

**FACULDADE DE PSICOLOGIA**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**



# **Interrupção Voluntária da Gravidez, Satisfação Conjugal e Apoio Social: Que Impacto?**

**Nadine Carrilho Teixeira Santos**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2010



**FACULDADE DE PSICOLOGIA**

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**



# **Interrupção Voluntária da Gravidez, Satisfação Conjugal e Apoio Social: Que Impacto?**

**Nadine Carrilho Teixeira Santos**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Justo

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2010

*Porque em tudo aquilo que fazemos, colocamos um pouco de nós. E porque desse “nós” fazem parte tantas pequenas peças, tantos bocadinhos que os outros nos dão. Não podia deixar de começar este trabalho sem primeiro deixar a minha gratidão àqueles que acompanharam um percurso, uma construção que sem eles não teria sido possível!*

*Ao Prof. Doutor João Justo, pela incansável paciência, encorajamento e verdadeira “orientação”, sem os quais, estou certa, este trabalho não se concretizaria.*

*À equipa do Serviço de Gravidez Indesejada da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, que me abriram as suas portas e vestiram este projecto comigo.*

*Às utentes do Serviço de Gravidez Indesejada da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, por me criarem uma janela privilegiada para o seu mundo de relações e emoções mais íntimo, mais seu.*

*À equipa do Serviço de Psicologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, por me fazerem sentir em casa, e em especial ao Hélio, poderoso aliado nos dias mais difíceis.*

*Aos amigos do grupinho “muito bom da avó”, por me ajudarem a levar este projecto com maior descontração e por me ensinarem os bons efeitos de um sorriso no trabalho. Por acordarem a criança feliz em mim quando eu precisei.*

*Às colegas e amigas com quem eu tive a sorte de partilhar este caminho, estas angústias e alegrias, pelos telefonemas de última hora, pelos conselhos e colinhos sempre prontos.*

*À minha estrelinha, pela sorte e protecção de que gozei toda a minha vida, e que me deu segurança e coragem para lutar por mim.*

*Àqueles que “desajudaram”, porque me tornaram mais forte.*

*À minha família, pelo apoio de bastidores, tão subtil e também tão essencial (as revisões, os conselhos, o encorajamento incondicional) e em especial aos meus pais, por serem os meus pilares, o chão que eu conheço e para o qual sempre pude voltar, não só ao fim de um dia difícil, mas também para comemorar vitórias. Por me ensinarem as coisas certas, e por me ensinarem a pescar, em vez de pescarem por mim.*

*E por fim ao Miguel, companheiro durante este caminho de reconstrução de mim própria - a faculdade -, por todo o apoio, paciência e ternura. Por ter sido um porto de abrigo ao longo desta dura jornada.*

*A todos vós, e àqueles de quem eventualmente me esqueci, por me devolverem a imagem daquilo que eu podia ser e alcançar. A gratidão é coisa muito boa de se sentir...*

## Resumo

A recente implementação legal da liberalização da prática da interrupção voluntária da gravidez em Portugal, trouxe consigo inúmeras questões e ambiguidades, que continuam a ser debatidas em vários âmbitos.

O objectivo essencial deste estudo foi encetar caminho no universo psicológico das mulheres que realizam a IVG, pelas actuais preocupações com a sua adaptação psicológica. Não é ainda clara a razão para os diferentes níveis de estabilidade emocional nestas mulheres. Parecem também ser alvo de preocupação, as potenciais consequências psicossociais deste procedimento para as mulheres e casais.

Tendo a literatura realçado o importante papel das relações interpessoais no bem-estar e saúde mental, procurou averiguar-se uma possível relação de protecção entre a satisfação conjugal e o apoio social percebido, para com os níveis de adaptação psicológica, mais precisamente com o desenvolvimento de estados emocionais de stress, ansiedade e depressão, no momento em que estas mulheres recorrem ao serviço para interromper a gravidez.

Os dados obtidos permitem concluir que a satisfação conjugal e a percepção de apoio social podem ter um papel protector e de alguma forma preditor de estados emocionais negativos, como o stress, a ansiedade e a depressão, nas mulheres que vão realizar uma IVG. Outros elementos adicionais são discutidos.

Palavras-chave: Interrupção voluntária da gravidez; conjugalidade; satisfação conjugal; relações afectivas; apoio social; adaptação psicológica; depressão; ansiedade; stress.

## **Abstract**

The recent law regarding the liberalization of induced abortion in Portugal has brought along several questions and complexities, which continue to be debated in various matters.

The main goal of this study was to enter the psychological universe of women who decide to make an abortion, due to the actual concerns about their psychological adjustment. It is still not clear the reason why emotional stability can be so diverse in these women. It also appears to be a reason of concern, the psychological and social consequences that can occur due to this procedure, for both women and couples.

Because research has enhanced the major role of interpersonal relationships in the well-being and mental health, we have searched for a possible relation of protection between romantic relationship satisfaction and perceived social support, and the development of emotional states of stress, anxiety and depression, by the time these women go to health services to end their pregnancy.

Results indicate that both romantic relationship satisfaction and perceived social support can have a protective and predictive role regarding negative emotional states, such as stress, anxiety and depression, in women who are going to have an induced abortion. Further additional elements are discussed.

**Keywords:** Induced abortion; marital satisfaction; romantic relationships; relationships; social support; psychological adjustment; depression; anxiety; stress

# ÍNDICE GERAL

<b>Índice de Tabelas</b> .....	i
<b>1. Enquadramento Teórico</b>	
1.1 Desatando o nó da IVG .....	1
1.2 Ninguém é uma ilha – relações humanas .....	7
1.2.1 Constelação afectiva – o apoio que provém das relações .....	7
1.2.2 O labirinto íntimo e a construção do “nós” a relação conjugal .....	9
1.3 O presente estudo .....	13
<b>2. Método</b>	
2.1 Selecção da amostra .....	14
2.2 Caracterização da amostra .....	14
2.2.1 As participantes .....	14
2.3 Procedimento .....	20
2.4 Instrumento .....	22
2.4.1 Questionário sócio-demográfico .....	22
2.4.2 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress .....	23
2.4.3 Escala de Avaliação da Satisfação em áreas da Vida Conjugal .....	24
2.4.4 Escala de Satisfação com o Suporte Social .....	25
<b>3. Resultados</b>	
3.1 Análise da consistência interna .....	26
3.1.1 EADS .....	26
3.1.2 EASAVIC .....	27
3.1.3 ESSS .....	28
3.2 Estudo das Escalas .....	29
3.3 Análise das Correlações .....	30
3.3.1 Ansiedade, Depressão e Stress – que relação com a satisfação? ...	30
3.3.2 As áreas da Vida Conjugal e as Dimensões Sociais – Estudo do seu impacto .....	32
3.3.3 As variáveis características da amostra e o seu impacto .....	33
3.4 Análise de Regressão .....	36
3.4.1 Variável dependente – a Ansiedade .....	36
3.4.2 Variável dependente – a Depressão .....	39
3.4.3 Variável dependente – o Stress .....	41
<b>4. Discussão de Resultados e Principais Conclusões</b> .....	44
<b>5. Bibliografia</b> .....	50

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Estado Civil e Estatuto Ocupacional .....	15
<b>Tabela 2.</b> Habitação com o Companheiro e Número de Relações Românticas Anteriores .....	16
<b>Tabela 3.</b> Estatuto Socioeconómico das Participantes.....	16
<b>Tabela 4.</b> Profissões segundo a Classificação Nacional de Profissões (2001) .....	17
<b>Tabela 5.</b> Agregado Familiar .....	17
<b>Tabela 6.</b> Paridade e Número de Filhos.....	18
<b>Tabela 7.</b> Número de IEG's e de IVG's.....	19
<b>Tabela 8.</b> Estatuto Ocupacional e socioeconómico dos companheiros .....	20
<b>Tabela 9.</b> Correlação entre as Variáveis Ansiedade, Satisfação Conjugal Global e Satisfação com o Suporte Social .....	30
<b>Tabela 10.</b> Correlação entre as Variáveis Depressão, Satisfação Conjugal Global e Satisfação com o Suporte Social.....	31
<b>Tabela 11.</b> Correlação entre as Variáveis Stress, Satisfação Conjugal Global e Satisfação com o Suporte Social .....	31
<b>Tabela 12.</b> Análise de Regressão para o Modelo 1 (Ansiedade) .....	37
<b>Tabela 13.</b> Análise de Regressão para o Modelo 2 (Ansiedade) .....	38
<b>Tabela 14.</b> Análise de Regressão para o Modelo 1 (Depressão) .....	40
<b>Tabela 15.</b> Análise de Regressão para o Modelo 2 (Depressão) .....	41
<b>Tabela 16.</b> Análise de Regressão para o Modelo 1 (Stress) .....	42
<b>Tabela 17.</b> Análise de Regressão para o Modelo 2 (Stress) .....	43



# 1. Enquadramento Teórico

## 1.1 *Desatando o nó da IVG*

*Mas tu que estás a começar e ainda não sabes a direcção*

*Tens por onde te orientar*

*Não ouves dentro de ti o tambor*

*Coração?*

Veen

“Vou interromper a minha gravidez”. Uma afirmação que continua a não estar livre de polémica, pelos seus complexos contornos pessoais, morais e sociais.

Se a interrupção de uma gravidez pode ser avaliada como uma corrupção dos direitos do feto e do seu direito à vida humana, devendo sobrepor-se, em todos os momentos, aos desejos e decisões da mulher (Smetana, 1982), também a possibilidade de interromper a gravidez pode ser vista como a concretização do controlo da mulher sobre os seus direitos, o seu corpo e a sua vida reprodutiva (Smetana, 1982).

Quem deve ver exercidos os seus direitos em primeiro lugar? Esta é uma pergunta que permanece sem uma resposta única, continuando a acender discussões, nacional e internacionalmente.

Em 2006, foram contabilizadas 1215 interrupções voluntárias da gravidez, legalmente efectuadas nos hospitais portugueses. No ano seguinte, com a entrada em vigor da Lei 16/2007, que viria a permitir a realização deste procedimento a pedido da mulher, até às dez semanas de gravidez, o número de interrupções ascendeu às 4325 (INE, 2009). Este é um dos primeiros argumentos apresentados pelos que se opõem à nova lei implementada, que acrescentou a vontade da mulher grávida como argumento válido para terminar uma gravidez, não desejada nem planeada: o seu aumento exponencial e a sua utilização enquanto método contraceptivo, e não como recurso em situação de emergência (em situações em que o planeamento familiar falhou).

Por outro lado, os defensores da lei afirmam que esta medida veio combater a ocorrência de interrupções ilegais (cujo número se aproximava de 17 000 em 2005), que sofreram desde então uma diminuição dramática. Outro fenómeno observado foi uma redução significativa das hospitalizações decorrentes desses abortos clandestinos, com complicações de saúde para as mulheres (como situações de aborto incompleto e retido), nomeadamente na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Villar, 2008).

Para alguns, o envolvimento da larga maioria dos hospitais públicos neste procedimento (36 num total de 51) veio precisamente sublinhar o desejo dos técnicos de saúde, que contactam mais de perto com esta realidade, de darem uma resposta a este problema premente e regular nos serviços de saúde (Villar, 2008), procedimento este que pode ser de natureza cirúrgica ou medicamentosa.

Diversos estudos realizados a nível internacional, que procuraram debruçar-se sobre estimativas para o número total de interrupções voluntárias da gravidez depararam-se com uma questão essencial: é impossível contabilizar os procedimentos realizados na clandestinidade, que são sobremaneira incontroláveis (Sereno, 2009).

O terreno da interrupção voluntária da gravidez não é, como à partida se pode perceber, um terreno fácil de abordar, quer pela sua relevância recente em Portugal, quer pelo seu carácter ambíguo, suscitador de diferentes opiniões.

Um facto é que, ultrapassadas as contingências legais que impediam a realização legal da IVG, o seu registo oficial veio permitir um maior controlo sobre as condições em que as mesmas se realizam. Da mesma forma, permite a detecção de situações de repetição do procedimento, funcionando, num âmbito mais alargado, como uma “janela de oportunidade” para o estudo do universo de mulheres que recorrem a este procedimento.

Podem, assim, ser identificadas algumas características próprias, permitindo, por exemplo, compreender as estratégias de planeamento familiar adoptadas por estas mulheres e casais. Quanto mais precisa e abrangente for esta informação, mais condições existem para que se possa intervir preventivamente a respeito da ocorrência de gravidezes indesejadas, nomeadamente através do aconselhamento em termos de planeamento familiar, e da construção de programas de acção que possam ser integrados nos serviços de saúde a que o grosso da população acorre (Villar, 2008).

O planeamento familiar é precisamente uma matéria de potencial intervenção dos técnicos. A necessidade de contraceção após uma IVG é imediata, algo que é possível de trabalhar neste contexto, não só porque a mulher já se encontra nos serviços de saúde para terminar a sua gravidez, como também porque, na maioria das vezes, possui forte motivação para aderir a métodos contraceptivos, de forma a não engravidar novamente (Fragoeiro, 2009).

Muito embora se calcule que grande parte da responsabilidade de difusão das estratégias de planeamento familiar recaia sobre os Cuidados de Saúde Primários, o aconselhamento precoce pós IVG é, comprovadamente, uma forma eficiente de garantir

a utilização subsequente dos métodos contraceptivos (Fragoeiro, 2009). De facto, um estudo recente de Margarida Gaspar Matos revela que o número de jovens que admite não usar contraceção do tipo barreira física (preservativo), valor que atingia os 30% em 2002, está actualmente situado em 10% - uma redução para cerca de um terço (Ferreira, 2010). Uma redução significativa, especialmente se tivermos em conta que é precisamente com as adolescentes que o trabalho de planeamento familiar encontra mais resistência ao seu desenvolvimento.

Ainda assim, alguns autores afirmam que as jovens têm aumentado a sua proporção na totalidade de mulheres que realizam esta intervenção, atribuindo este facto à tendência social para experiências sexuais cada vez mais precoces (Smetana, 1982). Ouró e Leal (1998) alertam para a possibilidade de o planeamento familiar inadequado colocar as jovens em posição de maior risco, pela sua assumpção da IVG como método contraceptivo, havendo ausência de projecto de maternidade.

Um outro dado interessante diz respeito às razões pelas quais as mulheres engravidam quando não o desejam, e neste ponto mais uma vez se toca a questão da contraceção. Isto porque a utilização ou não do contraceptivo parece ser uma decisão baseada na avaliação dos custos / benefícios de tal acto, sendo que uma gravidez não desejada seria assim explicada como a orientação para as vantagens de não utilizar contraceção, ainda que nem todas as gravidezes possam ser simplificadas desta forma (Smetana, 1982).

Assim, também as razões que levam uma mulher ou uma jovem a engravidar quando não o desejam, bem como a sua decisão de abortar, podem tomar contornos bastante diferentes consoante vários factores, sendo um deles a idade, se tivermos em conta uma perspectiva de desenvolvimento (Smetana, 1982).

Muitos dos argumentos que se prendem com a interrupção voluntária da gravidez materializam-se na ideia de que a maternidade / paternidade deve ser consciente e desejada, bem como na ideia de que esta é uma forma de dar às mulheres, casais e famílias, o poder de decisão sobre um fenómeno que irá afectar profundamente as suas vidas – a gravidez (Sampaio, 2007). Desta forma, a gravidez acontecerá quando exista um projecto de maternidade, onde o desejo e o amor possam existir e proporcionar à criança um desenvolvimento harmonioso e feliz.

