida na categoria de primeira geração Impacto da Experiência de IVG. Mais concretamente, foram tidos em conta os dados relativos às estratégias utilizadas pelas participantes no sentido de se adaptarem à experiência de IVG, os fatores que influenciaram essa adaptação e a perceção de como lidou com a experiência. Além desta categoria que se assume como primordial, importa ainda atentar ao conteúdo de outras que se revelou pertinente de modo a reunir as informações necessária que permitissem dar uma resposta à questão de investigação. Destas, destacam-se as categorias Reações emocionais após IVG e Consumos, também estas pertencentes à categoria de primeira geração Impacto da Experiência de IVG. Além destas, tornou-se também relevante atentar à categoria *Processo de decisão* e *Posicionamento face à decisão*, ambas incluídas na categoria Processo de IVG, bem como à categoria Acontecimentos importantes do último ano.

Relativamente, então, aos dados presentes na categoria Mecanismos de *Coping*, mais concretamente no que se refere às estratégias utilizadas, importa primeiramente atentar ao tipo de estratégia. Pelo relato das participantes, foi possível distinguir cinco principais estratégias, nomeadamente o **apoiar na família** (“*Apoiei-me na minha família, foi mesmo a minha base.*” E8), que inclui relatos, por exemplo em relação ao marido; **apoiar nos amigos** (“*E alguns amigos mais próximos.*” E8), **esquecer** (“*tentei esquecer, tentei esquecer por completo...pegar numa borracha e apagar...*” E7), manter **hábitos de vida saudáveis** (“*O que eu fiz foi tentar manter a minha saudável, fazer exercício físico...*” E7) e **manter-se ocupada** (“*Mas pelo menos estava ocupada. Não tinha tempo para pensar no assunto.*” E11). Houve ainda uma participante que afirmou não ter posto em prática **nenhuma** estratégia (“*Nada, não fiz nada mesmo.*” E10).

Entre as possíveis respostas de tentativa de ajustamento à IVG, pode ser destacada o recurso ao uso de substâncias. As respostas de mulheres que experienciaram uma IVG têm sido relacionadas com o consumo de substâncias na literatura existente, verificando-se vários estudos que associam o histórico de IVG com uso/abuso de substâncias (e.g. Coleman, 2005), sendo esta associação clinicamente plausível uma vez que o mal-estar associado pode levar ao consumo e mais tarde à dependência (Casey, 2010). No entanto, neste estudo não foi verificado o recurso ao consumo de substâncias enquanto forma de tentar lidar com a experiência de IVG, tendo apenas sido verificado que uma participante referiu o consumo de álcool **pós-IVG** na medida em que considera que quando consome álcool, recorda-se mais frequentemente da IVG realizada, mas negando a sua utilização enquanto mecanismo de *coping* (“*Eu não me refugiei no álcool!*” E5).

Relativamente à perceção do resultado das estratégias utilizadas, a participante que referira ter optado por **esquecer** a experiência indicou considerar ter sido uma estratégia com resultados positivos,

pois afirma que “ *pelo menos eu consegui esquecer...* ” (E7). No entanto, tal não leva a concluir que estratégias deste género, que poderão ser consideradas evitantes e nas quais se pode também incluir o **manter-se ocupada**, sejam adequadas ao ajustamento pós-IVG. A literatura tem vindo a sugerir que as mulheres que recorrem preferencialmente a estratégias de confronto ativo, aceitação e reenquadramento positivo ou de procura de apoio instrumental ou emocional, tais como as que indicaram ter utilizado como estratégia o **apoiar na família** e **apoiar nos amigos** (E5; E8; E9) apresentam maior bem-estar e satisfação no período pós-IVG (Cohen, & Roth, 1984; Dagg, 1991; Major, Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubek, 1998, cit in Guedes cit in., 2010), por oposição a estratégias de evitamento e negação ou à ventilação emocional.

Além da própria experiência de IVG, foi possível identificar no discurso das participantes alguns fatores que poderão ter contribuído para o ajustamento ao período posterior à IVG. Foram, assim, identificados alguns **fatores positivos**, como o facto de terem filhos (“*Estou com força para impedir... eu tenho dois filhos, não é?*” E4), **fatores negativos**, como o facto das consultas de IVG serem realizadas no mesmo espaço que as de maternidade no estabelecimento de saúde em causa (“*...e o facto de ter as consultas em simultâneo... ao mesmo tempo que as mães que vão ter bebés e as que estão a fazer interrupção...*” E4), bem como a perceção de que não houve **nenhum** fator que tenha exercido influência neste ajustamento (“*Não, de repente não.*” E9). A identificação destes fatores torna-se relevante na medida em que a atribuição causal dos problemas verificados após a experiência de uma IVG a esta não é clara, dada a variedade de fatores que podem afetar as respostas das mulheres (e.g. Robinson et al., 2009).

No mesmo sentido, revela-se pertinente atentar ao que as participantes identificam como Acontecimentos importantes do último ano. Nesta categoria apenas quatro participantes identificaram algum acontecimento, enquanto que as restantes (N=7) referiram não identificar nenhum. Das quatro participantes referidas, importa ainda referir que apenas uma identificou um acontecimento **associado à IVG**, nomeadamente o mês em que se tinham passado nove meses desde a IVG (“*...é assim, significativo mesmo foi no mês de Dezembro onde fazia os nove meses caso eu tivesse levado a gravidez avante*” E9). Os restantes acontecimentos identificados são então **não associados à IVG**, nomeadamente problemas de saúde do companheiro (“*O que mudou foi depois de ter...a saúde do meu marido, isso mudou-me um bocado mais.*” E3), situação de desemprego (“*Há. Há negativo: o desemprego...*” E4) e a “*rutura com o parceiro*” (E10). A identificação destes acontecimentos é então de crucial importância dado que, apesar da IVG ser um acontecimento potencialmente stressante, os recursos de *coping* no que concerne ao emprego, estabilidade financeira, entre outros fatores, assumem, segundo, por exemplo, Patrão e colaboradores (2008), um peso maior no bem-estar das mulheres do que o facto de ter realizado ou não uma IVG.

Posto isto, foi possível ainda concluir que, segundo a perceção das próprias participantes, a maioria considera que **lidou bem** com a experiência de IVG (e.g.: “*No geral acho que lidei bem com toda a situação, não me deixei ir muito abaixo, tentei continuar com a minha vida não é?*” E8),

enquanto que apenas duas participantes consideraram que **lidou mal** (“*Lidei muito mal. Muito, muito mal*” E4; “*Eu não lido muito com a... com a... a situação. Penso muitas vezes nisso*” E5). Foi ainda possível verificar que duas participantes descrevem o modo como lidaram com a IVG como demasiado distante, considerando que lidaram **com frieza** (“*Foi, foi...acho que um bocadinho de forma fria...*” E10; “*Acho que fui demasiado fria.*” E11). Apesar da predominância da consideração de que se lidou bem com a IVG, a grande maioria das participantes (N=9) referiu no seu discurso diferentes reações emocionais à IVG que revelam que esta pode ter causado impacto na Saúde Mental, podendo ser apontado como exemplo a presença de **pensamentos recorrentes** (E4; E5; E6; E8; E9; E10) (e.g. “*Penso muitas vezes nisso. Muitas vezes...*” E5), **tristeza** (E4; E5; E6; E7) (“*Na altura senti-me triste.*” E6), **arrependimento** (E2; E5; E8) (e.g. “*É um bocadinho de arrependimento, num todo.*” E8), diminuição da **autoestima** (E5) (“*A mulher perde... autoestima.*” E5), **choro frequente** (E4; E5) (e.g. “*Chorei imenso.*” E4), **culpa** (E9) (“*(...)eu sentia-me muito culpada.*” E9), **maior sensibilidade** (E8) (“*Digamos que fiquei mais sensível.*” E8), **medo problemas engravidar** (E2; E10) (e.g. “*(...) principalmente fiquei com medo... em relação a situações futuras (...) Querer ser mãe... e poder ter complicações.*” E2), **não conseguir descansar** (E7) (“*Na altura eu lembro-me que...não conseguia descansar continuamente*” E7), **não conseguir falar** (E7) (“*Acho que é um assunto que eu nem sequer quero falar*” (E7), **necessidade de falar** (E5) (“*O que eu sinto é mais necessidade de falar.*” E5) e **sofrimento** (E4; E6) (e.g. “*...e isto para mim magoava-me imenso...*” E4). Apenas uma das participantes referiu não ter havido qualquer impacto após a experiência da IVG, considerando que a situação de saúde do seu companheiro se sobrepôs a esta (“*Não foi a interrupção que alterou, foi a saúde do meu marido.*” E3), havendo apenas uma participante que revelou um sentimento de **alívio** após a experiência de IVG (“*Este foi cinco estrelas! Nem tive que ir para o hospital nem nada... saiu... eu tratei de tudo em casa... só por isso já me senti aliviada, digamos...*” E1). No entanto, ao interpretar este resultado, importa considerar tratar-se de uma participante que anteriormente já teria tido quatro interrupções da gravidez espontâneas, sendo este alívio sido referido por comparação às anteriores experiências.

Importa ainda, por se tratar de um estudo que atenta ao impacto da IVG após um ano da sua realização, referir o facto de, pelo relato das participantes, ser possível inferir que houve uma diminuição destas reações emocionais negativas (“*Ah, sinto uma sensação de alívio. Já passou... foi muito complicado na altura*” E2; “*Neste momento não, não...*” E7; “*Estou bem! Estou bem.*” E4). Estas evidências vão de encontro ao que tem sido referido na literatura, que revela que apesar de algumas mulheres relatarem alívio, tal não é universal (e.g. Lauzon cit in., 2000; Rees & Sabia, 2007; Robinson et al., 2009). No entanto, este movimento de diminuição da sintomatologia negativa é contrário ao identificado num estudo de Casey (2010) que indica que os sentimentos de insatisfação aumentam com o passar do tempo. No entanto, também na investigação aqui apresentada se verificaram situações em que a experiência de IVG continuava a ser encarada como algo de certa

forma negativo pelas participantes após um ano da sua realização, nomeadamente no que concerne ao **posicionamento face à decisão** (“*Ainda hoje em dia me incomoda*” E9).

Também o processo de tomada de decisão tem sido identificado pela literatura como um fator moderador do ajustamento após a IVG (Coleman, 2005). Neste estudo as participantes revelaram um **posicionamento face à decisão** sobretudo assente no discurso da decisão ter sido aquela porque “*tinha que ser*” (E5; E6) e que realmente foi a “*melhor decisão*” na altura (E8; E10), havendo também situações que revelam, pelo contrário, arrependimento (“*Foi uma decisão que nós tomámos e que nos arrependemos*. E5). No entanto, não foi possível perceber relações entre estes posicionamentos e o ajustamento posterior à IVG ou aos mecanismos de *coping* utilizados.

A literatura identifica ainda, no que concerne a esta temática dos mecanismos de *coping* , um impacto deveras positivos da presença que o apoio de terceiros pode assumir, tendo em conta que no que toca ao estilo de *coping* estratégias ditas “evitantes” tendem a levar a um maior mal-estar do que as “não evitantes” (Cohen & Roth, 1984), como já foi referido. Esta ideia surge comprovada pelas várias referências ao suporte social que surgiram no discurso das participantes, quer no que concerne ao companheiro, familiares ou amigos. Emerge então, deste aspeto, a relevância da quarta questão de investigação deste estudo, sendo esta temática da importância do suporte social explorada em maior pormenor de seguida.

(iv) **Qual a importância atribuída ao parceiro, à família e à rede social de apoio após a realização de uma IVG?**

Com o objetivo de responder a esta quarta, e última, questão de investigação relativa ao impacto de uma experiência de IVG após um ano da sua realização, a principal categoria tida em conta foi a Suporte Social. Mais concretamente, foram atentadas as questões do apoio relativa ao *Companheiro aquando IVG* , ao *Novo companheiro* , aos *Amigos aquando IVG* , *Familiares aquando IVG* e *Outros profissionais de saúde* , ao facto de não terem recebido **nenhum apoio** e, por último, às **razões para não partilhar experiência**. À semelhança do que foi realizado na resposta às restantes questões de investigação, também nesta se revelou necessário recorrer aos dados presentes noutras categorias, nomeadamente ao **impacto negativo** na relação com o *companheiro (aquando IVG)* , no sentido de encontrar ligações entre estas duas temáticas, bem como com a *Mecanismos de Coping* , já explorada em pormenor anteriormente.

