

Bruno Filipe Almeida Fernandes

Atitudes da Mulher Face à Interrupção Voluntária da Gravidez



Bruno Filipe Almeida Fernandes

Atitudes da Mulher Face à Interrupção Voluntária da Gravidez

Tese de Mestrado

Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica II

Trabalho efectuado sob a orientação de
Prof. Doutora Manuela Ferreira e Prof. Doutor João Duarte



DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à minha esposa Joana pelo incentivo, dedicação,
carinho, compreensão, paciência e apoio nos momentos
mais difíceis... pela força do teu amor,
sem o qual nada faria sentido.*

*Ao meu filho Martim pelo carinho incondicionalmente reconfortante e
pela paciência nos muitos momentos de brincadeira em falta...*

*Obrigado por estarem presentes,
sem o vosso animo tudo seria mais difícil.*

AGRADECIMENTO

À minha família pelo incentivo, compreensão e incontestável apoio , nesta árdua caminhada.

À Professora Doutora Manuela Ferreira e ao Professor Doutor João Duarte por toda a colaboração, pelos conhecimentos e pela pronta disponibilidade;

A todas as participantes por permitirem a concretização deste estudo;

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira – EPE;

A todos os que, diretamente ou indiretamente, colaboraram e viabilizaram este trabalho, nomeadamente na entrega e recolha dos questionários;

Finalmente, a todos os amigos e colegas pelas palavras de apoio e estímulo, sempre presentes neste percurso.

A todos os que se interessaram e preocuparam com a elaboração deste trabalho, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Enquadramento: A interrupção voluntária da gravidez tem sido um tema controverso nas sociedades economicamente desenvolvidas, abrangendo múltiplas perspetivas, mobilizando valores humanos, éticos, sociais, psicológicos, políticos; técnicos e económicos. O conhecimento desta temática por parte dos profissionais de saúde constitui-se como essencial na promoção do planeamento familiar e do empoderamento da mulher/ casal na adesão a comportamentos assertivos com uma vivência da sexualidade responsável e saudável.

Objetivos: Identificar as variáveis sociodemográficas e obstétricas que são determinantes nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez; Analisar a influência da autoestima, da funcionalidade familiar, do suporte social e da satisfação com a vida conjugal nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez.

Métodos: Estudo não experimental, quantitativo, descritivo-correlacional e explicativo, com uma amostra não probabilística por conveniência (n=101). A recolha de dados efetuou-se através de um questionário constituído por uma componente sociodemográfica e historial obstétrico, e por uma segunda parte onde recorremos a quatro escalas: Funcionalidade familiar, Smilkstein (1978), versão portuguesa de Azevedo & Matos (1989); Self Esteem Scale, Rosenberg (1965), versão portuguesa de Santos & Maia (1999, 2003); Satisfação com o suporte social, Ribeiro (1999); Satisfação em áreas da vida conjugal, Narciso, I. & Costa, M. E. (1996). Este instrumento de colheita de dados foi aplicado a mulheres que interromperam a gravidez num hospital da região centro.

Resultados: A idade das mulheres oscilou entre os 16 e os 49 anos, 61,4% são solteiras/ divorciadas, apresentam um agregado familiar médio de 3,18 elementos, (48,3%) são gestas três e têm em média de 5,81 semanas de gestação. 97% não planeou esta gravidez. Constatamos diferenças estatísticas significativas para as variáveis: Idade, são as mulheres mais novas que mais valorizam a dimensão “motivos de ordem pessoal” ($p=0,001$) e a “atitude total” ($p=0,036$); Nacionalidade, são as mulheres estrangeiras que maior importância atribuem à dimensão “motivos familiares” ($p=0,035$); Situação laboral, são as estudantes que revelam interromper a gravidez por “motivos de ordem pessoal” ($p=0,000$). 52,5% aponta motivos de ordem económica para a concretizar, são as mulheres mais velhas (53,6%) que maior significado atribuem à dimensão “motivos de ordem económica” ($p=0,000$), enquanto que as Primigestas o fazem por “motivos de ordem pessoal” ($p=0,000$). Verificamos ainda que os “motivos de ordem familiar” são os mais significativos nas mulheres com disfuncionalidade familiar leve ($p=0,007$), com moderada satisfação com o suporte social ($p=0,014$) e baixa satisfação conjugal ($p=0,002$). Por fim, constatamos que o Suporte social, na dimensão “intimidade” ($p=0,000 - 0,006$), face aos motivos de ordem familiar e total das atitudes, respetivamente, e “suporte social total” ($p=0,005$) relativamente aos motivos de ordem socioeconómica; e a Satisfação em áreas da vida conjugal, nas dimensões “sexualidade” ($p=0,000$) e “autonomia” ($p=0,021$), quanto aos motivos de ordem familiar e pessoal, respetivamente; têm poder preditivo sobre as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez.

Conclusão: Podemos assim afirmar que a idade, a situação laboral, a nacionalidade, ser primigesta, as motivações económicas, funcionalidade familiar, a satisfação com o suporte social e a satisfação conjugal apresentam evidências de sensibilidade no contexto da interrupção voluntária da gravidez. O conhecimento mais aprofundado das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez, permitirá produzir reflexos na prática de cuidados especializados, no contexto do planeamento familiar e pré-concepcional, visando a excelência das práticas em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.

Palavras-chave: Atitudes, interrupção voluntária da gravidez, funcionalidade familiar, autoestima, suporte social e satisfação conjugal.

ABSTRACT

Background: Voluntary pregnancy interruption has been a controversial topic in developed societies, covering multiple perspectives and comprising human, ethical, social, psychological, political, technical and economic values. The knowledge of this subject, on behalf of health professionals, is essential to promote family planning and the empowerment of the woman/couple in following assertive behaviours with a healthy and responsible sexual life.

Objectives: Identify the socio-demographic and obstetric variables which are determinant in attitudes of women faced with voluntary pregnancy interruption; analyse the influence of self-esteem, family functionality, social support and married life satisfaction in attitudes of women faced with voluntary pregnancy interruption.

Methods: Non-experimental, quantitative, descriptive-correlational and explanatory study, with a non-probabilistic convenience sample (n = 101). Data collection was carried out through a five scale questionnaire comprising obstetric history and a socio-demographic component: Family functionality by Smilkstein (1978), Portuguese version by Azevedo & Matos (1989); Self Esteem Scale, Rosenberg (1965), Portuguese version by Santos & Maia (1999, 2003); Satisfaction with Social support, Ribeiro (1999); Satisfaction in areas of married life- Narcissus, I. & Costa, M. E. (1996). This data collection instrument was applied to women who voluntarily interrupted pregnancy in a hospital of the central region.

Results: Women's ages ranged from 16 to 49 years of age, 61.4% were single/divorced, they present an average household number of 3.18 elements, (48.3%) had three pregnancies, and an average gestation of 5.81 weeks. 97% did not plan the pregnancy. Significant statistical differences were found for the variables: Age, younger women are those who most value the dimension "personal reasons" (p = 0.001) and the "total attitude" (p = 0.036); Nationality, foreign women are those who most value the dimension "family reasons" (p = 0.035); Employment situation, students are those who most indicate pregnancy interruption for "personal reasons" (p = 0.000). 52.5% point out economic reasons for the interruption, older women (53.6%) are those who most value the dimension "economic reasons" (p = 0.000), while those pregnant for the first time proceeded with the interruption for "personal reasons" (p = 0.000). It was also verified that "family reasons" are the most significant in women with mild family dysfunction (p=0,007), with moderate satisfaction in terms of Social Support (p=0,014) and low marital satisfaction (p=0,002). It was further noted that Social Support, in the "intimacy" dimension (p=0,000-0,006), due to total and family attitudes, and "total social support" (p=0,005) in relation to socioeconomical motives; Married life satisfaction, within the "sexuality" dimension (p = 0.000) and "autonomy" (p = 0.021), In relation to family and personal motives, had predictive power regarding the attitudes of women faced with voluntary pregnancy interruption.

Conclusion: It is thus stated that age, employment situation, citizenship, being pregnant for the first time, economic motivation, and family functionality, satisfaction with social support and marital satisfaction, may influence the context of voluntary pregnancy interruption. Understanding women's attitudes towards voluntary pregnancy interruption will help within the practical context of specialised care, in the context of family and pregnancy planning, aiming towards excellency in Maternal health, Obstetrics and Gynaecology practices.

Key words: Attitudes, voluntary pregnancy interruption, family functionality, self-esteem, social support and marital satisfaction.

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO.....	27
---------------------	----

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2 - SEXUALIDADE, GRAVIDEZ E MATERNIDADE.....	37
3 - INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ.....	43
4 - ATITUDE DA MULHER FACE À INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ E VARIABLES DE CONTEXTO FAMILIAR, PSICOLÓGICO E SOCIAL.....	59
4.1 - ATITUDES.....	59
4.1.1 - Componentes das atitudes.....	60
4.1.2 - Características das atitudes.....	61
4.2 - FUNCIONALIDADE FAMILIAR.....	64
4.3 - AUTOESTIMA.....	66
4.4 - SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL.....	69
4.5 - SATISFAÇÃO EM ÁREAS DA VIDA CONJUGAL.....	71
4.6 - INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ - REVISÃO DE ESTUDOS.....	73

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

5 – METODOLOGIA.....	87
5.1 – METODOS.....	87
5.2 – PARTICIPANTES.....	90
5.3 – INSTRUMENTOS.....	90
5.3.1 - Escala de funcionalidade familiar.....	91
5.3.2 - Escala de autoestima.....	95
5.3.3 - Escala de avaliação da satisfação com o suporte Social.....	99
5.3.4 - Escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal....	105
5.3.5 - Escala de avaliação das atitudes da mulher face a interrupção vo- luntária da gravidez.....	111
5.4 - PROCEDIMENTOS.....	120
5.5 - ANÁLISE DE DADOS.....	121

6 - RESULTADOS	127
6.1 - ANÁLISE DESCRITIVA	127
6.1.1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	127
6.1.2 - Caracterização dos antecedentes obstétricos da amostra.....	132
6.1.3 - Funcionalidade Familiar.....	140
6.1.4 - Autoestima.....	144
6.1.5 - Satisfação com o suporte social.....	148
6.1.6 - Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	152
6.1.7 - Atitudes da mulher face a interrupção voluntária da gravidez....	157
6.2 - ANÁLISE INFERENCIAL.....	161
7 - DISCUSSÃO.....	185
7.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	185
7.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	187
8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	209
9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	215

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA

ANEXO III – CONSENTIMENTO INFORMADO

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Consistência interna da escala de Apgar familiar, correlações item/total e respectivos valores de alfa de Cronbach.....	94
Quadro 2 - Consistência interna da escala de avaliação da autoestima.....	97
Quadro 3 - Ordenações dos indicadores da escala de avaliação da autoestima e variância explicada por fatores.....	98
Quadro 4 - Matriz de Correlação de Pearson entre fatores da escala de avaliação da autoestima.....	99
Quadro 5 - Estatísticas da consistência interna e correlações de Pearson da escala de avaliação da satisfação com o suporte social.....	102
Quadro 6 - Consistência interna dos fatores, correlações item/total e respectivos valores de alfa de Cronbach da escala de avaliação da Satisfação com o suporte social.....	104
Quadro 7 - Estatísticas e correlações de Pearson da escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal.....	107
Quadro 8 - Consistência interna dos fatores, correlações item/total e respectivos valores de alfa de Cronbach da escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal.....	110
Quadro 9 - Estatísticas e correlações de Pearson da escala de atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez.....	113
Quadro 10 - Consistência interna da escala de atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez.....	114
Quadro 11 - Total da variância explicada.....	115
Quadro 12 - Ordenações dos indicadores por fatores da escala atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez e o total da variância explicada forçada a 3 fatores.....	116

Quadro 13 - Relações entre itens e subescalas das atitudes da mulher face à interrupção da voluntária da gravidez.....	118
Quadro 14 - Comparação dos valores de alfa do estudo por subescala.....	119
Quadro 15 - Classificação dos itens da escala com os motivos de ordem familiar, pessoal e socioeconómica.....	119
Quadro 16 - Matriz de Correlação de Pearson entre fatores da escala de avaliação das atitudes da mulher face à IVG.....	120
Quadro 17 - Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a dimensão “motivos familiares” das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.....	174
Quadro 18 - Regressão múltipla entre a dimensão “motivos de ordem familiar” das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.....	176
Quadro 19 - Correlação linear de <i>Pearson</i> entre os motivos de ordem pessoal das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.....	177
Quadro 20 - Regressão múltipla entre os motivos pessoais das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.....	178
Quadro 21 - Correlação linear de <i>Pearson</i> entre os motivos socioeconómicos das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.....	179
Quadro 22 - Regressão múltipla entre os motivos socioeconómicos das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.....	180
Quadro 23 - Correlação linear de <i>Pearson</i> entre a “atitude total” da mulher face à IVG e as variáveis independentes.....	181
Quadro 24 - Regressão múltipla entre o total das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.....	182

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade em função dos grupos de idade.....	128
Tabela 2 - Estatísticas relativas ao agregado familiar em função do grupo de idade.....	131
Tabela 3 - Distribuição das variáveis sociodemográficas em função dos grupos de idade.....	132
Tabela 4 - Distribuição das variáveis obstétricas em função dos grupos de idade.....	138
Tabela 5 - Estatísticas relativas à funcionalidade familiar em função do grupo etário.....	141
Tabela 6 - Distribuição da variável funcionalidade familiar em função dos grupos etários, rendimento familiar, estado civil, antecedentes de gravidez, IVG anterior e motivos para proceder a IVG.....	143
Tabela 7 - Estatística relativa aos níveis de autoestima.....	145
Tabela 8 - Distribuição da variável autoestima em função do rendimento familiar, estado civil, primeira gravidez, antecedentes de IVG, motivos para proceder a IVG e funcionalidade familiar.....	147
Tabela 9 - Estatística relativa à satisfação com o suporte social, por dimensão e total global.....	149
Tabela 10 - Distribuição da variável Satisfação com o Suporte Social em função dos grupos etários, estado civil, número de gestações, funcionalidade familiar e autoestima.....	151
Tabela 11 - Estatística relativa à satisfação em Áreas da Vida Conjugal, por dimensão e total global.....	153

Tabela 12 - Distribuição da variável satisfação em áreas da vida conjugal em função dos grupos etários, estado civil, número de gestações, idade gestacional, funcionalidade familiar, autoestima e satisfação com o suporte social.....	156
Tabela 13 - Estatística relativa à satisfação em Áreas da Vida Conjugal, por dimensão e total global.....	158
Tabela 14 - Distribuição da variável atitudes face a IVG função dos grupos etários, estado civil, gestações anteriores, funcionalidade familiar, autoestima, suporte social e satisfação conjugal.....	160
Tabela 15 - Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função da idade.....	162
Tabela 16 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a nacionalidade.....	162
Tabela 17 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a residência.....	163
Tabela 18 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a etnia.....	163
Tabela 19 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a religião.....	164
Tabela 20 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a escolaridade.....	164
Tabela 21 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a situação laboral.....	165
Tabela 22 - Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função do agregado familiar.....	165
Tabela 23 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e o rendimento familiar.....	166

Tabela 24 - Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função do estado civil.....	166
Tabela 25 - Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função do planeamento familiar.....	167
Tabela 26 – Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função da contraceção.....	167
Tabela 27 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e o planeamento concecional.....	168
Tabela 28 - Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função das primigestas.....	168
Tabela 29 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e o número de gestações.....	169
Tabela 30 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e as motivações para a sua concretização.....	170
Tabela 31 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a idade gestacional.....	170
Tabela 32 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e os antecedentes de interrupção voluntária.....	171
Tabela 33 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a autoestima.....	171
Tabela 34 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a funcionalidade familiar.....	172
Tabela 35 – Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a satisfação com o suporte social.....	173
Tabela 36 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a satisfação conjugal.....	173

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Posologia habitual de <i>mifepristone</i> e prostaglandinas (OMS, 2012).....	49
Figura 2 - Esquema conceptual de base.....	89
Figura 3 - Síntese das relações entre os motivos de ordem familiar e as variáveis independentes APGAR familiar, autoestima, satisfação com o suporte social e vida conjugal.....	176
Figura 4 - Síntese das relações entre os motivos de ordem pessoal e as variáveis independentes APGAR familiar, autoestima, satisfação com o suporte social e vida conjugal.....	178
Figura 5 - Síntese das relações entre os motivos de ordem socioeconómica e as variáveis independentes APGAR familiar, autoestima, satisfação com o suporte social e vida conjugal.	180
Figura 6 - Síntese das relações entre o total das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes APGAR familiar, autoestima, satisfação com o suporte social e vida conjugal.....	182

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Variância de scree plot.	115
--	-----

ABREVIATURAS E SIGLAS

a. - Anos

AFE – Análise fatorial exploratória

AWHONN - Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses

cit. in – Citado por

cf. - Conforme

DGS - Direção Geral da Saúde

Dp. - Desvio padrão

DST - Doenças sexualmente transmitidas

EASAVIC - Escala de avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

ESSS - Escala de Satisfação com o Suporte Social

et al. - E outros

F - Anova

H - Hipótese

IG - Interrupção de gravidez

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

KW - Kruskal-Wallis

K - Curtose

SK - Skewness

N - Frequência absoluta

n - Frequência relativa

Nº- Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

p - p-value (nível de significância)

p. - Página

r - Valor da correlação Pearson

R² - Coeficiente de determinação

RSES - Rosenberg Self-esteem Scale

REP - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPSS - Statistical Package for the Social Science

t - T-Teste de Student

U M-W - Teste de U de Mann-whitney

WHO - World Health Organization

α - Alfa de Cronbach

€ - Euros

\bar{X} - Média

% - Percentagem

X² - Qui-Quadrado

INTRODUÇÃO

1 – INTRODUÇÃO

A gravidez, sendo um momento privilegiado de transformações pessoais e sociais, muda inevitavelmente a vida de uma mulher, ao ponto de questionar a sua própria identidade e conceito pessoal, em todo o processo de adaptação a uma nova condição e papel. A forma como a grávida vivencia todas as mudanças e os acontecimentos significativos exige, em termos de desenvolvimento, um duplo esforço físico e psicológico, nem sempre fáceis de gerir, no sentido de prevenir desequilíbrios e perturbações emocionais (Silveira, C. & Ferreira, M., 2011).