Alguns estudos contradizem este argumento, apresentando dados de que o desejo da mãe em ter o bebé não tem necessariamente uma influência significativa no seu desenvolvimento, nomeadamente na vinculação segura do bebé (Miller, Sable &

Csizmadia, 2007). Também, parece consensual que a experiência de interrupção voluntária da gravidez causa um elevado nível de stress na maioria dos casais que passam pela experiência (Lauzon, Roger-Achim, Achim & Boyer, 2000).

Uma outra possibilidade criada com a liberalização da IVG foi o estudo mais preciso e aprofundado das características sócio-demográficas e psicossociais das mulheres, casais e famílias que recorrem a este procedimento. Também, neste campo, o consenso não é totalmente conseguido.

No que toca a características de personalidade, por exemplo, alguns autores afirmam não terem sido encontradas tendências dominantes ou padrões (Smetana, 1982). Aquém da teoria de que a prática da IVG seria fruto de motivações sadomasoquistas e disrupções no papel feminino, verificou-se, por outro lado, a importância da percepção de auto-eficácia que as mulheres têm de si na decisão de interromper a gravidez, bem como da percepção que têm das expectativas dos outros (especialmente aqueles que lhe são significativos) em relação à sua gravidez indesejada (Smetana, 1982).

Foram já conduzidas investigações a nível internacional, reunindo dados de vários países, procurando tendências ao nível da idade, paridade e estatuto conjugal (Bankole, Singh & Haas, 1999). O factor que reuniu maior consenso dizia respeito à paridade, no qual se averiguou que mais de metade das mulheres que realizaram uma IVG já tinham pelo menos um filho. Também em mais de metade dos países estudados, as mulheres com maior proporção de abortos realizados eram casadas.

Por fim, no que refere à idade, o padrão encontrado é semelhante ao de um “U” invertido, em que as mulheres mais jovens e as mais velhas são as que menos recorrem à IVG, não obstante alguns casos particulares de países como Cuba e Escócia, com números mais elevados de jovens adolescentes a praticarem este procedimento (Bankole, Singh & Haas, 1999). Não foi encontrada relação com o nível de escolaridade das mulheres neste estudo, à semelhança de outros estudos (APF, 2006). Existem, no entanto, investigações que correlacionam o bem-estar das mulheres que praticaram uma IVG com o facto de terem mais instrução, mais rendimento e um papel mais activo a título profissional (Russo & Dabul, 1997).

A conclusão final destes dados internacionais é a de que algumas características sócio-demográficas podem, de facto, ter influência na probabilidade de a mulher terminar uma gravidez indesejada, deixando patente o interesse no estudo, por regiões e

por culturas, deste fenómeno e dos diferentes padrões por ele assumidos (Bankole, Singh & Haas, 1999).

A prática da IVG em Portugal, embora recente e alvo de estudos com dados pouco consensuais, reúne já algumas informações relevantes. Num estudo da Associação para o Planeamento da Família (APF, 2006), anterior à implementação da lei 16/2007, verificou-se que 14.5% do total de mulheres abrangidas pelo estudo já tinha realizado pelo menos uma IVG. Encontraram-se, também, algumas tendências nos resultados, nomeadamente no que diz respeito à idade (mulheres mais velhas haviam realizado maior número de IVG's), estado civil (a maior parte das mulheres que realizaram IVG's eram solteiras ou estavam separadas dos companheiros/maridos) e as pessoas com quem viviam (72% com o marido/companheiro, ou sozinhas, 23.8%). Outros estudos vinham já corroborar esta ideia de uma correlação positiva com a idade, mas o mesmo não se verificava para o estado civil, tendo sido encontrada maior tendência para a realização de IVG nas mulheres casadas (Bankole et al. 1998; Bankole, Singh & Haas, 1999).

Um outro dado interessante no estudo português remonta aos motivos apresentados por esta amostra de 2000 mulheres, entre os 18 e os 49 anos, para realizarem a IVG. Enquanto algumas referiram ser demasiado jovens na altura (17.8%), outras alegaram razões económicas (14.1%), não desejarem ter filhos (13.2%), haver uma rejeição da gravidez por parte do companheiro (9.4%), instabilidade conjugal (9.1%) e pressões familiares (8%), entre outras. Este dado vem de alguma forma na continuidade de outros estudos internacionais (Bankole et al., 1998), sugerindo que as razões subjacentes à decisão de interromper a gravidez são bastante mais complexas do que o simples desejo de não estar grávida, abordando desde questões sócio-económicas (incapacidade de sustentar, manter ou educar adequadamente a criança), a problemas relacionais com o companheiro, e também a percepção de si como demasiado nova para ter filhos, entre outras.

Outro ponto importante no estudo da APF foi a compreensão da forma como a decisão foi tomada, salientando que 43.8% das mulheres se aconselharam com o companheiro ou marido, 17.2% com um familiar, e um número significativo (22.5%) tomaram essa decisão sozinhas, destacando-se o apoio social como um factor importante.

É ainda dada conta dos estados emocionais mais frequentemente emergentes nas mulheres após a realização da IVG, sendo os mais dominantes sentimentos de alívio (31.9%), culpa (28.5%) e dúvida (26.2%).

Por fim, na sequência da IVG, 34.5% das mulheres tiveram de recorrer a um serviço de saúde para completar o aborto (APF, 2006). Nos casos de aborto cirúrgico, 27.4% das mulheres sofreram internamento hospitalar, sendo que 6.5% considerou ter ficado com graves problemas de saúde. Tais dados apontam, mais uma vez, para os riscos do aborto ilegal, praticado sem vigilância médica adequada.

Existem outros dados referentes aos estados emocionais das mulheres que praticaram a IVG. Nomeadamente, quando comparadas com mulheres que sofreram uma interrupção espontânea da gravidez (IEG), o grupo de mulheres que realizaram uma IVG apresentavam menos sentimentos de culpa, mas declararam maior depressão e *Ansiedade* (Benute, Nomura, Pereira, Lucia e Zugaib, 2009).

A ambiguidade desta questão deixa, por isso, patente a necessidade de mais estudos que possam compreender a realidade psicológica destas mulheres, casais e por vezes famílias que tomam a decisão de interromper uma gravidez. Estudos anteriores comprovam que se trata de uma decisão difícil e emocionalmente exigente, mas também de carácter temporário, remetendo para a ideia de que se trata de um momento de crise na vida da mulher, que pode, com os devidos recursos psicossociais, ser ultrapassado com sucesso (Serenó, 2009). O facto de se tratar de um assunto de relevância recente em Portugal aumenta o interesse do desenvolvimento de estudos nesta área.

Um facto incontornável é o de que a interrupção da gravidez levanta uma série de questões fundamentais, que poderão estar na base da falta de consenso dos estudos acerca desta matéria: os direitos do feto, o significado a qualidade e a definição da vida humana (Smetana, 1982), como também os direitos das mulheres e os seus múltiplos papéis na sociedade, que não se esgotam: enquanto (potencial), filha, companheira ou esposa, trabalhadora, mulher, amiga, irmã.

Um outro facto, decorrente deste primeiro, é o de que a mulher não pode ser desligada do seu contexto: do casal, da família, do contexto social, económico; e que portanto qualquer análise ou estudo realizados neste âmbito esquecem necessariamente o componente idiossincrático de cada pessoa e situação.

## **1.2 Ninguém é uma ilha – relações humanas**

Se quiséssemos destilar o significado de relação interpessoal, desprovendo-o de significações mais complexas, teríamos de começar por abordar a noção de duas pessoas que têm impacto uma na outra, implicando-se mutuamente (Canavarro, 1999).

Não pode desligar-se o conceito relacional de conteúdos como a reciprocidade, a interdependência e a complementaridade, que resultam em padrões de interacção com maior ou menor intimidade, dependendo das dimensões, frequência e qualidade dessa interacção (Canavarro, 1999). A interdependência é um conceito essencial na distinção entre aquilo que é uma relação e um contacto interpessoais, onde a interdependência pode ser diminuta ou nula.

O indivíduo parece, assim, estar naturalmente motivado para estabelecer relações afectivas, como um instinto inerente ao desenvolvimento humano. Descrita, por exemplo, na pirâmide motivacional de Maslow (1954), a necessidade dos sentimentos de amor e pertença impele a pessoa a envolver-se em relações, que podem tomar diversas naturezas (romântica, filial) e que se transformam, dessa forma, num motor, num motivo central de e para o desenvolvimento (Canavarro, 1999).

*“De facto, cada um de nós, em cada uma das fases do desenvolvimento, está constantemente a procurar o ponto de equilíbrio entre “ser unido aos outros” e “ser autónomo.”* (Narciso & Ribeiro, 2009).

### **1.2.1 Constelação afectiva – o apoio que provém das relações**

*“Escolho os meus amigos não pela pele ou outro arquétipo qualquer, mas pela pupila. Tem que ter brilho questionador e tonalidade inquietante (...) Fico com aqueles que fazem de mim louco e santo. Deles não quero resposta, quero o meu avesso (...).”*

Oscar Wilde

Poderíamos pensar no contexto social de acordo com a forma como Antonucci o concebe no seu *Modelo em Comboio* (Canavarro, 1999): desde o início da vida, o indivíduo está envolvido num conjunto de relações sociais, que o acompanham ao longo do tempo e que têm uma função protectora, possibilitando trocas de suporte entre a pessoa e os vários membros desse comboio.

Sabe-se, também, a influência que estas relações afectivas têm no indivíduo: mais precisamente, sabemos que o contexto social em que a pessoa se desenvolve participa activamente na construção do eu.

O suporte social foi assim definido como sendo uma *relação entre indivíduos que inclui um ou mais dos seguintes elementos: afecto, afirmação e ajuda* (Kahn & Antonucci, 1979). Mais do que isso, o suporte social é considerado como poderoso influente no bem-estar global do indivíduo, isto é, na sua adaptação psicológica.

Numa definição um pouco mais simplificada para suporte social, *Sarason, Levine, Basham e Sarason* (1983) explicam-no como sendo a *existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*.

Segundo investigações realizadas por Kahn e Antonucci (1979), receber suporte social é o melhor preditor de qualidade de vida e bem-estar global, uma vez que actua como redutor da *Ansiedade* e, como se pode depreender, elemento protector da psicopatologia (Canavarro, 1999). Outros autores defendem também que, em momentos de crise, o apoio social pode moderar os sintomas de stress, inibir o desenvolvimento de doenças ou ter um papel activo na recuperação das mesmas (Pais-Ribeiro, 1999).

Alguns autores, em revisões mais alargadas sobre a matéria, puderam concluir que o suporte social pode contrariar o desenvolvimento de perturbações mentais em indivíduos de risco (Kessler, 1985), definindo-o como um conjunto de mecanismos através dos quais as relações interpessoais protegem, presumivelmente, o indivíduo dos efeitos do stress. Ou seja, factores psicossociais como o apoio da rede social podem ter uma função amortecedora sobre os estados emocionais negativos na saúde mental e física do indivíduo (Pais-Ribeiro, 1999).

Este suporte apresenta várias dimensões, que, por exemplo, para Dunst e Trivette (1990), consistem, entre as mais significativas, no tamanho da rede social; nos tipos de relações que se estabelecem; na frequência dos contactos; na congruência entre as necessidades que o indivíduo tem, e o suporte que efectivamente recebe ou está disponível para ele; e na reciprocidade e satisfação que retira desse suporte social.

Este elemento contextual da vida da pessoa, quando de qualidade, funciona como um mecanismo de protecção, de resistência individual ao stress, contribuindo para o equilíbrio emocional, inclusivamente em momentos adversos da vida do indivíduo, onde a vulnerabilidade é maior (Canavarro, 1999).



As relações afectivas que se constroem ao longo da vida têm, por outro lado, um importante papel na construção de modelos internos, representações, estratégias e do auto-conceito, todos eles factores de resiliência e protecção (Canavarro, 1999).

Neste contexto surge, então, uma especificação subjectiva do suporte social, que diz respeito à satisfação da pessoa com a sua rede social – ou seja, trata-se da avaliação que o indivíduo faz do apoio social que tem à sua disposição, em caso de precisar dele (Pais-Ribeiro, 1999).

A importância dada ao apoio social evolui com a idade, deslocando-se em termos das figuras às quais a pessoa dá mais importância, da adolescência para a idade adulta (Ouró & Leal, 1998). Nomeadamente, na adolescência, o jovem parece dar mais importância a figuras externas à sua família, como amigos e um companheiro heterossexual estável.

### **1.2.2 O labirinto íntimo e a construção do “nós” – a relação conjugal**

*Há pessoas que transformam o sol numa simples mancha amarela,  
mas há aquelas que fazem de uma simples mancha amarela o próprio sol.*

Pablo Picasso

Temos vindo a falar sobre as relações humanas das quais nos rodeamos desde o início da nossa vida, como uma tendência natural e inerente à natureza humana. Importaria, agora, enveredar pela exploração de uma relação específica, que parece ser a raiz e a unidade de toda a árvore social: a relação conjugal.

*“É da relação conjugal – resultante de um querer livre de marido e mulher – que partem todas as outras – paternidade, maternidade, filiação, fraternidade, parentesco”* (Narciso & Ribeiro, 2009, p.50). Parece ser então uma espécie de ponto de partida, na constituição de uma nova constelação familiar e social – duas pessoas que consigo carregam o simbolismo de um terceiro elemento: a identidade absoluta da sua união. De livre vontade, vão-se ajustando mutuamente aos passos um do outro, consolidando um movimento novo: o *nós* (Narciso & Ribeiro, 2009).

Para efeitos do presente trabalho, importa que nos concentremos na essência que emana desta nova dialéctica, na construção de uma nova história, sempre e de novo singular, não só pelos elementos singulares que o compõem, como pela configuração

única que daí resulta, e ainda por todas as outras peças do *puzzle* social que a envolvem (Narciso & Ribeiro, 2009). Importa este projecto conjugal, pela influência que terá nos membros do casal: se a sua união, a sua relação e a sua construção idiossincrática poderão ter efeitos benéficos no discurso psicológico de cada um.

Mais precisamente, interessa compreender se esta relação romântica, quando integrada e provida de sentido para ambos, gera bem-estar; e se este bem-estar, ou satisfação com a relação conjugal, pode trazer ganhos psicológicos para os envolvidos. Narciso e Ribeiro (2009), num extenso aprofundar desta questão, concluem que existe uma grande quantidade de investigações a confirmar esta hipótese: de facto, segundo o seu levantamento de estudos, não só o nível de bem-estar psicológico parece ser maior na população casada (como a felicidade e a satisfação com a vida), como também a conjugalidade parece proteger de estados negativos, quer emocionais (como a *Ansiedade*, a *Depressão* e o *Stress*), quer físicos (doenças, internamentos; Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009). As autoras frisam, no entanto, que esta associação só é válida em casamentos dos quais derive satisfação, uma vez que em situações de insatisfação conjugal a situação se inverte.

Mas, se por um lado, como há pouco considerávamos, o casal seria o núcleo a partir do qual se desenvolveria a nova configuração familiar, é importante não esquecer que em cada um dos membros do casal moram significações, identidades e valores culturais das suas famílias de origem, que, como parte integrante de cada um, são trazidas para a relação. Para que estes conteúdos sejam integrados no novo ciclo geracional, há, então, a necessidade de uma adaptação mútua, com necessárias reorganizações emocionais e pessoais que, quando conseguidas com equilíbrio, irão gerar satisfação (Narciso & Ribeiro, 2009).

Mas que não pareça que existe uma única solução, um único enigma ou barreira. O percurso do casal consiste, precisamente, no eterno percorrer de um labirinto íntimo, do qual dependem os recursos pessoais e sociais de ambos; toda a história do casal se construirá com base em constantes reajustes e adaptações mútuas que vão resultando num maior ou menor grau de harmonia na relação.