Considerando o Suporte Social do *Companheiro aquando IVG* , serão inicialmente explorados os dados relativos a este na medida em que teve conhecimento da IVG. Neste sentido, importa atentar àquela que foi a sua reação, quer à gravidez quer à IVG, bem como o apoio disponibilizado por este. No que concerne à **reação à gravidez**, as três participantes que fizeram referência a este aspeto indicaram uma reação negativa por parte do companheiro, quer por considerar que a gravidez tivesse sido fruto de uma traição (“*não reagiu muito bem porque achou que pudesse ter..que a situação*

tivesse sido fruto de uma traição e achou logo que o filho não seria dele.” E10) ou por considerar que a participante estaria a mentir (“*Ele achava que eu estava a mentir.*” E11). No que toca à reação à IVG, a grande maioria das participantes (N=8) indicou que o companheiro era **a favor**, concordando com a decisão tomada (e.g.: “*Aceitou. Era o melhor que fosse para mim!*” E6), havendo apenas uma situação em que uma participante referiu que o companheiro era **não a favor** da realização da IVG, mas que entretanto, por motivos de saúde, alterou a sua opinião (“*Alterou e neste momento, se eu ficasse grávida, era para tirar.*” E3). É de atentar ainda a uma situação verificada em que o companheiro não manifestou a sua opinião (**sem opinião**) acerca da opção a tomar (“*Encolheu os ombros.*” E11). Verificou-se ainda uma situação em que o companheiro **não teve conhecimento** da realização da IVG (“*Ele sabia da gravidez? Não, não, não.*” E7).

No que concerne ao **apoio** prestado pelo companheiro, foram feitas referências sobretudo ao facto de este ter estado ao lado da mulher (E1, E5, E6) (e.g. “*(...) aliás, teve sempre ao meu lado!*” E1) e ter acompanhado ao longo do processo (E1, E3, E5, E6) (e.g. “*Foi comigo às consultas; que eu tive duas consultas ou três.*” E5). Além do apoio disponibilizado no momento da decisão e processo de IVG, foi ainda possível constatar que a presença do companheiro atualmente continua a ser encarado como importante pelas participantes, que referem, por exemplo, continuar a recorrer a este para falar acerca do assunto passado este ano (e.g.: *Mas volta e meia ainda falamos sobre isso...*” E9). De notar que a totalidade das participantes que não fizeram referência ao apoio do companheiro são aquelas que atualmente já não mantêm a relação com essa pessoa (E2; E7; E8; E10; E11), com exceção de uma participante que referiu que o companheiro a apoiou, tendo a relação terminado por **problemas prévios à IVG** (“*Valorizei bastante. Aliás, ele é uma ótima pessoa. Não dá certo comigo, mas ele continua a ser.*” E6) e outra que considera que o companheiro a apoiou, mas desiludiu no fim (“*Esteve... mas no fim desiludiu-me.*” E4). Além disso, são também estas participantes que tendem a fazer um maior número de referências em relação a reações emocionais negativas à IVG e uma percepção de que a forma como lidaram com a IVG não foi a mais adequada. Estes dados vão de encontro então à ideia de que o suporte social no geral, mas mais especificamente a presença de relações não conflituosas com o parceiro, são fatores que contribuem para um ajustamento adequado à IVG (Cozzarelli et al., 1998).

Relativamente às situações em que as participantes se encontram com um *Novo companheiro*, apenas uma das participantes referiu que este **não teve conhecimento** da IVG (“*Não, não, como eu lhe digo tentei apagar.*” E7). Nas situações em que as participantes indicaram ter contado a este novo companheiro, apontaram como **razões para ter contado** o facto da experiência ser ainda recente na altura (“*(...) era uma situação que ainda estava muito recente, tive necessidade de lhe contar.*” E11). Não foi feita também nenhuma referência ao apoio disponibilizado por este novo companheiro (**Sem apoio**), com uma participante a afirmar inclusive que “*não falamos sobre isso*” (E11).

Além da importância dada ao apoio do companheiro de aquando a IVG, também foi possível identificar relatos das participantes que indicavam o apoio disponibilizado por outras pessoas. Assim,

na categoria *Familiares aquando IVG* encontra-se a identificação do suporte prestado por estes (**Sim**), bem como os diferentes **tipos de apoio**, como o apoiar a decisão (“*A minha mãe sempre apoiou a minha decisão.*” E2). Foram igualmente identificados os *Amigos aquando IVG* enquanto fonte de suporte (**Sim**) (“*E falei com duas ou três colegas que eram na altura, e ainda são, minhas amigas.*” E6), em que também se identificaram diferentes tipos de apoio como a “*presença e disponibilidade*” (E7). Surgiram ainda referências ao papel de *outros profissionais de saúde*, uma delas positiva e a outra negativa. Relativamente à positiva, prende-se com o **Suporte da médica Ginecologista** (“*Eu tenho a sorte que tenho uma médica que me acompanha e que já me conhece...*” E7), enquanto que o negativo se refere à **falta de informação da obstetra particular** (“*Que eu fui a uma particular e ela nem sabia que era às dez semanas, portanto...*” E6). O facto de terem surgido tantos relatos que evidenciam a necessidade que as participantes em causa sentiram de recorrer ao suporte social de terceiros, vai de encontro à importância que tem sido dada a esta questão no âmbito do ajustamento posterior à IVG, na medida em que podemos considerar que o apoio de terceiros nesta fase, como do companheiro, familiares ou amigos, é um importante fator protetor, levando a que este momento seja vivenciado com menor sofrimento (e.g. Casey, 2010).

Este apoio disponibilizado pode assumir várias formas, sendo que pelo relato das participantes foi possível identificar diferentes tipos de apoio, que refletem alguns dos aspetos que estas valorizaram mais no apoio que era disponibilizado pelos atores já referidos. Verificaram-se então relatos relativos ao apoio na fase anterior à IVG (“*aliás, foi a minha mãe que fez comigo o teste!*” E2), não terem sido culpabilizadas (“*(...)sentimo-nos sempre muito culpadas e apontadas, não é? (...)Só o não acontecer já é um grande apoio.*” E7), estarem presentes no dia da realização da IVG (“*Tive uma amiga que trabalha no hospital e que veio para casa, ajudar-me a fazer a medicação... e ficou comigo durante o dia...*” E4), a possibilidade de diálogo sobre o assunto (“*Falei com o meu marido! E, pronto, falava comigo.*” E5), a compreensão demonstrada (“*Valorizei... foi ele, portanto... ser compreensivo*” E6), a maior atenção e tempo disponibilizado (“*Estavam mais tempo comigo, davam-me mais atenção*” E8) e o estar presente nas consultas (“*...estar sempre comigo, ir comigo às consultas...*” E6).

Apesar das referências a estas diferentes formas de apoio, bem como a diferentes intervenientes, serem gerais à totalidade das participantes (N=11), verificou-se uma exceção, uma vez que uma destas indicou não ter recebido **nenhum** apoio ou suporte (“*(...) quem é que a apoiou? Ninguém.*” E10). Nesta última situação verifica-se novamente a associação já referida quer com as relações íntimas, quer com o ajustamento ao período posterior à IVG, uma vez que esta participante não mantém a relação de aquando a IVG e descreveu a sua forma de lidar com a IVG como sendo demasiado fria. A investigação tem ainda vindo a demonstrar que as mulheres que omitem a sua experiência de IVG dos outros, comparativamente com as que não o fazem, têm maiores probabilidades de experienciar pensamentos intrusivos relacionados com a interrupção mais frequentemente, bem como experienciar maior sofrimento psicológico (Major & Gramzow, 1999 cit in Rue et al., 2004). Esta ideia surge também veiculada neste estudo, uma vez que esta participante

(E10), nas reações emocionais à IVG, indicou a presença de pensamentos recorrentes sobre o assunto. Neste sentido, revela-se pertinente perceber as **razões para não partilhar experiência**, procurando aceder aos motivos que levam a que as mulheres não partilhem esta experiência. No caso particular das participantes deste estudo, surgiu a indicação de vergonha (“*Por um bocadinho de vergonha.*” E2), não querer que terceiros se envolvessem na sua vida (“*Porque eu não quero que ninguém se meta na minha vida por isso...*” E3), receio de julgamentos (“*Pudessem-me julgar pelo que iria fazer.*” E10) e a consideração de que se tratava de um aspeto que dizia respeito exclusivamente ao casal (“*(...) porque achei que era uma...que pronto, era uma coisa íntima nossa, de nós os dois.*” E9).

Posto isto, parece ser plausível concluir que de facto as participantes atribuíram um papel de grande importância ao suporte disponibilizado por terceiros. Neste, apesar de terem surgido referências a diferentes intervenientes, pode ser destacado o papel do companheiro aquando IVG (Cozzarelli et al., 1998). Um dado importante também a assinalar prende-se com o facto de este apoio prestado pelo companheiro de aquando a IVG parecer sobrepor-se em larga escala ao do novo companheiro nos casos em que se verificava o término da relação anterior. Neste sentido, hipotetiza-se que tal se deva ao facto do apoio assumir um papel mais importante nas fases prévias e durante o processo de IVG.

CONCLUSÃO

Nesta secção final procede-se à síntese das principais conclusões retiradas com base nos resultados obtidos na presente investigação, bem como a indicação de pistas para investigações futuras e algumas limitações que se verificaram no estudo.

Retomando aquele que se constitui como objetivo geral deste estudo - compreender o impacto de uma Interrupção Voluntária da Gravidez após um ano da sua vivência – pode então concluir-se que, passado este período de tempo, ainda é possível constatar evidências deste impacto. Relativamente ao tema central da primeira questão de investigação - Planeamento Familiar - conclui-se que o impacto se revelou em duas principais dimensões: utilização de métodos contraceptivos considerados mais eficazes e uma maior responsabilidade na forma de uso da contraceção. Estes aspetos surgem como de crucial importância, uma vez que a principal causa de gravidezes indesejadas que se traduzem depois na realização de uma IVG, relaciona-se com a escolha do método contraceptivo e a forma da sua utilização (Speidel et al., 2008). Outro dado que importa aqui atentar refere-se ao facto de se verificar que a grande maioria das participantes optou por não realizar a consulta de planeamento familiar no estabelecimento de saúde em que realizou a IVG.

Também nas Relações Íntimas importa destacar algumas principais conclusões. Nestas, foi possível verificar discursos bastante distintos no que concerne ao impacto, com algumas participantes a afirmar que este fora positivo, outras que o consideraram negativo e as restantes que indicaram não ter havido qualquer impacto. Verificaram-se alguns termos na relação com o companheiro de aquando a IVG, como já foi referido. No entanto, no que toca a estas participantes em específico, esta circunstância parece não estar tão relacionada com o aumento do risco de separação ou divórcio após uma experiência de IVG identificado na literatura (e.g. Coleman et al., 2009), mas sobretudo com problemas relacionais que já ocorriam antes da experiência de IVG (Coleman et al., 2009; Russo et al., 1992). Ainda dentro deste tema importa referir que não foi também possível identificar uma tendência única relativamente ao impacto no relacionamento sexual, apesar de se considerar que a maioria das participantes não reconhece um impacto negativo da vivência da IVG nesta dimensão.