A experiência de gravidez e maternidade é caracterizada nos dias de hoje como uma possibilidade de opção. Os métodos anticoncepcionais, as tecnologias de fertilização (...) o acesso a quase todas as carreiras de mercado de trabalho, a flexibilização dos valores sobre a sexualidade e as relações íntimas abrem caminho para que a mulher possa decidir o que fazer no domínio da saúde, com destaque para os direitos sexuais e reprodutivos. Paradoxalmente, a maioria das mulheres não possui pré-requisitos necessários de forma a fazer opções refletidas e, de acordo com os seus desejos mais íntimos, usufruir deste momento do seu ciclo de vida da melhor forma possível (Canavarro, 2001; *cit. in.* Santos, I., 2012).

Os termos gravidez e maternidade são muitas vezes confundidos e até usados como sinónimos, ainda que sejam duas realidades distintas, e conseqüentemente com vivências psicológicas também diferentes, nem sempre coexistem (Serenó; *et al.*, 2009).

Contrariamente à perspetiva biológica, a mãe não é aquela que gera um filho, mas a que deseja um filho, se identifica com o papel de mãe e, conseqüentemente, o ama (Souza & Ferreira, 2005). As representações individuais da maternidade, com as quais a mulher se identifica, estarão na base da sua decisão em conceber, ser ou não mãe, adquirindo, assim, uma identidade feminina associada, ou não, à função materna (Kimura, 1997; *cit. in* Souza & Ferreira, 2005).

Para a direção geral da saúde (DGS), o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. Esta última condição pressupõe o direito de homens e mulheres serem informados, tendo acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis, e ainda o

acesso a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres desenvolverem uma gravidez e parto em segurança (DGS, 2001).

O aborto provocado tem sido apontado por alguns autores como decorrência do desconhecimento da mulher dos métodos para evitar a gravidez, défice de educação sexual, paternidade “irresponsável” ou da insuficiência de eficácia dos cuidados de saúde primários na promoção do planeamento familiar. Desta forma, a mulher é forçada a enfrentar uma gravidez que não deseja ou não está dotada de condições para a poder prosseguir (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006).

O aborto não se encontra isento de risco. As complicações resultantes são das mais diversas ordens, podendo a mulher nesta situação apresentar: hemorragia, infeção, perfuração uterina, laceração cervical, esterilidade, sentimentos de culpa, depressão e mesmo morte materna (Gesteira, Barbosa, & Endo, 2006).

Aborto seguro ou aborto de risco (inseguro) são dois termos frequentemente usados em documentos internacionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1992), defende aborto de risco como um procedimento para interromper uma gestação indesejada, realizado por pessoas não capacitadas ou em ambiente sem os padrões mínimos de segurança, ou ambos. Em contraposição, um aborto médico ou cirúrgico, realizado por um profissional treinado e capacitado, num ambiente médico adequado, é considerado seguro por implicar menores riscos para a saúde da mulher (Ribeiro F. , 2008).

Segundo a OMS, cerca de 13% das mortes maternas conhecidas devem-se a complicações resultantes de abortos em condições inseguras (OMS, 2012). Estima-se que a cada ano se realizem 22 milhões de abortos de forma insegura, o que origina a morte de cerca de 47000 mulheres e sequelas em 5 milhões de mulheres. A grande maioria destas complicações poderia ter sido evitada através de educação sexual, do planeamento familiar e do acesso ao aborto induzido de forma legal e sem riscos, despistando-se precocemente complicações inerentes ao aborto (OMS, 2013).

A declaração dos objetivos para o milénio das Nações Unidas, estabelece como meta para 2015 a redução da taxa de mortalidade materna, refletindo deste modo a importância dada à promoção da saúde reprodutiva, tendo como componentes essenciais o desenvolvimento, a redução da pobreza e das desigualdades a nível mundial (DGS, 2007).

O self é cada vez mais o elemento central do indivíduo (Menezes, 2008). Rosenberg (1965) refere-se à autoestima como a avaliação que a pessoa efetua e geralmente mantém em relação a si própria, a qual implica um sentimento de valor, que engloba uma componente predominantemente afetiva, expressa numa atitude de aprovação/ desaprovação em relação a si mesma (Romano, *et al.*, 2007). A sua importância é grande na relação do indivíduo

consigo mesmo e com os outros, influenciando a percepção dos acontecimentos e principalmente o seu comportamento (Maçola, et al., 2010). Outros autores, consideram como ponto fundamental da autoestima o aspeto da “valorização”, influenciando a forma como o indivíduo elege as suas metas, se aceita a si mesmo, valoriza o outro e projeta as suas expectativas para o futuro (Sbicigo, et al., 2010).

O indivíduo parece estar naturalmente motivado para estabelecer relações afetivas, como um instinto inerente ao desenvolvimento humano. A necessidade dos sentimentos de amor e pertença impele a pessoa a envolver-se em relações que se transformam num motor/ motivo central de e para o desenvolvimento (Narciso & Ribeiro, 2009).

É da relação conjugal, resultante de um querer livre de homem e mulher, que partem todas as outras: paternidade, maternidade, filiação, fraternidade, parentesco. Parece ser então uma espécie de ponto de partida, na constituição de uma nova constelação familiar e social que, de livre vontade, se vão ajustando mutuamente aos passos um do outro, consolidando um movimento novo: o *nós*. Traduzindo este grau de harmonia no casal por qualidade da sua relação, isto é, o desempenho na e da relação, torna-se importante compreender o lugar da satisfação, já que não são propriamente equivalentes. A satisfação conjugal será a avaliação pessoal e subjetiva 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, respetivamente. Chegamos, assim, a um ciclo que se autoalimenta: a satisfação irá influenciar a qualidade e assim sucessivamente (Narciso & Ribeiro, 2009).

A família é concebida como um sistema em constante transformação, um sistema que se adapta às diferentes exigências das diversas fases do seu ciclo de desenvolvimento, bem como às mudanças nas solicitações sociais, com o fim de assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial dos seus membros (Farinha & Afonso, 2009), nomeadamente de natureza afetiva, educativa, de socialização e reprodutiva. Apesar das alterações sofridas ao longo das gerações, a função afetiva é uma dimensão que tem persistido ao longo dos tempos. Diversos autores defendem que a qualidade do ambiente afetivo é um fator determinante na atitude da família e na percepção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade (Andrade & Martins, 2011). O funcionamento familiar refere-se ao conjunto de relações interpessoais que se dão em cada família, conferindo-lhe a sua identidade própria (Farinha & Afonso, 2009). O modo como os membros da família interagem entre si, e com os outros leva, a que as famílias possam ser consideradas funcionais e disfuncionais (Andrade & Martins, 2011).

Os enunciados teóricos clássicos indicam como fatores primordiais no aparecimento do processo de crise o desequilíbrio entre a dificuldade, a importância do problema e os

recursos disponíveis para a sua resolução. A resolução do processo de crise depende de fatores pessoais (internos) como a sua personalidade, a vulnerabilidade e a aprendizagem; e dos recursos do meio (externos) como o suporte social. O suporte social funciona assim como um “recurso de coping”, atuando essencialmente na diminuição das exigências da situação stressante. Nesta perspetiva, o suporte social é visualizado como um processo transacional em que o indivíduo interage continuamente com o meio sempre em mudança, influenciando-o e sendo por ele influenciado (Santos, R., L., 2003).

As atitudes são predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinada classe de respostas, tratando-se de um estado de preparação mental ou neural, organizado através de experiência, que exerce uma influência dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objetos ou situações com que se relaciona. Este conceito traduz-se numa valorização particular com algum grau de aprovação ou desaprovação face ao objeto da atitude (Lima, 1996; Chaiken, 1993; *in* Costa & Leal, 2005). Entenda-se neste sentido, que as atitudes não nascem num vazio social, são contrariamente fruto da interação social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que nos permitem situar a nossa posição face à de outros num determinado momento do tempo (Lima, 1994; *cit. in* Fróis, 2012). Estas assumem um papel importante na orientação e adaptação do ser humano no ambiente social, representando o aspeto fundamental entre as capacidades de perceber, sentir e empreender da pessoa, conferindo-lhe simultaneamente o significado de existência (Fróis, 2012).

Cada mulher vive cada gravidez de uma forma única e diferente, de acordo com os palcos sociais em que se movimenta, as normas e os valores pelos quais foi educada, as experiências por que passou, o seu estado de saúde, a sua emotividade e desenvolvimento psicológico, as relações que estabeleceu ao longo da vida e as características da relação que a unem ao pai do seu filho (Silveira & Ferreira, 2011).

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) tem sido um tema controverso nas sociedades economicamente desenvolvidas, abrangendo múltiplas perspetivas e mobilizando aspetos subjetivos como: valores humanos, éticos, sociais, psicológicos e políticos; e objetivos: aspetos técnicos, económicos e sociais. Esta temática tem sido discutida e investigada em vários domínios do saber, tais como a Medicina, a Sociologia, a Biologia ou a Psicologia (Serenio, Leal & Maroco, 2009).

Considerando o cenário descrito, levanta-se a seguinte questão de fundo - quais as atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez?

Consequentemente a esta questão, ainda nos interrogamos?

- Que variáveis sociodemográficas influenciam as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez;
- Que variáveis obstétricas são determinantes nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez;
- Qual a influência da autoestima nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez?
- Em que medida a funcionalidade familiar, o suporte social e a satisfação com a vida conjugal afetam as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez?

Para dar resposta às questões de investigação formuladas equacionaram-se os seguintes objetivos:

- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez;
- Identificar as variáveis obstétricas que são determinantes nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez;
- Verificar a influência da autoestima nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez;
- Analisar a influência da funcionalidade familiar, do suporte social e da satisfação com a vida conjugal com as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez.

O presente estudo encontra-se estruturado em dois tempos. Numa primeira fase procede-se ao enquadramento teórico da problemática, abordando pertinentemente temáticas relacionadas com a gravidez, maternidade, sexualidade, planeamento familiar e as suas implicações no processo de decisão/ interrupção voluntária da gravidez. As atitudes da mulher face a IVG e as variáveis em estudo (funcionalidade familiar, autoestima, suporte social e satisfação em áreas da vida conjugal), possivelmente relacionadas, encontram-se abordadas numa segunda fase deste capítulo.

A segunda parte do estudo comporta dados empíricos, apresentando-se disposto em quatro capítulos. O primeiro relaciona-se com as considerações metodológicas, onde é descrito o tipo de estudo, designadamente os procedimentos metodológicos adotados, desde a seleção da amostra, até à sua caracterização, descrevendo os instrumentos e métodos de recolha de dados. O segundo capítulo consiste na apresentação e análise estatística aplica-

da aos dados, e a análise inferencial dos resultados. O terceiro capítulo circunscreve-se à discussão das opções metodológicas e dos resultados encontrados, com o intuito de proceder à análise dos dados significativos obtidos, confrontando considerações dos autores consultados, oportunamente referenciados na fundamentação teórica.

Finalizamos, endereçando as considerações finais resultantes da análise interpretativa dos dados, na perspectiva de gerar informação pertinente para a análise da temática abordada.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO I

SEXUALIDADE, GRAVIDEZ E MATERNIDADE

2 – SEXUALIDADE, GRAVIDEZ E MATERNIDADE

Desde as mais longínquas épocas que a crença de gerar a vida faz parte da natureza da mulher, estando a maternidade intrinsecamente vinculada à identidade feminina.

Os termos gravidez e maternidade são muitas vezes confundidos e até usados como sinónimos, ainda que sejam duas realidades distintas, e conseqüentemente com vivências psicológicas também diferentes, nem sempre coexistem (Sereno; *et al.*, 2009)

Tanto assim é que, nos relatos mitológicos (como, por exemplo, o mito grego de Deméter, a história bíblica de Eva e a vida da Deusa Lansã), as imagens de mãe e mulher já se apresentavam indissociadas, contribuindo para que, historicamente, a maternidade tenha sido considerada uma vicissitude biológica, isto é, uma decorrência natural e inevitável à condição feminina, ainda que saudável e desejável. Conseqüentemente, as mulheres mães alcançavam reconhecimento perante a sociedade e desenvolviam uma identidade positiva, enquanto que as mulheres não mães recebiam rótulos negativos, tornando-se mais suscetíveis a desenvolver uma identidade negativa (Daniluk, 1999, *cit. in* Souza & Ferreira, 2005).

Tal concepção naturalizada da maternidade predominou até o século 20, quando o movimento feminista começou a questioná-la de forma mais sistemática, juntamente com reivindicações associadas à saúde reprodutiva, sexualidade e identidade feminina (Badinter, 1985; *cit. in* Souza & Ferreira, 2005). Neste sentido, as duas primeiras décadas do século XX assistiram ao surgimento da primeira onda feminista, na qual as mulheres pela primeira vez se organizaram, com a finalidade de levantar questões que diziam respeito à identidade feminina, reivindicando, assim, maior inserção profissional, direitos mais equitativos e clínicas para o controle da natalidade (Costa, Barroso & Sarti, 1985; *cit. in* Souza & Ferreira, 2005). As reivindicações do movimento feminista forneceram, assim, as bases para o desenvolvimento de uma nova perspectiva acerca da identidade feminina, que não mais considera a maternidade enquanto definição desta identidade mas como um dos múltiplos fatores psicossociais que a configuram (Scavone, 1985; *cit. in* Souza & Ferreira, 2005). Por outras palavras, a maternidade passa a ser concebida como uma das opções disponíveis associada à identidade feminina, um propósito individual concebido pela mulher, por e para si, uma opção que emerge associada a outros projetos pessoais, vinculados à sua realização profissional, independência económica e ao livre exercício da sexualidade (Batista, 1995; *cit. in* Souza & Ferreira, 2005).

Nunes (1997), *cit. in* (Costa A., 2009), estabelece cinco etapas na compreensão da sexualidade, associadas ao mundo ocidental. A primeira será a compreensão semidivinizada das sociedades agrárias, onde o sexo era encarado como um elemento sagrado, ou seja, um culto à fertilidade. A segunda etapa identificada inicia-se com o advento das civilizações urbanas do mundo antigo. O sexo passa a ser mais racionalizado, distinguindo-se o sexo da reprodução, sendo possível introduzir a noção de prazer. A terceira etapa, denominada “civilização cristã”, onde o corpo é sinónimo de maldade demoníaca e a repressão do sexo constitui o ideal da vida cristã. A quarta etapa encontra-se relacionada com a transformação do mundo medieval e o advento da sociedade capitalista, onde a nova sociedade necessitava de energia sexual para o trabalho, sendo a repressão sexual muito forte. A última etapa acontece com a perda da hegemonia europeia, onde só uma transformação completa das relações humanas, a começar pelas relações de produção exploradoras e alienantes, fará transformar a dimensão atual da sexualidade humana.

De forma sumária, Sprinthall e Collins (2003), *cit. in* (Costa A., 2009), consideram que a sexualidade engloba as atitudes, as emoções e os comportamentos, relacionados não só com a capacidade de procriar, mas também com os padrões sociais e pessoais associados às relações físicas íntimas.

Quando se fala de gravidez, muitas vezes esquece-se que está intimamente ligada à sexualidade, área onde houve mais mudanças para as mulheres durante as últimas décadas. No entanto, devemos destacar duas funções evidentes da sexualidade como área de prazer, comunicação e afetos e a sexualidade como função procriativa. A maioria das pessoas situa-se bem nesta dupla dimensão. O comportamento sexual dirigido à procura do outro, à comunicação e ao prazer, está intimamente ligado ao uso coerente dos métodos contraceptivos, o que permite distinguir ambas as funções (Zapiain, 1996; *cit. in* Sereno; *et al.*, 2009).

Para a OMS, “*A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental*”. Esta definição, apesar de todas as suas fragilidades, limitações e contornos pouco claros, é certamente uma das mais divulgadas de todas as definições de sexualidade (Pontes, 2011).

Para o mesmo autor, a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

Neste sentido, contrariamente à perspectiva biológica, a mãe não é aquela que gera um filho, mas a que deseja um filho, se identifica com o papel de mãe e, conseqüentemente, o ama (Batista, 1995; *cit. in* Souza & ferreira, 2005). Assim, podemos admitir que a maternidade não tem como pré-requisito um determinismo biológico, mas sim um caracter representativo pessoal. Uma abordagem psicossocial pressupõe que a identidade materna se constitua no seio das relações, contínuas e mútuas, que as mulheres estabelecem consigo mesmas e com os outros. Dito de outra forma, as representações individuais da maternidade, com as quais a mulher se identifica, estarão na base da sua decisão em conceber, ser ou não mãe, adquirindo assim uma identidade feminina associada, ou não, à função materna (Kimura, 1997; *cit. in* Souza & Ferreira, 2005).

De acordo com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), segundo a (DGS, 2001), o conceito de Saúde Reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. Esta última condição pressupõe o direito de homens e mulheres serem informados, tendo acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis, e ainda, o acesso a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres desenvolverem uma gravidez e parto em segurança, oferecendo aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, ainda, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais.

Nesta linha de pensamento, segundo a mesma entidade, as atividades de planeamento familiar insurgem-se com o objetivo de:

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- Regular a fecundidade segundo o desejo do casal;
- Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis;
- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil;
- Reduzir a incidência das doenças sexualmente transmitidas (DST) e as suas conseqüências, nomeadamente a infertilidade;
- Melhorar a saúde e o bem-estar da família;

A interrupção da gravidez por opção da mulher, não sendo uma forma de planeamento familiar, levanta questões relacionadas com o mesmo. Não só porque é imperativo o encaminhamento para o planeamento familiar de todas as mulheres que sejam submetidas a um aborto, mas também, porque muitas vezes a interrupção voluntária da gravidez (IVG) surge na sequência de gravidezes indesejadas que resultam de um planeamento familiar ineficaz (Canário, 2009).

CAPITULO II

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

3 - INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Vida e morte articulam-se no jogo existencial do ser humano. A questão do aborto é fonte de reflexões desde os primórdios da civilização e reclama diligências para a tentativa de seu enquadramento social ao longo da história do pensamento humano (Marta & Job, 2008)

O aborto, prática clandestina por excelência, carrega a marca da reprovação, mas nem sempre assim o foi no decorrer da história da humanidade.

Historicamente, o aborto é utilizado como forma de contraceção e mantido como prática privada até o século XIX, estando sempre trespasado por questões morais, éticas, jurídicas e religiosas que perduram até hoje (Rebouças & Dutra, 2011).