Denominando este grau de harmonia no casal por qualidade da sua relação, isto é, o desempenho na e da relação, é importante compreender o lugar da satisfação, já que não são propriamente equivalentes. A satisfação conjugal será a avaliação pessoal e subjectiva que cada membro do casal faz da qualidade conjugal.

Esta análise, de índice mais ou menos positivo, dará, por sua vez, lugar a maior ou menor satisfação, respectivamente. Chegamos, assim, a um ciclo que se auto-alimenta: a satisfação irá influenciar a qualidade e assim sucessivamente (Narciso & Ribeiro, 2009).

Um último aspecto, sobre este jogo de diálogos mútuos na conjugalidade, é a consideração do factor insatisfação. Isto é, para analisar a satisfação conjugal é importante considerar que está também presente, em alguns aspectos, a insatisfação – não como um pólo oposto, mas como parte coexistente da relação, onde as forças de ambos nem sempre se reúnem na mesma direcção. Tensões e contradições são natural condição quando dois mundos caminham para a interdependência, ainda que com o devido e adequado espaço para as vivências individuais. A partir destas dificuldades, o casal continuará a percorrer esse labirinto íntimo e mútuo, procurando alternativas de caminho, num processo que resultará de crescimento e desenvolvimento deste puzzle que é a sua relação (Narciso & Ribeiro, 2009).

Parte das razões pelas quais existe a satisfação conjugal deriva da privacidade da relação que, não obstante a influência externa, se mantém uma relação a dois (Gove, Style & Hughes, 1990). Este aspecto mantém a idiosincrasia da relação que, em necessidade de intervenção profissional, devido a risco de ruptura ou obstáculos ao evoluir da relação, requer a criação de um plano específico de acção, que se concentre nas forças e virtudes da relação, para que consigam, trabalhando juntos, ultrapassar as dificuldades (Perloiro, Neto & Marujo, 2009). Alguns autores afirmam mesmo que, embora os terapeutas possam treinar as capacidades de comunicação no casal, talvez um dos factores mais importantes na estabilidade e satisfação conjugal, esta intervenção só é efectiva quando elementos como a amizade, auto-contenção e coragem fazem parte do carácter dos elementos (Fowers, 1998).

Pensando, agora, em alguns factores específicos que possam influenciar a satisfação conjugal, sabe-se, por exemplo, que relações mais longas e de casamento estão mais positivamente associadas com níveis elevados de intimidade e ajustamento relacional (Moore, McCabe & Brink, 2001), quando comparados com casais de namorados (e com menos tempo de relação). Os autores em questão consideraram a intimidade como consistindo em elementos de comunicação, amizade e compromisso, e o ajustamento diádico em satisfação com a relação, coesão, expressão de afectos e consenso entre o casal.

Por outro lado, e pensando na questão da parentalidade como possível factor de insatisfação conjugal, alguns estudos comprovam a existência de mais satisfação conjugal em casais que já foram pais pela primeira vez, comparativamente com casais sem filhos (Guttmann & Lazar, 2004).

Um outro estudo verificou que a adaptação marital menos positiva após o nascimento de um filho estava consistentemente associada a dificuldades de interacção pré-existentes, isto é, parece que a tendência para as dificuldades conjugais (e, conseqüentemente, menor satisfação) não se deve somente à condição da parentalidade, mas antes à falta de recursos psicológicos (uma condição pré-existente) no casal, para lidar com essas dificuldades – frisando, mais uma vez, a importância da adaptação a dois (Heinicke & Guthrie, 1996).

Alguns estudos reflectem, também, necessidades específicas de compreensão de uma determinada cultura. É o caso do estudo de Qadir, Silva, Prince e Kahn (2005), cujo sentido derivava da falta de estudos na área da conjugalidade no Paquistão. Da mesma forma, viam-se confrontados com a influência dos problemas maritais na prevalência de doenças mentais comuns na população paquistanesa, tendo ido então à procura de possíveis ligações.

Aquilo que se pode retirar de mais significativo deste estudo é que a maioria das mulheres paquitanesas acaba por funcionar contrariamente às crenças culturais vigentes, que desvalorizam a importância da sua felicidade conjugal. O padrão cultural suscita nas mulheres o sentimento de obrigação social no que toca ao casamento, sendo privadas da escolha do marido e desencorajadas a expressarem a sua infelicidade no casamento. Ainda assim, expressam a necessidade de serem satisfeitas pelo cônjuge no seu casamento, justificando a pertinência de futuros estudos sobre a satisfação marital no Paquistão (Qadir, Silva, Prince & Kahn, 2005).

Ao mesmo tempo, os autores deixam subjacente a importante mensagem da relevância do estudo dos fenómenos específicos de cada cultura, não bastando extrapolar a partir daquilo que outros países já sabem, ainda que aprendendo com eles. As culturas, pela sua riqueza e complexidade, podem obrigar a diferentes caminhos para atingir um mesmo fim, que neste caso seria a prevenção e intervenção junto da saúde mental.

Uma última questão decorrente no estudo da satisfação conjugal é a influência do tempo – a eterna dúvida sobre se é possível manter uma relação longa e satisfeita. Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt e Sharlin (2004) procuraram estudar esta

questão, estabelecendo o parâmetro de casamento de longa duração como tendo mais de 20 anos. Assim, verificaram que, mediante a existência de componentes como a proximidade, estratégias adequadas de resolução de problemas, coesão, comunicação efectiva, satisfação com o seu estatuto económico e prática religiosa, a satisfação é maior, relativamente aos casais nos quais estes aspectos não se verificam.

### **1.3 O presente estudo**

Atravessámos o universo das gravidezes indesejadas e interrompidas, caminhamos pelos meandros da parte observável dos comportamentos das mulheres, casais e famílias que se vêm nesta situação, abordando ainda os contornos das relações humanas enquanto potenciais protectoras do bem-estar e da saúde mental.

Fica, no final desta viagem, a sensação de que os estudos sobre a interrupção voluntária da gravidez, de resultados considerados ambíguos, continuam a deixar questões por resolver, e continuam a suscitar o desejo de serem melhor compreendidas e abordadas. A sua ocorrência recorrente em Portugal, bem como noutros países, continua a gerar preocupações pela ausência de clareza sobre se, de facto, a adaptação psicológica é ou não posta em risco, e de que forma pode ser protegida.

Tendo sido averiguados os benefícios da satisfação com as relações sociais e conjugais em diversos contextos, é objectivo principal do presente estudo aprofundar o possível papel protector destes factores nos estados emocionais negativos das mulheres que realizam interrupções voluntárias da gravidez. Ou seja, coloca-se a questão sobre se o suporte social e a qualidade conjugal, percebidas pela mulher, têm influência no seu estado de adaptação psicológica à situação de IVG. Pretende-se também, conhecer o papel dos elementos sócio-demográficos nestes estados emocionais.

Assim sendo, as nossas principais hipóteses de estudo serão:

H1: A satisfação conjugal está negativa e significativamente correlacionada com estados emocionais negativos de *ansiedade*, *depressão* e *stress* das mulheres que vão realizar uma IVG.

H2: A percepção de suporte social tem uma correlação negativa e significativa com os estados emocionais negativos de *ansiedade*, *depressão* e *stress* observadas nas mulheres que vão realizar uma IVG.

Quer em H1, quer em H2, as variáveis dependentes consideradas são os estados emocionais negativos de *ansiedade*, *depressão* e *stress*, sendo as variáveis independentes, respectivamente, a *satisfação conjugal* e a *percepção de suporte social*.

## **2. Método**

### **2.1 Selecção da amostra**

*“Would you tell me, please, which way I ought to go from here?”*  
*“That depends a good deal on where you want to get to,” said the Cat.*  
*“I don’t much care where—” said Alice.*  
*“Then it doesn’t matter which way you go,” said the Cat.*  
*Lewis Carroll*

Tendo em conta a especificidade da amostra requerida para este estudo, a melhor forma encontrada para o acesso a um conjunto de mulheres que tencionassem realizar uma interrupção voluntária da gravidez, foi num serviço de saúde onde este procedimento era realizado. Devido à facilidade de contacto com a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em virtude do estágio curricular que estava a ser realizado no mesmo período de tempo, foram tomadas as devidas diligências e submetido o projecto de investigação para obter autorização de recolha da amostra no Serviço de Gravidez Indesejada da Maternidade.

Após ter sido obtida a autorização formal da Comissão de Ética da Maternidade, teve então início a recolha da amostra com as senhoras que recorreram ao referido Serviço para interromper a gravidez, encontrando-se em situação passível de o fazer (não ultrapassando as 10 semanas), tendo sido conseguida uma amostra final de 45 participantes.

### **2.2 Caracterização da amostra**

#### **2.2.1 As participantes**

As senhoras que constituem a amostra têm entre 16 e 42 anos, sendo que a média das idades é de 26.8 anos, com um desvio-padrão de 6.5. Todas as participantes, à excepção de uma, são de naturalidade portuguesa (sendo a excepção, uma rapariga de origem mexicana), residentes na área de Lisboa. No que se refere ao seu estatuto conjugal, a maioria são solteiras (62.2%), um número mais reduzido vive em união de

facto (22.2%) e as restantes são casadas (11.1%) ou estão separadas ou divorciadas (4.4%), como se pode observar na Tabela 1.

De frisar que, de entre as senhoras consideradas solteiras, incluem-se também aquelas que, embora numa relação por elas considerada como estável, não vivem com o companheiro ou não atingiram ainda os 3 anos de vivência em comum para pertencerem à categoria de união de facto. Grosso modo, poderíamos dizer que 66.7% das participantes são solteiras ou estão separadas dos companheiros (ou têm uma relação de namoro), enquanto 33.3% são casadas ou vivem em união de facto (Tabela 2).

Quanto ao estatuto ocupacional das senhoras na altura da recolha da amostra, podemos dizer que 80% estão no activo (trabalham, são estudantes ou trabalhadoras estudantes) e as restantes 20% estão sem qualquer tipo de ocupação (nesta categoria incluem-se, também, as desempregadas). Quanto às participantes que se encontram no activo, 51.1% da amostra total estão a trabalhar, 24.4% são estudantes e 4.4% são trabalhadoras estudantes. As participantes sem ocupação dividem-se entre 15.6% desempregadas e 4.4% sem qualquer tipo de ocupação (Tabela 1). Todas estas descrições podem ser consultadas na sua totalidade no Anexo 1.

**Tabela 1.** Estado civil e estatuto ocupacional.

		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Estado Civil</b>	Solteira	28	62.2
	Em união de facto	10	22.2
	Casada	5	11.1
	Separada / Divorciada	2	4.4
	Total	45	100
<b>Estatuto ocupacional</b>	Sem qualquer tipo de ocupação	2	4.4
	No activo	23	51.1
	Desempregada	7	15.6
	Estudante	11	24.4
	Trabalhadora estudante	2	4.4
	Total	45	100

Um outro dado averiguado na amostra dizia respeito ao número de relações românticas, anteriores à actual. Neste caso, 22 mulheres (48.9%) não tinham tido mais nenhuma relação. Outras referiram ter tido uma (20 mulheres; 44.4%) ou duas relações românticas antes da actual (duas participantes; 4.4%). Uma última participante afirmou

ter um historial de relações curtas (tendo estimado pelo menos 3), sem significado (2.2%).

**Tabela 2.** Habitação com o companheiro e número de relações anteriores

		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Vivem com o companheiro	Não	30	66.7
	Sim	15	33.3
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>
N.º de relações românticas anteriores	0	22	48.9
	1	20	44.4
	2	2	4.4
	3	1	2.2
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Quanto aos anos de estudo com sucesso, a média da amostra é de 10.96 anos, com um desvio-padrão de 2.8, em que a senhora com escolaridade mais baixa tinha 4 anos, e a mais escolarizada 18 (dados que também podem ser consultados no Anexo I). Já em relação ao nível socioeconómico das participantes, verificou-se que a média deste na nossa amostra remonta aos 2.73 (em 5), reflectindo uma maior frequência dos níveis 2 e 3 na nossa amostra, como é possível observar na tabela que se segue.

**Tabela 3.** Estatuto socioeconómico das participantes.

		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Estatuto socioeconómico (Graffar)</b>	1	2	4.4
	2	14	31.1
	3	24	53.3
	4	4	8.9
	5	1	2.2
<b>Total</b>		<b>45</b>	<b>100</b>

Procurámos fazer uma análise das profissões das senhoras, a partir da Classificação Nacional de Profissões (IEFP, 2001). A descrição resultante aponta para 31.1% de profissões ligadas ao Pessoal dos Serviços e Vendedores (categoria 5), 24.4% de Estudantes (categoria adicional), 15.6% Trabalhadoras não Qualificadas (categoria 9), 13.3% Técnicas Profissionais de Nível Intermédio (categoria 3), entre as restantes (Tabela 4).



**Tabela 4.** Profissões segundo a Classificação Nacional de Profissões (2001).

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	
	Não encaixa em nenhuma categoria	2	4.4
	Quadros superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	1	2.2
<b>Profissão</b> (Classificação Nacional de Profissões)	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	2	4.4
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	6	13.3
	Pessoal Administrativo e Similares	2	4.4
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	14	31.1
	Trabalhadores não Qualificados	7	15.6
	Estudantes	11	24.4
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

### A família das participantes

Analisando as questões familiares, fomos estudar o agregado familiar destas senhoras, sendo que a categoria mais frequente é a das que vivem com o companheiro e com filhos (26.7%). Seguem-se-lhes, com proporções iguais, as senhoras que vivem só com o companheiro (11.1%), só com os pais (11.1%), ou com o companheiro, os pais e os filhos (11.1%).

Como foi já referido (Tabela 2), a um nível mais geral, 51.1% (23 participantes) não vivem com o companheiro, enquanto as restantes 48.9% (22) vivem com este, deixando a dimensão de cerca de metade da amostra para cada categoria.

**Tabela 5.** Agregado Familiar

	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	
	Sozinha	1	2.2
	Marido/Companheiro	5	11.1
	Filho(s)	4	8.9
	Marido e filho(s)	12	26.7
<b>Com quem</b>	Pai(s)	5	11.1
<b>vive</b>	Pai(s) e irmãos	4	8.9
	Marido, Pai(s) e filho(s)	5	11.1
	Pai(s) e filho(s)	3	6.7
	Pai(s), filho(s) e irmão(s)	2	4.4
	Outros	1	2.2

### História Obstétrica

Em termos de paridade, 18 das mulheres não têm filhos (40%), e as restantes 27 (60%) têm entre 1 e 6 filhos – tendo as participantes com 1 filho uma prevalência de 31.1% (14), as com 2 filhos 20% da amostra total (9%), e as restantes mulheres com filhos, uma prevalência de 2.2% cada uma (uma por categoria).

**Tabela 6.** Paridade e número de filhos.

		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Paridade</b>	Primípara	18	40
	Múltipara	27	60
	Total	45	100
<b>Número de filhos</b>	0	18	40
	1	14	31.1
	2	9	20
	3	1	2.2
	4	1	2.2
	5	1	2.2
	6	1	2.2
	Total	45	100

Focando-nos, agora, nas mulheres que têm filhos, fomos também analisar alguns dados dos bebés à nascença, nomeadamente, peso, termo de gestação e tipo de parto. Em média, os primeiros filhos das 27 senhoras da amostra que têm filhos nasceram com 2930 gramas (desvio-padrão de 880 gramas, com um mínimo de 640 gramas e um máximo de 3950 gramas), 20 das quais tiveram uma gravidez de termo (entre 37 e 40 semanas), 4 pré-termo (antes das 27 semanas) e 3 pós-termo (depois das 40 semanas). Por outro lado, 16 (das 27 participantes com filhos) tiveram o primeiro filho por parto normal; 9 tiveram o bebé por cesariana e duas contaram com o apoio de fórceps ou ventosa. As tabelas relativas aos dados clínicos dos filhos das participantes seguem em anexo (Anexo 1), devido ao seu aspecto exaustivo.