A exploração dos mecanismos de *coping* postos em prática pelas participantes permitiu também concluir que se verificou a utilização de dois principais tipos de estratégias: evitantes (**tentar esquecer** e **manter-se ocupada**); e de confronto ativo, aceitação e reenquadramento positivo ou procura de apoio instrumental ou emocional (**apoiar na família** e **apoiar nos amigos**), sendo estas últimas consideradas as mais promotoras de bem-estar e satisfação no período pós-IVG (Cohen, & Roth, 1984; Dagg, 1991; Major, Richards, Cooper, Cozzarelli & Zubek, 1998, cit in Guedes et al., 2010). Acerca deste aspeto, é de realçar ainda o facto de terem sido identificados outros fatores externos (como o término de uma relação, doença do companheiro ou situação de desemprego) que aparentam exercer uma influência mais expressiva no bem-estar atual das mulheres do que o ter passado pela vivência de IVG, corroborando a ideia de que a atribuição causal dos problemas

verificados após a experiência de uma IVG a esta não ser clara (Robinson et al., 2009). Além destes aspetos, a identificação de uma diminuição das reações emocionais negativas ao longo do ano posterior à IVG, quando comparado com o momento de realização desta, deve também ser referido, apesar de se continuar a verificar que, em algumas situações, a experiência de IVG ainda é encarada como negativa atualmente.

No que concerne ao Suporte Social, tema central da quarta questão de investigação, considera-se ter ficado clara a importância que as participantes atribuem ao apoio de terceiros, merecendo aqui especial destaque o companheiro de aquando a IVG, sendo que a importância atribuída a este foi referida tanto no momento da IVG como ainda atualmente. Foi também notória a importância atribuída ao suporte disponibilizado por outros membros da família (como a mãe e a irmã) e outros profissionais de saúde (mais especificamente a médica ginecologista particular), indo estes resultados de encontro à ideia veiculada na literatura de que o apoio de terceiros se constitui como um importante fator protetor (e.g. Casey, 2010). Por outro lado, o apoio disponibilizado pelo novo companheiro parece não ser alvo de tanta importância quando comparado com o dos restantes intervenientes. Dentro do apoio disponibilizado, verificou-se ainda ter sido dada grande importância a este em três principais momentos: decisão da IVG, momento de realização desta e período de ajustamento posterior, revelando assim que o papel de terceiros é transversal às várias fases do processo de IVG. Por último, importa ainda referir que foram encontradas associações deste tema tanto com a questão das relações íntimas, uma vez que as participantes que identificam menor apoio por parte do companheiro são também aquelas que terminaram essa relação até ao momento da investigação, como com os Mecanismos de *Coping*, pois o apoio de terceiros foi dos mais referidos enquanto estratégia para lidar com o período posterior à IVG.

Ao analisar os dados referentes a este estudo, podem ser identificadas algumas pistas que se revestem de grande pertinência e interesse para investigações futuras no tema da IVG. A primeira prende-se com o tema do Planeamento Familiar, considerando a relevância de perceber as motivações das mulheres que realizam IVG para recorrerem a outros serviços para a consulta de Planeamento Familiar que não o do contexto de saúde onde realizaram o procedimento. No mesmo sentido, coloca-se como pertinente a exploração da satisfação das participantes com os diferentes serviços, na medida em que importa perceber a forma como a consulta é realizada noutros estabelecimentos ou junto de outros profissionais de saúde, que podem não estar tão capacitados ou conscientes das especificidades desta consulta após a vivência de uma IVG. Ainda no que concerne ao tema do Planeamento Familiar, importaria explorar em maior pormenor a questão dos dois padrões de uso no que concerne à contraceção - Não uso e Uso desadequado – apesar da existência de informação. Revela-se então como necessário perceber o que tem falhado na articulação entre a informação e uso desta, de modo a melhor prevenir/intervir. Parece assim plausível afirmar que informações acerca dos métodos contraceptivos não são suficientes ou adequadas, sendo também necessária uma vertente mais educativa e não apenas informativa no Planeamento Familiar. Muitos estudos examinaram as razões pelas quais

algumas mulheres não usam contraceção apesar de não quererem engravidar, mas são ainda poucos os que se focaram nas mulheres que ativamente tentam prevenir a gravidez pela utilização de contraceção, mas engravidam igualmente apesar dos seus esforços (Bradley et al., 2010).

Poderia ainda revelar-se como pertinente a realização de estudos a nível nacional que permitissem uma comparação com grupos de controlo, de modo a procurar aferir mais claramente qual o impacto da IVG que se verifica na vivência das mulheres que a experienciam. Nestes, importaria atentar, no entanto, à possibilidade de potenciais associações encontradas entre IVG e o ajustamento posterior se deverem a outros fatores externos, sendo este aspeto tipicamente apontado como uma limitação aos estudos neste âmbito (Thorp et al., 2003).

Dada a importância do suporte do companheiro aquando da IVG que foi possível observar neste estudo, importaria também desenvolver investigações sobre esta temática, no sentido de perceber quais são os fatores que influenciam a disponibilização e qualidade deste suporte. Desta forma, revelar-se-ia como pertinente a comparação do impacto no companheiro do género masculino e no do género feminino, analisando conseqüentemente potenciais relações entre um impacto negativo no companheiro e a qualidade do suporte que é prestado por este.

Apesar destas considerações referidas, revela-se necessário atentar a alguns aspetos que se constituíram como limitações do estudo, sendo necessário tê-los em conta na interpretação retirada dos resultados apresentados. Considera-se que a principal limitação verificada se prende com a realização das entrevistas por telefone, uma vez que estas se tornaram assim mais breves. Por norma, as entrevistas via telefone são consideradas mais breves quando comparadas com as entrevistas presenciais (Holbrook et al., 2003). Mais relevante do que o carácter temporal, considera-se o facto de algumas questões não terem sido exploradas com a intensidade necessária dada a tendência das participantes para responder de forma breve e direta. Por acréscimo, a ausência da linguagem não-verbal não permite ao entrevistador a interpretação desses sinais, no sentido de perceber os momentos mais adequados para a exploração de temas potencialmente sensíveis para a participante.

Além disso, por tratar-se de um tema que pode ser considerado sensível e que exige a partilha de algumas questões bastante pessoais das participantes, é ainda necessário considerar o potencial impacto da desejabilidade social em algumas respostas dadas. No entanto, considera-se que a opção por um guião de entrevista semiestruturado foi uma importante mais-valia neste sentido, uma vez que permitia a exploração mais aprofundada de algumas questões, chegando assim a potenciais respostas mais genuínas. Este permite ainda colmatar a dificuldade em aceder a reações que não são facilmente identificáveis, como normalmente acontece com a utilização de questionários e outros instrumentos estandardizados (Reardon, 2003).

Por último, no que se refere às limitações presentes na investigação aqui apresentada, importa ainda referir o facto do número de participantes não ter permitido chegar a critérios de saturação teórica.

Considera-se que o objetivo geral da presente investigação foi cumprido, no sentido em que esta contribuiu para uma maior compreensão do impacto da vivência de uma IVG nas principais dimensões avaliadas. Esta exploração do impacto da IVG na vida das mulheres que a realizam é, por si só, de grande pertinência, mas considerando ainda a ambivalência de resultados em relação às consequências psicológicas da IVG, bem como a lacuna de investigação acerca desta temática a nível nacional, pode assim afirmar-se estar de acordo com Patrão e colaboradores (2008) na consideração de que estudos com objetivos semelhantes ao que foi apresentado, na área da IVG, revelam-se como essenciais, nomeadamente em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Bailey, P., Bruno, Z., Bezerra, M., Queiroz, I., Oliveira, C., & Chen-Mok, M. (2001). Adolescent Pregnancy 1 Year Later: the Effects of Abortion vs. Motherhood in Northeast Brazil. *Journal of Adolescent Health, 29*, 223-232.
- Bajos, N., Leridon, H., Oustry, P., & Job-Spira, N. (2003). Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction, 18*(5), 994-999. doi: 10.1093/humrep/deg215
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bradley, S., Croft, T., & Rutstein, S. (2011) *The Impact of Contraceptive Failure on Unintended Births and Induced Abortions: Estimates and Strategies for Reduction*. DHS Analytical Studies, 22. Maryland, USA: ICF Macro.
- Bradley, S., & Croft, T. (2010). The Impact of Contraceptive Failure on Unintended Pregnancy and Abortion. Annual Meeting of the Population Association of America, 69.
- Bradley, S., Schwandt, M., & Khan, S. (2009). Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation. DHS Analytical Studies, 20. Disponível em www.pdf.usaid.gov [Consultado em 22/03/2012].
- 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. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.001
- Broen, A., Moum, T., Bodtker, A., & Ekeberg, O. (2005). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry, 27*, 36-43.
- Carvalho, M. (2007). *O diálogo intergeracional entre idosos e crianças: Projeto "Era uma vez...atividades intergeracionais"*. (Dissertação de Mestrado, não publicada). Pontifícia Universidade Católica, Brasil.
- Casey, P. R. (2010). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 24*, 491-502.
- Castro, J. (2011). IVG – Os dados que (não) temos. In Ciclo de Conferências CNECV 2011 (Eds.), *As Leis da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e da Procriação Medicamente Assistida (PMA) – uma apreciação bioética*. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- Center for Reproductive Rights. (2011). Abortion Worldwide: Seventeen Years of Reform. Disponível em www.reproductiverights.org [Consultado em 11/11/2012].

- Ceylan, A., Ertem, M., Saka, G., & Akdeniz, N. (2009). Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use. *BMC Public Health*, 9(20), 20-26.
- Charles, V., Polis, C., Sridhara, S., & Bluma, R. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78, 436-450.
- Cohen, L., & Roth, S. (1984). Coping with abortion. *Journal of Human Stress*, 10(3), 140-145.
- Coleman, P. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 180-186.
- Coleman, P., Coyle, C., Shuping, M., & Rue, V. (2009). Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 770-776.
- Coleman, P. K., Rue, V.M., & Coyle, C. T. (2009). Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey. *Chicago Health and Social Life Survey, Public Health*, xxx, 1-8.
- Coleman, P. (2005). Induced Abortion and Increased Risk of Substance Abuse: A Review of the Evidence. *Current Women's Health Reviews*, 1, 21-34.
- Cozzarelli, C., Sumer, N., & Major, B. (1998). Mental models attachment and coping with abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*. 74(2), 453-467. doi: 10.1037/0022-3514.74.2.453
- Decreto de Lei 16/2007 de 17 de Abril. *Diário da República nº 75 – I Série*.
- Denzin, N.K., & Lincoln, Y.S. (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Direção-Geral da Saúde (2007). *Interrupção da gravidez por opção da mulher: Guia Informativo*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao Abrigo de Lei 16/2007 de 17 de Abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2008 - Edição Revista em março de 2010*. Lisboa: Divisão de Saúde Reprodutiva.
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao Abrigo de Lei 16/2007 de 17 de Abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2009 - Edição Revista em março de 2011*. Lisboa: Divisão de Saúde Reprodutiva.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao Abrigo de Lei 16/2007 de 17 de Abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2010 - Edição Revista em março de 2012*. Lisboa: Divisão de Saúde Reprodutiva.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez ao Abrigo de Lei 16/2007 de 17 de Abril - Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2012*. Lisboa: Divisão de Saúde Reprodutiva.