Tendo em conta o mesmo autor, há registro de que o aborto acontecia desde a Antiguidade, havendo menções suas no Código de Hamurabi, criado pela civilização babilônica no século V a.C. Neste código o aborto era referido como crime praticado por terceiro, e caso a prática abortiva resultasse na morte da gestante, o alvo da pena era o filho do agressor. Existem também menções ao aborto nos escritos egípcios sobre contraceção que datam de 1850 a 1550 a.C., nos quais se falava de receitas com ervas cujas propriedades químicas, descobertas com a ciência moderna, poderiam ser contracetivas ou causar à mulher aborto e infertilidade.

Na Antiga Grécia o aborto era preconizado por Aristóteles como método eficaz para limitar os nascimentos e manter estáveis as populações das cidades gregas. A prática do aborto era corrente e encarada naturalmente, sendo feita, sobretudo, entre as meretrizes (Rebouças & Dutra, 2011). Já Hipócrates, no seu juramento, assumiu o compromisso de não aplicar pessário em mulheres para provocar o aborto. Entre os Gauleses e Romanos, o aborto era considerado um direito natural do pai, que era o chefe incontestável da família, com livre arbítrio sobre a vida ou a morte de seus filhos, nascidos ou não nascidos (Pinto & Tocci, 2003).

Entre alguns povos indígenas o aborto tem um sentido diferente de contraceção ou de interesses políticos e econômicos. Algumas tribos da América do Sul o aborto acontece em função da maternidade, isto é, todas as mulheres grávidas de seu primeiro filho abortam para facilitar o parto do segundo filho. Noutros povos aborta-se por se considerar o feto endemoniado, por mulheres jovens terem engravidado antes de serem iniciadas e também por fatores ligados à condição do pai (quando o “bebê” tem muitos pais, quando o pai for paren-

te ou estrangeiro, ou quando o pai morre). Pode acontecer também devido à impossibilidade de se seguir o grupo nômada ou pela escassez de alimentos (Rebouças & Dutra, 2011).

Com o advento do cristianismo, o autor refere ainda que, o aborto passou a ser definitivamente condenado. Do livro do Êxodo, consta que entre os povos hebreus era multado o homem que ferisse a mulher grávida, fazendo-a abortar. Este ato de violência obrigava àquele que a ferisse a pagar uma multa ao marido diante dos juízes; porém, se a mulher viesse a morrer em consequência dos ferimentos recebidos aplicava-se ao culpado a pena de morte (Pinto & Tocci, 2003).

De acordo com Galeotti (2007), existe um marco divisório na história do aborto, que seria o século XVIII, principalmente após a Revolução Francesa. Nesse período passou-se a privilegiar o feto, pelo fato de este se tornar um futuro trabalhador e soldado. Antes disso, o feto era considerado somente um apêndice do corpo da mãe e o aborto era uma questão unicamente da mulher, já que só ela poderia testemunhar sua gravidez (Rebouças & Dutra, 2011).

Nos primeiros tempos da República era bem tolerada, quando a natalidade era alta, mas com o declínio da taxa de natalidade a partir do Império, a legislação tornou-se extremamente severa, caracterizando o aborto provocado como delito contra a segurança do Estado. No Século XIX, o aborto expandiu-se consideravelmente entre as classes mais populares, em função do êxodo crescente do campo para a cidade. Na classe alta o controle da natalidade era obtido através de uma forte repressão sexual sobre seus próprios membros e a prática do aborto, embora comum, era severamente condenada (Pinto & Tocci, 2003).

Durante a Primeira Guerra Mundial os países da Europa Ocidental, sobretudo aqueles que sofreram grandes baixas, optaram por uma política natalista, com o endurecimento da legislação do aborto. Após a Segunda Guerra Mundial, as leis continuaram bastante restritivas até a década de 60, com exceção dos países socialistas, dos países escandinavos e do Japão (país que apresenta lei favorável ao aborto desde 1948, ainda na época da ocupação americana).

Consta-se que, originadas sob inspiração cristã, as legislações contrárias ao aborto sempre contaram com o apoio de diferentes igrejas, que se opuseram tenazmente a todas as tentativas de legalização (Pinto & Tocci, 2003). A partir da primeira metade do século XX, considerando a gravidade do problema no âmbito da saúde pública, as leis sobre o aborto começaram a ser mais flexíveis pela autonomia dos Estados laicos da Europa, Estados Unidos, Canadá, Cuba e Índia. Em consonância com tais ideias, após a década de 70, muitos outros países reduziram as limitações e as incriminações judiciais sobre a sua prática (Marta & Job, 2008).

A vasta transformação das ideias e dos costumes que se operou na segunda metade do século XX em grande parte do mundo, principalmente o industrializado sob influência do feminismo, levou a novas posturas baseadas no entendimento de que a mulher tem o direito individual e social de controlar o próprio corpo e, portanto, ser livre para decidir a interrupção da gravidez (Pinto & Tocci, 2003).

A IVG é uma condição em que o término da gravidez é desejado pela mulher grávida, sem que existam problemáticas de saúde da mulher ou do embrião/feto que comprometam o normal decurso da gestação. Inclui-se também neste critério a interrupção da gravidez que resultou de uma relação sexual não consentida, submetida a um crime contra a autodeterminação sexual da mulher (Canário, 2009).

Apesar da IVG ser uma prática comum em todos os países do mundo e em quase todas as culturas desde os primórdios da história da humanidade, a sensibilidade e a delicadeza da matéria são evidentes.

A IVG, por opção da mulher, tem sido um tema controverso nas sociedades economicamente desenvolvidas. Abrangendo múltiplas perspectivas e mobilizando aspetos subjetivos (valores humanos, éticos, sociais, psicológicos e políticos) e objetivos (aspetos técnicos, económicos e sociais). Esta temática tem sido discutida e investigada em vários domínios do saber, tais como a Medicina, a Sociologia, a Biologia ou a Psicologia (Ribeiro & Araujo, 1998; *cit. in* Sereno, Leal, & Maroco, 2009).

Considerando Gesteira, Barbosa, & Endo (2006), o aborto provocado tem sido apontado por alguns autores como decorrência do desconhecimento da mulher dos métodos para evitar a gravidez, défice de educação sexual, paternidade “irresponsável” ou da insuficiência de eficácia dos cuidados de saúde primários na promoção do planeamento familiar. Desta forma, a mulher é forçada a enfrentar uma gravidez que não deseja ou não está dotada de condições para a poder prosseguir.

Os mesmos autores consideram ainda que, as mulheres têm apresentado variadas justificações para fundamentar a sua decisão de não prosseguir com a gravidez, tais como: condição financeira inadequada, violência doméstica, projeto de vida, desemprego e agregado familiar numeroso, entre outros. Quando se deparam com uma gravidez indesejada as mulheres passam, numerosas vezes, por um processo solitário sem poder contar com o apoio do parceiro e/ou da família.

Após a “descoberta” de uma gravidez não desejada, a mulher toma consciência da existência de duas alternativas à resolução da situação de conflito em que se encontra: o prosseguir ou interromper a gravidez. Confrontada com estas opções, a mulher tende a avaliar as vantagens e as desvantagens de ambas as alternativas, em função dos seus valores

e das suas crenças (em relação ao aborto induzido e à maternidade), do desejo da gravidez, dos ganhos ou perdas inerentes, bem como da antecipação de aprovação ou reprovação por parte dos outros e do seu *self* (Sereno, Leal & Maroco (2009).

Do ponto de vista psicológico a IVG pode ser entendida como uma experiência com importantes significações e implicações emocionais, intimamente relacionadas com as características de personalidade e as experiências prévias de cada mulher, as suas relações interpessoais, as suas crenças religiosas, as suas contingências de vida e o ambiente social, cultural e legal circundante (Stotland, 2000; *cit. in* Sereno, Leal & Maroco ,2009).

Desde que a gravidez é confirmada até a decisão final de interrompê-la, a mulher passa por um período complexo e extremamente sensível. A decisão de interromper a gravidez confronta as mulheres perante um dilema, deparando-se com um conflito em virtude das suas crenças, princípios religiosos e valores, os quais contribuem para um sentimento de culpa. Quando decidem, sozinhas ou junto do parceiro ou família, as mulheres trabalham esta culpa, remetendo-a para segundo plano, visando a resolução imediata da sua situação. Para esta mulher, o aborto torna-se a sua única saída, o que servirá para amenizar este sentimento de culpa (*Gesteira, Barbosa, & Endo, 2006*)

Talvez por não haver ainda o completo reconhecimento social das mulheres como adultos morais competentes, muitas vezes a IVG como solução reprodutiva é apresentada como uma decisão egoísta e fria. Segundo este ponto de vista, uma mulher que o realiza é vista como uma criminosa, como alguém que cometeu um delito (Zugaib, 1990, *cit. in* Sereno, Leal & Maroco (2009

O aborto não é isento de risco. As complicações resultantes são das mais diversas ordens, podendo a mulher nesta situação apresentar (ou não): hemorragia, infeção, perfuração uterina, laceração cervical, esterilidade, sentimento de culpa, depressão e mesmo morte materna (*Gesteira, Barbosa, & Endo, 2006*).

Aborto seguro ou aborto de risco (inseguro) são dois termos frequentemente usados em documentos internacionais. A OMS (1992), defende aborto de risco como um procedimento para interromper uma gestação indesejada, realizado por pessoas não capacitadas ou em ambiente sem os padrões mínimos, ou ambos. Em contraposição, um aborto médico ou cirúrgico, realizado por um profissional treinado e capacitado, num ambiente médico adequado, é considerado seguro por implicar menores riscos para a saúde da mulher (Ribeiro F. , 2008).

Tendo em conta a DGS (2007), segundo a Declaração dos Objetivos para o Milénio das Nações Unidas, estabelece-se como meta para 2015 a redução da Taxa de Mortalidade Materna, refletindo deste modo, a importância dada à promoção da saúde reprodutiva como

componente essencial para o desenvolvimento, redução da pobreza e das desigualdades a nível mundial.

As causas de mortalidade materna são múltiplas. As mulheres podem morrer durante a gravidez, no parto ou no decurso de uma interrupção da gravidez, na ausência de acesso a cuidados especializados de saúde.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), cerca de 13% das mortes maternas conhecidas devem-se a complicações resultantes de abortos em condições inseguras. O aborto inseguro pode, também, comprometer o futuro reprodutivo da mulher causando, por exemplo, infertilidade. A grande maioria das mortes e complicações, relacionadas com o aborto inseguro, podem ser prevenidas. Procedimentos para a indução do aborto, realizados precocemente, são simples e seguros; com cuidados de saúde e técnicas corretas, o aborto pode ser um dos procedimentos médicos mais seguros.

Apesar destes avanços, segundo a (OMS, 2013) estima-se que a cada ano se realizem 22 milhões de abortos de forma insegura, o que origina a morte de cerca de 47 000 mulheres e sequelas em 5 milhões de mulheres. A grande maioria destas mortes e sequelas poderia ter sido evitada através de educação sexual, do planeamento familiar e do acesso ao aborto induzido de forma legal e sem riscos, despistando-se precocemente complicações inerentes ao aborto.

O aborto é caracterizado pela interrupção da gravidez, da qual resulta a morte do ovo, do embrião ou do feto, segundo a idade gestacional. Ressaltando que não é necessário que haja expulsão do produto da concepção pelo organismo da mulher, mas tão somente que este seja morto (Pinto & Tocci, 2003).

Por sua vez, Salomão (1994), *cit. in* Ribeiro F. (2008), a palavra aborto tem origem do latim *aboriri*, significando “separação do sítio adequado”. Este termo refere-se ao produto da concepção eliminado da cavidade uterina ou abortado. Por sua vez, o termo abortamento, mais amplamente aceite na área médica, diz respeito ao processo de ameaça à gravidez que pode, ou não, culminar na perda gestacional.

A terminologia anglo-saxónica utiliza a expressão *abortion* para definir quer o procedimento quer o resultado subjacentes à interrupção da gravidez, antes da viabilidade fetal. Devem distinguir-se os conceitos, nomeadamente abortamento, que constitui o procedimento ou evento que leva ao aborto, que se constitui como resultado (Nunes, 2000; *cit. in* Canário, 2009). O aborto resulta da interrupção da gravidez antes de ter sido alcançada a viabilidade fetal (WHO, 1970, 1997; Llewellyn-Jones, 2001; *cit. in* Canário, 2009).

Tendo em conta Graça, L.; *et al.* (2005), designa-se por abortamento o processo de término da gravidez, induzido ou espontâneo, antes de se atingir um tempo de gestação que

permita teoricamente a viabilidade fetal. A definição desse tempo mínimo é universalmente uniforme.

Segundo a OMS, existe abortamento se a gravidez termina antes das 22 semanas completas de idade gestacional ou se o produto for inferior a 500 gramas. Neste contexto, estaremos perante um abortamento precoce quando este ocorre nas primeiras 12 semanas de gestação e tardio depois desta idade. Salienta-se o facto do aborto precoce ser identificado clinicamente numa em quatro mulheres ao longo da sua vida reprodutiva (Graça, L.; *et al.*, 2005).

Sob a designação de aborto espontâneo, podemos considerar seis enquadramentos clínicos distintos: ameaça de abortamento, aborto retido, abortamento em evolução, abortamento incompleto, abortamento completo e abortamento de repetição (Graça, L.; *et al.*, 2005).

Complementando, Lowdermilk & Perry (2008), consideram aborto induzido quando estamos perante uma interrupção propositada da gravidez antes das 20 semanas de gestação. Sendo este realizado a pedido da mulher, é designado como aborto eletivo; quando realizado por razões de saúde da mãe ou do feto, é denominado por aborto terapêutico.

Os métodos e as subseqüentes técnicas que podem ser levados a cabo para proceder à interrupção da gravidez devem ser escolhidos em função do tempo de gestação e do protocolo assumido pela instituição de saúde onde é realizado. A interrupção pode ser realizada através de métodos médicos, cirúrgicos ou mistos, sendo que cada um destes comporta, naturalmente, riscos diferentes (Filshie, 1986; Graça, 2000b; *cit. in* Canário, 2009).

A interrupção da gravidez pode ser realizada em três momentos da gestação: precoce (até às oito semanas de gestação), durante o primeiro trimestre e durante o segundo trimestre. No entanto, é recomendado que a interrupção da gravidez seja levada a cabo antes das 20 semanas de gestação, a não ser em circunstâncias especiais como os de problemas genéticos, anomalias fetais graves ou problemas graves de saúde materna (Filshie, 1986; *cit. in* Canário, 2009).

Segundo Lowdermilk & Perry (2008), no primeiro trimestre, para a realização do aborto precoce (antes das nove semanas de gestação) são incluídos métodos cirúrgicos (curetagem por aspiração) e médicos (*mefipristona* com *misoprostol* e *metotrexato* com *misoprostol*). O aborto do segundo trimestre é realizado através da dilatação e evacuação, com recurso a indução de contrações uterinas por soluções hipertónicas (injetáveis *in útero*) e uterotónicos (*misoprostol* e *dinoprostona*). Este é o procedimento mais frequentemente utilizado, constitui cerca de 0,5% de todos os abortos registados nos Estados Unidos.

Os métodos a serem preferencialmente adotados até às 12 ou 14 semanas completas, desde a data da última menstruação, incluem a aspiração a vácuo, manual ou elétrica, ou métodos médicos, que utilizam *mifepristona* seguida por uma combinação de prostaglandinas. A administração de *mifepristona* seguida de uma prostaglandina foi comprovada como segura e eficaz até 9 semanas completas de gestação, existindo evidencia limitada que um regime de doses repetidas de *misoprostol* entre 9 e 12 semanas é seguro e eficaz. Contudo, o *misoprostol* sozinho é menos eficiente do que quando utilizado em combinação com *Mifepristone*. O recurso a métodos médicos abortivos requerer o apoio da aspiração a vácuo, na eventualidade de falha ou aborto incompleto (OMS, 2012).

Quanto aos métodos a adotar após as 12 semanas completas, uma variedade de situações se levanta pela necessidade de aborto numa fase mais tardia da gravidez. Neste sentido, todos os níveis de sistema de saúde têm de ser capazes de fazer um encaminhamento para centros habilitados e especializados nesta área, garantindo a segurança no procedimento. O diagnóstico de anomalias fetais é normalmente realizado posteriormente às 12 semanas de gravidez, como por exemplo, uma doença cardiovascular grave ou neoplasia exigirá um tratamento agressivo para a mulher, permitindo-se neste caso o aborto tardio por razões médicas (OMS, 2003). O método médico de eleição para o aborto, após as 12 ou 14 semanas completas, é o *mifepristone* seguido de doses repetidas de uma prostaglandina, como o *misoprostol*. O método cirúrgico recomendado é a dilatação e a evacuação, recorrendo uma pinça de sucção (OMS, 2012).

Para embarazos con una edad gestacional de 9 semanas (63 días) como máximo

- 200 mg de **mifepristona** por vía oral.
- Se recomienda que la administración de **misoprostol** se realice entre 1 y 2 días (24 a 48 horas) después de la mifepristona.
- En el caso de la vía vaginal, bucal o sublingual, la dosis recomendada de misoprostol es 800 µg.
- En el caso de administración oral, la dosis recomendada de misoprostol es 400 µg.
- En el caso de gestaciones con un máximo de **7 semanas** (49 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal, sublingual u oral. Después de las 7 semanas de gestación, no debe emplearse la administración oral de misoprostol.
- En el caso de gestaciones con un máximo de **9 semanas** (63 días), puede administrarse el misoprostol por vía vaginal, bucal o sublingual.

Para embarazos con una edad gestacional entre 9 y 12 semanas (63 a 84 días)

- 200 mg de **mifepristona** por vía oral, seguida de, 36 a 48 horas después:
- 800 µg de **misoprostol** por vía vaginal administrado en un centro de salud. Es posible administrar un máximo de cuatro dosis adicionales de 400 µg de misoprostol con intervalos cada tres horas, por vía vaginal o sublingual.

Para embarazos con una edad gestacional mayor a 12 semanas (>84 días)

- 200 mg de mifepristona por vía oral, seguida de, 36 a 48 horas después:
- 400 µg de misoprostol por vía oral u 800 µg por vía vaginal seguido de 400 µg de misoprostol por vía vaginal o sublingual cada tres horas con un máximo de cinco dosis, administrado en un centro de salud. En el caso de embarazos con una edad gestacional superior a las 24 semanas, es necesario reducir la dosis de misoprostol debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero la falta de estudios clínicos impide realizar recomendaciones de posología específicas.