Quanto ao historial de gravidezes anteriores não levadas a termo, 84.4% das mulheres da amostra (38) nunca tinham tido nenhuma interrupção espontânea da gravidez, e 68.9% (31) não haviam realizado nenhuma interrupção voluntária da gravidez. Das restantes, 13.3% (6 participantes) já tinham passado por uma IEG e uma

participante (2.2%) destacava-se com duas. Respectivamente às IVG's, 31.4% (14) das participantes haviam recorrido à IVG anteriormente, numa só ocasião (Tabela 7).

**Tabela 7.** Número de IEG's e de IVGS.

		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Número de IVG's</b>	0	31	68.9
	1	14	31.1
	Total	45	100
<b>Número de IEG's</b>	0	38	84.4
	1	6	13.3
	2	1	2.2
	Total	45	100

### **O companheiro**

Adicionalmente aos dados da participante, foram também recolhidos dados sobre o companheiro. Em termos de idade, a média dos companheiros é de 30.7 anos, com um desvio-padrão de 9.3, sendo que as idades variam entre 15 e 57.

No que se refere ao estatuto ocupacional, 80% (36) dos companheiros estão no activo, sendo que 31 trabalham e 5 são estudantes; os restantes 20% (9) estão desempregados. As suas profissões concentram-se, neste caso, com 26.7% (12) nos Trabalhadores Não Qualificados (categoria 9), 22.2% (10) são Operários, Artífices e Trabalhadores Similares, 11.1% (5) são Estudantes (uma categoria adicional) e outros 11.1% são Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, além de outras categorias com menos expressão na amostra. De salientar, no entanto, que, para este cálculo, se utilizaram os dados de apenas 43 participantes, já que duas delas não souberam responder a esta questão.

No que toca aos anos de estudo com sucesso, os valores variaram entre os 2 e os 21 anos, tendo uma média de 10.6 anos, com um desvio-padrão de 4 anos, sendo a categoria mais frequente a dos 9 anos (20%, 9 dos companheiros) e os 12 anos (22.2%, 10 indivíduos). Convém, também, acrescentar que neste caso a amostra se restringiu a 42 participantes, devido à incerteza ou desconhecimento das restantes 3 em relação aos anos de estudo dos companheiros.

**Tabela 8.** Estatutos ocupacional e socio-económico dos companheiros.

		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Estatuto ocupacional</b>	No activo	31	68.9
	Desempregado	9	20
	Estudante	5	11.1
	Total	45	100
<b>Estatuto socioeconómico</b>	1	5	11.1
	2	8	17.8
	3	18	40
	4	14	31.1
	Total	45	100

Convém, por fim, acrescentar que uma das participantes afirmou estar a tomar medicação anti-depressiva, nomeadamente o *Ciprallex*, pelo que as suas respostas à *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* poderão ter sido comprometidas por esse facto. No entanto, a ocorrência exclusiva de tal ordem, neste caso, não deixou preocupações quanto à possibilidade de enviesamento da amostra.

### **2.3 Procedimento**

O projecto de investigação inicialmente formulado compreendia dois momentos de recolha de dados, sendo um deles na Consulta Prévia, primeira ocasião em que a mulher se dirige ao Serviço de Saúde no âmbito da interrupção da gravidez que pretende efectuar, e que tem lugar, no mínimo, 3 dias antes da IVG. Um segundo momento ocorreria na Consulta de *Follow-up*, que acontece cerca de 15 dias após a IVG propriamente dita.

No entanto, a recolha no segundo momento não foi bem sucedida, devido a constrangimentos na adesão das participantes ao envio das respostas do segundo momento. Desta forma, o conjunto de dados emparelhados dos dois momentos não se mostrou de dimensões suficientes para poder conferir consistência suficiente na extracção de significados, pelo que se tornou imperativa a reformulação do projecto de investigação, passando a ser considerado apenas um momento de avaliação: a Consulta Prévia.

A Consulta Prévia ocorre por iniciativa de marcação das utentes, ou através de encaminhamento dos Serviços Primários de Saúde, quando as mulheres descobrem que estão grávidas e equacionam a possibilidade de interromper essa gravidez. A escolha do Serviço onde o realizar prende-se, tão somente, com a sua zona de residência, pelo que todas as utentes são da zona de Lisboa. Nesta consulta, é realizada uma ecografia para confirmar o tempo de gestação e é explicado todo o procedimento às utentes, sendo dadas e recolhidas todas as informações para que o processo possa avançar rapidamente, em caso de a decisão das utentes ser afirmativa. É-lhes dado um período mínimo de três dias, durante o qual deverão reflectir na sua decisão; em todo o caso, a realização da IVG fica marcada a partir da Consulta Prévia, de forma a não criar constrangimentos temporais.

Nesta consulta, são também analisadas as estratégias de planeamento familiar dos casais, sendo, em caso de necessidade, corrigidas informações erróneas e aconselhados novos métodos contraceptivos, desde logo com o objectivo de prevenir mais gravidezes indesejadas. As utentes podem estar acompanhadas de um familiar ou pessoa significativa, se assim o desejarem.

A recolha deu-se então em articulação com este Serviço, tendo sido disponibilizada uma sala para que a aplicação dos questionários pudesse ser feita com as devidas condições de privacidade. A administrativa disponibilizava diariamente as listas de consultas, para que as utentes pudessem preencher os questionários sem, com isso, se interferir no funcionamento normal da consulta.

Cada utente era, então, chamada pela investigadora, que lhe explicava o propósito da investigação, pedindo a sua colaboração, sendo-lhe dada em seguida a *Folha de Informação à Participante* (Anexo II). Em caso de aceitar, era-lhe pedido que preenchesse e assinasse, quer esta folha, quer o *Consentimento Informado* (Anexo III).

Em seguida era preenchido, em conjunto com a participante, um questionário sócio-demográfico construído para efeitos desta investigação (Anexo IV). Por fim, era-lhe entregue o protocolo com três questionários e explicada a forma de preenchimento de cada um. Destes questionários constavam a *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS), a *Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (EASAVIC) e a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS), administrados precisamente por esta ordem. Em todos os momentos, a investigadora encontrou-se dentro da sala, junto das participantes, de forma a poder esclarecer quaisquer dúvidas. Os três questionários podem ser consultados, respectivamente, nos Anexos V, VI e VII.

Em casos excepcionais, as participantes solicitaram que estes questionários fossem preenchidos pela investigadora, devido à dificuldade de compreensão dos mesmos, mesmo após vários esclarecimentos.

Os protocolos (conjuntos de três questionários) foram codificados numericamente, por forma a organizar os dados sem identificar, em qualquer momento, as participantes, tendo os Consentimentos Informados sido conservados separadamente.

## **2.4 Instrumentos**

### **2.4.1 Questionário sócio-demográfico**

Este questionário, construído propositadamente para efeitos desta investigação, tem essencialmente quatro grupos de questões. O primeiro diz respeito aos *dados da mulher*, onde foram averiguados idade, estatuto ocupacional, estatuto conjugal, número de anos de estudo com sucesso, profissão e agregado familiar. Foram ainda solicitados os elementos para o cálculo do Índice de Graffar: nível de instrução, fonte de rendimento principal, tipo de habitação e aspecto do bairro habitado. A profissão foi classificada, para efeitos estatísticos, através da Classificação Nacional de Profissões (IEFP, 2001), tendo sido também classificada, para efeitos de cálculo do Índice de Graffar, através dos critérios do mesmo.

O segundo grupo de questões dizia respeito aos *dados do companheiro*, onde foram recolhidas informações sobre a idade, os estatutos ocupacional e conjugal, o número de anos de estudo com sucesso, a profissão (classificada da mesma forma que para a mulher) e o conjunto de critérios do Índice de Graffar - nível de instrução, fonte de rendimento principal, tipo de habitação e aspecto do bairro habitado. Os Índices de Graffar para ambos os membros do casal seriam, então, posteriormente, calculados pela investigadora.

A terceira dimensão, estruturada através de uma linha cronológica a ser preenchida em conjunto com a participante, pretendia aprofundar a *história conjugal* desta. Por história conjugal, referimo-nos à duração da relação actual, bem como à averiguação de possíveis relações significativas anteriores e respectiva duração aproximada.

Por último, a quarta dimensão, apresentada da mesma forma que a terceira, tinha como objectivo a recolha do *historial obstétrico*. Nesta fase, as participantes referiam

eventuais gravidezes anteriores, as quais poderiam ter resultado em gravidezes levadas a termo, interrupções espontâneas ou voluntárias. Em qualquer das situações, era solicitado o ano de ocorrência de cada gravidez. No caso de existirem filhos, eram então solicitadas, adicionalmente, a idade gestacional, o peso à nascença e o tipo de parto.

#### **2.4.2 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)**

Esta medida de auto-relato, de nome original *Depression Anxiety Stress Scales*, de Lovibond e Lovibond (1995), foi adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Foi o questionário por nós escolhido para compreender os estados emocionais negativos nas participantes da nossa amostra, mais precisamente, a *Ansiedade, a Depressão e o Stress*, que constituem as três subescalas.

A versão por nós utilizada é constituída por 21 itens, sendo cada subescala formada por 7 itens. Embora exista também uma versão de 42 itens, esta versão mais reduzida, que não tem, no entanto, propósitos menos sérios na medição dos constructos, pareceu-nos mais adequada devido ao contexto de aplicação, onde nem sempre as participantes tinham disponibilidade temporal e emocional para uma recolha mais exaustiva.

Cada item consiste numa afirmação, onde é expresso um sintoma emocional negativo (por exemplo, “*Tive dificuldade em me acalmar*”). Para cada um, a participante deverá indicar em que medida experienciou esse sintoma na última semana.

As possibilidades de resposta remontam a uma escala tipo Likert, com quatro opções, onde se expressam graus de gravidade ou frequência: “(0) *Não se aplicou a mim de maneira nenhuma*”, “(1) *Aplicou-se a mim algumas vezes*”, “(2) *Aplicou-se a mim muitas vezes*”, “(3) *Aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”. Desta forma, as participantes respondem em que extensão experimentaram o sintoma emocional descrito, durante a última semana (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

Os resultados finais determinam-se através da soma das pontuações dos sete itens de cada subescala, com pontuações finais que podem variar entre 0 e 21, atribuídas às respectivas subescalas de *Ansiedade, Depressão e Stress*. Estados emocionais mais negativos corresponderão, portanto, a notas mais elevadas.

A utilização deste questionário pode ter propósitos vários; contudo, quer os autores da escala (Lovibond & Lovibond, 1995), quer os responsáveis pela adaptação

para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004) alertam para a necessidade de cuidados na interpretação destes resultados, sendo que estes, embora possam indicar a presença de sintomas emocionais negativos (que podem traduzir-se em estados emocionais negativos), não podem ser entendidos como forma de diagnóstico, não dispensando, por isso, meios complementares de avaliação em contextos clínicos.

### **2.4.3 Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)**

Construído por Narciso (2001), este questionário de auto-relato pretende avaliar a satisfação experienciada em várias áreas da vida conjugal, permitindo, ao mesmo tempo, conhecer a dimensão de satisfação global. São, ao todo, 44 itens, cada qual uma afirmação respeitante a uma das áreas da vida conjugal nela contidas. Inicialmente, eram consideradas cinco áreas dentro da dimensão de *funcionamento conjugal* (funções familiares, tempos livres, autonomia, relações extra-familiares e comunicação e conflitos), e outras cinco áreas dentro da dimensão *amor* (sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade emocional, continuidade, características físicas e psicológicas). De acordo com revisões psicométricas de 2010 realizadas pela autora (ainda não publicadas), as subescalas mais úteis para interpretar a informação obtida a partir da EASAVIC são: *Funções Familiares, Autonomia, Tempos Livres, Rede Social, Comunicação e Conflito, Sexualidade e Intimidade Emocional*. Ainda, pode avaliar-se a dimensão de *Satisfação Conjugal Global*.

Dos 44 itens que compõem a escala, 16 focam-se no casal, 14 focam-se na pessoa inquirida e os restantes 14 no cônjuge. Os itens surgem em forma de afirmações, cada qual visando uma das áreas acima referidas. Por exemplo, “*A admiração que eu sinto pelo meu cônjuge*”. O inquirido deve dar resposta a partir de uma Escala de *Likert* com seis opções possíveis, do 1 ao 6, onde estão contemplados os graus de satisfação com a área contida na frase. Através de uma auto-avaliação da sua qualidade conjugal, a participante daria uma dimensão de satisfação conjugal: “(1) *Nada Satisfeita*”, “(2) *Pouco Satisfeita*”, “(3) *Razoavelmente Satisfeita*”, “(4) *Satisfeita*”, “(5) *Muito Satisfeita*”, e “(6) *Completamente Satisfeita*”.



Para a pontuação global, é feita a média aritmética das pontuações dos 44 itens. No caso das subescalas, o mesmo deve ser feito, para os itens respectivos de cada subescala.

#### **2.4.4 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

Esta escala, mais uma vez uma medida de auto-preenchimento, foi construída por Pais-Ribeiro (1999) e pretende transmitir o grau de satisfação da pessoa que o preenche com o suporte social por si percebido. É constituída por 15 itens, distribuídos por dimensões: *Satisfação com os amigos* (5 itens), *Intimidade* (4 itens), *Satisfação com a família* (3 itens) e *Actividades Sociais* (3 itens). É ainda possível averiguar a Escala Total, que inclui todos os itens. Seis dos 15 itens da escala (1, 2, 3, 6, 7 e 8) têm um conteúdo considerado negativo (por exemplo: “*Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio*”), enquanto os restantes nove são de teor positivo (por exemplo: *Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família*”).

A forma de responder ao questionário é através de uma escala de Likert que compreende 5 possibilidades: “*Concordo totalmente*”, “*Concordo na maior parte*”, “*Não concordo nem discordo*”, “*Discordo na maior parte*” e “*Discordo Totalmente*”.

Para efeitos desta investigação, foi considerado que pontuações mais altas nas subescalas e na escala total dizem respeito a menor satisfação com o suporte social. Ou seja, uma elevada satisfação com o suporte social é observada quando a pontuação da escala total é baixa.

### 3. Resultados

*O coração que está em paz vê uma festa em todas as aldeias.*

Provérbio hindu

A exposição de resultados a seguir apresentada resulta da análise estatística (através do programa SPSS 17.0) dos dados obtidos a partir das 45 participantes no estudo. Em algumas situações pontuais, por lapso de preenchimento, algumas subescalas ou escalas não contam com a totalidade dos itens.

Iremos, então, começar pelo estudo da consistência interna das Escalas *de Ansiedade, Depressão e Stress* (EADS), *de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (EASAVIC) e *de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS), através do parâmetro *Alfa de Cronbach*.

Em seguida, iremos estudar as escalas referidas anteriormente, no que refere à sua estatística descritiva, quanto aos seguintes parâmetros: média, desvio-padrão, mínimo e máximo, percentis e variância. Será depois apresentada a análise das correlações entre as variáveis *Ansiedade, Depressão e Stress*, e as variáveis independentes *satisfação conjugal e satisfação com o suporte social*, e respectivas áreas nelas contidas. É, ainda, elaborada a correlação de todas as escalas referidas com as variáveis sócio-demográficas, para estudar potenciais relações significativas entre as mesmas.