- El-Tagy, A., Sakr, E., Sokal, D.C., & Issa, A.H. (2003). Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 67(3), 229-234.
- Fergusson, D., Horwood, L. J., & Ridder, E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16–24. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.015
- Fergusson, D., Horwood, L. J., & Boden, J. (2008). Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 444–451. doi: 10.1192/bjp.bp.108.056499
- Ferreira, A., Souza, A., Lima, R., & Braga, C., (2010). Choices on contraceptive methods in post-abortion family planning clinic in the northeast Brazil. *Reproductive Health*, 7(5), 2-5.
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. (2010). Interrupção voluntária da gravidez: ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 4(4), 176-183.
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. (2010). Experiências Relacionais Precoces, Vulnerabilidade ao Stress, Estratégias de Coping e adaptação à Decisão e Experiência de Interrupção Voluntária da Gravidez. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(2), 199-217.
- Holbrook, A., Green, M., & Krosnick, J. (2003). Telephone versus face-to-face interviewing of national probability samples with long questionnaires. *Public Opinion Quarterly*, 67, 79-125.
- Holsti, O. R. (1969). *Content analysis for the Social sciences and humanities*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Taxa bruta de natalidade por Local de Residência; Annual* (suporte eletrónico). Retirado Julho 03, 2013, de <http://www.ine.pt/xportal>
- Irvine, I., Drew, P., & Sainsbury, R. (2010) Mode effects in qualitative interviews: a comparison of semistructured face-to-face and telephone interviews using conversation analysis. *Research Works*, 2010(03), 1-4.
- James, N., & Busher, H. (2006). Credibility, authenticity and voice: dilemmas in online interviewing. *Qualitative Research*, 6(3), 403-420. Doi: 10.1177/1468794106065010
- Knowles, J. (2001). *The Emotional Effects of Induced Abortion*. New York: Planned Parenthood Federation of America.
- Lauzon, P., Roger-Achim, D., Achim, A., & Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician*, 46, 2033-2040.
- Machado, I. (2012). Saúde sexual e reprodutiva e saúde mental: follow-up 1 ano após a realização de uma interrupção voluntária da gravidez. Dissertação de Mestrado (não publicada) Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 9(6), 863-890. doi: 10.1037/a0017497

- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchiato, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., & Mueller, P. (1990). Perceived social support, self-efficacy and adjustment to abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 59(3), 452-463. doi: 10.1037/0022-3514.59.3.452
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74(3), 735-752. doi: 10.1037/0022-3514.74.3.735
- Maroy, C. (1997). A análise qualitativa de entrevistas. In L. Albarello, F. Digneffe, J.P. Hiernaux, C. Maroy, D. Ruquoy & P. Saint-Georges (Eds.), *Práticas e Métodos de Investigação em ciências sociais* (pp. 117-155). Lisboa: Gradiva.
- Ministério da Saúde (2008). O que é o planeamento familiar, quais são os seus objetivos e os seus destinatários. Disponível em www.minsaude.pt.
- Monteiro, R. (2012). A descriminalização do aborto em Portugal: Estado, movimentos de mulheres e partidos políticos. *Análise Social*, 204(3), 585-605.
- Moreau, C., Trussell, J., Desfreres, J., & Bajos, N. (2010). Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, 82, 337-344. DOI: 10.1016/j.contraception.2010.03.011
- Mota, M. (2005). Psicologia do desenvolvimento: uma perspectiva histórica. *Temas em Psicologia*, 13(2), 105-111.
- Mota, N., Burnett, M., & Sareen, J. (2010). Associations Between Abortion, Mental Disorders, and Suicidal Behaviour in a Nationally Representative Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(4), 239-247.
- Neves, J. S. (2011). Interrupção Voluntária da Gravidez por Opção da Mulher no Mundo e em Portugal. In Ciclo de Conferências CNECV 2011 (Eds.), *As Leis da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e da Procriação Medicamente Assistida (PMA) – uma apreciação bioética*. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (2nd Ed.). Geneva
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva
- Patrão, I., Almeida, G., & King, M. (2008). Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção psicológica nas consultas prévia e de controlo. *Análise Psicológica*, 26(2), 349-354.
- Rajulton, F. (2001). The fundamentals of longitudinal research: An overview. *Canadian Studies in Population*, 28(2), 169-185.
- Reardon, D. (2003). Abortion decisions and the duty to screen: Clinical, Ethical, and Legal implications of predictive risk factors of post-abortion maladjustment. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 20(33), 31-114.

- Reis, S., Xavier, M.R., Rocha, L. & Rodrigues, N. (Março de 2011). Decision to do an Induced Abortion – Mental Health and Socio-demographics of a Group of Women of Portugal. Poster apresentado no 4th World Congress on Women Mental Health. International Association of Women Mental Health, Madrid, Espanha.
- Ress, D., & Sabia, J. (2007). The relationship between abortion and depression: New evidence from the fragile families and child wellbeing study. *Medical Science Monitor*, 13(10), 430-436.
- Ritchie, J. & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: SAGE Publications.
- Robinson, G., Stotland, N., Russo, N., Lang, J., & Occhiogrosso, M. (2009). Is There an “Abortion Trauma Syndrome”? Critiquing the Evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(4), 268-290.
- Rodrigues, R., Xavier, M.R. & Reis, S. (2011). Interrupção voluntária da Gravidez – estudo exploratório sobre razões e vivência do processo num grupo de mulheres utentes de uma unidade hospitalar do Grande Porto. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 1, 38.
- Rue, V., Coleman, P., Rue J., & Reardon, D. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Medical Science Monitor*, 10(10), 5-16.
- Russo, N. F., Horn, J., & Schwartz, R. (1992). Abortion in context: Characteristics and motivations of women who seek abortions. *Journal of Social Issues*, 48(3), 183-202.
- Santos, S. (2010). *Interrupção Voluntária da Gravidez, Satisfação Conjugal e Apoio Social: Que Impacto?* Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S., & Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 379(9816), 625-632. doi:10.1016/S0140-6736(11)61786-8
- Senlet, P., Cagatay, L., Ergin, J., & Mathis, J. (2001). Bridging the Gap: Integrating Family Planning With Abortion Services in Turkey. *International Family Planning Perspectives*, 27(2), 90-95.
- Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Interrupção voluntária da gravidez: ajustamento psicológico no processo de decisão. *Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, 1, 65-81.
- Serra, A., V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.
- Silva, C., Gobbi, B., & Simão, A. (2005). O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, 7(1), 70-81.
- Silva, R. (1997). O Impacto do Aborto Ilegal na Saúde Reprodutiva: Sugestões para melhorar a qualidade do dado básico e viabilizar essa análise. *Saúde e Sociedade*, 6(1), 53-75.
- Speckhard, A. C., & Rue, V. M. (1992). Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern. *Journal of Social Issues*, 48(3), 95-119.

- Speidel, J., Harper, C., & Shields, W. (2008). The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy. *Contraception*, 78, 197-200.
- Steinberg, J., & Finer, L. (2011). Examining the association of abortion history and current mental health: reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science & Medicine*, 72, 72-82.
- Teixeira, E. (2003). A análise de dados na pesquisa científica: importância e desafios em estudos organizacionais. *Desenvolvimento em Questão*, 1(2), 177-201.
- Thorp, J., Hartmann, K., & Shadigian, E. (2003). Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 58(1), 67-79.
- United Nations (2011). *World Wide Abortion Policies 2011*. Department of Economics and Social Affairs, Population Division.

ANEXOS

ANEXO 1 – GUIÃO DA ENTREVISTA


Planeamento familiar: contraceção e gravidez	Contraceção	<p>Averiguar se foi a alguma consulta de Planeamento Familiar (ou de outro tipo) após a realização da IVG;</p> <p>Razões (se sim e se não)</p> <p>Que métodos já utilizou anteriormente?</p> <p>Procurar saber quais os métodos contraceptivos que usa (desde a IVG)</p> <p>Explorar a perceção de mudança (alterou a utilização de contraceção?)</p> <p>Qual a importância da IVG nesta alteração?</p> <p>Qual a importância da consulta de PF após a IVG; O que mudou/aprendeu</p>
	Gravidez	<p>Nova gravidez após IVG</p> <p>Explorar se engravidou novamente</p> <p>Se sim, em que circunstâncias (gravidez desejada/planeada)</p> <p>Se sim, realizou uma IVG?</p>

	<p style="text-align: center;"><u>Se sim:</u></p> <p>Influência da Gravidez na percepção e nos sentimentos relacionados com a IVG realizada</p> <p>Influência da IVG na gravidez posterior</p> <p style="text-align: center;"><u>Se não:</u></p> <p>Projeto de maternidade para o futuro</p>	<p>Influência da gravidez na percepção e sentimentos relacionados com a IVG (O facto de estar grávida ou ter estado altera de alguma forma o modo como pensa sobre a IVG que realizou?)</p> <p>Explorar a influência da IVG na vivência da nova gravidez (Pensa que a IVG teve alguma influência na vivência de nova gravidez?)</p> <p>Pensa vir a ter filhos?</p> <p>Explorar o modo como integra a gravidez/maternidade no projeto de vida futura.</p> <p>Porquê? (Importância da IVG nesta decisão)</p>
Saúde Mental	Influência da IVG na Saúde Menta	<p>Averiguar de a IVG mudou alguma coisa a nível da saúde mental; averiguar sintomatologia depressiva/ansiosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentiu-se diferente? - Falava muito sobre o assunto?

	<p>Problemas psicológicos pré-IVG</p>	<p>- Lembrava-se muitas vezes da IVG?</p> <p>- Ainda pensa sobre o assunto?</p> <p>- Sentiu alterações a nível do sono e da alimentação?</p> <p>Recebeu apoio psicológico e/ou foi medicada?</p> <p>Problemas psicológicos prévios (questões de diagnóstico e medicação)</p>
<p>Consumo de substâncias</p>	<p>Drogas ilícitas</p> <p>Álcool</p> <p>Medicamentos</p>	<p>Averiguar o consumo na atualidade e no passado.</p> <p>Averiguar o consumo na atualidade e no passado.</p> <p>Averiguar o consumo na atualidade e no passado.</p>
<p>Relação com o parceiro</p>	<p>Relacionamento emocional</p> <p>Relação pré-IVG – Influência da IVG no relacionamento</p> <p>(violência doméstica?)</p>	<p>Explorar as reações do parceiro à IVG</p> <p>A IVG afetou a relação com o seu companheiro?</p> <p>Explorar questões de violência doméstica (pré e pós IVG)</p>

	Novas relações	<p><u>Caso relação tenha terminado:</u></p> <p>Explorar peso da IVG no fim da relação</p> <p>Averiguar nova relação</p> <p>Conhecimento ou não da IVG por parte do novo parceiro; Porquê?</p>
	<p>Relacionamento Sexual</p> <p>IVG e alterações com a satisfação sexual</p>	<p>Averiguar possíveis alterações no relacionamento sexual (satisfação sexual; o que alterou; duração da alteração)</p> <p>Explorar se existe medo de engravidar</p>
<p>Suporte Social e Relações interpessoais</p>	<p>Influência do suporte social e relações interpessoais na vivência da IVG</p>	<p>Quem a apoiou durante o processo?</p> <p><u>Se teve apoio:</u></p> <p>Como é que foi esse apoio? O que mais valorizou nesse apoio?</p> <p><u>Se não teve apoio:</u></p> <p>Falou com alguém? (Se sim: porque não teve apoio?; Se não: Porque não falou com ninguém? Averiguar estigma)</p>
	<p>Influência do suporte social e relações interpessoais na vivência após a</p>	

	<p align="center">realização da IVG</p> <p>- Influência dos outros na forma como lidou com a realização da IVG</p> <p>Percepções em relação à equipa de profissionais de saúde</p>	<p>Quem a apoiou após a IVG?</p> <p>Explorar o papel dos outros no modo como lidou com a IVG (explorar a questão da existência de filhos e do apoio prestado por estes)</p> <p>- Quanto a esta situação, houve alguém que tenha ajudado a passar por esta fase?; Falou com alguém? (Se sim: porque não teve apoio?; Se não: Porque não falou com ninguém? Averiguar estigma)</p> <p>Averiguar o tipo de apoio/suporte por parte da equipa no processo (Como descreveria/avaliaria o apoio/ajuda dos profissionais em todo o processo?)</p>
	<p align="center">Influência da IVG nas relações interpessoais</p>	<p>Explorar se a IVG mudou alguma coisa ao nível das relações com os outros; mudança positiva/negativa.</p>
<p>Vivência/Experiência da IVG</p>	<p>IVG como fator de mudança/impacto da IVG na vida</p>	<p>Descrição/avaliação da experiência de IVG – Como foi a sua experiência?</p> <p>Como descreveria o processo de IVG? Algum momento em especial?</p>

	<p>Percepção das estratégias de <i>coping</i> usadas para lidar com a IVG</p> <p>Influência de outros eventos/acometimentos de vida na vivência da IVG</p>	<p>Pode dizer-me de que forma é que a IVG influenciou a sua vida; Perceber quais os domínios a que dá relevo (sentimentos, comportamentos, ...)</p> <p>O que fez para lidar com a IVG? Qual a sua opinião sobre o modo como lidou com a IVG?</p> <p>Pode referir algum acontecimento especial do último ano?</p> <p>Explorar acontecimentos relevantes após IVG e a sua influência na vivência da mesma.</p> <p>Pode falar-me das circunstâncias de vida na altura em que fez a IVG?</p> <p>- Razões</p>
<p>Posicionamento relativamente à IVG</p>	<p>Opiniões/percepções relativamente à IVG</p> <p>Mudança nas atitudes após IVG</p>	<p>Anteriormente à realização da IVG e depois desta</p> <p>Passadas e presentes</p> <p>Levam a</p> <p>Opinião atual/mudança</p> 

ANEXO 2 – FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Faculdade de Educação e Psicologia



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do estudo: A Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) – Caracterização de um grupo de mulheres que optaram pela I.V.G”

Eu, _____

_____ compreendi a explicação que me foi fornecida sobre o estudo, assim como o direito de decidir livremente aceitar ou recusar participar na investigação, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e para as quais obtive respostas satisfatórias.