Figura 1 – Posologia habitual de *mifepristone* e prostaglandinas (OMS, 2012)

Outro método para abortos médicos iniciais (até às 7 semanas), nalguns países onde a *mifepristona* está indisponível, é o recurso ao *Metotrexato*. Trata-se de um fármaco citotó-

xico usado para o tratamento de cancro, artrite, psoríase e outras doenças, em combinação com o *misoprostol* (OMS, 2013).

As atuais diretrizes da DGS (2007) referem que a interrupção médica da gravidez tem-se verificado segura e eficaz, sendo os seus resultados equivalentes aos dos métodos cirúrgicos. O procedimento mais praticado, e também o recomendado pela OMS, pressupõe a utilização conjunta de *mifepristone* e *misoprostol*, sendo esta utilização altamente eficaz, segura e bem tolerada na interrupção da gravidez até às nove semanas (Canário, 2009).

O método médico pode ser praticado até à nona semana de gravidez em regime de ambulatório, num estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido. A gravidez é interrompida através de fármacos orais, consistindo na administração de *mifepristone*, e 36/48 horas mais tarde, de prostaglandinas (Patrão, King, & Almeida, 2008). Os efeitos da interrupção médica da gravidez são semelhantes aos de um aborto espontâneo e incluem hemorragia, dores abdominais ligeiras ou moderadas, podendo ocorrer náuseas, vômitos e diarreia. A hemorragia, semelhante à de uma menstruação, prolonga-se geralmente durante dez dias. Este método não necessita de hospitalização, contudo a administração dos comprimidos deve ser feita rigorosamente de acordo com a indicação médica. Em caso de falha, o aborto terá de ser completado cirurgicamente (Direção Geral de Saúde, 2007).

Do ponto de vista médico, a interrupção da gravidez realizada precocemente é um procedimento simples e seguro, associado a uma rápida recuperação, sendo que quando mais tardiamente realizada maiores riscos acarreta (Filshie, 1986; Graça, 2000b, *cit. in* Canário (2009).

O aborto pode comprometer a saúde da mulher em graus variáveis. A gravidade das complicações mórbidas advindas do aborto tende a aumentar com a duração da gravidez. Embora também possam ocorrer nos casos de aborto espontâneo, as complicações são mais graves e mais frequentes quando o aborto é induzido (Pinto & Tocci, 2003).

A OMS (WHO, 1970), *cit. in* Canário (2009), considera como complicações mais frequentes após a interrupção da gravidez: hemorragias, infeções locais e sistémicas, danos no trato genital e órgãos internos, e reações químicas ou tóxicas causadas por agentes usados para realizar o aborto. Como complicações tardias, o mesmo autor elenca culpabilização ou arrependimento ou mesmo o surgimento de sequelas psiquiátricas, considerando que estas serão mais frequentes perante história de doença mental prévia.

Para Lowdermilk & Perry (2008), existem diversos os fatores que contribuem para a decisão da mulher em abortar, nomeadamente: preservação da vida ou saúde da mãe; doença genética do feto; violação ou incesto; pedido da grávida. Acrescenta ainda o autor que, o controlo do nascimento, ligado como está à sexualidade humana e às questões da vida e

da morte, é um dos componentes mais emocionais dos cuidados de saúde e que desde os meados do século XX se tem constituído num aspeto socialmente controverso.

O aborto pode assim ocorrer em função de diferentes circunstâncias, sejam elas interrupções voluntárias da gravidez, interrupções médicas da gravidez ou interrupções espontâneas da gravidez.

Mesmo quando os métodos de planeamento familiar são largamente acessíveis e utilizados, podem ocorrer gravidezes inesperadas que as mulheres não desejam prosseguir. Neste sentido, a OMS recomenda que os países tenham leis que autorizem a interrupção da gravidez em condições de segurança, que preservem a saúde física e psíquica da mulher. Assim, têm sido instituídas regras para proteger a mulher, considerando as consequências e complicações do aborto, nomeadamente no que se refere ao aborto inseguro, ilegal e clandestino, gravosamente associado a mortalidade e morbilidade maternas, enquanto importante, e internacionalmente reconhecido, problema de saúde pública.

Durante as últimas duas décadas a evidência relacionada com a saúde, as tecnologias e os fundamentos lógicos dos direitos humanos, para propiciar um atendimento seguro e integral para a realização de abortos, avançou amplamente (OMS, 2013).

“No mundo de dor e sofrimento em que o aborto habita, é fundamental que o Estado, em condições legais, garanta às mulheres um digno atendimento na rede pública de saúde a fim de minimizar o penar, as sequelas e o pesar pelas mortes na clandestinidade, em plena luz do dia”.

(Marta & Job, 2008)

Foi na década de 80 que surgiu a primeira legislação em Portugal sobre interrupção voluntária da gravidez (Canário, 2009).

A interrupção da gravidez em Portugal, ao longo do tempo, foi sendo regulamentada por diferentes documentos jurídicos, nomeadamente os seguintes: *Lei n.º6/84 de 11 de maio* sobre exclusão de ilicitude em alguns casos de IVG; *Decreto-Lei n.º48/95 de 15 de março* que aprova o Código Penal; *Lei n.º90/97 de 30 de julho* que altera os prazos de exclusão de ilicitude nos casos de IVG; *Portaria n.º189/98 de 21 de março* e *Lei n.º16/07 de 17 de abril* sobre exclusão de ilicitude nos casos de IVG (Canário, 2009).

Mais recentemente, e por último, um novo documento jurídico foi publicado em 2007 (*lei n.º 16/2007 aprovada a 17 de abril*), na sequência do referendo nacional sobre a prática do aborto a pedido da mulher, apresentando alterações face exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, que passa então a englobar a exclusão de ilicitude

aplicada aos casos de fetos inviáveis, cuja interrupção poderá ser praticada em qualquer momento da gravidez, assim como a interrupção da gravidez por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gestação. A legislação enquadra a despenalização IVG, por opção da mulher, em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos (Canário, 2009).

O *artigo 142º* do Código Penal (2008), alterado com a redação que lhe foi incluída pelo *Decreto-Lei n.º48/95 de 15 de março*, pela *Lei n.º90/97 de 30 de julho* e pela *Lei n.º16/2007 de 17 de abril*, nos moldes do anteriormente expresso contempla ainda a verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez, bem como a prestação do consentimento. No mesmo sentido, o tempo de gestação no momento da interrupção deve ser confirmado através de ecografia (Canário, 2009).

No mesmo *artigo 142º*, encontra-se descrita a forma que o consentimento deve assumir nesta intervenção específica. Deste modo, o consentimento deve ser prestado em documento assinado pela mulher ou representante legal, no caso de a mulher ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, idealmente num período de três dias anteriores à data da interrupção. Excetuam-se as situações de interrupção voluntária da gravidez a pedido da mulher nas primeiras 10 semanas de gestação, em que o consentimento deve ser prestado sempre após um período de reflexão mínimo de três dias posterior a consulta médica, que visa fornecer a informação suficiente para uma tomada de decisão livre, informada e esclarecida (Canário, 2009).

De acordo com a legislação em vigor, a mulher deve obrigatoriamente beneficiar de uma consulta médica prévia à IVG, sendo que o período entre a marcação e a consulta não deve ser superior a 5 dias.

Segundo a *Portaria nº 741-A/2007 (artigo 16º)*, no âmbito da consulta prévia, o médico, ou outro profissional de saúde habilitado, deve prestar todas as informações e os esclarecimentos necessários à mulher grávida ou ao seu representante legal, tendo em vista uma decisão livre, consciente e responsável, designadamente sobre: *a) O tempo da gravidez; b) Os métodos de interrupção adequados ao caso concreto; c) As eventuais consequências para a saúde física e psíquica da mulher; d) As condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez e à maternidade; e) A existência de um período obrigatório de reflexão; f) A disponibilidade de acompanhamento psicológico e por técnico de serviço social durante o período de reflexão; g) Os métodos contraceptivos.*

A consulta é seguida de um período de reflexão de três dias, podendo, se o desejar, solicitar acompanhamento psicológico antes, durante e após o processo de interrupção da gestação (DGS, 2007).

A Portaria nº 741-A/2007 (artigo 19º) refere ainda que os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos devem garantir às mulheres que interrompam a gravidez a prescrição de um método contraceptivo, desde que adequado, assim como a marcação de uma consulta de saúde reprodutiva/ planeamento familiar a realizar no prazo máximo de 15 dias após a interrupção da gravidez.

Neste contexto, torna-se necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os profissionais de enfermagem, estejam sensibilizados para com esta população feminina e para com a sua complexa problemática, assumindo o seu papel proativo na promoção da saúde e bem-estar da mulher, considerando e respeitando a sua condição individual, holística e poder de autodeterminação, de forma imparcial e profissional.

Florence Nightingale definiu cuidados de enfermagem como a forma de colocar a pessoa humana na sua melhor condição, por forma a que a natureza possa agir (Ferraz e Couto 2005; *cit. in* Costa, A., 2009).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1998), descreve a Enfermagem como *“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*.

A Ordem dos enfermeiros (OE, 2011) considera que a enfermagem no decurso dos últimos anos registou uma evolução significativa, quer ao nível da respetiva formação de base, como no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer o significativo valor do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde, assim como no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

Atualmente a Enfermagem apresenta uma intervenção diversificada regida por objetivos fundamentais do exercício da atividade dos enfermeiros, nomeadamente: Promoção da saúde, Prevenção da doença, Tratamento, Reabilitação e Reinserção Social (*Decreto de Lei nº161/96, de 4 de setembro, Art.º8.º, ponto 2, cit. in* Costa A., 2009).

Em concordância com o conceito alvo de intervenção, definido e assente na premissa que *“os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”*, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (OE, 2010).

O enfermeiro especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, segundo o seu regulamento de competências específicas (*Decreto lei n.º 127/2011, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica de 18 de fevereiro de 2011*), assume a responsabilidade pelo exercício das seguintes áreas de atividade de intervenção:

1. *Planeamento familiar e pré-concepcional - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional;*
2. *Gravidez - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal;*
3. *Parto - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto;*
4. *Puerpério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-natal;*
5. *Climatério - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período peri-menopáusicos;*
6. *Ginecologia - assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;*
7. *Comunidade - assistência às mulheres em idade fértil, atuando no ambiente em que vivem e se desenvolvem, no sentido de promover a saúde sexual, reprodutiva e prevenir processos de doença.*

(OE, 2010)

Mais especificamente, no contexto da temática da interrupção voluntária da gravidez:

- *Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento: Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-aborto;*
- *Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento: Identifica e monitoriza trabalho de abortamento; Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto; Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;*
- *Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal e em situação de abortamento: concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-aborto/ intervenções de apoio à mulher, incluindo con-*

viventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento; Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto.

(OE, 2010)

Para Lowdermilk & Perry (2008), uma mulher que decide, ou não, realizar um aborto está maioritariamente ambivalente. Necessita de informação e de oportunidade para analisar os seus sentimentos acerca da gravidez, do aborto e do impacto da sua escolha no seu futuro. Necessita de tomar a decisão sem se sentir coagida na escolha.

Confrontados com esta realidade, muitas vezes os enfermeiros, e outros profissionais de saúde, debatem-se com os mesmos valores e convicções éticas e morais que a mulher grávida. Os conflitos e as dúvidas do profissional de enfermagem podem facilmente ser transpostos a mulher, por si já, potencialmente ansiosa e existencialmente sensível.

Independentemente da visão pessoal sobre o aborto, o profissional de enfermagem cuidador das mulheres que pretendem abortar, assume a responsabilidade de as informar, esclarecer e aconselhar, relativamente às opções disponíveis (Lowdermilk & Perry, 2008). Se não tiver intenção de aceder ao pedido da mulher, de interromper a gravidez por motivos éticos, morais ou religiosos, deve informá-la sobre o seu direito a obter uma segunda opinião por parte de outro profissional e tal deve ser providenciado com o menor atraso possível (Canário, 2009).

A Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN, 1999), continua a apoiar o direito dos enfermeiros poderem optar participar ou não nos procedimentos relacionados com o aborto, mantendo “as suas crenças pessoais, morais, éticas ou religiosas” (Canário, 2009).

O direito à objeção de consciência está patente no artigo 12º (Portaria nº 741-A/2007), salvaguardado pelo código deontológico da OE, é assegurado aos profissionais de saúde, no que concerne a qualquer ato relacionado com a interrupção da gravidez. A objeção de consciência deve ser manifestada em documento escrito e assinado pelo objetor e entregue nos estabelecimentos de saúde em que o objetor preste serviço e onde se pratique interrupção da gravidez.

No seu estudo Drake & Marteu (1996), concluíram que os profissionais de saúde são mais favoráveis à interrupção da gestação que a população em geral, verificando atitudes mais favoráveis na população portuguesa, nomeadamente em comparação com a população alemã ao encontrarem diferenças estatisticamente significativas. Dizem-nos ainda os

autores que as diferenças encontradas entre os três países refletem vários fatores, incluindo as diferenças jurídicas, história, religião e economia (Fróis, 2012).

Não obstante, destaca-se que a IVG, tema controverso nas sociedades economicamente desenvolvidas, envolve múltiplas perspectivas e recruta variados aspetos subjetivos (valores humanos, éticos, sociais, psicológicos e políticos) e objetivos (aspetos técnicos, económicos e sociais). Esta complexa temática, e condicionantes envolvidas, tem sido alvo de investigação científica e discussão em vários domínios do saber.

Enquadrando-se a mulher num determinado contexto social, consideramos que esta resulta de um complexo sistema interativo moldado por uma conjuntura específica de valores e crenças que se traduzem no seu comportamento, comportamento este com o qual a mesma se identifica. Podemos assim assumir que as atitudes resultantes do seu comportamento têm por base uma personalidade individual característica, organizada no seu contexto nicho, que adquire de certa forma uma predisposição a manifestar-se e a agir naturalmente condicionada pelo mesmo meio.

Neste sentido, importaria conhecer quais os fatores determinantemente envolvidos e em que medida os mesmos influenciam a decisão da mulher em interromper voluntariamente a gravidez.

CAPITULO III

ATITUDES DA MULHER FACE À INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ E VARIÁVEIS DE CONTEXTO FAMILIAR, PSICOLÓGICO E SOCIAL

4 - ATITUDES DA MULHER FACE À INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ E VARIÁVEIS DE CONTEXTO FAMILIAR, PSICOLÓGICO E SOCIAL

Do ponto de vista psicológico a IVG pode ser entendida como uma experiência com importantes significações e implicações emocionais, intimamente relacionadas com as características da personalidade e experiências prévias individuais da mulher, das suas relações interpessoais, das suas crenças religiosas, das suas contingências de vida e do seu ambiente social, cultural e constitucional circundante (Sereno, Leal & Maroco, 2009).

Considerando Imperatori (1999), *cit in* Fróis (2012), a atitude é uma predisposição, tendência ou estado de espírito de uma pessoa para reagir segundo as suas próprias normas a um sinal externo, favorável ou desfavorável. Neste sentido, procuramos perceber condutas, sentimentos, opiniões... da mulher, reflexos da sua atitude face à interrupção da gravidez.

4.1 - ATITUDES

A palavra atitude teve origem no latim a partir de dois termos: *actus* que significa ato, ação; e *aptitudo* que significava aptidão. Estas expressões distinguem atitude motora e atitude mental (Fróis, 2012).

Atitude é vista como um conceito que pretende medir entre a forma de agir e de pensar dos indivíduos e para o qual encontramos várias definições.

Na opinião de Rosenberg e Hovlan (1960), *cit. por* Lima (1996); *in* Costa & Leal (2005), as atitudes são predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinada classe de respostas. Os autores acrescentam ainda, a atitude é um estado de preparação mental ou neural, organizado através de experiência e exercendo uma influência dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objetos ou situações com que se relaciona. Este conceito traduz-se numa valorização particular com algum grau de aprovação ou desaprovação face ao objeto da atitude (Chaiken, 1993; *cit. in* Costa & Leal, 2005).

As atitudes não nascem num vácuo social, são contrariamente fruto da interação social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que nos permitem situar a nossa posição face à de outros num determinado momento do tempo (Lima, 1994;

cit. in Fróis, 2012). As atitudes ajudam-nos a definir grupos sociais, a estabelecer as nossas identidades e a guiar o nosso pensamento e comportamento (Neto, 1998; *cit. in Fróis, 2012*).

As atitudes significam a organização dos sentimentos, das crenças e dos valores, assim como a predisposição da pessoa para se comportar de determinada forma. Estas assumem um papel importante na orientação e adaptação do ser humano no ambiente social, dado que representam o aspeto fundamental entre as capacidades de perceber, sentir e empreender da pessoa, conferindo simultaneamente significado à sua existência. Neste sentido, as atitudes são criadas através das atitudes de outras pessoas, grupos, instituições, objetos e valores, inscrevendo-se na história do indivíduo e, como tal, moldando-se em função das suas experiências pessoais e da sua personalidade (Fróis, 2012).

As atitudes figuram dentre os chamados “construtos hipotéticos” utilizados como elementos importantes na explicação do comportamento humano. Deste modo, são as atitudes que determinam como os indivíduos tomam posições frente aos outros e aos acontecimentos, e é em função delas que se avaliam sentimentos, comportamentos e escolhas. Desta forma, muitos estudos têm demonstrado, exaustivamente, que as atitudes constituem poderosos preditores do comportamento (Rodrigues A., 1981; *cit. in Colares; et al., 2012*).

Embora se defina atitude como a combinação entre crenças, sentimentos e comportamentos, a afirmação de que tais elementos devem ser consistentes entre si é bastante questionável, já que é possível pensar de determinada forma e nem sempre agir de modo coerente e consistente com essa determinada forma (Matta, Soares & Bizarro, 2011).

4.1.1 - Componentes das atitudes

O Modelo Unidimensional Clássico considera a atitude como sendo unidimensional, isto é, uma atitude representa a resposta avaliativa (afeto), favorável ou desfavorável, em relação ao objeto da atitude. Entre outros autores esta teoria foi defendida por Fishbein e Azjen (1975), *cit. in Fróis (2012)*.

De acordo com o Modelo Tripartido Clássico, proposto por Rosenberg e Hovland (1960), a atitude é uma disposição que resulta da organização de três componentes: afetivo, cognitivo e comportamental. Este modelo tem a vantagem de distinguir de modo suficiente as três dimensões para se poderem operacionalizar (Neto 1998; *cit. in Fróis, 2012*).

Para Cannut (2000), *cit. in Lameiras (2009)*, as atitudes estão organizadas por uma estrutura formada por três componentes: componente cognitivo, afetivo e comportamental.