Por fim, é realizada uma análise de regressão, para estudar a relação funcional entre as variáveis dependentes *Ansiedade, Depressão e Stress*, e as variáveis que funcionam como independentes: *satisfação conjugal, satisfação com o suporte social e algumas variáveis sócio-demográficas*.

#### 3.1 Análise da consistência interna

##### 3.1.1 EADS

No que diz respeito à consistência interna das escalas e subescalas, foram conseguidos, em geral, níveis elevados quanto às propriedades psicométricas (a consulta da análise da consistência interna da EADS pode ser feita no Anexo VIII). Em primeiro lugar, a subescala de *Ansiedade* apresentava um alfa de *Cronbach* de 0.719. A análise

aos itens da escala justificou a retirada dos itens 2 e 4, para se obter um alfa mais elevado, de 0.757. A configuração final desta subescala consistiu, portanto, em 5 itens: 7, 9, 15, 19 e 20. Quanto à subescala de *Depressão*, o seu alfa de Cronbach de 0.841 não deixou, desde logo, a necessidade de serem alterados os 7 itens inicialmente considerados: 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21. Na subescala de *Stress*, o coeficiente inicial de 0.868 parecia suficientemente robusto para que fossem mantidos os 7 itens. No entanto, a análise individual mostrou a importância de serem retirados os itens 14 e 18, havendo, assim, uma subida do coeficiente de alfa para 0.882, com 5 itens na configuração final: 1, 6, 8, 11 e 12.

### 3.1.2 EASAVIC

No que refere à EASAVIC, fomos analisar a *Satisfação Conjugal Global*, assim como as 7 dimensões subjacentes (a consulta da análise da consistência interna da EASAVIC pode ser feita no Anexo IX). Na subescala de *Funções Familiares*, o coeficiente de 0.853 com os 4 itens iniciais não deixou a necessidade de alterar esta composição: itens 1, 2, 3 e 4. Também para a subescala de *Tempos Livres*, que apresentou um alfa de 0.905 com os seus 2 itens, não viriam a verificar-se alterações. Neste caso, contudo, fica a reserva da covariância negativa entre os itens, provavelmente devido ao número reduzido de itens. Este dado deixa reservas quanto à fiabilidade da subescala, que terão de ser consideradas durante a interpretação dos dados. Os itens desta subescala são o 5 e o 6.

Quanto à subescala de *Rede Social*, a configuração de 3 itens apresentou um alfa de 0.736 que, embora pudesse ser melhorado com a remoção do item 9, ficou com a configuração inicial devido ao reduzido número de itens: ficariam então o 7, o 8 e o 9. A configuração inicial da subescala de *Autonomia*, com 4 itens, mostrou uma elevada consistência interna, de 0.913, mantendo essa mesma composição: itens 10, 11, 12 e 13. Na subescala de *Comunicação e Conflitos*, porém, sucedeu o contrário. A sua configuração inicial originava um alfa já bastante elevado, de 0.913. No entanto, a remoção de 3 itens (17, 18 e 21) permitiu elevar a consistência para 0.923, ficando esta subescala composta por 5 itens: 14, 15, 16, 21 e 22. Uma consistência inicial bastante elevada, foi apresentada no caso da *Subescala da Sexualidade*, onde a configuração inicial de 6 itens permitia um coeficiente de 0.940, não deixando a necessidade de

alterações em relação aos itens 23, 24, 25, 26, 27 e 28. Na subescala de *Intimidade Emocional*, também a configuração inicial de 18 itens apresentou um alfa bastante elevado, de 0.974, revelando bastante consistência, não havendo qualquer benefício em retirar itens. A sua composição final ficou então: itens 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44. Por fim, a Satisfação Global com a Conjugualidade, expressa pelos 44 itens, demonstrou uma consistência de 0.979, já de si bastante satisfatória. Porém, a retirada de 3 itens (2, 9 e 17), remontando a um total de 41 itens, provou beneficiar a consistência da escala, elevando o seu coeficiente para 0.980. A sua composição final consistiu então em todos os itens da escala, de 1 a 44, à exceção dos itens 2, 9 e 17.

### **3.1.3 ESSS**

Passando à ESSS e respectivas subescalas, verificou-se, em primeiro lugar, um coeficiente de 0.846 para a *Satisfação Global com o Suporte Social* - a escala total, com os 15 itens (toda a análise da ESSS pode ser consultada no Anexo X). Embora se tratasse de um alfa elevado, a análise individual mostrou benefícios na exclusão dos itens 4 e 8, resultando num coeficiente de 0.852 com os 13 itens finais, que são então todos, de 1 a 15, com exceção para os itens 4 e 8. Quanto à subescala de *Intimidade*, os 4 itens inicialmente considerados mostraram um coeficiente de 0.584 que, embora não muito elevado, não podia, também, ser melhorado com a remoção de itens. Esta subescala continuou a consistir, portanto, nos itens 1, 4, 5 e 6. Na subescala de *Atividades Sociais*, o coeficiente com os 3 itens que a compõem era de 0.719, sendo que, embora pudesse ser melhorado com a remoção do item 2, tal operação poderia comprometer a fiabilidade dos resultados, não tendo sido, por isso, alterado. Manteve, então, os itens 2, 7 e 8. Quanto à consistência da subescala de *Satisfação com os Amigos*, a configuração inicial de 5 itens revelou um alfa satisfatório, de 0.821. Ainda assim, a remoção do item 3 permitiu que este alfa subisse para os 0.896, justificando, por isso, que se eliminasse este elemento. Esta subescala ficou então composta pelos itens 12, 13, 14 e 15. Na subescala de *Satisfação com a Família*, os 3 itens considerados revelaram uma consistência de 0.811, no seu coeficiente, não sendo por isso alterada a partir da formulação inicial: 9, 10 e 11.

### 3.2. Estudo das Escalas

Olhando agora para os dados fornecidos pela análise descritiva das escalas, poderemos ter uma ideia dos valores característicos da amostra, em relação aos parâmetros estudados. A totalidade deste estudo pode ser averiguada no Anexo XI.

Vejamos então, em primeiro lugar, os resultados da *Escala de Ansiedade, Depressão e Stress*. No que refere à subescala de *Ansiedade*, o valor médio foi de 3.9, com um desvio-padrão de 3.4, em que o valor mínimo captado foi 0, e o máximo, 14. Na subescala de *Depressão*, o valor médio foi de 5.4, com um desvio-padrão de 4.6, tendo os valores oscilado entre 0 e 19. Neste caso, a amostra considerada foi de 44 participantes, por ausência de respostas de uma participante. Para a subescala de *Stress*, a média foi de 5.8, com um desvio-padrão de 3.9, sendo que os valores andaram entre 0 e o 15. Podemos observar, portanto, que a subescala com pontuação média mais alta foi a do *Stress*, sendo que o valor máximo que cada uma poderia atingir seria o 21. Ainda assim, são valores relativamente baixos.

Relativamente à *Escala de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal*, a pontuação média para a *Satisfação Conjugal Global* foi de 182.4, com um desvio-padrão de 41.2 – um valor que aponta para alguma heterogeneidade nas respostas. Os valores variaram entre 86 e 246, sendo que o valor máximo a ser obtido nesta escala seria 264. Gostaríamos, também, de apresentar os valores obtidos por média aritmética destes valores, e que nos irão depois permitir compreender e interpretar os resultados: média de 4.1 (num máximo de 6), com um desvio-padrão de 0.94, sendo que os valores variaram entre 1.95 e 5.6. Este valor médio reporta, qualitativamente, a uma vivência “*satisfeita*” da relação conjugal. Convém acrescentar que, para efeitos de estudo da EASAVIC, foram tidas em conta apenas 40 participantes, devido à ausência de preenchimento completo da escala por parte das restantes.

No que diz respeito à *Escala de Satisfação com o Suporte Social*, o valor médio foi de 28.1, com um desvio-padrão de 10.03, sugerindo, também, heterogeneidade nos resultados, que variaram entre 13 e 56. O valor máximo que poderia ser atingido nesta escala seria de 75. Uma vez mais, relembramos que valores elevados nesta escala remetem, ao contrário do que seria esperado, para baixos níveis de satisfação com o suporte social. Para esta escala, a amostra considerada foi de 44 mulheres.

### 3.3 Análise de correlações

#### 3.3.1 Ansiedade, Depressão e Stress: que relação com a Satisfação?

De forma a compreender as relações entre os estados emocionais negativos (*ansiedade, depressão e stress*) e as variáveis *Satisfação Conjugal* e *Satisfação com o Suporte Social*, procedeu-se à análise de correlações entre as respectivas escalas. Foi utilizada a Correlação de *Pearson* para medir a relação entre as variáveis. O objectivo é saber se existe uma correlação e, em caso de existir, em que sentido se desenvolve. Os resultados são considerados significativos quando o seu valor p (p-value) é inferior ao nível de significância  $\alpha = 0.05$ . Para mais clara compreensão das descrições, serão apresentadas as tabelas das correlações com as escalas completas, que poderão depois ser exaustivamente analisadas no Anexo XII.

Tabela 9. Correlações entre as variáveis Ansiedade (subescala da EADS), Satisfação Conjugal Global (EASAVIC) e Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

		Satisfação Conjugal Total (EASAVIC)	Satisfação com o Suporte Social (ESSS)
Ansiedade (EADS)	Coefficiente	-.090	.423**
	<i>p</i>	.580	.004
	N	40	44

Como se pode averiguar, não se confirmou uma relação significativa entre a *Satisfação Conjugal Global*, medida pela escala completa da EASAVIC, e a *Ansiedade*, medida pela subescala com o mesmo nome, da EADS. Ou seja, as variáveis não parecem influenciar-se significativamente. Já a *Satisfação com o Suporte Social*, avaliada através da escala completa da ESSS, mostrou ter uma relação significativa e positiva com a *Ansiedade* (EADS). Neste caso, significa que, quanto maior a *Satisfação com o Suporte Social*, menores os níveis reportados de *Ansiedade*.

Tabela 10. Correlação entre as variáveis Depressão (EADS), Satisfação Conjugal Global (EASAVIC) e Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

		Satisfação Conjugal Total (EASAVIC)	Satisfação com o Suporte Social (ESSS)
<b>Depressão (EADS)</b>	Coeficiente	-.194	.510**
	<i>p</i>	.237	.000
	N	39	43

A *Satisfação Conjugal* (EASAVIC) não mostrou, também, estabelecer uma relação significativa com o estado emocional de *Depressão*, averiguado através da subescala da EADS. Por outro lado, a *Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) revelou, mais uma vez, ter uma correlação significativa e positiva com o estado emocional caracterizado pela *Depressão* (EADS), nas senhoras da amostra. Ou seja, maiores níveis de *Depressão* estão associados a menor *Satisfação com o Suporte Social*.

Tabela 11. Correlação entre as variáveis Stress (EADS), Satisfação Conjugal Global (EASAVIC) e Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

		Satisfação Conjugal Total (EASAVIC)	Satisfação com o Suporte Social (ESSS)
<b>Stress (EADS)</b>	Coeficiente	-.097	.490**
	<i>P</i>	.551	.001
	N	40	44

Na análise acerca das correlações com o *Stress* (EADS), é possível verificar, em primeiro lugar, não se ter confirmado uma correlação significativa desta variável com a *Satisfação Conjugal* (EASAVIC). Já em relação à *Satisfação com o Suporte Social* (ESSS) verificou-se uma correlação, mais uma vez significativa e positiva, com os níveis de *Stress*. Isto significa que, na amostra, quanto maior a *Satisfação com o Suporte Social*, menores serão os níveis de *Stress* reportados.

### **3.3.2 As áreas da Vida Conjugal e as Dimensões Sociais: estudo do seu impacto**

Olhando agora para as subescalas da EASAVIC e da ESSS, podemos pensar, então, nas significações encontradas em interação com os estados emocionais negativos expressos pelas subescalas da EADS. Mais uma vez, é importante frisar que todas as correlações podem ser consultadas no Anexo XII.

#### **Ansiedade e EASAVIC**

No que toca à *Ansiedade*, foram encontradas correlações significativas e negativas com os *Tempos Livres* ( $r = -.331$ ;  $p = .027$ ) e a *Rede Social* ( $r = -.368$ ;  $p = .013$ ), implicando que uma maior satisfação nestas áreas conjugais está associada a menores níveis de *Ansiedade* nas mulheres da amostra.

#### **Ansiedade e ESSS**

Quanto à ESSS, foram encontradas correlações positivas com as subescalas de *Actividades Sociais* ( $r = .290$ ;  $p = .053$ ) e *Satisfação com a Família* ( $r = .340$ ;  $p = .024$ ), sugerindo maior *Ansiedade* em mulheres menos satisfeitas com estas áreas da sua vida social.

#### **Depressão e EASAVIC**

No que toca à *Depressão*, foram encontradas várias correlações significativas negativas, nomeadamente com as subescalas da EASAVIC. As áreas respeitantes são então os *Tempos Livres* ( $r = -.333$ ;  $p = .027$ ), *Comunicação e Conflitos* ( $r = -.354$ ;  $p = .018$ ) e uma tendência interessante, embora não significativa, para uma correlação com a *Intimidade Emocional* ( $r = -.292$ ;  $p = .061$ ). Tais relações ocorrem, portanto, em sentido inverso: maiores níveis de *Depressão* reportados estão associados a menor satisfação nestas áreas.

#### **Depressão e ESSS**

Já para a ESSS, foram encontradas correlações significativas, respeitantes às dimensões de *Intimidade* ( $r = .369$ ;  $p = .014$ ), *Satisfação com os Amigos* ( $r = .401$ ;  $p = .007$ ) e *Satisfação com a Família* ( $r = .377$ ;  $p = .013$ ), sendo estas de cariz positivo, ou



seja, uma maior satisfação nestas áreas sociais surge ligada a menores níveis de *Depressão*.

### **Stress e EASAVIC**

No que toca ao *Stress*, apesar de não se ter verificado nenhuma correlação significativa com as subescalas da EASAVIC, foram encontradas várias tendências consideradas interessantes neste âmbito, para com os *Tempos Livres* ( $r = -.262$ ;  $p = .083$ ), a *Rede Social* ( $r = -.261$ ;  $p = .083$ ) e *Comunicação e Conflitos* ( $r = -.286$ ;  $p = .057$ ), todas elas de natureza negativa – implicando que estados mais saturados de *Stress* estão associados a menor satisfação nestas áreas.

### **Stress e ESSS**

Neste caso, três das quatro subescalas da ESSS demonstraram ter uma correlação significativa, neste caso positiva, com o *Stress*: a *Intimidade* ( $r = .325$ ;  $p = .029$ ), a *Satisfação com os Amigos* ( $r = .396$ ;  $p = .007$ ) e a *Satisfação com a Família* ( $r = .424$ ;  $p = .004$ ). Mais uma vez, estas áreas da esfera social parecem ser tanto mais satisfatórias para a pessoa, quanto menores os níveis reportados de *Stress*.

### **3.3.3 As variáveis características da amostra e o seu impacto**

No sentido de procurar, adicionalmente, relações entre as escalas e subescalas, com as variáveis que caracterizam a nossa amostra, fomos, também, analisar as correlações entre elas. Convém, primeiro, abordar a omissão de alguns dados sócio-demográficos desta análise, para manter um número de participantes que permitissem uma análise sólida. São estes, o estatuto ocupacional do companheiro, o tipo de gravidez e de parto dos filhos (no caso das mulheres múltíparas), e os dados de parto a partir do terceiro filho.