As informações que me foram fornecidas versaram os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, o eventual desconforto.

Fui também informada que a minha identidade permanecerá confidencial, assegurando-se a máxima privacidade e confidencialidade dos dados e que poderei deixar de participar em qualquer momento, sem que isso comprometa de modo algum a assistência que me é facultada neste hospital pela equipa de saúde.

Assim sendo, aceito responder às questões propostas no âmbito desta investigação, permitindo também a gravação áudio nas situações de entrevista.

Autorizo ainda, ser futuramente contactada com os mesmos objectivos.

Data: ___/_____/____

Assinatura do participante: _____

Investigador(a) Responsável: _____

Contacto: 226196200 ext. 134

ANEXO 3 – SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS

1. Impacto da experiência de IVG

1.1. Saúde Mental

1.1.1. Mecanismos de *Coping*

1.1.1.1. Estratégias utilizadas

1.1.1.1.1. Tipo de estratégias

1.1.1.1.1.1. Apoiar na família

1.1.1.1.1.2. Apoiar nos amigos

1.1.1.1.1.3. Esquecer

1.1.1.1.1.4. Hábitos saudáveis

1.1.1.1.1.5. Manter-se ocupada

1.1.1.1.2. Nenhuma

1.1.1.1.3. Duração

1.1.1.1.4. Percepção Resultado

1.1.1.2. Fatores que influenciaram

1.1.1.2.1. Fatores positivos

1.1.1.2.2. Fatores negativos

1.1.1.2.3. Nenhum

1.1.1.3. Percepção de como lidou

1.1.1.3.1. Lidou bem

1.1.1.3.2. Lidou mal

1.1.1.3.3. Com frieza

1.1.2. Reações emocionais após IVG

1.1.2.1. Alívio

1.1.2.2. Arrependimento

1.1.2.3. Autoestima

1.1.2.4. Choro

1.1.2.5. Culpa

1.1.2.6. Maior sensibilidade

1.1.2.7. Medo problemas engravidar

1.1.2.8. Não conseguir descansar

1.1.2.9. Não conseguir falar

1.1.2.10. Necessidade de falar

1.1.2.11. Pensamentos recorrentes

1.1.2.12. Peso na consciência

1.1.2.13. Sofrimento

1.1.2.14. Tristeza

1.1.2.15. Não especificado

1.1.3. Consumos

1.1.3.1. Alcool

1.1.3.1.1. Descrição consumo pré-IVG

1.1.3.2.1. Pós-IVG

1.1.3.2. Substâncias ilícitas

1.1.3.2.1. Descrição consumo Pré-IVG

1.1.3.2.2. Pós-IVG

1.1.4. Apoio Psicológico-Psiquiátrico

1.1.4.1. Pré-IVG

1.1.4.2. Pós-IVG

1.1.4.2.1. Não

1.1.4.3. Medicação Psiquiátrica

1.1.4.3.1. Pré-IVG

1.1.4.3.1.1. Sim

1.1.4.3.1.2. Não

1.1.4.3.1.3. Especialidade médica

1.1.4.3.2. Pós-IVG

1.1.4.3.2.1. Sim

1.1.4.3.2.2. Não

1.1.5. Sem impacto na SM

1.2. Relações Interpessoais

1.2.1. Companheiro (aquando IVG)

1.2.1.1. Mantém relação

1.2.1.2. Não mantém relação

1.2.1.2.1. Sim

1.2.1.2.2. Com novo relacionamento

1.2.1.2.3. Sem novo relacionamento

1.2.1.2.3.1. Sim

1.2.1.2.3.2. Sem influência IVG

1.2.1.3. Impacto na relação

1.2.1.3.1. Impacto positivo

1.2.1.3.2. Impacto negativo

1.2.1.3.3. Sem impacto

1.2.1.4. Problemas prévios à IVG

1.2.2. Funcionamento Sexual

1.2.2.1. Impacto positivo

1.2.2.2. Dificuldades sentidas

1.2.2.2.1. Evitar contacto físico

1.2.2.2.2. Menor satisfação

1.2.2.2.3. Receio nova gravidez

1.2.2.3. Sem impacto

1.2.2.4. Sem atividade sexual

1.2.3. Filhos

1.2.3.1. Diálogo sobre sexualidade

1.2.3.2. Disponibilizar mais atenção

1.2.4. Outros

1.2.5. Mudanças percecionadas

1.2.6. Sem impacto

1.3. Contraceção

1.3.1. Informação sobre contraceção

1.3.2. Responsabilidade face contraceção

1.4. Opinião acerca da IVG

1.4.1. Mantém a favor

1.4.2. Mantém não a favor

1.4.3. Alterou para a favor

1.5. Dimensão pessoal

1.5.1. Maior sensibilidade e flexibilidade

1.5.2. Maior compreensão

1.5.3. Consciência dificuldade da decisão

1.5.4. Julgamento de IVG múltiplas

1.6. Aspetos Físicos

1.7. Sem impacto

2. Planeamento Familiar

2.1. Contraceção no passado

2.1.1. Tipo

2.1.1.1. Pílula

2.1.1.2. Preservativo

2.1.2. Razões para ter interrompido contraceção

2.2. Contraceção aquando da IVG

2.2.1. Tipo

2.2.1.1. Adesivo Evra

2.2.1.2. Coito interrompido

2.2.1.3. Pílula

2.2.1.4. Preservativo

2.2.2. Contraceção de Emergência

2.2.3. Motivo da Falha

2.2.4. Nenhum método

2.3. Contraceção pós-IVG

2.3.1. Consulta pós-IVG

2.3.1.1. Presença na consulta

2.3.1.1.1. Sim

2.3.1.1.2. Não

2.3.1.1.2.1. Razões

2.3.1.2. Especialidade Médico da Consulta

2.3.1.2.1. Ginecologista da consulta de IVG

2.3.1.2.2. Ginecologista privado

2.3.1.2.3. Médico de família

2.3.1.2.4. Médico sem especificação

2.3.1.2.5. Razões para não recorrer Centro Saúde

2.3.1.3. Avaliação da consulta

2.3.1.3.1. Com impacto

2.3.1.3.2. Sem impacto

2.3.1.3.3. Positiva

2.3.1.4. Alteração na utilização de contraceção

2.3.1.4.1. Sim

2.3.1.4.2. Não

2.3.2. Contraceção atual

2.3.2.1. Tipo

2.3.2.1.1. Adesivo Evra

2.3.2.1.2. Dispositivo Intrauterino

2.3.2.1.3. Pílula

2.3.2.1.4. Preservativo

2.3.2.1.5. Sistema intrauterino (Endocetivo)

2.3.2.2. Razões para alteração

2.4. Maternidade

2.4.1. Sem gravidez após IVG

2.4.2. Projeto de maternidade

2.4.2.1. Sim

2.4.2.2. Não

3.4.2.3. Razões para não ter mais filhos

3. Suporte Social

3.1. Familiares aquando IVG

3.1.1. Sim

3.1.1. Tipo de apoio

3.2. Amigos aquando IVG

3.2.1. Sim

3.2.2. Tipo de apoio

3.3. Companheiro aquando IVG

3.3.1. Teve conhecimento

3.3.1.1. Reação à gravidez

3.3.1.2. Reação à IVG

3.3.1.2.1. A favor

3.3.1.2.2. Não a favor

3.3.1.2.3. Sem opinião

3.3.1.3. Apoio

3.3.2. Não teve conhecimento

3.4. Novo companheiro

3.4.1. Conhecimento IVG

3.4.2. Razões para ter contado

3.4.3. Sem apoio

3.4.4. Não teve conhecimento

3.5. Outros Profissionais de Saúde

3.5.1. Suporte médica Ginecologista

3.5.2. Falta de informação Obstetra particular

3.6. Nenhum apoio

3.7. Razões para não partilhar experiência

4. Processo de IVG

4.1. Razões para a tomada de decisão

4.1.1. Económicas

4.1.2. Emocionais

4.1.3. Médicas

4.1.4. Profissionais

4.1.5. Relacionais

4.1.5.1. Processo de separação

4.1.5.2. Relação instável ou problemática

4.1.5.3. Relação pouco consolidada

4.1.6. Outras

4.2. Processo de decisão

4.2.1. Acompanhada

4.2.2. Sozinha

4.3. Posicionamento face à decisão

4.4. Encaminhamento

4.4.1. Quem

4.4.2. Indicação da unidade de saúde

4.4.3. Não encorajamento

4.5. IVG tipo Medicamentoso

4.6. Opiniões gerais acerca prática IVG

4.6.1. Espaço

4.6.2. Falta de informação

4.6.3. Intervalo para tomada de decisão

4.6.4. Tempo de espera

4.6.5. Equipa Multidisciplinar

4.6.5.1. Aspectos positivos

4.6.5.1.1. Equipa geral

4.6.5.1.2. Assistente Social

4.6.5.1.3. Médicos

4.6.5.1.4. Psicóloga

4.6.5.2. Aspectos negativos

4.6.5.2.1. Equipa geral

4.6.5.2.2. Enfermeiros

4.6.5.2.3. Médicos

4.6.6. Outros

4.7. Complicações no processo

4.8. Momento mais marcante

4.8.1. Dia da interrupção/expulsão

4.8.2. Conversa com Assistente Social

4.8.3. Nenhum

5. Importância da Investigação sobre IVG

6. Acontecimentos importantes do último ano

6.1. Associados à IVG

6.2. Não associados à IVG

6.3. Nenhum

ANEXO 4 – DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS

1. Impacto da experiência de IVG			
1.1. Saúde Mental			
1.1.1. Mecanismos de <i>Coping</i>			
1.1.1.1. Estratégias utilizadas			
1.1.1.1.1. Tipo de estratégia			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.1.1.1.1.1.	Apoiar na família	Indicação do apoio da família como forma de lidar com a IVG	“Apoiei-me na minha família, foi mesmo a minha base.” (E8)
1.1.1.1.1.2.	Apoiar nos amigos	Indicação do apoio dos amigos como forma de lidar com a IVG	“Sim. E alguns amigos mais próximos.” (E8)
1.1.1.1.1.3	Esquecer	Indicação da tentativa de esquecer como forma de lidar com a IVG	“Tentei esquecer, tentei esquecer por completo... pegar numa borracha e apagar...” (E7)
1.1.1.1.1.4.	Hábitos saudáveis	Indicação da adoção de hábitos de vida saudáveis como forma de lidar com a IVG	“O que eu fiz foi tentar manter a minha saudável, fazer exercício físico...” (E7)
1.1.1.1.1.5	Manter-se ocupada	Indicação da tentativa de se manter ocupada como forma de lidar com a IVG	“Mas pelo menos estava ocupada. Não tinha tempo para pensar no assunto.” (E11)
1.1.1.1.2. Nenhuma			
Descrição		Exemplo	
Referências de que não utilizou nenhuma estratégia de <i>coping</i>		“Nada, não fiz nada mesmo” (E10)	
1.1.1.1.3. Duração			
Referência ao tempo durante o qual utilizou determinada estratégia		“Um mês.” (E11)	
1.1.1.1.4. Perceção do resultado			
Perceção do resultado que a utilização das estratégias teve		“Eu...pelo menos eu consegui esquecer.” (E7)	
1.1.1.2. Fatores que influenciaram			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.1.1.2.1	Fatores negativos	Referência a aspetos negativos que influenciaram a forma como lidou com a IVG	“...e o facto de ter as consultas em simultâneo... ao mesmo tempo que as mães que vão ter bebés e as que estão a fazer interrupção...” (E4)
1.1.1.2.2	Fatores positivos	Referência a aspetos positivos que	“Estou com força para impedir... eu tenho dois