Tendo em conta o autor, a componente cognitiva refere-se à representação cognitiva, isto é as características que atribuímos ao objeto, ao conhecimento, à maneira de encarar o objeto, por parte do indivíduo. Nalgumas situações, o conhecimento que se tem de determinado objeto pode não ser o real e não se ajustar às suas características e qualidades próprias.

A componente afetiva define-se como sentimento pró ou contra um determinado objeto. Pode significar um afeto positivo ou negativo em relação ao objeto para com o qual se adota uma atitude (Lameiras, 2009).

As componentes cognitivas e afetivas tendem a ser coerentes entre si, já que à medida que aumenta a nossa afetividade para com algo ou alguém, aumenta o nosso interesse em conhecê-lo melhor. Por outro lado, quanto maior o conhecimento do objeto da atitude, maior carga afetiva se lhe atribui (Lameiras, 2009).

A componente comportamental é a combinação de cognição e afeto. A componente comportamental consiste na tendência em atuar ou reagir comportamentalmente de uma certa forma no que diz respeito ao objeto conhecido e afetivo. Está ligado às duas anteriores e traduz as intenções ou decisões relativas à ação. No entanto, esta componente nem sempre traduz uma linha congruente com o componente cognitivo e afetivo. Uma pessoa pode ter uma atitude fortemente negativa para com outra pessoa que conhece bem, contudo relaciona-se com ela de forma cordial em determinadas situações (Lameiras, 2009).

Neto (1998), *cit. in* Fróis (2012), conclui assim, que as três dimensões convergem para assegurar uma significação comum, mas também existe uma validade discriminante em cada uma delas.

Zanna e Rempel (1988) delinearão o Modelo Tripartido Revisto que integra todas estas conceções das atitudes. Neste modelo a atitude é um julgamento que exprime um grau de aversão ou de atração num eixo bipolar. Pressupõe-se então que esta avaliação pode basear-se em três espécies de informação: informação cognitiva, informação afetiva ou informação baseada no comportamento passado (Neto 1998; *cit in* Frois, 2012).

4.1.2 - Características das atitudes

Green (1977), *cit. in* Costa & Leal (2005), associa ao conceito atitude duas noções importantes - direção e intensidade, ou seja, as atitudes representam a tendência para agir positiva ou negativamente face a determinado objeto, sendo que esta tendência de resposta

pode ser mais intensa face a determinados aspetos do ambiente do que a outros, e só neste sentido se pode pretender “medir” as atitudes.

De acordo com Neto (1998), *cit. in* Frois (2012), a atitude enquanto realidade psicológica possui determinadas características que podem ser encaradas como um *continuum* psíquico, uma entidade que tem um começo e um termo de modo que possa passar de um a outro por variações de grau. Deste *continuum* ressaltam quatro características: a direção, a intensidade, a dimensão e a acessibilidade.

A direção designa o nível positivo ou negativo do objeto de atitude. Em relação a este objeto o indivíduo pode sentir atração ou repulsa, as diferentes posições são expressas num *continuum* que oscila entre dois extremos (favorável ou desfavorável) com um ponto intermédio (Neto, 1998; *cit. in* Frois, 2012).

Para o mesmo autor, a intensidade da atitude exprime-se pela força de atração ou da repulsa em relação ao objeto, e está representada pela escala neutralmente, moderadamente e totalmente.

A intensidade foi e continua a ser a propriedade que mais tem atraído a atenção dos investigadores, enquanto objeto das teorias das escalas clássicas de medida, recorre-se a ela para determinar o grau de mudança de atitude. Uma subpropriedade associada à intensidade é a extremidade, corresponde à expressão do sentimento associado “discordo totalmente” ou “concordo totalmente”. Quanto mais a opinião expressa se aproxima dos extremos do *continuum* mais polarizada está a atitude (Neto, 1998; *cit. in* Frois, 2012).

A dimensão da atitude pode ser unidimensional ou multidimensional. Neste sentido, são várias as escalas propostas consoante as dimensões encaradas.

A acessibilidade, muito estudada na década de oitenta, corresponde à solidez da associação entre o objeto de atitude e a sua avaliação afetiva. No *continuum* “não atitude-atitude”, não existe na memória nenhuma avaliação à *priori* do objeto de atitude. Seguidamente, à medida que nos deslocamos ao longo do *continuum*, a avaliação afetiva aumenta e a sua acessibilidade torna-se mais provável. Finalmente, no outro extremo do *continuum* aparece uma atitude bem definida, seja ela positiva ou negativa, amplamente acessível a partir da memória de modo espontâneo e automático. Quanto mais a resposta é automática, mais se pode concluir que a atitude está cristalizada, por conseguinte, mais provável é a predição do comportamento (Neto, 1998; *cit. in* Frois, 2012).

Tendo mulher o direito individual e social de controlar o próprio corpo, portanto, a autodeterminar-se, cabe à mesma uma livre e consciente tomada de decisão na interrupção

“voluntária” da gravidez. Decisão esta que não deixa de ser tema controverso na sociedade contemporânea.

São muitas as justificações apontadas pelos autores como motivação para a ocorrência da IVG, desde o desconhecimento da mulher dos métodos para evitar a gravidez, déficit de educação, condição financeira inadequada, violência doméstica, projeto de vida, desemprego e agregado familiar numeroso, insuficiência de eficácia dos cuidados de saúde primários na promoção do planeamento familiar, entre outros. Desta forma, a mulher vê-se forçada a enfrentar uma gravidez que não deseja ou não está dotada de condições para a poder prosseguir Gesteira, Barbosa, & Endo (2006).

Num estudo paralelo realizado por Sousa & Pereira (2010), subordinado à interrupção voluntária por mal formação fetal, sobressaem como principais fatores implícitos à atitude favorável para a interrupção: a gravidade da malformação, o sofrimento dos filhos, a angústia, o sofrimento do casal, a falta de apoio social e encargos familiares assim como a informação recebida (Fróis, 2012).

Confrontada com esta realidade a mulher terá de assumir uma conflituosa opção, prosseguir ou não a gravidez (aborto induzido ou maternidade). Esta tende a avaliar as vantagens e as desvantagens de ambas as alternativas, em função dos seus valores e das suas crenças, do desejo da gravidez, dos ganhos ou perdas inerentes, bem como da antecipação de aprovação ou reprovação por parte dos outros e do seu *self* (Leal, 2001; *cit. in* Sereno, Leal & Maroco (2009).

Kirkman *et al* (2009), dizem-nos que em todos os estudos foi possível encontrar atitudes de ambivalência face à decisão tomada o que traduz uma considerável lista de aspetos que a mulher analisa previamente. Salientamos ainda o fato de concluírem que as razões para abortar das mulheres com diagnóstico de malformação fetal serem similares às que não tinham esse diagnóstico (Fróis, 2012).

Desde que a gravidez é confirmada até a decisão final de interrompê-la, a mulher passa por um período complexo e extremamente sensível. A decisão de interromper a gravidez confronta as mulheres perante um dilema conflituoso, deparando-se inevitavelmente perante um sentimento de culpa, tendo por base os seus próprios princípios (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006).

Abrangendo a IVG múltiplas e complexas dimensões e dado que a atitude é a predisposição para realizar determinado comportamento, emerge daqui a abordagem a esta temática. Refletindo numa associação ao comportamento da mulher em saúde, importa perceber qual a predisposição da mesma para realizar determinada ação, reflexo de uma atitude favorável ou desfavorável face à IVG, num determinado contexto familiar envolvente e característico da mulher.

4.2 - FUNCIONALIDADE FAMILIAR

As famílias têm vindo a enfrentar um processo de profundas transformações ao longo dos séculos, em que fatores económicos, sociais, políticos e culturais contribuíram de forma decisiva para as alterações na estrutura. A família nuclear deixou de ser o modelo prevalente e atualmente existem inúmeras formas de organização familiar (Gomes *et al.*, 2002; *cit. in* Andrade & Martins, 2011).

O termo família pode ser definido por duas ou mais pessoas que são ligadas por íntimas associações, recursos e valores e é reconhecida quando os membros consideram os elementos que a constituem como família (Santos, Pavarine, & Barham, 2011).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) descreve a família como o “conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social, constituída pela família como um todo, é vista como algo mais que os indivíduos e as suas relações legais, incluindo as pessoas significativas que constituem as partes do grupo” (Andrade & Martins, 2011).

A família pode ser entendida como um sistema em constante transformação, um sistema que se adapta às diferentes exigências das diversas fases do seu ciclo de desenvolvimento, bem como às mudanças nas solicitações sociais, com o fim de assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial dos seus membros (Minuchin e Fishman, 1990; *cit. in* Farinha & Afonso, 2009).

Independentemente da conceptualização adotada, a família constitui um sistema social que desempenha funções importantes na sociedade, nomeadamente de natureza afetiva, educativa, de socialização e reprodutiva. Apesar das alterações sofridas ao longo das gerações, a função afetiva é uma dimensão que tem persistido ao longo dos tempos. Diversos autores defendem que a qualidade do ambiente afetivo é um fator determinante na atitude da família e na perceção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade (Andrade & Martins, 2011).

Tratando-se de um sistema ativo autoregulado por regras, estas vão-se desenvolvendo e modificando ao longo do tempo permitindo aos vários elementos da família experimentar o que é permitido na relação, e o que não é, encontrando equilíbrios (Farinha & Afonso, 2009).

Neste contexto, qualquer tipo de tensão, seja esta originada no interior da família ou no exterior, vai repercutir-se no funcionamento do sistema e exigirá um processo de adaptação que consiga manter a continuidade da família que permita o crescimento dos seus membros. Quando uma família não consegue gerir estas situações poderá correr o risco de

se tornar demasiado rígida funcionalmente ou caótica, proporcionando um mal-estar no sistema (Farinha & Afonso, 2009).

Em situações de crise os acontecimentos de vida têm uma intensidade tal que provocam mudanças significativas no sistema - a família alargada, bem como a rede social, desempenham um papel fundamental no modo como a família nuclear reage. O ajustamento da família dependerá dos recursos e competências que tem, sendo que a crise não é necessariamente patogénica, mas igualmente fator de crescimento familiar, individual e coletivo (Farinha & Afonso, 2009).

A capacidade da família para resistir aos choques e ultrapassar os desafios, sobrevivendo aos traumas e adversidades fortalecendo as suas capacidades, constitui um processo ativo de resistência e de crescimento apelidado de “resiliência”. É a resiliência familiar que permite ou promove o desenvolvimento dos mecanismos de coping (Walsh, 1998; *cit. in* Farinha & Afonso, 2009).

O processo pelo qual a família se ajusta às condições impostas pelo meio constitui, por outro lado, a chamada “adaptabilidade familiar”, e representa o esforço da família para atingir um novo equilíbrio (Dulp, 1995; Santos 2003; *cit. in* Farinha & Afonso, 2009). O modo como os membros da família interagem, entre si e com os outros, leva a que as famílias possam ser consideradas funcionais e disfuncionais (Andrade & Martins, 2011).

O funcionamento familiar refere-se ao conjunto de relações interpessoais que se dão em cada família, conferindo-lhe a sua identidade própria. Trata-se do processo que visa alcançar a “saúde” familiar, através das metas: espiritualidade, estabilidade, crescimento, controlo familiar; e das dimensões: coerência, individualidade, manutenção e mudança do sistema familiar (Rueda & Acosta, 2011).

Neste enquadramento, a funcionalidade familiar pode ser avaliada através de um instrumento designado por APGAR Familiar, que permite mensurar a satisfação de um membro da família relativamente à assistência que lhe é dispensada pelos restantes membros dessa família (Andrade & Martins, 2011).

O fenómeno “Aborto”, não sendo uma temática recente, apresenta agora uma maior visibilidade, considerando o atual contexto familiar e social envolvente da mulher. Como resposta à intervenção internacional global, visa-se a promoção do aborto seguro traduzido na legalização constitucional desta prática.

A mulher que decide, ou não, realizar um aborto apresenta-se maioritariamente ambivalente, passando por um período complexo e extremamente sensível. Esta necessita de informação e de oportunidade para analisar os seus sentimentos acerca da gravidez, do

aborto e do impacto da sua escolha no seu futuro, para poder tomar uma decisão sem se sentir coagida na escolha (Lowdermilk & Perry, 2008). O papel familiar/ conjugal poderá assumir-se como determinante, através do apoio transmitido à mulher, em todo o processo de decisão e posterior ao mesmo.

Alguns autores consideram ainda que, as mulheres têm apresentado variadas justificações para fundamentar a sua decisão de não prosseguir com a gravidez, nomeadamente a nível da esfera familiar e da sua funcionalidade, como: relação intrafamiliar, agregado familiar numeroso, projeto de vida conjugal, violência doméstica, entre outros, que associadas a condições socioeconómicas específicas podem levar a que a mulher ao depara-se com uma gravidez indesejada passe numerosas vezes por um processo solitário sem poder contar com o apoio do parceiro e/ou da família (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006).

Neste sentido, a gravidez/ aborto não deverá ser considerada como uma questão exclusiva da mulher, já que esta se encontra inserida num contexto familiar/ conjugal e social específico inerente a uma gravidez não desejada, com as devidas responsabilidades que lhe são imputadas, e respetivo processo de IG.

Tratando-se de uma problemática não só individual mas alargada e abrangente às diversas variáveis associadas – psicológica, familiar, conjugal, social, cultural, económica, entre outras, consideramos ainda preponderante o aprofundar o conhecimento das condicionantes psicológicas envolvidas neste processo de reconhecida complexidade, nomeadamente da autoestima, visando perceber em que medida esta variável interfere nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez.

4.3 - AUTOESTIMA

O *self* é cada vez mais o elemento central do indivíduo. Trata-se de um sistema composto por estruturas de conhecimento sobre si mesmo e um conjunto de funções cognitivas que integram ativamente estas estruturas ao longo do tempo e ao longo de várias áreas do funcionamento pessoal (Coelho, 2004; Neri, 2001; *cit. in* Menezes, 2008). Este permite-nos ainda interpretar experiências, iniciar comportamentos, gerir e regular emoções e experimentar, senso de continuidade. O *self* é, assim, um complexo sistema de construtos. (Bernardo & Gaspar de Matos, 2003; *cit. in* Menezes, 2008).

Rosenberg (1965) refere-se à autoestima como a avaliação que a pessoa efetua, e geralmente mantém, em relação a si própria. Esta implica um sentimento de valor, que en-

globalmente uma componente predominantemente afetiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma (Romano, *et al.*, 2007).

De acordo com Vaz Serra (1986) *cit. in Romano, et al. (2007)*, a autoestima é a face mais importante do autoconceito, encontra-se associada aos aspetos avaliativos que o sujeito elabora a seu respeito, baseado nas suas capacidades e desempenhos. Similarmen- te Pelham e Swann (1989), *cit. in Romano, et al. (2007)*, que enfatizam a importância dos fatores cognitivos e afetivos da autoestima, consideram que a sua organização é complexa, está multideterminada, e identificam três componentes da autoestima global: (1) tendência para experimentar estados afetivos positivos e negativos; (2) as concepções específicas de si mesmo, das suas forças e debilidades; (3) a forma como as pessoas “interiorizam” as suas autoimagens, ou seja, a convicção sobre a importância relativa das “autoimagens” positivas de si mesmo perante as negativas, e a discrepância entre as “autoimagens” reais e ideais de si próprio.

Já Santos & Maia (2003), *cit. in Rodrigues M. I. (2011)*, diferenciam estes dois cons- trutos na medida em que consideram que o autoconceito é constituído pelas diferentes per- ceções que os indivíduos desenvolvem sobre as suas características pessoais, enquanto a autoestima consiste na avaliação positiva ou negativa que os indivíduos fazem dessas suas características. Mosquera & Stobäus (2006), segundo o mesmo autor, referem ainda que a autoestima não é estática, dado que, de acordo com os acontecimentos sociais, emocionais e psicossomáticos, ela pode variar.

Para Maçola, *et al. (2010)*, a autoestima é o juízo de valor que um indivíduo tem de si mesmo e que começa a ser moldado no cotidiano da primeira infância. A sua importância é grande na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros, influenciando a percepção dos acontecimentos e principalmente o seu comportamento. Outros autores, consideram como ponto fundamental da autoestima o aspeto da “valorização”, influenciando a forma como o indivíduo elege as suas metas, se aceita a si mesmo, valoriza o outro e projeta as suas expectativas para o futuro (Sbicigo, *et al. 2010*).

A autoestima tende a ser estável ao longo do tempo e em diferentes contextos na vi- da adulta (Hutz & Zanon, 2011). Alguns investigadores têm visto a autoestima como traço: refletindo estabilidade durante um período de tempo; e estado: refletindo uma resposta a situações ou eventos de vida (Harter & Whitesell, 2003, *cit. in Sbicigo, et al., 2010*); enquan- to outros sugerem que o desenvolvimento deste atributo possui descontinuidades ao invés de um curso estável ao longo do ciclo vital (Cole & Cols., 2001; *cit. in Sbicigo, et. al, 2010*).

De Groot (1992), *cit. in Rodrigues M. I., (2011)*, refere ainda que a autoestima pode aumentar pelo envolvimento em várias áreas e pela satisfação nas mesmas, como nos rela-

cionamentos, na educação, no trabalho, no desporto, nos interesses pessoais e na aparência. Segundo o mesmo, pessoas com uma elevada autoestima tendem a experimentar uma sensação de controlo sobre a direção da sua vida e sentem-se satisfeitas e realizadas na maioria das áreas da sua vida.

Do mesmo modo, Overholser e seus colaboradores (1995), referem que a autoestima pode ser importante no modo como se pensa, sente e responde a eventos stressantes da vida (Sbicigo, *et al.*, 2010). O sucesso perante um desafio encontra-se condicionado ao estado emocional do indivíduo, encontrando-se diretamente relacionado com a qualidade da autoestima e do seu nível de confiança (Maçola, *et al.*, 2010).

Por sua vez Coopersmith (1967), defende ainda que a autoestima se aprende e que a aprendizagem da nossa competência (ou falta dela) resulta dos êxitos ou fracassos que temos ao longo do tempo. As pessoas com baixa autoestima, ao serem mais vulneráveis ao stress, defendem-se mais das situações e não as enfrentam, sentindo-se por isso, muitas vezes, inferiores e inadequadas (Mruk, 1998; *cit. in* Menezes, 2008).

A autoestima é considerada um dos principais preditores de resultados favoráveis na adolescência e na vida adulta, tendo implicações em áreas como sucesso ocupacional, relacionamentos interpessoais e desempenho académico (Trzesniewski, *et al.*, 2003; *cit. in* Sbicigo, *et. al*, 2010).