Em primeiro lugar, não foram encontradas quaisquer correlações significativas destas variáveis sócio-demográficas com os estados emocionais negativos. De realçar, meramente, uma correlação que poderia ser considerada, embora não significativa, bastante interessante ( $r = -.37$ ,  $p = .066$ ), de carácter negativo, entre a subescala de *Depressão* e o peso do primeiro filho (de entre as 25 participantes com filhos). Isto parece sugerir a existência de maior tendência para estados emocionais de *Depressão*, nas mulheres cujos primeiros filhos nasceram com menos peso.

Embora não se encontrassem correlações significativas entre estas duas dimensões, algumas correlações de interesse foram estudadas entre as várias escalas e subescalas, em interacção com as variáveis características da amostra. Será com esta análise que nos prenderemos a seguir, sendo importante referir que nos limitaremos a abordar as correlações mais significativas para este estudo.

### **A idade**

Um dado sócio-demográfico que reuniu algumas correlações significativas foi a idade. Revelou, por exemplo, uma relação positiva com as subescalas de *Funcionamento Familiar* ( $r = -.314$ ;  $p = .036$ ), *Tempos Livres* ( $r = -.373$ ;  $p = .012$ ), *Comunicação e Conflito* ( $r = -.346$ ;  $p = .020$ ) e *Intimidade Emocional* ( $r = -.369$ ;  $p = .015$ ), da EASAVIC. Todas estas correlações se mostraram significativas e negativas nesta amostra, indicando que quanto maior é a satisfação nestas áreas da vida conjugal menor será a idade. Também, a escala de *Satisfação Conjugal Global* mostrou relacionar-se negativamente com a idade, evoluindo no mesmo sentido das subescalas da EASAVIC ( $r = -.370$ ;  $p = .019$ ). Por fim, a idade mostrou-se ainda positivamente correlacionada com a subescala de *Actividades Sociais* da ESSS ( $r = .332$ ;  $p = .026$ ). Neste caso, a *Satisfação com as Actividades Sociais* realizadas parece diminuir com a idade.

Um último dado interessante diz respeito à correlação da idade com o número de IEG's, que se revelou significativa e positiva, isto é, indicando que quanto mais avançada era a idade da participante, maior o número de IEG's que ela já teria sofrido, um dado que tem um significado biomédico.

### **O número de anos de estudo de com sucesso**

No seio de outras correlações de menor relevância para este estudo, entre as características sócio-demográficas, este elemento revelou uma associação negativa com a paridade ( $r = -.362$ ;  $p = .015$ ) e com o número de filhos ( $r = -.418$ ;  $p = .004$ ). Isto é, quanto mais anos de estudo as participantes tinham, menor era a probabilidade de terem filhos. No caso de os terem, era também menos provável que tivessem muitos.

Foi também encontrada uma correlação negativa com a subescala de *Actividades Sociais* da ESSS ( $r = -.301$ ;  $p = .044$ ), realçando que existe uma maior satisfação nesta área entre as participantes com maior escolaridade.

Ainda, o peso à nascença do segundo filho está positivamente correlacionado com os estudos ( $r = .574$ ;  $p = .051$ ) – indicando que, quanto maior o número de anos de estudo da mulher, mais pesado o seu segundo filho.

### **Número de IVG's**

Um dado curioso neste caso foi a correlação significativa e negativa encontrada entre o número de IVG's realizadas e a subescala de *Autonomia* da EASAVIC, indicando que, quanto maior a satisfação nesta área conjugal, menos IVG's foram, provavelmente, realizadas pela mulher ( $r = -.390$ ;  $p = .010$ ).

Uma questão muito pertinente para este estudo, quanto às IVG's, é a ausência de relação, quer com as IEG's, quer com a saúde mental, isto é, com os estados emocionais negativos que parecem intocados por esta variável.

### **Número de IEG's**

No caso das interrupções espontâneas da gravidez, foram encontradas correlações de cariz biomédico: relação positiva e significativa com o número de filhos ( $r = .423$ ;  $p = .004$ ) e relação negativa e significativa com o peso do primeiro filho à nascença ( $r = -.478$ ;  $p = .013$ ). Tais dados implicam que uma mulher com maior número de filhos, tende a ter sofrido maior número de IEG's, por comparação com uma mulher com menos filhos. Também, nas mulheres com filhos, quanto maior o peso do primeiro filho à nascença, menor o número de IEG's provavelmente sofridas. Foi, ainda, encontrada uma relação interessante e positiva deste elemento com a idade da mulher, levando a crer numa tendência para maior número de IEG's em mulheres com mais idade ( $r = .291$ ;  $p = .052$ ).

Uma questão importante de realçar é que, até aqui, parece que a nossa amostra não terá sofrido enviesamento sistemático, tendo em conta que os dados recolhidos e analisados vão de encontro aos conhecimentos biomédicos, em sucessivas ocasiões.

### 3.4 Análise de Regressão

A pertinência da realização de uma Análise de Regressão no presente trabalho prende-se com o interesse em melhor compreender a relação funcional entre variáveis, mais precisamente, pela possibilidade de analisar se os valores observados nas nossas variáveis independentes podem prever aquilo que iremos verificar nas variáveis dependentes. Assim, depois de ter sido feita uma análise das correlações existentes entre as variáveis, importa agora aprofundar a natureza dessas relações, compreendendo como é que as mesmas se influenciam e o grau em que essa interacção ocorre.

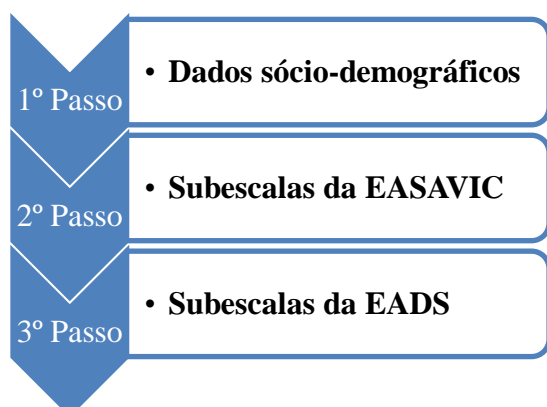
A existir uma relação entre as variáveis, esta pode ser de causa-efeito, quando uma está funcionalmente dependente da outra (a variável independente, ou preditora, actua sobre a dependente, ou de resposta), ou pode ser uma causalidade recíproca – isto é, haver uma influência mútua. Pode, ainda, dar-se o caso de haver um terceiro elemento presente, que influencie ambas as variáveis.

A regressão terá, por isso, o objectivo de estudar esta relação, sendo que nos pareceu pertinente dividir a presente secção nas várias análises que foram realizadas, consoante a variável dependente a tratar.

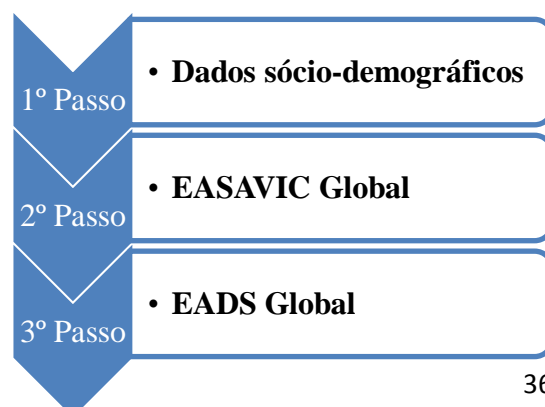
#### 3.4.1 Variável dependente: a Ansiedade

Em primeiro lugar, fomos sujeitar a teste a variável dependente *Ansiedade*, de forma a verificar a influência das outras variáveis sobre esta. Assim, foram compostos dois modelos respeitantes a esta variável, cada um com três níveis. Os respectivos esquemas a seguir representados, esclarecem este procedimento.

Modelo 1.



Modelo 2.



### Modelo 1.

No passo um, entraram, então, os dados que caracterizam esta amostra, nomeadamente, idade, número de anos de estudo da participante, idade do companheiro, número de relações românticas anteriores, filhos, IEG's, IVG's, estatuto ocupacional, estatuto conjugal, paridade e habitação com o companheiro. No segundo passo, foram introduzidas as subescalas da EASAVIC, sendo elas: *Funcionamento Familiar, Tempos Livres, Rede Social, Autonomia, Comunicação e Conflitos e Sexualidade*. Convém esclarecer a ausência da subescala de *Intimidade Emocional*, que foi posteriormente retirada devido ao seu efeito de colinearidade. Num terceiro passo, introduziram-se as subescalas da ESSS: *Intimidade, Actividades Sociais, Satisfação com os Amigos e Satisfação com a Família*.

A introdução destes passos viria a permitir analisar o efeito destas variáveis na *Ansiedade* (variável dependente), medida pela subescala de Ansiedade da EADS. Desta forma, poder-se-ia realizar uma análise mais fina, ao nível das subescalas, para compreender se, afinal, as áreas da vida conjugal e a satisfação com as várias dimensões da vida social, têm ou não um papel protector face à *Ansiedade* nestas mulheres. Ao mesmo tempo, a análise de regressão permite averiguar o efeito da acumulação de variáveis. Isto é, embora uma variável, por si só, não explique a totalidade dos resultados, eventualmente, uma conjugação de variáveis pode ser determinante para explicar a variância da *Ansiedade*.

A seguir, apresentamos os valores obtidos pelo teste de regressão, para os três passos:

Tabela 12. Análise de Regressão para o Modelo 1.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Acréscimo de R <sup>2</sup>	Significância do acréscimo
1	.333	.111	-.226	.111	.972
2	.718	<b>.516</b>	.158	.405	<b>.019</b>
3	.746	.556	.065	.040	.785

Como é possível observar, os três momentos deste modelo explicam 55.6% do valor da *Ansiedade* avaliada através da EADS, sendo que apenas o segundo passo (áreas da vida conjugal) parece ter permitido um aumento significativo na explicação da variável dependente. A capacidade preditiva do modelo foi elevada por este momento

até aos 51.6%, quando as variáveis sócio-demográficas, por si só, explicavam apenas 11.1% dos resultados. Da mesma forma, o terceiro momento, ligado às dimensões de Satisfação Social, acrescentou apenas 4% de capacidade preditiva ao modelo, após a introdução das áreas de Satisfação Conjugal. Isto sugere que o efeito sobre a *Ansiedade* é, de facto, exercido por outras variáveis presentes, neste caso, a Satisfação Conjugal e as variáveis da amostra.

Observando mais pormenorizadamente, pôde verificar-se, no segundo passo, a influência significativa das áreas de Tempos Livres ( $p = .38$ ), Funcionamento Familiar ( $p = .63$ ) e Sexualidade ( $p = .57$ ), que parecem ser, então, as variáveis com maior poder preditivo dos estados de *Ansiedade* nas senhoras desta amostra, que vão realizar a IVG (estes dados podem ser verificados mais aprofundadamente no Anexo).

### **Modelo 2.**

No primeiro passo, foram introduzidos os dados que caracterizam a amostra (idade, número de anos de estudo da participante, idade do companheiro, número de relações românticas anteriores, filhos, IEG's, IVG's, estatuto ocupacional, estatuto conjugal, paridade e habitação com o companheiro). Num segundo momento, foi introduzida a escala de *Satisfação Conjugal Global* da EASAVIC. Num terceiro passo, entrou a escala da *Satisfação com o Suporte Social*, da ESSS.

Mais uma vez, o objectivo é estudar a influência destas variáveis na *Ansiedade*, sendo que, neste caso, a análise não é tão fina, mas pretende, antes, averiguar o efeito das pontuações globais das escalas correspondentes às variáveis independentes, satisfações conjugal e com o apoio social.

Na tabela a seguir, apresentamos os valores conseguidos nesta análise:

Tabela 13. Análise de Regressão para o Modelo 2.

<b>Modelo</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>R<sup>2</sup> Ajustado</b>	<b>Acréscimo de R<sup>2</sup></b>	<b>Significância do acréscimo</b>
1	.542	.294	-.074	.294	.649
2	.572	.327	-.070	.033	.307
3	.647	.418*	.030	.091	.085*

Tal como é possível depreender desta análise mais macroscópica das relações existentes entre as nossas variáveis, não se verifica, neste caso, nenhum aumento

significativo do poder explicativo da *Ansiedade*; a totalidade dos momentos aqui introduzidos consegue explicar apenas 41.8% do efeito dos resultados obtidos na escala de *Ansiedade*, nas senhoras da amostra. Apenas a *Satisfação Social Global* oferece uma tendência interessante para um poder explicativo, não podendo, no entanto, ser considerada significativa. Parece importante referir que, se a amostra fosse de maior dimensão, talvez esta tendência passasse a ser significativa e poderosamente explicativa dos dados de *Ansiedade* nestas senhoras.

Olhando, depois, para todas as variáveis inseridas, é possível ver, no primeiro momento uma tendência da categoria *número de anos de estudo com sucesso* para se estabelecer como interessante, na explicação do modelo ( $p = .91$ ). Num segundo momento, destaca-se também esta variável ( $p = .79$ ), aproximando-se mais da significância estatística quando é adicionada a *Satisfação Conjugal Global*. Num terceiro momento, contudo, esta perde poder explicativo para a *Satisfação com o Suporte Social* ( $p = .85$ ) que, não obstante tratar-se de um valor não significativo, apresenta-se já como interessante.

### **3.4.2 Variável dependente: a Depressão**

Numa segunda fase, fomos observar o efeito das nossas variáveis nos valores de *Depressão*. Aplicámos, portanto, os mesmos modelos que haviam sido testados para a *Ansiedade*, para compreender, à semelhança do primeiro caso, de que forma esta conjugação de variáveis se faz sentir nos níveis deste estado emocional negativo reportados pelas nossas participantes, antes de realizarem a IVG.

#### **Modelo 1.**

Num primeiro momento, introduziram-se os dados sócio-demográficos da amostra passíveis de serem analisados (idade, número de anos de estudo da participante, idade do companheiro, número de relações românticas anteriores, filhos, IEG's, IVG's, estatuto ocupacional, estatuto conjugal, paridade e habitação com o companheiro). No segundo momento, foram inseridas as subescalas da EASAVIC (*Funcionamento Familiar, Tempos Livres, Rede Social, Autonomia, Comunicação e Conflitos e Sexualidade*). Mais uma vez, a subescala de *Intimidade Emocional* foi omitida. Num terceiro passo, inseriram-se as subescalas da ESSS: *Intimidade, Actividades Sociais, Satisfação com os Amigos e Satisfação com a Família*.

A seguir apresentamos a tabela referente a esta análise:

Tabela 14. Análise de Regressão para o Modelo 1.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Acréscimo de R <sup>2</sup>	Significância do acréscimo
1	.469	.220	-.086	.220	.712
2	.768	<b>.590</b>	.273	.370	<b>.018</b>
3	.810	.655	.253	.065	.510

Como é possível observar, os três passos do nosso modelo são responsáveis por 65.5% do valor da *Depressão* aferida através da subescala da EADS. Para esta predição, é significativo o contributo dado pelo segundo passo deste modelo ( $p = .018$ ), correspondente às subescalas da *Satisfação Conjugal* da EASAVIC que acrescentaram 37% de poder explicativo às variáveis sócio-demográficas.