		influenciaram a forma como lidou com a IVG	filhos, não é?” (E4)
1.1.1.2.3	Nenhum	Indicação de que não houve nenhum aspeto que influenciasse o modo como lidou com a IVG	“Não, de repente não.” (E9)
1.1.1.3 Perceção de como lidou			
1.1.1.3.1	Lidou bem	Perceção de que lidou bem com a experiência da IVG	“Acho que apesar de tudo lidei bem.” (E2)
1.1.1.3.2	Lidou mal	Perceção de que lidou mal com a experiência da IVG	“Lidei muito mal. Muito, muito mal.” (E4)
1.1.1.3.3	Com frieza	Perceção de que lidou de forma fria com a experiência da IVG	“Foi, foi...acho que um bocadinho de forma fria... não pensar muito no que estava a fazer.” (E10)
1.1.2. Reações emocionais após IVG			
1.1.2.1	Alívio	Referência à sensação de alívio decorrente da experiência de IVG	“(…) sinto uma sensação de alívio. Já passou...” (E2)
1.1.2.2	Arrependimento	Referência ao sentimento de arrependimento decorrente da experiência de IVG	Foi a pior... foi a pior coisa que eu fiz. Por isso posso dizer que me arrependi...” (E5)
1.1.2.3	Autoestima	Referência à perceção do impacto da IVG na autoestima	“A mulher perde... autoestima.” (E5)
1.1.2.4	Choro	Referência a reações de choro fácil decorrentes da experiência de IVG	“Eu reagi muito mal. Chorei imenso...” (E4)
1.1.2.5	Culpa	Referência a sentimentos de culpa decorrentes da experiência de IVG	“(…) no início eu sentia-me muito culpada...” (E9)
1.1.2.6	Maior sensibilidade	Referência a uma maior sensibilidade decorrente da experiência de IVG	“Digamos que fiquei mais sensível.” (E8)
1.1.2.7	Medo problemas engravidar	Referência ao medo de apresentar problemas reprodutivos no futuro decorrente da IVG	“principalmente fiquei com medo... em relação a situações futuras (...) Querer ser mãe... e poder ter complicações.” (E2)
1.1.2.8	Não conseguir descansar	Referência a dificuldades em descansar	“Na altura eu lembro-me que... não conseguia descansar continuamente.” (E7)
1.1.2.9	Não conseguir falar	Referência à relutância em falar acerca do assunto	“Acho que é um assunto que eu nem sequer quero falar” (E10)

1.1.2.10	Necessidade de falar	Referência à necessidade de falar decorrente da experiência de IVG	“O que eu sinto é mais necessidade de falar.” (E5)
1.1.2.11	Pensamentos recorrentes	Referência à manifestação de pensamentos recorrentes acerca da IVG após a sua realização	“Penso muitas vezes nisso. Muitas vezes...” (E5)
1.1.2.12	Peso na consciência	Referência à sensação de peso na consciência	“...que tinha um peso na consciência muito grande” (E7)
1.1.2.13	Sofrimento	Referência ao sofrimento emocional decorrente da experiência de IVG	“...e isto para mim magoava-me imenso...” (E4)
1.1.2.14	Tristeza	Referência à manifestação de tristeza decorrente da experiência de IVG	“Na altura senti-me triste.” (E6)
1.1.2.15	Não especificado	Referência a reações emocionais não especificadas decorrentes da experiência de IVG	“Sim... aqueles três dias parecia que nunca mais acabavam” (E2)
1.1.3. Consumos			
1.1.3.1. Álcool			
1.1.3.1.1	Descrição consumo pré-IVG	Descrição do consumo de álcool anterior à IVG	“Há uns anos atrás era completamente diferente. Saía à noite, e consumiu socialmente.” (E2)
1.1.3.1.2	Pós-IVG	Consumo de álcool após a IVG	“É assim: neste momento, não. Só mesmo um copinho ao fim-de-semana, ao jantar, mais ou menos.” (E2)
1.1.3.2. Substâncias ilícitas			
1.1.3.2.1	Descrição consumo pré-IVG	Descrição do consumo de substâncias ilícitas anterior a IVG	“Há história sim, há história mas desde... já há muito tempo que não.” (E10)
1.1.3.2.2	Pós-IVG	Consumo de substâncias ilícitas após a IVG	“Aliás, até foi há pouco tempo... para ver... para ver se sentia alguma coisa, mas não senti nada!” (E1)
1.1.4. Apoio Psicológico-Psiquiátrico			
1.1.4.1. Pré-IVG			
Descrição		Exemplo	
Recurso a apoio psicológico ou psiquiátrico anterior à IVG		“(...)quando eu fiquei desempregada, que foi há dois anos... Tive... fiquei com algum tipo de fobias e... recorri ao psiquiatra.” (E4)	
1.1.4.2. Pós-IVG			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo

1.1.4.2.1	Não	Sem apoio psicológico-psiquiátrico após a IVG	“Não fui ao psicólogo.” (E5)
1.1.4.3. Medicação Psiquiátrica			
1.1.4.3.1. Pré-IVG			
1.1.4.3.1.1	Sim	Com recurso a medicação anterior a IVG	“Sim, mas já tomava antes.” (E11)
1.1.4.3.1.2	Não	Sem recurso a medicação anterior à IVG	“Não.” (E8)
1.1.4.3.1.3	Especialidade médica	Indicação da especialidade médica que prescreveu a medicação	“(…) recorri ao psiquiatra.” (E4)
1.1.4.3.2. Pós-IVG			
1.1.4.3.2.1	Sim	Com recurso a medicação após a IVG	“Agora há dois, há um ano na altura.” (E11)
1.1.4.3.2.2	Não	Sem recurso a medicação após a IVG	“Não, não tomo nada.” (E5)
1.1.5. Sem impacto na SM			
Descrição		Exemplo	
Indicação de que a experiência de IVG não teve impacto na SM		“Não foi a interrupção que alterou, foi a saúde do meu marido.” (E3)	
1.2. Relações interpessoais			
1.2.1. Companheiro (aquando IVG)			
1.2.1.1	Mantém relação	Indicação que mantém relação com companheiro de aquando a IVG	“Sim, dura há 2 anos...” (E1)
1.2.1.2. Não mantém relação			
1.2.1.2.1	Sim	Indicação que não mantém relação com companheiro de aquando a IVG	“Portanto... entretanto acabei o relacionamento em que estava.” (E2)
1.2.1.2.2	Com novo relacionamento	Indicação de que após a experiência de IVG iniciou novo relacionamento	“Conheci outra pessoa, à qual neste momento estou a viver junta...” (E2)
1.2.1.2.3. Sem novo relacionamento			
1.2.1.2.3.1	Sim	Referências de que não tem novo relacionamento	“Não.” (E10)
1.2.1.2.3.2	Sem influência IVG	Indicação de que o	“Não, não teve, diretamente

		facto de não ter novo relacionamento não está relacionado com IVG	não teve. Acho que não.” (E10)
1.2.1.3. Impacto na relação			
1.2.1.3.1	Impacto positivo	Referências ao impacto positivo da IVG na relação	“A relação com o meu marido alterou-se... acho que estamos mais juntos e... unidos e...” (E5)
1.2.1.3.2	Impacto negativo	Referências ao impacto negativo da IVG na relação	“Afetou um bocadinho, acho que distanciou-nos um bocadinho mais...” (E10)
1.2.1.3.3	Sem impacto	Indicação de que a IVG não teve impacto na relação	“Não! Não influenciou nem... continua na mesma.” (E1)
1.2.1.4. Problemas prévios à IVG			
Descrição		Exemplo	
Referências à existência prévia de problemas na relação com o companheiro		“Tínhamos bastantes problemas, porque o meu parceiro era toxicodependente.” (E2)	
1.2.2. Funcionamento Sexual			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.2.2.1	Impacto positivo	A mulher apresenta a perceção de que a IVG teve impacto positivo no relacionamento sexual com o companheiro	“Até melhorou!” (E1)
1.2.2.2. Dificuldades sentidas			
1.2.2.2.1	Evitar contacto físico	Indicação de que evita o contacto físico desde a realização da IVG	“Sim, evito o contacto físico.” (E11)
1.2.2.2.2	Menor satisfação	Indicação de que sente menor satisfação sexual	“Sim, mas não sei se está relacionado com o que aconteceu.” (E11)
1.2.2.2.3	Receio nova gravidez	Indicação de que o receio de nova gravidez tem impacto no funcionamento sexual	“Muito, muito medo de passar por aquilo que passei. Não que... que tivesse assim algumas dores... Não, mas tinha medos, receios (...)” (E4)
1.2.2.3. Sem Impacto			
Descrição		Exemplo	
A mulher apresenta a perceção de que a IVG não teve impacto no relacionamento sexual com o companheiro		“Mas a nível sexual não se alterou nada.” (E5)	

1.2.2.4. Sem atividade sexual			
Sem atividade sexual desde a realização da IVG		“Não.” (E8)	
1.2.3. Filhos			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
1.2.3.1	Diálogo sobre sexualidade	Indicação que após a experiência de IVG passou a dialogar de forma mais aberta acerca da sexualidade com os filhos	“Para estar com mais atenção, para falar até com a minha filha, porque ela já iniciou a vida sexual, por isso já falamos de uma forma aberta...” (E6)
1.2.3.2	Disponibilizar mais atenção	Indicação que após a experiência de IVG passou a dedicar mais atenção aos filhos	“Eu sempre me dediquei aos meus filhos, mas ainda tinha mais vontade!” (E4)
1.2.4. Outros			
Descrição		Exemplo	
Referência a outras alterações nas relações interpessoais		“Aproximei-me muito da minha irmã.” (E5)	
1.2.5. Mudanças percebidas			
Mudanças sentidas ao nível da relação com outras pessoas		“Se calhar em termos de confiar nas pessoas.” (E8)	
1.2.6. Sem impacto			
Sem impacto nas relações com outros		“Com os outros não.” (E9)	
1.3. Contraceção			
1.3.1	Informação sobre contraceção	Após a experiência de IVG adquiriu conhecimentos acerca da contraceção	“Claro! Então, ela fez de uma forma... quer dizer... também fiquei mais elucidada.” (E6)
1.3.2	Responsabilidade face contraceção	Após a IVG assumiu uma atitude de maior responsabilidade face à utilização da contraceção	“Agora estou muito mais responsável no que toca ao sentido da contraceção” (E2)
1.4. Opinião acerca da IVG			
1.4.1	Mantém a favor	Após a IVG manteve uma posição favorável face a este procedimento	“Sempre fui a favor do aborto” (E2)
1.4.2	Mantém não a favor	Após a IVG manteve uma opinião desfavorável face a este procedimento	“Eu era contra. E continuo a ser!” (E5)
1.4.3	Alterou para a favor	Após a IVG assumiu	“(…)tinha outra ideia que não

		uma posição favorável face à IVG	devíamos fazer interrupção...mas se calhar... Estou de acordo, não é?” (E1)
<i>1.5. Dimensão pessoal</i>			
1.5.1	Maior sensibilidade e flexibilidade	Indicações de que após a IVG ficou mais sensível e flexível	“A não ser aquela parte de que lhe falei de me tornar mais sensível a determinados assuntos ehh mais flexível, de resto não.” (E7)
1.5.2	Maior compreensão	Indicações que após a experiência de IVG ficou mais compreensiva	“Acho que compreendo mais...pronto, as pessoas que o fazem.” (E9)
1.5.3	Consciência dificuldade da decisão	Indicação que depois da experiência de IVG se tornou mais consciente da dificuldade de tomar esta decisão	“(…) pensava que era um decisão que se poderia tomar, basicamente, de ânimo leve... Pronto... “vamos lá, está feito”... Mas de facto não é tão fácil.” (E2)
1.5.4	Julgamento de IVG múltiplas	Indicação de que mantém o julgamento face a IVG múltiplas	“(…) há pessoas que fazem mais que uma vez, aí julgava, continuo a julgar se calhar...pronto acho que...” (E10)
<i>1.6. Aspetos Físicos</i>			
Descrição		Exemplo	
Aspetos físicos relacionadas com a experiência de IVG		“Só ser doloroso. Para mim foi só doloroso.” (E6)	
<i>1.7. Sem impacto</i>			
Perceção de que a IVG não teve impacto na sua vivência		“Não. Não. Tudo na mesma.” (E3)	
<u>2. Planeamento Familiar</u>			
<i>2.1. Contraceção no passado</i>			
2.1.1. Tipo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.1.1.1	Pílula	Utilização da pílula como método de contraceção	“Hmm... Há uns anos atrás: pílula.” (E4)
2.1.1.2	Preservativo	Utilização do preservativo como método de contraceção	“O preservativo.” (E8)
2.1.2. Razões para ter interrompido contraceção			
Descrição		Exemplo	
Descrição apresentada pelas participantes quanto ao motivo/razões para interrupção do método contracectivo		“E também porque eu fumo e... é uma coisa que eu não consigo deixar e sei que a pílula e o tabaco é uma combinação explosiva.” (E5)	