Dada a sua relação com o ajustamento psicossocial, a autoestima tem sido vista como um importante indicador de saúde mental e um fator relevante nas análises de crescimento e progresso nos países desenvolvidos (Mruk, 1995; *cit. in* Sbicigo, *et. al*, 2010). A avaliação desta característica tem vindo a ser considerada uma ferramenta importante na identificação e na prevenção de problemas psicológicos (Sbicigo, *et al.*, 2010).

O contexto intrapessoal da mulher, a sua história de vida, a sua personalidade e o significado que dá aos acontecimentos são muito importantes, uma vez que é aí que residem os aspetos psicológicos essenciais para o profissional de saúde compreender certos acontecimentos que marcam a gravidez, bem como a forma como a grávida se vê a si própria, se adapta e reage (Silveira & Ferreira, 2011).

Deste modo, dada a problemática psicológica inerente a um período de conturbados e ambivalentes sentimentos, despertados pela vincada decisão da mulher em interromper (ou não) a gravidez, num determinado contexto e circunstância envolventes, destaca-se assim a pertinência do estudo da autoestima da mulher, avaliando a sua eventual relação com as suas atitudes da mulher face à decisão de IG. Neste sentido, acresce ainda perceber qual o papel das organizações, estruturas e redes sociais neste processo, analisando a sa-

tisfação da mulher que interrompe a gravidez face ao suporte social disponível e a sua influência neste desfecho.

4.4 - SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

É consensual que o suporte social é um conceito complexo, dinâmico e percebido de acordo com as circunstâncias e os seus intervenientes. Tem sido muito estudado nas últimas décadas, quer na sua conceptualização quer na sua aplicação à investigação. No entanto, a diversidade de conceções, o seu grau de abstração, as suas definições, bem como os instrumentos desenvolvidos para a sua avaliação são ainda muito díspares (Hupcey, 1998, *cit.in* Santos, R. L., 2003).

Suporte social define-se, grosso modo, como “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” (Sarason, *et al.*, 1983; *cit. in* Ribeiro J., 1999). Definições mais clássicas, como a de Cobb (1976), *cit.in* Santos, R., L. (2003), afirmavam ser o suporte social a informação disponível ao indivíduo para acreditar que é cuidado e amado, estimado e valorizado, e que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas. Posteriormente, Sarason (1988), citado por Ribeiro J. (1999), reforça uma perspetiva mais pessoal e subjetiva em oposição a um conjunto objetivo de interações e trocas. O que parece ser relevante para esta autora é o grau em que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido socialmente (o suporte percebido).

Dunst e Trivette (1990), *cit. in* Ribeiro J. (1999), defendem que o suporte social se refere aos recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência.

Diferentes autores fazem a distinção entre diversos tipos de suporte social. Por exemplo, suporte social psicológico e não-psicológico, o primeiro referindo-se ao fornecimento de informação e o segundo ao suporte social tangível (Cohen & McKay, 1984, *cit. in* Ribeiro J., 1999). O mesmo autor cita ainda Cramer, Henderson e Scott (1997), que distinguem suporte social percebido versus suporte social recebido. O primeiro para se referir ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele, e o segundo descreve o suporte social que foi recebido por alguém. Outra distinção que realizam é entre suporte social descrito versus avaliado, o primeiro referindo-se à presença de um tipo parti-

cular de comportamento de suporte e o segundo para se referir a uma avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda.

Os enunciados teóricos clássicos indicam como fatores primordiais no aparecimento do processo de crise (como o diagnóstico de uma doença grave), o desequilíbrio entre a dificuldade, a importância do problema e os recursos disponíveis para a sua resolução. A resolução do processo de crise depende de fatores pessoais (internos), como a sua personalidade, a vulnerabilidade e a aprendizagem; e dos recursos do meio (externos) como o suporte social. O suporte social funciona assim como um “recurso de *coping*”, atuando essencialmente na diminuição das exigências da situação stressante. Nesta perspectiva, o suporte social é visualizado como um processo transacional em que o indivíduo interage continuamente com o meio sempre em mudança, influenciando-o e sendo por ele influenciado (Lazarus & Folkman, 1986; *cit. in* Santos, R., L., 2003).

Complementando, Singer e Lord, 1984 *cit. por*, Ribeiro J. (1999) esclarecem que o suporte social pode ser informacional, emocional ou material. Em termos de quem o fornece pode ser pessoal ou interpessoal, fornecido por amigos, familiares, conhecidos; pode ser relativamente formal, fornecido por organizações e associações, tais como grupos religiosos ou organizações não-governamentais de base comunitária; ou pode ainda ser do tipo profissional, em termos de consulta ou terapia.

As várias dimensões apresentadas por este suporte consistem, segundo Dunst e Trivette (1990); *cit. in* Santos N. (2010), entre as mais significativas: no tamanho da rede social; nos tipos de relações que se estabelecem; na frequência dos contatos; na congruência entre as necessidades que o indivíduo tem e o suporte que efetivamente recebe, ou está disponível para o mesmo; 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 proteção, 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; *cit. in* Santos, N., 2010).

A relevância da inclusão de uma medida de suporte social como variável mediadora em todos os estudos que pretendam analisar a relação entre os fatores psicossociais e a saúde, descrita por McNally e Newman 1999, *cit. in* Santos, R., L. (2003), define claramente a necessidade de criação de instrumentos fiéis, válidos e adaptados às populações que pretendemos analisar. Ribeiro J. (1999) desenvolveu uma escala de avaliação da satisfação com o suporte social que permite avaliar o suporte percebido (da família, amigos, intimidade e ainda com as atividades sociais), assumindo que esta dimensão subjetiva é fundamental para o bem-estar e qualidade de vida.

Talvez por não haver ainda o completo reconhecimento social das mulheres como adultos morais competentes, a IVG como solução reprodutiva é, muitas vezes, apresentada como uma decisão egoísta e fria. (Sereno, Leal & Maroco, 2009).

Neste contexto, surge então uma especificação subjetiva de 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, quando o solicita (Pais, R., 1999; *cit.in* Santos N., 2010).

Como já anteriormente referimos, a decisão de interromper a gravidez confronta as mulheres com um dilema conflituoso, em virtude de todo um contexto psicológico, socioeconómico, de crenças e princípios religiosos, assim como de valores e sentimentos intrínsecos e extrínsecos inerentes, que muitas vezes contribuem para um sentimento de culpa, bem como para a antecipação da aprovação ou reprovação por parte do seu *self* e dos outros.

Neste sentido, consideramos ainda pertinente estudar a influência da relação conjugal na IVG, tentando perceber a relação da satisfação com a vida conjugal com a sua decisão de IG.

4.5 - SATISFAÇÃO EM ÁREAS DA VIDA CONJUGAL

Cada mulher vive cada gravidez de uma forma única e diferente, de acordo com os palcos sociais em que se movimenta, as normas e os valores pelos quais foi educada e se rege, as experiências por que passou, o seu estado de saúde, a sua emotividade e desenvolvimento psicológico, as relações que estabeleceu ao longo da vida e as características da relação que a unem ao pai do seu filho (Silveira & Ferreira, 2011).

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; *cit.in* Santos N., 2010).

Não pode desligar-se o conceito relacional de conteúdos como a reciprocidade, a interdependência e a complementaridade, que resultam em padrões de interação com maior ou menor intimidade, dependendo das dimensões, frequência e qualidade dessa interação. 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 (Canavarro, 1999; *cit.in* Santos N., 2010).

O indivíduo parece, assim, estar naturalmente motivado para estabelecer relações afetivas, 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; *cit.in* Santos N., 2010).

É da relação conjugal, resultante de um querer livre de homem e mulher, que partem todas as outras: paternidade, maternidade, filiação, fraternidade, parentesco. 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).

Se por um lado, como já referido, 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 é, então, necessária uma adaptação mútua, com necessárias reorganizações emocionais e pessoais que, quando conseguidas com equilíbrio, irão gerar satisfação. Nesta perspetiva, 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 (Narciso & Ribeiro, 2009).

Traduzindo 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 subjetiva 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, respetivamente. Chegamos, assim, a um ciclo que se autoalimenta: a satisfação irá influenciar a qualidade e assim sucessivamente (Narciso & Ribeiro, 2009).

Para Norgren *et al* (2004), *cit.in* Menezes (2008), a satisfação conjugal, entendida como satisfação que o casal (casado ou em união de facto) manifesta sobre a sua relação conjugal, não é equivalente à ausência de insatisfação. É um conceito subjetivo, implicando

a satisfação das próprias necessidades e desejos, assim como a correspondência às expectativas do outro, englobando um dar e receber mútuo e espontâneo. Hendrick & Hendrick (1997), citados pelo mesmo autor, explicam ainda a satisfação como sendo um julgamento sumativo da relação conjugal.

Podemos considerar três tipos de fatores influentes na satisfação e qualidade conjugal. Os primeiros são centrípetos, pois geram a relação e por esta são diretamente gerados. Englobam processos operativos ou comportamentais, que refletem o funcionamento conjugal e incluem a comunicação, os conflitos e o controlo relacional; os processos cognitivos, tais como os pressupostos e padrões, as percepções, as atribuições e as expectativas, que influenciam a relação e são influenciados por ela; e os processos afetivos, que são o amor, a intimidade e o compromisso (Narciso, 2001; *cit. in* Menezes, 2008).

O segundo tipo de fatores são os centrífugos, que são mais periféricos à relação. Englobam os fatores contextuais, tais como a família de origem, a rede social, o trabalho e as características demográficas contextuais, e os fatores pessoais que incluem, por exemplo, os padrões de vinculação, características da personalidade e aspetos demográficos individuais (Narciso, 2001; *cit. in* Menezes, 2008).

O último tipo de fatores será o fator tempo ou percurso de vida conjugal, incluindo-se aqui o tempo e namoro, tempo de casamento, etapas normativas do ciclo de vida e situações não normativas (Narciso, *et al.*, 2001, 2002; *cit. in* Menezes, 2008).

Consideramos assim pertinente enveredar pela exploração de uma relação específica, que parece ser a raiz e a unidade de toda a árvore social - a relação conjugal; numa tentativa de compreender se esta relação romântica, quando integrada e provida de sentido para ambos, gera bem-estar e se este bem-estar, traduzido pela satisfação com a relação conjugal, pode trazer ganhos psicológicos para os envolvidos (Narciso & Ribeiro 2009; *cit. in* Santos N., 2010), manifestando-se, ou não, como influência sobre as atitudes da mulher no processo de decisão da mulher face a IVG.

4.6 - INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ NA ATUALIDADE – REVISÃO DE ESTUDOS

Estima-se que a cada ano se realizem 22 milhões de abortos de forma insegura a nível mundial, originando a morte de cerca de 47 000 mulheres e sequelas em 5 milhões (OMS, 2013). No ano de 2012 foram realizadas em Portugal 18 924 interrupções de gravi-

dez ao abrigo do artigo 142º do Código Penal, constatando-se que as **Interrupções da Gravidez por opção da mulher**, até às 10 semanas, constituem cerca de 97,3% do total das interrupções realizadas (DGS, 2013).

As **atitudes** são fruto da interação social, de processos de comparação, identificação e diferenciação social, que nos permitem situar a nossa posição face à de outros num determinado momento do tempo (Lima, 1994; cit. in Fróis, 2012).

O aborto provocado tem sido apontado por alguns autores como decorrência do desconhecimento da mulher dos métodos para evitar a gravidez, défice de educação sexual e paternidade “irresponsável” ou da insuficiência de eficácia dos cuidados de saúde primários na promoção do planeamento familiar. Neste sentido, as mulheres têm apresentado variadas justificações para fundamentar a sua decisão de não prosseguir com a gravidez, tais como: condição financeira inadequada, violência doméstica, projeto de vida, desemprego e agregado familiar numeroso, entre outros (Gesteira, Barbosa, & Endo, 2006).

Kirkman, Rowe, Hardiman, Mallett. & Rosenthal (2009) numa revisão da literatura, de artigos publicados entre 1996 e 2008 (...), procuraram os motivos referidos pelas mulheres subjacentes à decisão favorável de interrupção voluntária da gestação. Afirmam que as razões apontadas pelas mulheres são complexas e contingentes, tendo em atenção as suas próprias necessidades, sentido de responsabilidade para com crianças existentes e a potencial criança, a contribuição de outros elementos significativos nomeadamente o pai do bebé. Os mesmos autores hierarquizam as razões apontadas em três grandes categorias: razões da própria mulher; razões associadas a outros e razões materiais/económicas. Nas razões focalizadas na mulher encontraram: “Continuar com a gravidez traria efeitos adversos à mulher e às pessoas significativas para ela”; “Ser o tempo errado para aquela gravidez”; “A gravidez afetaria a saúde mental e psicológica da mulher”; “ Não desejar uma criança doente”; “Considerar a família completa, não havendo espaço para mais filhos”; “ não querer ter filhos”; “Desejo de ser boa mãe”. Nas razões materiais são referidos os aspetos: “Não ter recursos financeiros suficientes”; “ as limitações financeiras são parte de outras limitações que levam a mulher a considerar não ser capaz de cuidar da criança”.

Apesar de alguns estudos demonstrarem que a decisão de abortar é difícil e envolve sempre alguma ambivalência (APF, 2007; Coleman, 2006; Coleman & Nelson, 1998; Kero et al., 2001), a maioria dos autores considera que a generalidade das mulheres não experiencia dificuldades face ao processo de tomada de decisão de IVG (Bracken, 1977; Kero, Högberg & Lalos, 2004; Osofsky et al., cit. por Adler et al., 1992), na medida em que não deseja ter filhos ou porque não considera conveniente para ela e/ou para a criança prosseguir a gestação, no momento do ciclo de vida em que se encontra, mesmo tendo **atitudes** positivas em relação à maternidade (Minden & Notman, 1991). Todavia, algumas mulheres

parecem sentir grande dificuldade e ambivalência em relação à decisão de IVG, principalmente: as que adiam o aborto induzido para o segundo trimestre de gestação (Osofsky *et al.*, *cit. in* Adler *et al.*, 1992), as que são casadas (Bracken, 1977); as que têm uma forte afiliação à religião católica (Osofsky & Osofsky, 1972), as que atribuem características humanas ao feto, que se envolvem emocionalmente na gravidez e que têm atitudes positivas em relação à maternidade (Coleman & Nelson, 1998); *cit. in* Sereno, Leal, & Maroco, (2009).

Com efeito, as mulheres que decidem interromper a gravidez experienciam menos sentimentos positivos e mais emoções negativas que as mulheres que desejam prosseguir a gestação (Cohan, Dunkel-Schetter & Lydon, 1993; *cit. in* Sereno, Leal & Maroco, 2009).

Esta vasta panóplia de sentimentos positivos e negativos pode coexistir ou alternar na mesma mulher (Kero *et al.*, 2001; Stotland, 1998), sendo parte integrante da reação de crise, experienciada mediante a gravidez indesejada e o processo de tomada de decisão de interrupção da gestação (Bradshaw & Slade, 2003); *cit. in* Sereno, Leal, & Maroco (2009).

Drake, Marteu & Munksgaard (1996) estudaram as atitudes em profissionais de saúde, grávidas e pessoal não médico, concluindo que as diferenças de atitudes encontradas (...) refletem vários fatores incluindo: diferenças no sistema jurídico, história, religião e economia (Fróis, 2012).

Guedes, Gameiro, & Canavarro (2010), estudaram a Interrupção voluntária da gravidez e o ajustamento psicológico à decisão e à experiência de interrupção, constataram que, além de terem definido a decisão de optar pela IVG como muito difícil/difícil ($\bar{X} = 2.98$, $Dp = 1.99$), as participantes relataram sentir-se muito mal/mal ($\bar{X} = 2.60$; $DP = 1.61$), no primeiro momento de avaliação, sendo que ao nível da reatividade emocional, observaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de felicidade, ansiedade, culpa e surpresa, permitindo inferir que as mulheres que decidiram interromper a gravidez experimentaram maior ansiedade e culpa e menor felicidade e surpresa, comparativamente com a população geral.

Esta temática tem sido discutida e investigada em vários domínios do saber, tais como a Medicina, a Sociologia, a Biologia ou a Psicologia (Ribeiro & Araújo, 1998; *cit. in* Sereno, Leal & Maroco, 2009).

Neste sentido, e dada a complexidade da temática, pudemos constatar que o tema não pode se resumir apenas aos dois extremos da atitude, concordo ou discordo, estando subjacentes diversas variáveis pessoais, sociais, culturais e mesmo jurídicas.

Visando aprofundar o conhecimento das atitudes da mulher no contexto da interrupção voluntária da gravidez, passamos a apresentar algumas evidências de estudos realizados no âmbito, a nível nacional e internacional, consultados na elaboração da fundamentação teórica do nosso estudo. Estas considerações encontram-se dispostas de modo a

confrontar as questões de investigação, previamente apresentadas, e simultaneamente dar a conhecer as evidências científicas existentes no contexto.

- *Influência das variáveis sociodemográficas nas atitudes face à interrupção voluntária da gravidez*

Bijma, Wildschut, Heide, Waldimiroff, & Maas (2005) afirmam que a idade materna, o nível educacional da mesma e experiências anteriores de abortamento são identificados em diferentes estudos como determinantes nas atitudes face à interrupção da gestação (Fróis, 2012).

Segundo o relatório dos registos das interrupções da gravidez em Portugal de 2012, realizado pela DGS, no que diz respeito à **idade** da mulher, as classes em que se verificaram mais IG correspondem aos 20-24 anos (23,1%), 25-29 anos (20,6%) e 30-34 anos (20,2%), correspondendo a 63,9 % do total das IG realizadas por opção até às 10 semanas. (DGS, 2013).

Verificamos também que a proporção de IG em mulheres de **nacionalidade** não portuguesa diminuiu face aos anos anteriores (2011 e 2010). Cerca de 16,0% das mulheres são de nacionalidade estrangeira (DGS, 2013). Verificou-se ainda que 52,1% são **residentes** na região de Lisboa e Vale do Tejo (9587), 15,30% na região centro (2817), representando 1,21% das mulheres o distrito de Castelo branco (222). (49,3%) das mulheres vivia em **regime de coabitação**, dados estes que são idênticos aos verificados em 2011. Neste mesmo ano, verificou-se um novo aumento de IG na categoria “**Desempregadas**” com 22,7% do total dos registos, sendo agora a categoria predominante, enquanto que as “**Estudantes**” (16,80%) se mantiveram constantes (DGS, 2013).