Analisando, depois, aprofundadamente, no primeiro passo aparece uma variável com significado na explicação dos níveis de *Depressão: viver com o companheiro* ( $p = .049$ ), que, num primeiro momento, se destaca das restantes. Na segunda etapa, esta variável continua a apresentar influência significativa nos sintomas emocionais depressivos ( $p = .032$ ), quando são acrescentadas as subescalas correspondentes às áreas de *Satisfação Conjugal*. Nomeadamente, as dimensões de *Funcionamento Familiar* ( $p = .009$ ), *Tempos Livres* ( $p = .006$ ) e *Comunicação e Conflito* que se apresenta apenas como uma tendência interessante ( $p = .065$ ). Por fim, num terceiro momento, apenas o *Funcionamento Familiar* surge como dimensão explicativa e influente dos níveis de *Depressão* ( $p = .023$ ), quando lhe são adicionadas as dimensões sociais.

### Modelo 2.

Uma vez mais, foram introduzidas, sob a alçada da variável dependente *Depressão*, os três conjuntos de variáveis: sócio-demográficas, num primeiro momento; *Satisfação Conjugal Global*, num segundo passo; e *Satisfação com o Suporte Social*, num terceiro passo.

No seguimento da introdução destas variáveis, foi então realizada a análise da regressão das mesmas, conseguindo-se os elementos a seguir apresentados:



Tabela 15. Análise de Regressão para o Modelo 2.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Acréscimo de R <sup>2</sup>	Significância do acréscimo
1	.672	.451	.152	.451	.195
2	.712	.507	.201	.056	.139
3	.728	.530	.201	.023	.331

Tal como apresentado, os três conjuntos de variáveis introduzidos conseguem explicar apenas 53% da variância da *Depressão* na amostra. Da mesma forma, nenhum deles mostrou acrescentar um poder preditivo significativo ao modelo. Mais uma vez, os valores *Globais de Satisfação*, quer *Conjugal* quer *Social*, não parecem constituir bons preditores dos estados emocionais negativos destas mulheres.

De facto, analisando este modelo mais pormenorizadamente, encontram-se duas variáveis específicas com influência no modelo. A primeira é o *número de IVG's* realizadas anteriormente que, nos três momentos do modelo, se apresenta como significativa na explicação dos níveis de Depressão das mulheres, ganhando poder explicativo no segundo passo, quando é introduzida a *Satisfação Conjugal* ( $p = .008$ ;  $p = .013$ ), e voltando a diminuir, embora mantendo-se significativa, quando é adicionada a Satisfação com o *Suporte Social* ( $p = .012$ ). Também, no primeiro passo, a variável *habitação com o companheiro* representa um elemento de potencial poder preditivo ( $p = .077$ ), embora não se constitua como significativo e perca relevância nos passos seguintes.

### 3.4.3 Variável dependente: o Stress

Por último, quisemos ir estudar a relação entre as nossas variáveis e os níveis de *Stress* reportados pelas participantes da amostra. À semelhança das situações anteriores, constituímos dois modelos, em tudo semelhantes, onde o elemento variante foi, portanto, a variável dependente.

#### Modelo 1.

Introduziram-se, em primeira instância, os dados que caracterizam a amostra - idade, número de anos de estudo da participante, idade do companheiro, número de relações românticas anteriores, filhos, IEG's, IVG's, estatuto ocupacional, estatuto

conjugal, paridade e habitação com o companheiro. Num segundo passo, foram inseridas as subescalas da EASAVIC (*Funcionamento Familiar, Tempos Livres, Rede Social, Autonomia, Comunicação e Conflitos e Sexualidade*), continuando a subescala de *Intimidade Emocional* a ser excluída. Num terceiro passo, inseriram-se as subescalas da ESSS: *Intimidade, Actividades Sociais, Satisfação com os Amigos e Satisfação com a Família*.

Resultante deste modelo, com objectivos de análise mais minuciosos, foi obtido o seguinte quadro:

Tabela 16. Análise de Regressão para o Modelo 1.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Acréscimo de R <sup>2</sup>	Significância do acréscimo
1	.479	.230	-.062	.230	.651
2	.761	<b>.579</b>	.268	.349	<b>.020</b>
3	.813	.661	.286	.082	.366

Nesta análise, é possível verificar que a totalidade das variáveis introduzidas permite explicar 66.1% da variância total dos níveis de *Stress* reportados pelas senhoras da amostra. Também, é de realçar que o único acréscimo significativo para a predição destes valores é o segundo passo, constituído pelas subescalas de satisfação nas várias áreas da conjugalidade.

Num primeiro momento, a variável *número de IEG's* constitui-se, também, como um dado interessante na explicação da variância do *Stress*, ainda que não se constitua significativo ( $p = 0.91$ ). Num segundo momento, esta variável perde a sua força preditiva, dissolvendo-se com o acréscimo das áreas conjugais representadas pelas subescalas da EASAVIC. Neste caso, o número de IVG's toma maior destaque ( $p = .048$ ), bem como a paridade ( $p = .026$ ). Em relação às áreas da satisfação conjugal, tomam lugar de destaque o *Funcionamento Familiar* ( $p = .022$ ), os *Tempos Livres* ( $p = .037$ ), a *Comunicação e Conflitos* ( $p = .025$ ) e a *Sexualidade* ( $p = .023$ ). Parecem ser, estas, as áreas da conjugalidade cuja satisfação mais influencia os níveis de *Stress* reportados pelas participantes, nesta fase. Num terceiro momento, o *número de IEG's* volta a tornar-se uma tendência interessante ( $p = .067$ ), bem como a *Sexualidade* ( $p = .075$ ), restando um único factor significativo nesta fase: o *Funcionamento Familiar*, no âmbito conjugal ( $p = .044$ ).

## Modelo 2.

A última análise de regressão, para efeitos de estudo da relação das variáveis independentes com a variável dependente *Stress*, foi realizada para efeitos mais globais.

Os três conjuntos de variáveis constituíram-se então como: sócio-demográficas, no primeiro passo; *Satisfação Conjugal Global*, num segundo momento; e *Satisfação com o Suporte Social*, na terceira fase.

Deste modelo, resultou a análise contida no seguinte quadro:

Tabela 17. Análise de Regressão para o Modelo 2.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	Acréscimo de R <sup>2</sup>	Significância do acréscimo
1	.611	.374	.047	.374	.375
2	.611	.374	.004	.000	.966
3	.750	<b>.563</b>	.271	.189	<b>.007</b>

Tal como é possível analisar neste quadro, o conjunto dos passos introduzidos constituem, neste caso, 56.3% da explicação para os valores de *Stress* reportados pelas participantes. Apenas o acréscimo do terceiro passo, isto é, da *Satisfação Social Global*, se constitui como significativo para este modelo.

Analisados mais a fundo os passos do modelo, observou-se uma tendência interessante do *número de IEG's* para explicar os níveis de *Stress*, num primeiro momento ( $p = .099$ ), acompanhado pela influência significativa do *número de IVG's* na explicação do modelo ( $p = .030$ ). Num segundo passo, apenas as *IVG's* mantiveram a sua influência ( $p = .035$ ), com a introdução da *Satisfação Conjugal Global*. Num terceiro momento, o *número de relações românticas* anteriores assumiu-se como significativo ( $p = .055$ ), bem como o *número de IVG's* ( $p = .046$ ) e as dimensões *Globais de Satisfação com a Conjugalidade* ( $p = .056$ ) e com o *Suporte Social*, agora introduzido ( $p = .007$ ).

#### 4. Discussão de resultados e Principais Conclusões

*"Trago dentro do meu coração,  
Como num cofre que se não pode fechar de cheio,  
Todos os lugares onde estive,  
Todos os portos a que cheguei,  
Todas as paisagens que vi através de janelas ou vigias,  
Ou de tombadilhos, sonhando,  
E tudo isso, que é tanto, é pouco para o que eu quero. (...)"*  
(Álvaro de Campos)

Os resultados obtidos nesta investigação deixam, sem dúvida, abertura a várias discussões. Longe de fazer sentido a mera confirmação ou infirmação das hipóteses inicialmente levantadas, é importante compreender as direcções que os diferentes cursos de análise procuraram trilhar.

Numa primeira análise das relações entre as variáveis, poderia afirmar-se que não se verificou a primeira hipótese, de que a *Satisfação Conjugal* actuaria como factor protector dos estados emocionais negativos na mulher que vai realizar uma IVG. De facto, nenhuma das correlações se provou significativa, quer para a *Ansiedade*, *Depressão* ou o *Stress*. A segunda hipótese, por outro lado, foi confirmada pela análise das correlações, onde se provou existir uma correlação significativa entre os três estados emocionais negativos considerados e a *Satisfação com o Suporte Social*.

Sendo inegável a relação entre estas variáveis, a natureza dessa ligação não era, numa primeira fase, passível de ser identificada. Foi para este efeito que se realizou a análise de regressão dos vários modelos, onde se compreendeu, de facto, que estas relações entre variáveis não são lineares, nem tão-pouco semelhantes para os diferentes estados emocionais.

A análise mais fina dos dados permitiu encontrar uma tendência interessante da *Satisfação com o Suporte Social*, para explicar os resultados da *Ansiedade*. Isto é, embora este estado emocional, reportado pelas senhoras que iam realizar uma IVG, não pudesse ser totalmente previsto pelas variáveis sócio-demográficas, pela *Satisfação Conjugal* ou pela *Satisfação com o Suporte Social*, este último pareceu tomar um papel tendencialmente explicativo para este estado emocional. Podemos especular que, com uma amostra de maior dimensão, esta tendência se poderia tornar mais poderosa, em

termos da sua capacidade preditiva. Isto é, não pode deixar-se de parte a hipótese de que a *Ansiedade* das mulheres que vão realizar uma IVG seja, de alguma forma, influenciada pela percepção que estas têm do apoio social que está disponível para elas.

Por outro lado, e embora em matéria de satisfação dita global, a conjugalidade não trouxesse respostas a este enigma, algumas das áreas da vivência conjugal mostraram ser importantes para explicar a *Ansiedade*. Nomeadamente, a satisfação que as participantes tinham em relação à forma como ocupavam os seus tempos livres, com o funcionamento em família e com a sua sexualidade, em casal, mostraram forte poder preditivo deste nível emocional negativo. Ou seja, parece que algumas áreas da vida conjugal têm importância na protecção da saúde mental destas mulheres. Sentirem-se satisfeitas, no que toca à sua sexualidade, à forma como funcionam em família e como passam os seus tempos livres com o companheiro, parecem ser bons indicadores de menor *Ansiedade*, no momento em que se preparam para realizar uma IVG. Confirma-se, assim, para esta amostra, a ideia de que a vivência conjugal feliz protege de estados emocionais negativos (Narciso & Ribeiro, 2009).

Também, a rede social inserida num contexto de conjugalidade, parece ter influência neste elemento, bem como a satisfação com as actividades sociais e com a família, num contexto de suporte social. Todos estes dados convergem para uma tendência: na *Ansiedade* destas senhoras, os factores que mais frequentemente surgem como protectores são as actividades de tempos livres, de cariz social, bem como o tempo e as actividades em família, que são geralmente fonte de prazer. Quando estas dimensões mais gerais estão satisfeitas, tanto em casal como a um nível social, parece haver menor tendência das senhoras para reportarem sintomas de *Ansiedade*, quando se preparam para realizar uma IVG.

Para além das vivências psicológicas analisadas, também alguns factores característicos da amostra enriqueceram a nossa compreensão acerca da variância dos níveis de *Ansiedade* das senhoras, em especial o número de anos de estudo com sucesso destas. Tal facto pode ser explicado pelo maior acesso a fontes de informação, nomeadamente acerca da IVG que estão prestes a realizar, da mesma forma que pode existir uma melhor compreensão da informação que é obtida. A correcta integração desta informação pode desmistificar e esclarecer alguns receios, diminuindo os estados de *Ansiedade* e melhorando a capacidade de adaptação psicológica à situação. Quando consideramos também a satisfação social em conjunto com este elemento, este perde

efeito explicativo, talvez por, também, o contexto social ser potencial fonte de acesso a informação, bem como, tal como já vimos, protector de maiores estados de *Ansiedade*.

Assim, é possível afirmar que as nossas hipóteses, no que remete para a *Ansiedade*, são parcialmente confirmadas, já que alguns aspectos da vida conjugal e social destas mulheres parecem efectivamente actuar junto dos seus estados emocionais ansiosos. De facto, os nossos dados vão de encontro às nossas leituras iniciais, onde se contemplava o apoio social como potencial redutor da *Ansiedade*, e potenciador do bem-estar (Kahn & Antonucci, 1979; Canavarro, 1999).

Pensando, agora, no estado emocional de *Depressão*, foi verificado, numa primeira instância, que existia uma relação significativa entre maior *Satisfação com o Suporte Social* e menores valores de *Depressão* reportados pelas participantes deste estudo, não sendo, desde logo, claro para nós “quem é que influencia quem”. Observando, depois, a análise mais minuciosa da influência das variáveis, observa-se, efectivamente, que nenhum dos valores globais de satisfação (conjugal e social) parece ter poder preditivo dos níveis de depressão na nossa amostra, sendo que a totalidade das variáveis independentes foram capazes, apenas, de explicar 53% da variância total.

Avistar-se-ia, eventualmente, uma infirmação da primeira hipótese, relacionada com a depressão, não fôssemos nós analisar mais de perto as dimensões da vida conjugal destas mulheres. E, de facto, o que se observa é que algumas destas dimensões têm um impacto explicativo nos níveis de *Depressão* por elas reportados. Mais uma vez, o *Funcionamento Familiar*, os *Tempos Livres*, bem como a esfera de *Comunicação e Conflitos*, conseguem predizer, em diferentes graus, a alteração dos níveis de *Depressão* verificada. De facto, para este efeito, as dimensões da vida conjugal são o único acréscimo significativo no poder de explicação da *Depressão*, como por nós determinado na análise de regressão. A *Intimidade Emocional* havia surgido, em primeira instância, como uma outra linha de interesse, pela aproximação a uma relação com a *Depressão*. O esmiuçar destas relações não comprovou satisfatoriamente esta tendência, não deixando, por isso, de ser um caminho que fica aberto a novas averiguações. Ainda, as dimensões de *Intimidade*, *Satisfação com os Amigos* e *com a Família*, haviam sido observadas como potenciais canais de ligação aos estados emocionais depressivos, não tendo sido, no entanto, confirmadas como explicativas da sua variância. São, de novo, sugestões que ficam para uma próxima vez.

A satisfação toma, então, no caso da *Depressão*, um papel de maior protagonismo, quando nos referimos à vivência conjugal. Uma vez mais, no entanto,

ambas as dimensões (conjugal e social) parecem tocar-se, sendo as dimensões conjugais mais importantes, aquelas que estão ligadas à família, às relações e às actividades em conjunto. Esta parece ser mais uma importante pista para nos alertar que, com uma amostra mais significativa, estes resultados poderiam ser potenciados. É de realçar a importância deste funcionamento familiar harmonioso, na vivência psicológica da mulher, que surge pela segunda vez como um potencial protector e preditor da saúde mental da mulher que vai realizar uma IVG. Tal como Canavarro (1999) havia referido, a importância e o poder das relações interpessoais reside precisamente na qualidade e intensidade desse contacto – é esta interacção, esta interdependência que determinará o impacto que uma pessoa irá ter na outra. Neste caso, o impacto pretendido é o amortecer dos estados emocionais negativos na saúde mental (Pais-Ribeiro, 1999).