2.2. Contraceção aquando da IVG			
2.2.1. Tipo			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.2.1.1	Adesivo Evra	Utilização do adesivo Evra como método de contraceção	“(…) eu uso o adesivo Evra.” (E7)
2.2.1.2	Coito interrompido	Utilização do coito interrompido como método de contraceção	“O homem... tem... como é que hei-de dizer? As palavras... Ou seja... recua, digamos.” (E1)
2.2.1.3	Pílula	Utilização da pílula como método de contraceção	“Era a pílula.” (E8)
2.2.1.4	Preservativo	Utilização do preservativo como método de contraceção	“Usava preservativo.” (E6)
2.2.2. Contraceção de Emergência			
Descrição		Exemplo	
Referência a contraceção de emergência (não utilização)		“Não (...) Porque pensava que não ia acontecer nada.” (E2)	
2.2.3. Motivo da Falha			
Descrição apresentada pelas participantes quanto ao motivo/razões da falha do método contracectivo		“E o que aconteceu foi que o preservativo rebentou.” (E4)	
2.2.4 Nenhum método			
Relato da não utilização de métodos contracectivos		“Na altura eu fiz uma pausa.” (E2)	
2.3. Contraceção pós-IVG			
2.3.1. Consulta pós-IVG			
2.3.1.1. Presença na Consulta			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
2.3.1.1.1	Sim	Indicação de que realizou consulta de planeamento familiar	“Sim, fui.” (E2)
2.3.1.1.2. Não			
2.3.1.1.2.1	Razões	Razões indicadas para não ter realizado Planeamento Familiar	“Por causa dos horários, de despender muito tempo e...” (E4)
2.3.1.2. Especialidade Médico de Consulta			
2.3.1.2.1	Ginecologista da consulta de IVG	Recurso ao ginecologista da consulta de IVG para consulta	“(…)no hospital tinham-me mudado a pílula que eu estava a tomar.” (E2)
2.3.1.2.2	Ginecologista privado	Recurso ao ginecologista privado	“Eh eu fui à consulta com a minha ginecologista.” (E7)

		para consulta	
2.3.1.2.3	Médico de família	Recurso ao médico de família para consulta	“Médico de família!” (E4)
2.3.1.2.4	Médico sem especificação	Sem especificação do médico da consulta	“Fui. Fui à minha médica.” (E6)
2.3.1.2.5	Razões para não recorrer Centro Saúde	Descrição apresentada pelas participantes quanto ao motivo/razões para não recorrerem ao centro de saúde	“(…) marcar uma consulta de planeamento familiar em Paredes era a mesma coisa que dizer a toda a gente o que é que se tinha passado” (E5)
2.3.1.3. Avaliação da consulta			
2.3.1.3.1	Com impacto	Modo como as participantes descrevem o impacto da consulta na contraceção	“A doutora do planeamento familiar é que me aconselhou a mudar de contraceptivo, por causa do esquecimento.” (E11)
2.3.1.3.2	Sem impacto	Considerações de que a consulta de planeamento familiar não teve impacto	“Não necessariamente! O médico aconselhou-me a usar um dispositivo em chip... mas eu na altura recusei” (E2)
2.3.1.3.3	Positiva	Avaliação positiva da consulta de Planeamento Familiar	“Sim, sim...” (E1)
2.3.1.4. Alteração na utilização de contraceção			
2.3.1.4.1	Sim	Com alteração na utilização de contraceção	“Sim, alterei. Comecei a tomar a pílula.” (E4)
2.3.1.4.2	Não	Sem alteração na utilização de contraceção	“Não, não, mantive o mesmo método.” (E10)
2.3.2. Contraceção Atual			
2.3.2.1. Tipo			
2.3.2.1.1	Adesivo Evra	Utilização do adesivo Evra como método de contraceção	“(…)a questão é que eu uso o adesivo Evra.” (E7)
2.3.2.1.2	Dispositivo Intrauterino	Utilização do DIU como método de contraceção	“Portanto, eu pus o DIU e só o tirei há uma semana porque ele estava deslocado.” (E6)
2.3.2.1.3	Pílula	Utilização da pílula como método de contraceção	“Ou seja, estou a tomar a pílula...” (E1)
2.3.2.1.4	Preservativo	Utilização do preservativo como método de contraceção	“E para além disso utilizo preservativo com o meu marido. “ (E9)

2.3.2.1.5	Sistema intrauterino (Endocetivo)	Mirena; Progestasert	“Agora tenho o Mirena®.” (E3)
2.3.2.2. Razões para alteração			
Descrição		Exemplo	
Razões que levaram à alteração da contraceção		“Sim, só que tive alguns problemas e acabei por retirá-lo.” (E8)	
<i>2.4. Maternidade</i>			
2.4.1	Sem gravidez após IVG	Não ocorreu nova gravidez após a IVG	“(…)voltou a engravidar? Não, não, não.” (E7)
2.4.2. Projeto de maternidade			
2.4.2.1	Sim	Há intenção de ter mais filhos	“Eu pretendo ser mãe mas quando tiver a vida mais estável” (E8)
2.4.2.2	Não	Não há intenção de ter mais filhos	“Não tenho.” (E11)
2.4.2.3	Razões para não ter mais filhos	Motivo/razões apresentadas pelas participantes para não ter mais filhos	“Não, porque já tenho uma certa idade, há muitos “senãos”, não é?” (E1)
3. Suporte Social			
<i>3.1. Familiares aquando IVG</i>			
3.1.1	Sim	Referência aos familiares enquanto prestadores de suporte social	“Foi sem dúvida a minha mãe.” (E2)
3.1.2	Tipo de apoio	O que a mulher valoriza no apoio prestado pelos familiares	“Estavam mais tempo comigo, davam-me mais atenção, eu podia desabafar... e sentia-me melhor depois disso.” (E8)
<i>3.2. Amigos aquando IVG</i>			
3.2.1	Sim	Referência aos amigos enquanto prestadores de suporte social	“Sim, contei à minha melhor amiga.” (E2)
3.2.2	Tipo de apoio	O que a mulher valoriza no apoio prestado pelos amigos	“Eu acho que foi a presença, a disponibilidade...” (E7)
<i>3.3. Companheiro aquando IVG</i>			
3.3.1. Teve conhecimento			
3.3.1.1	Reação à gravidez	Relatos em relação à reação do companheiro face à gravidez	“(…) Não reagiu muito bem porque achou que pudesse ter..que a situação tivesse sido fruto de uma traição...” (E10)
3.3.1.2. Reação à IVG			

3.3.1.2.1	A favor	Indicação que o companheiro estava de acordo com a realização da IVG	“Não, não, ele aceitou.” (E6)
3.3.1.2.2.	Não a favor	Indicação que o companheiro não estava de acordo com a realização da IVG	“Ele não queria que eu fizesse” (E3)
3.3.1.2.3	Sem opinião	Indicação que o companheiro não tinha opinião em relação à realização da IVG	“Encolheu os ombros.” (E11)
3.3.1.3. Apoio			
Descrição		Exemplo	
Referências ao apoio disponibilizado pelo companheiro de aquando a IVG		“O meu marido acompanhou presente. O meu marido esteve comigo sempre!” (E5)	
3.3.2. Não teve conhecimento			
Indicação de que o companheiro não teve conhecimento da experiência da IVG		“ Ele sabia da gravidez? Não, não, não.” (E7)	
<i>3.4. Novo companheiro</i>			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
3.4.1	Conhecimento IVG	Indicação de que teve conhecimento da experiência de IVG	“Tem. Tem conhecimento.” (E2)
3.4.2	Razões para ter contado	Razões/motivos indicados pelas participantes para terem contado	“(…) era uma situação que ainda estava muito recente, tive necessidade de lhe contar.” (E11)
3.4.3	Sem apoio	Perceção da ausência de apoio prestado pelo novo companheiro	“Não falamos sobre isso.” (E11)
3.4.4	Não teve conhecimento	Indicação de que o novo companheiro não teve conhecimento da experiência de IVG	“Não, não, como eu lhe digo tentei apagar.” (E7)
<i>3.5. Outros profissionais de Saúde</i>			
3.5.1	Suporte de médica Ginecologista	Referências ao suporte disponibilizado pela médica ginecologista	“Eu tenho a sorte que tenho uma médica que me acompanha e que já me conhece” (E7)
3.5.2	Falta de informação médica Obstetra particular	Referências à falta de informação acerca do processo de IVG da médica obstetra	“Que eu fui a uma particular e ela nem sabia que era às dez semanas, portanto…” (E6)

		particular	
3.6. Nenhum apoio			
Descrição		Exemplo	
Indicação de ausência de suporte social durante o processo		“Ninguém.” (E10)	
3.7. Razões para não partilhar experiência			
Razões para não ter partilhado a experiência de IVG com pessoas próximas		“Por um bocadinho de vergonha.” (E2)	
4. Processo de IVG			
4.1. Razões para a tomada de decisão			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
4.1.1	Económicas	Indicação de motivos/razões económicas	“Foi o facto de estar desempregada...” (E4)
4.1.2	Emocionais	Indicação de motivos/razões emocionais	“(...) e também porque não me sentia preparada.” (E8)
4.1.3	Médicas	Indicação de motivos/razões médicas	“Foi uma gravidez de risco (...)” (E1)
4.1.4	Profissionais	Indicação de motivos/razões profissionais	“Fiz na altura porque trabalhava por turnos... tinha a minha vida só para trabalho.” (E6)
4.1.5. Relacionais			
4.1.5.1	Processo de separação	Indicação do processo de separação como razão para a tomada de decisão	“Na altura que eu falei não... estava no meu processo de separação...” (E7)
4.1.5.2	Relação instável ou problemática	Indicação da instabilidade e problemas na relação como razões para a tomada de decisão	“O facto de ter uma vida conjugal muito instável... sempre com problemas!” (E4)
4.1.5.3	Relação pouco consolidada	Indicação da falta de perspectiva de futuro com companheiro ou relação com pouco investimento como razões para a tomada de decisão	“Só que eu não me via no futuro com ele.” (E2)
4.1.6. Outras			
Descrição		Exemplo	
Indicação de razões não especificadas		“Mas por outras situações pessoais, eu tive que...” (E3)	
4.2. Processo de decisão			

Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
4.2.1	Acompanhada	Referência que o processo de decisão foi realizado em conjunto com outra pessoa	“Sim. Acabou por ser tomada por nós os dois...” (E2)
4.2.2	Sozinha	Referência que o processo de decisão foi realizado sozinha	“Não, não. Foi uma decisão só minha.” (E7)
4.3. Posicionamento face à decisão			
Descrição		Exemplo	
Posicionamento/ caracterização face à escolha (no momento desta)		“Apesar de me sentir mal comigo mesmo por ter tomado aquela decisão, mas sabendo que era o melhor.” (E9)	
4.4. Encaminhamento			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
4.4.1	Quem	Identificação de quem encaminha	“À médica ginecologista? Sim (...) e reencaminhou para o HSJ e foi aonde eu fui.” (E5)
4.4.2	Indicação da unidade de saúde	Referência à indicação da unidade de saúde a que se deve dirigir dada pelo agente do encaminhamento	“(…) e reencaminhou para o HSJ e foi aonde eu fui.” (E5)
4.4.3	Não encorajamento	Indicação de que o agente de encaminhamento não encorajou a realização da IVG	“Sim. Ela não... Ela por acaso não me encorajou a fazer” (E5)
4.5. IVG tipo Medicamentoso			
Descrição		Exemplo	
Indicação de que realizou a IVG medicamentosa		“A segunda toma... que é um comprimido que eu tive de introduzir na vagina.” (E5)	
4.6. Opiniões acerca do processo de IVG			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
4.6.1	Espaço	Crítica referente à partilha de espaço com grávidas e recém-nascidos	“(…) ao mesmo tempo que as mães que vão ter bebés e as que estão a fazer interrupção... acho isso péssimo!” (E4)
4.6.2	Falta de informação	Consideração de que os profissionais de saúde estão mal informados	“Fiquei estupefacta como há obstetras no Porto e em Lisboa sem saberem nada!” (E6)
4.6.3	Intervalo para tomada de decisão	Opiniões relativas ao intervalo de tempo	“(…) naqueles dias de reflexão que fazem parte do

		obrigatório para a tomada de decisão	processo... Acho que é importante.” (E11)
4.6.4	Tempo de espera para as consultas	Críticas referentes ao tempo de espera para as consultas	“(…) acho que em primeiro lugar acho que há uma espera enorme.” (E10)
4.6.5. Equipa Multidisciplinar			
4.6.5.1. Aspetos positivos			
4.6.5.1.1	Equipa geral	Referência a aspetos positivos em relação à equipa em geral	“(…) o resto da equipa muito cuidadosa” (E7)
4.6.5.1.2	Assistente Social	Referência a aspetos positivos em relação à Assistente Social do serviço	“(…) Isso foi cinco estrelas!” (E3)
4.6.5.1.3	Médicos	Referência a aspetos positivos em relação aos Médicos do serviço	“(…) Essa médica foi muito simpática. Não olhou para mim como uma assassina!” (E5)
4.6.5.1.4	Psicóloga	Referência a aspetos positivos em relação à Psicóloga do serviço	“Atenção que na altura a psicóloga que me acompanhou foi impecável mesmo.” (E7)
4.6.5.2. Aspetos negativos			
4.6.5.2.1	Equipa geral	Referência a aspetos negativos em relação à equipa em geral	“(…) posso dizer que foi medíocre.” (E2)
4.6.5.2.2	Enfermeiros	Referência a aspetos negativos em relação aos enfermeiros do serviço	“(…) mandou a enfermeira tirar-me sangue. Outra senhora que também olha para mim como se eu fosse uma assassina!” (E5)
4.6.5.2.3	Médicos	Referência a aspetos negativos em relação aos Médicos do serviço	“(…) houve uma senhora doutora que eu apanhei que... que não foi muito... se calhar... simpática” (E1)
4.6.6. Outros			
Descrição		Exemplo	
Opiniões gerais acerca do processo de IVG		“Entretanto ocorreram hemorragias constantes, durante mais de um mês.” (E2)	
4.7. Complicações no processo			
Referência a complicações no processo de IVG		“Entretanto ocorreram hemorragias constantes, durante mais de um mês.” (E2)	
4.8. Momento mais marcante			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
4.8.1	Dia da interrupção/expulsão	Identificação do dia da interrupção/expulsão como o	“Foi o dia da interrupção, que foi o dia que mais me marcou e que vai continuar a

		mais marcante do processo	marcar...” (E9)
4.8.2	Conversa com Assistente Social	Identificação da conversa com a Assistente Social como momento mais marcante do processo	“(…) algum acontecimento em especial? Talvez quando falei com a assistente social na altura...” (E8)
4.8.3	Nenhum	Nenhum momento mais marcante no processo de IVG	“Não, não.” (E10)
5. Importância da Investigação sobre IVG			
Descrição		Exemplo	
Referência à importância da investigação científica sobre a IVG		“E ajudar nestas situações... é importante!” (E4)	
6. Acontecimentos importantes do último ano			
Codificação	Designação	Descrição	Exemplo
6.1	<i>Associados à experiência de IVG</i>	Referência à ocorrência de acontecimentos importantes no último ano associados à experiência de IVG	“(…) significativo mesmo foi no mês de Dezembro onde fazia os nove meses caso eu tivesse levado a gravidez avante...” (E9)
6.2	<i>Não associados à experiência de IVG</i>	Referência à ocorrência de acontecimentos importantes no último ano não associados à experiência de IVG	“(…) significativo mesmo foi no mês de Dezembro onde fazia os nove meses caso eu tivesse levado a gravidez avante” (E9)
6.3	<i>Nenhum</i>	Sem referência a acontecimentos importantes do último ano	“Acho que nenhum em especial.” (E8)

ANEXO 5 – ESQUEMATIZAÇÃO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Temas	Objetivos específicos	Questões de Investigação	Categorias (última geração)
Planeamento Familiar	Analisar o impacto de uma IVG a nível do planeamento familiar posterior.	Qual o impacto de uma IVG a nível do planeamento familiar posterior.	<p>1.3.1. Informação sobre contraceção</p> <p>1.3.2. Responsabilidade face contraceção</p> <p>2.1.1.1. Pílula</p> <p>2.1.1.2. Preservativo</p> <p>2.1.2. Razões para ter interrompido contraceção</p> <p>2.2.1.1. Adesivo Evra</p> <p>2.2.1.2. Coito interrompido</p> <p>2.2.1.3. Pílula</p> <p>2.2.1.4. Preservativo</p> <p>2.2.2. Contraceção de Emergência</p> <p>2.2.3. Motivo da Falha</p> <p>2.1.4. Nenhum método</p> <p>2.3.1.1.1. Sim</p> <p>2.3.1.1.2.1. Razões</p> <p>2.3.1.2.1. Ginecologista da consulta de IVG</p> <p>2.3.1.2.2. Ginecologista privado</p> <p>2.3.1.2.3. Médico de família</p> <p>2.3.1.2.4. Médico sem especificação</p> <p>2.3.1.2.5. Razões para não recorrer Centro Saúde</p> <p>2.3.1.3.1. Com impacto</p> <p>2.3.1.3.2. Sem impacto</p>

			<p>2.3.1.3.3. Positiva</p> <p>2.3.1.4.1. Sim</p> <p>2.3.1.4.2. Não</p> <p>2.3.2.1.1. Adesivo Evra</p> <p>2.3.2.1.2. Dispositivo Intra-Uterino</p> <p>2.3.2.1.3. Pílula</p> <p>2.3.2.1.4. Preservativo</p> <p>2.3.2.1.5. Sistema intra-uterino (Endocetivo)</p> <p>2.3.2.2. Razões para alteração</p> <p>2.4.1. Sem gravidez após IVG</p> <p>2.4.2.1. Sim</p> <p>2.4.2.2. Não</p> <p>2.4.2.3. Razões para não ter mais filhos</p> <p>4.1.1. Económicas</p> <p>4.1.2. Emocionais</p> <p>4.1.3. Médicas</p> <p>4.1.4. Profissionais</p> <p>4.1.5.1. Processo de separação</p> <p>4.1.5.2. Relação instável ou problemática</p> <p>4.1.5.3. Relação pouco consolidada</p> <p>4.1.6. Outras</p>
			<p>1.2.1.1. Mantém relação</p> <p>1.2.1.2.2. Sim</p>

<p>Relações Íntimas</p>	<p>Compreender a influência da IVG sobre as relações íntimas.</p>	<p>Qual a influência da IVG sobre as relações íntimas.</p>	<p>1.2.1.2.2. Com novo relacionamento 1.2.1.2.3.1. Sim 1.2.1.2.3.2. Sem influência IVG 1.2.1.3.1. Impacto positivo 1.2.1.3.2. Impacto negativo 1.2.1.3.3. Sem impacto 1.2.1.4. Problemas prévios à IVG 1.2.2.1. Impacto positivo 1.2.2.2.1 Evitar contacto físico 1.2.2.2.2. Menor satisfação 1.2.2.2.3. Receio nova gravidez 1.2.2.3. Sem impacto 1.2.2.4. Sem atividade sexual 4.1.5.1. Processo de separação 4.1.5.2. Relação instável ou problemática 4.1.5.3. Relação pouco consolidada</p>
			<p>1.1.1.1.1.1. Apoiar na família 1.1.1.1.1.2. Apoiar nos amigos 1.1.1.1.1.3. Esquecer 1.1.1.1.1.4. Hábitos saudáveis 1.1.1.1.1.5. Manter-se ocupada 1.1.1.1.2. Nenhuma 1.1.1.1.3. Duração</p>

<p>Mecanismos de <i>Coping</i></p>	<p>Identificar e compreender os mecanismos de <i>coping</i> utilizados pelas mulheres que realizaram uma IVG</p>	<p>Quais são os mecanismos de <i>coping</i> utilizados pelas mulheres que realizaram uma IVG.</p>	<p>1.1.1.1.4. Percepção Resultado 1.1.1.2.1. Fatores positivos 1.1.1.2.2. Fatores negativos 1.1.1.2.3. Nenhum 1.1.1.3.1. Lidou bem 1.1.1.3.2. Lidou mal 1.1.1.3.3. Com frieza 1.1.2.1. Alívio 1.1.2.2. Arrependimento 1.1.2.3. Autoestima 1.1.2.4. Choro 1.1.2.5. Culpa 1.1.2.6. Maior sensibilidade 1.1.2.7. Medo problemas engravidar 1.1.2.8. Não conseguir descansar 1.1.2.9. Não conseguir falar 1.1.2.10. Necessidade de falar 1.1.2.11. Pensamentos recorrentes 1.1.2.12. Peso na consciência 1.1.2.13. Sofrimento 1.1.2.14. Tristeza 1.1.2.15. Não especificado 1.1.3.1.1. Descrição consumo pré-IVG 1.1.3.2.1. Pós-IVG</p>
------------------------------------	--	---	--

			<p>1.1.3.2.1. Descrição consumo Pré-IVG</p> <p>1.1.3.2.2. Pós-IVG</p> <p>1.1.5. Sem impacto na SM</p>
<p>Suporte Social</p>	<p>Compreender a importância atribuída ao parceiro, à família e à rede social de apoio.</p>	<p>Qual a importância atribuída ao parceiro, à família e à rede social de apoio após a realização de uma IVG.</p>	<p>3.1.1. Sim</p> <p>3.1.1. Tipo de apoio</p> <p>3.2.1. Sim</p> <p>3.2.2. Tipo de apoio</p> <p>3.3.1.1. Reação à gravidez</p> <p>3.3.1.2.1. A favor</p> <p>3.3.1.2.2. Não a favor</p> <p>3.3.1.2.3. Sem opinião</p> <p>3.3.1.3. Apoio</p> <p>3.3.2. Não teve conhecimento</p> <p>3.4.1. Conhecimento IVG</p> <p>3.4.2. Razões para ter contado</p> <p>3.4.3. Sem apoio</p> <p>3.4.4. Não teve conhecimento</p> <p>3.5.1. Suporte médica Ginecologista</p> <p>3.5.2. Falta de informação Obstetra particular</p> <p><i>3.7. Nenhum apoio</i></p> <p><i>3.8. Razões para não partilhar experiência</i></p> <p>4.2.1. Acompanhada</p> <p>4.2.2. Sozinha</p>