No que diz respeito ao **nível de habilitações académicas**, 35,2% das mulheres têm o ensino secundário, 28,2% o ensino Básico (3º ciclo), 20,0% o ensino superior e 12,1% o ensino básico (2º ciclo). Referiram não saber ler nem escrever apenas em 59 casos, o que corresponde a 0,3% do total (DGS, 2013). Canário (2009), num estudo relacionado com os aspetos éticos e psicológicos do aborto no casal, apurou que as **habilitações literárias** das participantes concernem sobretudo ao ensino secundário (46%).

Silva & Solange (2012) investigaram o aborto induzido, comparando mulheres casadas e solteiras, verificando que a única variável que revelou associação estatística foi o **estado civil** “solteira” (OR=4,26; p=0,011).

Num estudo relacionado com o ajustamento psicológico face à decisão e à Interrupção voluntária da gravidez, Guedes, Gameiro, & Canavarro (2010) constataram que as participantes revelaram ser maioritariamente solteiras (54.7%), ser detentoras de habilitações literárias equivalentes ao ensino secundário (41.5%) e estar atualmente envolvidas numa

atividade profissional (54.7%), residindo numa área predominantemente urbana (71.7%), auferindo (...) um nível **sócio-económico** baixo (51.9%).

Segundo Sereno, Leal, & Maroco (2009), num estudo relacionado com o ajustamento psicológico no processo de decisão da IVG, apuraram que as idades das participantes oscilavam entre os 13 e os 44 anos (\bar{X} =26.03, Dp=6.987), sendo a maioria são portuguesas (76%), 20% de origem africana; 73.3% eram **caucasianas** e 26.7% negras; 56% afirmavam-se católicas e as restantes sem religião ou não responderam à questão. Quanto às habilitações literárias, 40.7% tem o ensino básico, 45.7% o ensino secundário e 14% o ensino superior; mais de metade (61.3%) é profissionalmente ativa, sendo que das restantes, 27.3% são estudantes e 11.4% não têm atividade profissional. Verificaram ainda que 51.3% das participantes apresenta um nível socioeconómico baixo, 15.3% pertencem a um nível socioeconómico médio e 6% auferem de um nível socioeconómico elevado.

A atitude de não interromper a gestação fundamenta-se frequentemente em aspetos morais e religiosos. Souka, Michalitsi, Skentou, Euripioti, Papadopoulos, Messinis, Salamalekis (2010) encontraram como fator estatisticamente influente a **Religião** e a frequência de prática de deveres religiosos (Fróis, 2012). Adler (1979), *cit in* Noya & Leal (1998), concluíram, ainda, que as mulheres católicas pareciam ter respostas mais negativas à interrupção da gravidez, do que mulheres não católicas (Fróis, 2012).

Fonseca, *et. al* (1996) estudaram as determinantes do aborto induzido, em hospitais da região Noedeste do Brasil, constatando que aproximadamente 62% das mulheres estudadas viviam sozinhas ou não tinham um parceiro estável, que a maioria (58%) tinha idade inferior a 24 anos e cerca de 23% eram adolescentes. Verificaram ainda que 73,2% tinham até 8 anos completos de estudo e que a maioria (91,6%) das mulheres se identificava como **católica**.

Nesta linha, Santos N. (2010), num estudo relacionado com a satisfação conjugal e do apoio social na IVG, apurou que as mulheres apresentavam uma idade entre 16 e 42 anos, com uma média de 26,8 anos (Dp. 6.5). A grande maioria das participantes era de naturalidade portuguesa, (62.2%) eram solteiras, vivendo em união de facto (22.2%). Quanto ao estatuto ocupacional, 80% encontrava-se ativa, 51.1% da amostra total a trabalhar, 24.4% eram estudantes e 4.4% são trabalhadoras estudantes, verificando uma média de 10.96 anos de estudo com sucesso (Dp.2.8). Relativamente ao **agregado familiar** apurou que a maior percentagem de mulheres vivem com o companheiro e com filhos (26.7%).

Guedes, Gameiro, & Canavarro (2010), relativamente as motivações para a decisão de IVG, verificaram que as participantes assinalaram, em média, entre três e quatro razões para justificar a sua decisão de IVG (\bar{X} = 3.72, Dp = 2.18), sendo que as razões mais fre-

quentemente assinaladas para a procura da IVG, em todas as faixas etárias, se relacionaram com **motivos financeiros**, com o emprego ou os estudos e com a indesejabilidade da gravidez. Os autores atribuem o predomínio dos motivos socioeconómicos (questões financeiras; situação académica/laboral) às características sociodemográficas da amostra (estatuto socioeconómico proeminentemente baixo; elevada proporção de estudantes e desempregadas).

- ***Relação entre variáveis obstétricas e as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez;***

Relativamente ao **número de filhos**, 51,5% das mulheres que interromperam a gravidez em 2012, referiram ter 1 a 2 filhos e 40% não tinham filhos. Estes dados são muito semelhantes aos verificados em 2010 e também em 2011. Tinham tido um parto nesse mesmo ano 238 (1,3%) (DGS, 2013). Canário (2009) estudou os aspetos éticos e psicológicos do aborto no casal e apurou que o número de filhos das participantes varia entre 0 (42%) e 2 ($\bar{X}=0.82$, $Dp=.80$).

Complementando, Maçola, Vale, & Carmona (2010), num estudo relacionado com a autoestima em grávidas, constataram que a maioria das mulheres (67,7%) **não planeou a gravidez** e declarou ter preocupações em relação à mesma.

Entre as mulheres que efetuaram uma **IG** em 2012, 73,9% nunca tinham realizado anteriormente uma interrupção, 20,4 % realizaram uma, 4,3 % tinham realizado duas e 1,5% já tinham realizado três ou mais no decorrer da sua idade fértil (DGS, 2013).

Sereno, Leal, & Maroco (2009), num estudo relacionado com o ajustamento psicológico no processo de decisão da IVG, relativamente **antecedentes obstétricos**, apuraram que cerca de metade das participantes nunca engravidou (40.7%) nem teve filhos (53.3%) previamente à presente IVG. Da **história de gravidez atual**, verificaram que esta gravidez surge para (50.7%) num contexto relacional de namoro, seguido do casamento ou união de facto (40.7%) e em menor número em relações ocasionais (8.7%). Grande parte destas mulheres refere utilizar um método contraceutivo (70%), aparecendo a pílula como o método mais utilizado (53.3%), seguida do preservativo (41.9%). Constataram ainda, no momento da recolha da amostra, que cerca de metade das mulheres (48.7%) apresentava uma **idade gestacional** entre as sete e as nove semanas.

Ainda neste estudo, relativamente às **razões para a falha dos métodos contraceptivos utilizados** ou motivações para a não utilização, constataram que 20.7% das mulheres os utiliza de forma inconsistente (“preservativo às vezes” ou paragens na pílula), 40% reconhece alguma falha na utilização do método, como esquecimento da pílula alguns dias, interação medicamentosa, rompimento do preservativo, etc. Há também um número considerá-

vel de mulheres que admite não utilizar qualquer método como prevenção para uma gravidez não desejada (20.7%) e 16.7% não sabe o que aconteceu para o método ter falhado. (2%) alega a não utilização de contraceptivos por inicialmente, ter planeado a gravidez.

Relativamente ao **número de gestações**, Fonseca, *et. al* (1996), estudaram as determinantes do aborto induzido em hospitais da região Nordeste do Brasil, apuraram que a maioria (34%) das mulheres não tinha filhos, aproximadamente 26% tinham um e um terço (33,1%) tinham entre dois a quatro. Grandes múltiparas (com 5 ou mais filhos) representavam apenas 7,7% das mulheres com aborto provocado. Aproximadamente um quarto das pacientes (22,2%) relatou uma IG anterior, enquanto que 11,8% vivenciaram um aborto espontâneo prévio. Quanto aos métodos contraceptivos, constataram que cerca de dois terços (61,1%) não usavam qualquer método contraceptivo, 12,3% usavam anticoncepcivo oral (...) enquanto que o uso do preservativo foi referido por 5,3% das participantes e o coito interrompido por 6,4%. Outros métodos, incluindo diafragma, espermicidas e aleitamento materno, foram mencionados por 2,0% das mulheres.

Santos N. (2010), num estudo relacionado com a satisfação conjugal e do apoio social na IVG, apurou que (40%) das mulheres não têm filhos e as restantes (60%) têm entre 1 e 6 filhos, tendo 31.1% um filho, 20% dois filhos e as restantes mulheres com filhos 2.2% cada uma. Quanto aos antecedentes de gestações não levadas a termo (...) apurou que 68.9% nunca tinham interrompido a gravidez e 31.4% haviam recorrido à IVG anteriormente numa só ocasião.

- ***Influência da autoestima nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez.***

Adler, David, Major, Roth, Russo e Wyatt (1992), negam a pouca probabilidade de que o aborto seja seguido de respostas psicológicas severas e que os aspetos psicológicos podem ser percebidos numa perspetiva de coping e stress normal, mais do que através de um modelo psicopatológico. As mulheres que apresentam com maior risco de ter respostas negativas abarcam aquelas que interrompem gravidezes desejadas e significativas, as que na interrupção da gravidez mostram falta de apoio do parceiro ou pais, as que têm maiores conflitos ou que se apresentam pouco seguras sobre a sua decisão, as que adiam até ao segundo trimestre e as que se culpabilizam pela gravidez (Patrão, King, & Almeida, 2008).

As consequências psicológicas da IVG não devem ser vistas unicamente como resultado do ato de abortar. Na maioria dos casos, as consequências psicológicas da IVG tendem a ser mais positivas que negativas. Embora, algumas mulheres apresentem sentimentos como a tristeza, mágoa e angústia (Noya & Leal, 1998; *cit. in* Patrão, King, & Almeida, 2008).

No seu estudo, Guedes, Gameiro, & Canavarro (2010) demonstraram que existem fatores psicológicos que podem condicionar a forma como as mulheres lidam com a decisão de IG e, conseqüentemente, a sua adaptação a esta experiência. Neste contexto, a recordação de práticas educativas maternas de rejeição e sobreproteção, a vulnerabilidade ao stress e o recurso ao coping religioso, a resposta emocional e a negação estão associados a uma pior adaptação à IVG, quer durante o período da decisão, quer após a IVG.

Souza & Ferreira (2005), estudaram a autoestima pessoal e coletiva em mães e não-mães, verificaram que as mulheres pertencentes ao grupo de mães apresentaram uma média em autoestima pessoal significativamente mais elevada do que as pertencentes ao grupo de não mães ($F(1,303) = 6,13; p < 0,014$), comprovando a hipótese que previa a existência de diferenças significativas entre os dois grupos a favor das mães, no que se refere à autoestima pessoal.

Maçola, Vale, & Carmona (2010) avaliaram a autoestima de grávidas, recorrendo a escala de Rosenberg, e verificaram que mais da metade das entrevistadas (60,6%) apresentou uma autoestima insatisfatória. Constataram ainda que as grávidas que referiram não ter planeado a gravidez apresentaram maior prevalência de autoestima insatisfatória do que aquelas que referiram terem planeado a gravidez.

Coleman, Reardon, Rue & Cogle (2002) revelam que o aborto induzido tem riscos significativos de episódios psiquiátricos, revelando o seu estudo, que num período de noventa dias após um aborto cerca de 63% das mulheres apresentavam maior probabilidade de receber tratamento psiquiátrico do que as mulheres que levaram a gravidez até ao fim (Patrão, King, & Almeida, 2008)

Para Russo e Zierk (1992), as conseqüências psicopatológicas da interrupção da gravidez encontram-se negativamente ligadas a uma autoestima globalmente positiva, mais especificamente, sentimentos de valorização intrínseca, capacidade de não se sentir frustrada. Os recursos de coping da mulher ligados com o emprego, salário e educação são muito mais valorizados para o seu bem-estar do que o facto de ter feito ou não um aborto.

• *Relação entre as variáveis funcionalidade familiar, satisfação com o apoio social e vida conjugal, e as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez.*

Dentro do contexto familiar existem relações afetivas e pessoais que marcam presença na construção da história de cada um de seus membros (Fróis, 2012). Neste sentido, Andrade & Martins (2011) acrescentam, independentemente da conceptualização adotada, a família constitui um sistema social que desempenha funções importantes na sociedade, nomeadamente de natureza afetiva, educativa, de socialização e reprodutiva (Fróis, 2012).

Relativamente à **funcionalidade familiar**, Fróis(2012), estudou as atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal, constatou que a maioria das grávidas em estudo evidenciava uma família altamente funcional, situando-se no grupo etário dos 20-35 anos, com 2º ciclo de escolaridade, casadas ou em união de facto e empregadas. Entre as famílias com disfunção severa não constatou atitudes pouco favoráveis à interrupção da gravidez.

Coleman (2006) evidenciou que as jovens que enveredam pelo aborto, como resolução reprodutiva, tendem a evidenciar maior propensão para comportamentos de risco e para abandonar o lar familiar (Sereno, Leal, & Maroco, 2009). Sugere ainda que a tendência para enveredar pelo aborto eletivo, como resolução de uma gravidez indesejada, se relaciona com estilos educativos parentais pautados por criticismo, exigência e reduzida afetividade. No mesmo sentido, Ouró e Leal (1998), citados pelo mesmo autor, evidenciaram que as adolescentes que decidem abortar tendem a procurar apoio social fora do contexto familiar (amigos e companheiro), partilhando com as adolescentes que prosseguem a gravidez um maior distanciamento físico e/ou afetivo em relação à figura paterna. Nestes moldes, a decisão de abortar parece relacionar-se com a interiorização de críticas parentais, de sentimentos de ansiedade perante as relações íntimas e/ou de expectativas de fracasso nas tarefas de parentalidade (Coleman,2006; *cit. in* Sereno, Leal, & Maroco, 2009).

Alguns autores, com experiência clínica junto das mulheres que enveredam pelo aborto eletivo, sugerem que o período pré aborto pode igualmente ser caracterizado por sentimentos de revolta em relação ao companheiro ou à falta de apoio da família, de culpa pela relação ou pela conceção inesperada ou de alívio por pensar que a gravidez indesejada está prestes a ser interrompida (Sereno, Leal, & Maroco, 2009).

Adotando como grelha de referência a teoria da intenção comportamental de Fishbein & Ajzen (1975), Smetana e Adler (1979) partem do pressuposto que a atitude da mulher face à decisão de prosseguir ou interromper a gravidez depende da pressão das normas sociais e das leis, bem como das suas crenças e valores, em relação à prática do aborto eletivo e à maternidade, e o de desejo de engravidar (Sereno, Leal, & Maroco, 2009).

Sereno, Leal, & Maroco (2009), num estudo relacionado com o ajustamento psicológico no processo de decisão da IVG, apuraram quanto à **satisfação com o suporte social** percebido em todas as subescalas médias elevadas, o que indica um elevado suporte social percecionado, exceto na subescala “atividades sociais”, o que significa que as participantes se encontram menos satisfeitas nas atividades sociais que realizam do que numa outra dimensão do suporte social avaliada.

Santos N. (2010), estudou a satisfação conjugal e do apoio social das mulheres na IVG e no que diz respeito à **Satisfação com o Suporte Social** os valores apurados remetem para baixos níveis de satisfação com o suporte social (\bar{X} =28,1; Dp=10,03). Relativamente à carência de apoio social, Fróis (2012) refere, ainda, que a falta de apoio social e os encargos familiares constituíram um importante fator de decisão (...) sendo reconhecidos custos relacionados com o impacto do nascimento nos recursos socioeconómicos da família bem como nas possíveis dificuldades de coordenação das atividades profissionais da mulher com os cuidados à criança.

Neste contexto, Wierzbicka & Sokoloeska (2004) referem que o suporte social, nomeadamente o proporcionado no âmbito do relacionamento conjugal, é uma variável importante no impacto psicológico do aborto. Outros autores apontam-na, inclusivamente, como um fator fundamental na recuperação emocional pós aborto (Canário, 2009).

Muitos autores têm procurado conhecer as vivências da grávida ou do casal com interrupção da gestação, por malformação fetal. Korenromp, Godelive, Christiaens, Bout, Mulder, Hunfeld & Visser, (2005), *cit in* Fróis (2012), no seu estudo, analisaram as respostas psicológicas do casal à interrupção, concluindo da importância do **relacionamento do casal**, do nível educacional, da gravidade da anomalia fetal e a existência de outros filhos como determinantes favoráveis à atitude de interromper a gestação. Também verificaram que as mulheres que perceberam ter um bom apoio do parceiro apresentaram menos sentimentos de tristeza e depressão. No geral as mulheres mostraram mais sintomas de stress e emoções negativas do que os seus parceiros/companheiros. Foi significativo o envolvimento do companheiro para a existência de um melhor desfecho psicológico na grávida (Fróis, 2012). O estudo realizado por SANTOS N. (2010), relativamente à **Satisfação em Áreas da Vida Conjugal**, apurou a uma vivência “satisfeita” da mulher que interrompeu a gravidez, com a sua relação conjugal (\bar{X} =4,1; Dp= 0,94).

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPITULO IV

METODOLOGIA

5 - METODOLOGIA

Uma vez reunida toda a informação disponível na fase preliminar de pesquisa, respeitante ao enquadramento da temática apresentada, surge agora a fase que dará lugar a exposição e descrição metodológica aplicada no estudo. Pretendemos, desta forma, contribuir para uma melhor compreensão da sistematização e operacionalização dos procedimentos adotados no decorrer das várias etapas do estudo.

5.1 - MÉTODOS

Não se pode compreender a resposta emocional da mulher face ao aborto se não se considerar o significado que aquela gravidez encerra naquele momento particular da sua vida. Há múltiplas respostas possíveis perante uma gravidez (Noya & Leal, 1998).

De acordo com (Matias & Marinho, 2000), desconhecia-se o número de interrupções realizadas antes da Lei 16/2007, de 17 de abril. Os números estimados eram de cerca de 20.000 interrupções por ano mas os números de interrupções registadas depois da entrada em vigor da Lei nunca ultrapassaram esse valor estimado.

A DGS apontava, num relatório dos registos das interrupções da gravidez de 2011, que no ano de 2010 se verificou uma diminuição nos números de interrupção de gravidez (IG), porém, a redução do número de gravidezes não desejadas deve assentar numa estratégia sustentada de educação sexual, acessibilidade a métodos contraceptivos e promoção da contraceção eficaz e segura (DGS, 2011).