Ainda, no que toca à *Depressão*, foram encontrados importantes significados relativamente ao número de IVG's anteriormente realizadas, elemento que se destacou como explicativo, quando colocado lado a lado com os níveis de satisfação globais. Parece que o número de procedimentos médicos, realizados anteriormente, pode explicar alguma da variância que ocorre nos níveis de *Depressão* reportados pelas mulheres. Um último elemento que apresentou poder preditor deste estado emocional, foi a variável da vivência com o companheiro, que surge em diversas ocasiões como significativo. Viver ou não em comum com o companheiro pode, assim, ser considerado um factor da adaptação psicológica da mulher a esta vivência.

No que se refere, portanto, às hipóteses inicialmente formuladas, elas parecem, também neste caso, ser parcialmente confirmadas, no sentido em que a existência das satisfações nas esferas social e conjugal pôde esclarecer parte dos dados relativos aos estados emocionais depressivos, nas senhoras que iam realizar uma IVG.

Passando, então, ao estado emocional de *Stress*, aquilo que se encontrou, numa primeira fase, no confronto com os dados, foi uma correlação significativa e positiva com a *Satisfação Global com o Suporte Social*. Mais uma vez, a importância do aprofundar da natureza desta relação se impunha, para poderem asseverar-se significações mais precisas. Compreendeu-se, então, num segundo momento, que ambas as satisfações globais tinham poder explicativo, quando conjugadas entre si e com as variáveis características da amostra. Embora a satisfação no contexto social se revelasse mais poderosa na predição dos valores de stress encontrados, também a *Satisfação Conjugal*, em conjunto com a primeira, se mostrou interessante na explicação da variância.

Numa análise mais táctil, envolvendo as dimensões que compõem a *Satisfação Conjugal*, encontraram-se, mais uma vez, na base da explicação dos valores de *Stress* reportados, as dimensões de *Funcionamento Familiar*, *Tempos Livres*, *Comunicação e Conflitos* e *Sexualidade*. Desta vez com protagonismo face às dimensões sociais, estas facetadas da conjugalidade revelaram capacidade preditora significativa; inclusivamente, o *Funcionamento Familiar* e a *Sexualidade*, mantiveram o seu poder explicativo, mesmo quando aliadas à *Satisfação Social*. Não pode deixar de ser realçada a contínua ligação que é estabelecida entre as duas esferas de satisfação, que parecem estabelecer uma ponte transversal à explicação de todos os estados emocionais negativos aqui averiguados. Por último, foi também averiguado o poder explicativo do número de IEG's (apenas enquanto tendência interessante) e de IVG's (com poder significativo) para os níveis de *Stress* experienciados por estas mulheres. Estes dados parecem-nos especialmente compreensíveis, talvez porque o facto de já terem passado pela experiência de uma gravidez terminada (em especial, quando foi nas mesmas circunstâncias, de voluntariedade) pode conferir a estas mulheres um melhor conhecimento sobre aquilo que se irá passar, resultando, em geral, numa maior resiliência e em recursos psicológicos que lhes permitam ultrapassar a situação de forma mais adaptativa, e portanto, com menos sintomas de *Stress*.

Já tínhamos constatado antes que investigações anteriores alertavam para a experiência de elevados níveis de *Stress* nos casais que realizam uma IVG (Lauzon, Roger-Achim, Achim & Boyer, 2000). Mas agora, pela primeira vez, deparamo-nos com um possível parêntesis para esses níveis de *Stress*: podemos pensar que os casais menos satisfeitos ao nível da sua vida familiar, dos seus tempos livres, da forma como comunicam com o companheiro e com a vivência da sua sexualidade, podem experienciar este *Stress*, a níveis eventualmente mais danosos do que um casal onde estas áreas da sua vida conjugal lhe proporcionam plena satisfação. Também, poderíamos pensar que uma vivência plena e prazerosa da sexualidade em casal, pode estar associada a uma harmonia em áreas como, por exemplo, o planeamento familiar, levando a que também a decisão de realizar uma IVG seja eventualmente mais consensual. Estes argumentos poderiam explicar o facto de não encontrarmos uma prevalência de estados emocionais negativos na nossa amostra, dado que esses recursos psicossociais foram avaliados como satisfatórios pela maioria das nossas participantes.



Parece-nos, então, justificada a ideia de que, mais uma vez, as nossas hipóteses iniciais, se mostraram parcialmente confirmadas, dado o inegável poder demonstrado pelas satisfações conjugal e social, na predição e protecção do *Stress*.

Compreendemos já um paralelo com estudos anteriores (APF, 2006), que focavam a importância do apoio social na tomada de decisão. De facto, os dados por nós recolhidos permitiram apoiar a ideia de que, quando ocorrem ao Serviço de Gravidez Indesejada para terminarem a sua gravidez, o facto de se sentirem satisfeitas com o apoio social que está disponível para elas, parece minorar a prevalência de estados emocionais negativos.

A *Ansiedade* e a *Depressão* são preocupações recorrentes em relação a esta população específica de mulheres (Benute, Nomura, Pereira, Lucia e Zugaib, 2009). Aquilo que pode retirar-se do presente estudo, é uma eventual alternativa para debelar esses motivos de preocupação. Na nossa amostra não surgiu uma tendência para estados emocionais negativos; contudo, é de realçar, mais uma vez, a presença de bons níveis de *Satisfação Conjugal* (da ordem dos 4.1, em 6; o equivalente a *satisfeito*), bem como de *Satisfação com o Suporte Social* (28.1 em 75, sendo 0 o máximo de satisfação atingível). De facto, as senhoras da amostra pareceram estar satisfeitas quanto à sua relação conjugal e também quanto ao apoio social que recebem.

Os nossos dados surgem também em concordância com estudos anteriores que afirmaram que a IVG se trata de um momento de crise na vida da mulher, passível de ser resolvida positivamente através dos recursos psicológicos adequados, mais precisamente na presença de satisfação com a relação conjugal e com o contexto social circundante (Serenio, 2009). O apoio social mostrou, nesta investigação, na continuidade da literatura, a capacidade de moderar os sintomas de stress (Pais-Ribeiro, 1999).

No que se refere às características sócio-demográficas, podemos afirmar que a categoria mais frequente vive com o companheiro e com filhos. Também, a larga maioria encontra-se no activo e é solteira ou está separada do companheiro, entrando também, para esta categoria, as participantes que estão numa relação de namoro. Pode também referir-se que a larga maioria nunca tinha realizado uma interrupção voluntária da gravidez, e que pouco mais de metade já tinha pelo menos um filho. A maioria dos dados surge, assim, em concordância com o levantamento teórico realizado.

Assim, chegamos ao final de uma investigação, que parece ter visto pelo menos parcialmente confirmadas as suas hipóteses. O *Stress*, a *Ansiedade* e a *Depressão*, são estados emocionais negativos recorrentes na vida das mulheres, casais e famílias, sendo que, a realização de uma interrupção voluntária da gravidez pode ser vista como um momento de especial vulnerabilidade psicológica, em que estes estados emocionais podem encontrar maior expressão.

Através deste estudo, podemos actualmente afirmar que, segundo os dados recolhidos na nossa amostra, os elementos psicossociais de *satisfação em relação à vivência conjugal*, e *ao suporte social percebido*, são importantes recursos que podem proteger as mulheres dessas vivências emocionais negativas. Outros factores adicionais, como o número de anos de estudo com sucesso, o facto de viverem com o companheiro, o número de relações românticas anteriores e o facto de já terem realizado este procedimento, tomaram também um importante papel na protecção destas mulheres, e da sua adaptação psicológica mais eficiente, no momento em que se preparam para realizar uma IVG.

Não poderíamos concluir este estudo sem apontar algumas limitações transversais a toda a investigação que, como em todos os trabalhos, têm um enorme benefício na sua identificação, para que numa próxima oportunidade possam ser corrigidas, aumentando o potencial dessas novas investigações.

Em primeiro lugar, gostaríamos de nos referir às limitações na aplicação dos questionários, que decorreram, devido às condições de aplicação, em situações por vezes diferenciadas. Exemplo disso são os diferentes *timings* de aplicação; em algumas situações, a aplicação era realizada antes da Consulta Prévia; noutras, após a mesma. Este factor poderá ter tido grande influência nas variações dos níveis reportados de estados emocionais negativos, uma vez que o próprio estado de espírito antes e depois da consulta pode ser, naturalmente, completamente diferente. Esta situação decorreu devido ao desejo de respeitar o ritmo normal das consultas e, ao mesmo tempo, aproveitar o máximo número possível de participantes; ou seja, teve de existir uma adaptação às condições pré-existentes.

Um outra limitação está relacionada com o preenchimento dos questionários, que, em casos pontuais, foi realizado na íntegra pela investigadora. Embora se tratassem de dois casos excepcionais, estes poderão ter sofrido efeitos de desejabilidade social, isto é, o conteúdo das respostas das participantes poderão ter sido alteradas em função da sua percepção do que é socialmente esperado delas. Estas situações deveram-se a

ocasiões em que as participantes, embora aceitassem participar, estivessem com dificuldades em compreender algum do conteúdo ou a forma de preenchimento, solicitando à investigadora que o fizesse.

Um outro ponto a focar é análise do nível socioeconómico de Graffar, que se baseou, a nosso ver, numa avaliação algo subjectiva, em primeiro lugar da participante e em segundo lugar da própria investigadora. Parece-nos que a auto-avaliação da habitação ou do bairro em que se mora pode ser um assunto também sujeito à desajustabilidade social, bem como a uma subjectividade difícil de corrigir. Por outro lado, a própria investigadora está sujeita a um segundo nível de subjectividade, quando tem de classificar o discurso das participantes em categorias.

Por último, é sempre importante frisar a limitação de um estudo que se apoia meramente em medidas de auto-relato. Embora estas medidas nos possam dar um acesso privilegiado à riqueza intra-pessoal, que através de uma avaliação externa não seria conseguida, sabemos certamente que embora o discurso seja na primeira pessoa, nem sempre reflecte o interior psíquico da pessoa que o pratica.

Seria positivo reconhecer o potencial significado de estudos como este, na prática clínica, sobretudo, tendo em conta a legitimidade relativamente recente da discussão deste assunto em “português”.

Compreender e aprofundar esta ideia, de que a IVG pode ter menos impacto emocional negativo nas mulheres, quando existe apoio social disponível, bem como uma relação conjugal satisfatória, pode ajudar os técnicos que lidam com estas situações a identificarem mais eficientemente situações de risco, bem como a desbloquearem recursos para as ajudarem.

De facto, como no início pôde ser apreciado, é entendido que a mulher não pode ser desligada do seu contexto e das múltiplas identidades que lhe são exigidas pela sociedade – e é enquanto mulher, esposa, filha, mãe, que se depara com a ocorrência de uma gravidez indesejada. E será, por fim, com base em todos esses recursos que a rodeiam e que dela fazem parte (psicológicos e sociais), que tomará a sua decisão e se adaptará a esta nova etapa da sua vida. Cabe-nos a nós, profissionais da Psicologia, estudar e intervir, com o objectivo de uma adaptação tanto mais harmoniosa, quanto possível.

## 5. Bibliografia

(...) *C'est le temps que tu as perdu pour ta rose qui fait ta rose si importante. (...) Tu deviens responsable pour toujours de ce que tu as apprivoisé. Tu es responsable de ta rose... (...)*

Antoine de Saint Exupery

Associação para o Planeamento da Família (2006). A condição da mulher no pós-referendo. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 42/43, 8-36.

Associação para o Planeamento da Família (2007). *A situação do Aborto em Portugal – Práticas, Contextos e Problemas*. APF.

Azevedo, M. (2008). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares – Sugestões para estruturação da escrita* (6.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Universidade Católica.

Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1998). Reasons who women have induced abortion: Evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspective*, 24(3), 117-127.

Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1999). Characteristics of women who obtained induced abortion: A worldwide review. *Family Planning Perspectives*, 25(2), 68-77.

Benute, G., Nomura, R., Pereira, P., Lucia, & M., Zugaib, M. (2009). Abortamento Espontâneo e Provocado: Ansiedade, Depressão e Culpa. *Associação Médica Brasileira*, 55(3), 322-327.

Canavarro, M. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental – Uma abordagem ao longo do ciclo de vida* (1.<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Quarteto.

Ferreira, A. (2010, Julho, 10). Comunicado aos eleitores. *Diário de Notícias*. Recuperado em 2010, Agosto, 28, de [http://dn.sapo.pt/Common/print.aspx?content\\_id=1614823](http://dn.sapo.pt/Common/print.aspx?content_id=1614823)

Fowers, B. (1998). Psychology and the Good Marriage – Social Theory as Practice. *American Behavioral Scientist*, 41(4), 516-541.

Gove, W., Style, C., & Hughes, M. (1990). The effect of Marriage on the Well-Being of Adults – a Theoretical Analysis. *Journal of Family Issues*, 11(1), 14-35.

Guttman, J., & Lazar, A. (2004). Criteria for Marital Satisfaction: does having a child make a difference? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(3), 147-155.

Heinicke, C., & Guthrie, D. (1996). Prebirth Marital Interactions and Postbirth Marital Development. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 140-151).

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.

Linha Opções, APF (2009). A IVG vista pelos profissionais de saúde – apresentação dos principais resultados de um inquérito realizado aos Serviços de Saúde. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 52/53, 40-44.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS* (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Miller, W., Sable, M., & Csizmadia, A. (2008). Pregnancy Wantedness and Child Security: is There a Relationship? *Maternal Child Health Journal*, 12, 478-487.

Moore, K., McCabe, M., & Brink, R. (2001). Are married couples happier than cohabiting couples? Intimacy and relationship factors. *Sexual and Relationship Therapy*, 16(1), 35-46.

Narciso, I. (2001). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas: à procura do “padrão que liga”*. Tese de Doutoramento inédita. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Narciso, I., Ribeiro, M. (2009). *Olhares sobre a Conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.

Narciso, I. (2010). *Revisão Psicométrica da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (comunicação informal sobre estudo ainda não publicado).

Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584.

Noya, A., & Leal, I. (1998). Eu sou, tu és, ele era... Auto-conceito e Interrupção voluntária da Gravidez. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 463-467.

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

Ouró, A. & Leal, I. (1998). O ventre sacia-se, os olhos não – O suporte social em adolescentes que prosseguiram a gravidez e mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez na adolescência. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 441-446.

Pais-Ribeiro, J., & Araújo, T. (1998). Atitudes de Técnicos de Saúde e Interrupção Voluntária da Gravidez. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 469-479.

Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(XVII), 547-558.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens, de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.

Patrão, I., King, G., Almeida, M. Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção Psicológica nas consultas prévia e de controlo. *Notas didácticas*.

Perloiro, M., Neto, L., & Marujo, H. (2010). We will be laughing again – Restoring Relationships with Positive Couples Therapy. In G. W. Burns (Ed.), *Happiness, Healing, Enhancement – your casebook for applying positive psychology in therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Qadir, F., Silva, P., Prince, M., & Khan, M. (2005). Marital Satisfaction in Pakistan: A pilot investigation. *Sexual and Relationship Therapy, 20*(2), 195-209.

Russo, N., Dabul, A. (1997). The Relationship of Abortion to Well-Being: Do Race and Religion Make a Difference? *Professional Psychology: Research and Practice, 28*(1), 23-31.

Sampaio, M. (2007). A Condição da Mulher no pós-referendo. *Sexualidade e Planeamento Familiar, 44/45*, 3-7.

Santos, C., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com Diagnóstico de Doença Oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças, 4*(2), 185-204.

Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 127, 139.

Sereno, S. (2009). *Interrupção Voluntária da Gravidez: Ajustamento Psicológico no Processo de Decisão*. Tese de Mestrado Inédita. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Smetana, J. (1982). *Concepts of Self and Morality – Women's Reasoning about Abortion*. New York: Praeger Publishers.