A mesma DGS refere que se assistiu a uma estabilização do número de IG realizadas em 2012, constatando-se uma redução de 7,6% relativamente ao ano de 2011. Constatou, ainda, uma redução da percentagem de mulheres de nacionalidade estrangeira que realizaram uma IG em 2012, contrariamente à tendência verificada nos anos anteriores (DGS, 2013).

Tal como já acontecia em anos anteriores, as IG por opção da mulher até às 10 semanas constituem cerca de 97,3% do total das interrupções realizadas, sendo o segundo motivo mais frequente a “grave doença ou malformação congénita do nascituro” com 437 registos (2,3%) (DGS, 2013).

O crescimento sustentável de uma sociedade não se alcança através do aumento da gravidez não desejada. Pelo contrário, este aumento está associado a problemas de integração social, potenciando e perpetuando um ciclo de pobreza para a mulher e para os seus filhos, aumentando conseqüentemente o número de interrupções da gravidez.

Questões como prevenção da gravidez e de infeções sexualmente transmissíveis devem ser, numa sociedade que se pretende igualitária em termos de género, entendidas como responsabilidade de mulheres e homens.

Todas as mulheres que pedem uma IG devem receber, de forma simples e compreensível, informações necessárias para que possam decidir de forma livre e consciente. Do conjunto destes esclarecimentos, realça-se a discussão da contraceção utilizada e as opções disponíveis.

O aconselhamento contracetivo pode e deve ser realizado ao longo de todas as consultas no quadro do processo de interrupção, e não ser remetido exclusivamente para uma consulta final quando o aborto já está completo. O método contracetivo é muitas vezes escolhido e iniciado durante o processo da Interrupção da Gravidez.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), as políticas de saúde na área da IG *“devem pretender diminuir a taxa de gravidezes não desejadas providenciando serviços de informação e disponibilização contracetiva de boa qualidade, incluindo uma gama variada de métodos contracetivos, contraceção de emergência e educação sexual abrangente”*.

Uma vez realizado o enquadramento da temática descrita, que consideramos pertinente dada a legalização recente da IVG, damos lugar a exposição e descrição metodológica aplicada no estudo.

Assim, formulamos a seguinte questão de fundo - quais as atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez?

Conseqüentemente a esta questão ainda nos interrogamos?

- Que variáveis sociodemografias influenciam as atitudes da mulher face á interrupção voluntária da gravidez;
- Que variáveis obstétricas são determinantes nas atitudes da mulher face á interrupção voluntaria da gravidez;
- Qual a influência da autoestima nas atitudes da mulher face á interrupção voluntaria da gravidez?
- Em que medida a funcionalidade familiar, o suporte social e a satisfação com a vida conjugal afetam as atitudes da mulher face á interrupção voluntaria da gravidez?

Para dar resposta às questões de investigação formuladas equacionaram-se os seguintes objetivos:

- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez;
- Identificar as variáveis obstétricas que são determinantes nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez;
- Verificar a influência da autoestima nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez.
- Analisar a influência da funcionalidade familiar, do suporte social e da satisfação com a vida conjugal com as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez.

De forma a esquematizar e esclarecer a problemática apresentada, facilitando a compreensão das questões de investigação e objetivos anteriormente propostos, descortinamos o presente esquema conceptual de investigação:

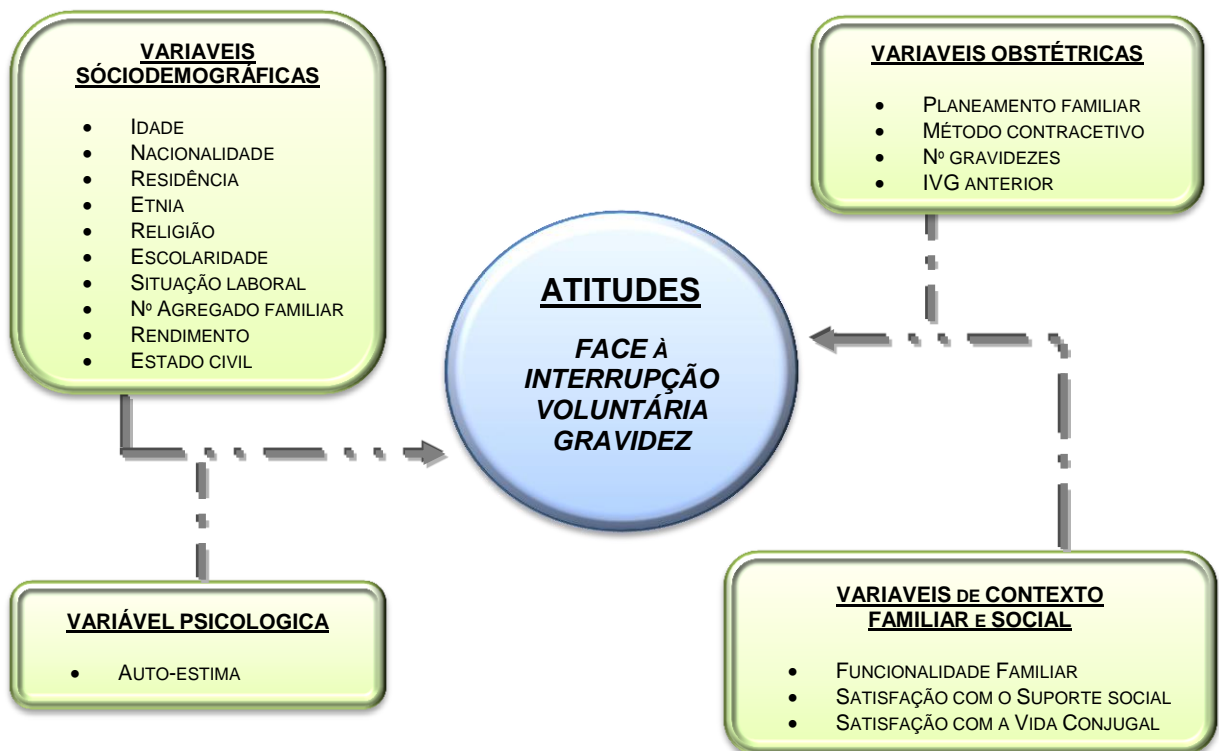


Figura 2 – Esquema conceptual de base

Para explorar a temática, “**Atitudes da mulher face a IVG**”, recorreremos a um estudo não experimental, quantitativo, descritivo-correlacional e explicativo.

Com efeito, o desenho apresentado engloba-se no tipo de investigação não experimental, uma vez que se abstém em manipular as variáveis estudadas. Fundamenta-se em métodos do estudo de análise quantitativa dado que tem como objetivo assegurar o rigor e a precisão dos resultados, minimizando distorções na análise e interpretação. Consiste num estudo transversal uma vez que o princípio causa - efeito ocorre simultaneamente, podendo a causa existir apenas no momento atual, ou já estar presente num tempo passado, ou, ainda. É um estudo descritivo e correlacional pois, caracteriza-se pela descrição de fenómenos, através da qual se estabelecem relações, visando avaliar a relação existente entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis, durante as quais se determinam características da população ou de uma amostra (Fortin, 2009).

5.2 - PARTICIPANTES

Para este estudo, recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência, uma vez que os participantes foram incluídos no estudo por se encontrarem no local e no momento da aplicação do instrumento de recolha dados. A amostra é constituída por 101 mulheres que recorreram à interrupção voluntária da gravidez num hospital da zona centro do país, entre janeiro e setembro de 2013.

Compõem a amostra do presente estudo cento e uma mulheres, com uma idade entre os 16 e os 49 anos, a que corresponde uma média de 29,09 anos. Os participantes são maioritariamente de nacionalidade portuguesa (88,1%), verificando-se que 64,4% das mulheres residem no distrito de Castela Branco. A quase totalidade é de etnia caucasiana (94%) e 85,1% professa a religião católica. Verificamos igualmente, que a maioria (78,2%) concluiu exclusivamente a escolaridade mínima obrigatória (12ºano), assumindo-se ainda como estudantes 22,8% da amostra. Constatamos também que 51,5% das mulheres tem uma ocupação laboral efetiva auferindo um rendimento familiar médio entre 500 e 1000 Euros (29,7%). Por último, verificamos que a maioria das mulheres se encontra solteira/ divorciada (64,1%) e o agregado familiar é constituído em média por 3,18 pessoas.

5.3 – INSTRUMENTOS

No que se refere à colheita de dados, no âmbito do presente estudo, recorreremos a um questionário que se encontra subdividido em duas fases (Anexo I).

A **primeira fase** incorpora duas partes: uma primeira parte referente à avaliação das características sociodemográficas da amostra onde procuramos explorar a Idade, nacionalidade, distrito de residência, etnia, religião, escolaridade, situação laboral, número de elementos do agregado familiar, rendimento familiar, estado civil; A segunda parte está direcionada para a história obstétrica da mulher, sendo constituída por oito questões: consulta planeamento familiar no último ano, método contraceutivo utilizado, planeamento da gravidez, motivo de falha do método contraceutivo, número de gravidezes, idade gestacional na primeira consulta de IVG, número de IVG e motivos para a sua realização).

A **segunda fase** destina-se a avaliação da funcionalidade familiar, da autoestima, da satisfação com o suporte social e da satisfação em áreas da vida conjugal tendo-se recorrido às seguintes escalas: *Escala de avaliação da funcionalidade familiar de Smilkstein (1978), versão portuguesa de Azevedo & Matos (1989); Self Esteem Scale, Rosenberg (1965), versão portuguesa de Santos e Maia (1999, 2003); Escala de Satisfação com o suporte Social, Ribeiro (1999) e Escala de avaliação da Satisfação em áreas da vida conjugal - Narciso, I. & Costa, M. E. (1996).*

5.3.1 - Escala de funcionalidade familiar (Smilkstein 1978)

A escala de funcionalidade familiar (apgar familiar) é uma escala elaborada por Smilkstein em 1978, incorporando cinco questões que quantificam a perceção que o indivíduo inquirido tem do funcionamento da sua família. A escala de APGAR, acrómio proveniente da língua inglesa, permite caracterizar os componentes fundamentais da função familiar em:

- Adaptação (*Adaptability*) intrafamiliar – alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;
- Participação/ comunicação (*Partnership*) – referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- Participação/ comunicação (*Partnership*) – referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- Crescimento/ desenvolvimento (*Growth*) – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- Afeto (*Affection*) – existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;

- Resolução/dedicação ou decisão (*Resolve*) – Reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

Cada questão permite três tipos de resposta: “*quase sempre*”, “*algumas vezes*” e “*quase nunca*”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente.

O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos. Da cotação total resultam pontos de corte que permite classificar os inquiridos segundo os autores em:

Funcionalidade Familiar (APGAR)	
• <i>Disfunção severa:</i>	0 - 3 pontos
• <i>Disfunção leve:</i>	4 - 6 pontos
• <i>Altamente funcional:</i>	7 - 10 pontos

Os estudos de tradução transcultural para o português foi realizada por Andrade & Martins, (2011) e os índices de validade e credibilidade estabelecidos do APGAR familiar, garantem a segurança da sua aplicação como um instrumento confiável da mensuração do fenómeno proposto. A fidedignidade ou confiabilidade do instrumento no presente estudo foi comprovada por Duarte (2001), *cit. in* Gonçalves, 2010) através da aplicação do alfa de Cronbach ($\alpha=0.97$), se a comparamos com a de Andrade & Martins (2011) que foi de ($\alpha=0.80$).

No presente questionário entendeu-se como família o(s) indivíduo(s) com quem a pessoa habitualmente vive, considerando-se família, caso viva só, todos aqueles com quem mantém laços afetivos mais intensos.

Embora a validade e credibilidade deste método já tenham sido estudadas, temos de atender ao facto de que ele só avalia o grau de satisfação familiar que o indivíduo admite e verbaliza.

Estudo de consistência interna

Os estudos de fiabilidade traduzem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos obter na informação apurada. Estes avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos *itens*.

A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em

que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item (Duarte, 2011)

Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna), foi realizada pelos seguintes passos:

- Determinação do coeficiente de correlação de *Pearson* das diversas questões com a nota global.

- Determinação do coeficiente alfa de *Cronbach* - mede a correlação entre cada escala com as restantes que pertencem a um mesmo universo e o valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Este indicador permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1) considerando-se a consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008).

• Muito boa	<i>Alpha</i> : > 0,9
• Boa	<i>Alpha</i> : > 0,8 ; <= 0,9
• Razoável	<i>Alpha</i> : > 0,7 ; <= 0,8
• Fraca	<i>Alpha</i> : > 0,6 ; <= 0,7
• Inadmissível	<i>Alpha</i> : <= 0,6

- Determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (*split-half*). Este coeficiente divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, ou seja, procura corroborar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade (Duarte, 2011).

Os estudos de validade dão apreço a três aspetos fundamentais: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. Dentro destes aspetos a validade de constructo, subordina todas as outras e procura encontrar resposta para a seguinte questão: “em que medida, este instrumento mede realmente o que procura medir?” Neste contexto, a validade do constructo nunca é provada, é simplesmente aceite, dado que as provas a favor se evidenciam como superiores às provas contrárias (Fróis, 2012).

A determinação dos estudos de validade é realizada através da análise fatorial dos itens e dos resultados, sendo este um método bastante utilizado e reconhecido entre os diversos autores. A análise fatorial é, “um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis necessárias para as descrever” (Pestana & Gageiro, 2008).

De forma a estudar a consistência interna da escala, analisando a homogeneidade dos itens para o nosso estudo, procedeu-se a determinação do coeficiente de correlação de *Pearson* das diversas questões com a nota global e á determinação do coeficiente alfa de *Cronbach*.

Neste sentido, procedemos ao estudo da consistência interna da escala para o nosso estudo recorrendo à análise da homogeneidade dos itens, à determinação do coeficiente de correlação de *Pearson* das diversas questões com a nota global e á determinação do coeficiente alfa de *Cronbach*.

Apresentamos no quadro 1 as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala de apgar familiar.

Os 5 itens que constituem a escala revelam índices médios que oscilam entre 1,39, item 3 “*Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida*”, e 1,53, item 1 “*Está satisfeita com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa a preocupa*”.

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, ressalta que todos os indicados apresentam um valor positivo e significativo sendo superior a 0,2, razão pela qual não foi eliminado qualquer dos itens. O valor mínimo obtido foi de ($r=0,527$) no item 5 “*Está satisfeita com o tempo que passa com a sua família*”, que explica 32,8% da sua variabilidade com a pontuação global, e o máximo é de ($r=0,778$) no item 2 “*Está Satisfeita como a sua família discute os assuntos*”, com uma variabilidade de 71.3%.

Os valores de alfa de *Cronbach* variam entre 0,791 e 0,862, constatando-se um valor de consistência interna global considerado bom ($\alpha=0,852$). Os índices de consistência interna obtido pelo método das metades “split-half” revelam-se para a primeira parte como bom, sendo de 0,843, e como fraco para a segunda metade (0,646) (cf. quadro 1).

Quadro 1 - Consistência interna da escala de Apgar familiar, correlações item/total e respetivos valores de alfa de Cronbach.

Nº Item	Itens	Média	Desvio Padrão	R/item total	R ²	Cronbach's Alpha
1.	Está satisfeita com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa a preocupa.	1,53	0,657	0,746	0,660	0,800
2.	Está Satisfeita como a sua família discute os assuntos.	1,40	0,679	0,778	0,713	0,791
3.	Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida.	1,39	0,599	0,611	0,415	0,836
4.	Está satisfeita com o modo que a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex: irritação, pesar, amor)	1,51	0,627	0,683	0,524	0,818
5.	Está satisfeita com o tempo que passa com a sua família.	1,40	0,722	0,527	0,328	0,862
Coeficiente Alpha Cronbach		(Split-half)		Alpha Global	Alpha Original	
		Parte 1	Parte2			
		0,843	0,646	0,852	0,800	

Concluimos portanto que o estudo da consistência interna do instrumento, para o nosso estudo, aproxima-se dos resultados de Duarte (2001), *cit. in* Gonçalves (2010) através da aplicação do alfa de *Cronbach*, se os comparamos com a original, o que nos indica uma boa consistência interna de acordo com a classificação apresentada por Pestana & Gageiro (2008).

5.3.2 - Escala de Autoestima (*Self Esteem Scale*) de Rosenberg (1965), versão portuguesa de Santos e Maia (2003).

A autoestima relaciona-se a construtos psicológicos como bem-estar e autoconceito, sendo amplamente investigada no campo da psicologia da personalidade. É considerada um dos principais preditores de resultados favoráveis na adolescência e na vida adulta, tendo implicações em áreas como sucesso ocupacional, relacionamentos interpessoais e desempenho académico (Sánchez & Barrón, 2003; Martín-Albo, Núñez, Navarro & Grijalvo, 2007; Schmitt & Allik, 2005, Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2003; *cit. in* Sbicigo; *et. al*, 2010).

A *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) foi desenvolvida por Morris Rosenberg em 1965 para avaliar a autoestima global (Santos P., 2008). Trata-se de uma medida unidimensional, que avalia explicitamente a autoestima global, medindo o valor que o indivíduo atribui a si mesmo como pessoa, e é baseado no modelo de Guttman, ou seja, baseia-se na ideia que os itens pertencem ao mesmo universo de conteúdo e vão representando progressivos graus de força relativamente ao conflito (Romano; *et. al*, 2007).

Santos e Maia (1999, 2003), traduziram e adaptaram a RSES para português, concluindo que a RSES avalia um constructo unidimensional, como sugerido originalmente por Rosenberg (Valente, 2012).

Do ponto de vista teórico, a dimensionalidade da autoestima também vem sendo questionada. Ainda que existam controvérsias sobre o conceito de autoestima e sua estrutura fatorial, a EAR tem apresentado bons índices de consistência interna em pesquisas internacionais, que foram realizadas com amostras de adolescentes e adultos (Aluja e cols., 2007; Donnellan e Cols. 2005, *cit. in* Sbicigo; *et. al*, 2010).

A RSES encontra-se disposta em dez declarações no formato Likert de quatro pontos, em que cinco *itens* são de orientação positiva e cinco de orientação negativa. Para cada afirmação existem quatro opções de resposta, correspondendo uma pontuação mínima de 1 e máxima de 4 (*concordo plenamente* = 4, *concordo* = 3, *discordo* = 2 e *discordo plenamente* = 1), sendo exceção os *itens* invertidos: 2, 5, 6, 8 e 9 (*concordo plenamente* = 1, *concordo* = 2, *discordo* = 3 e *discordo plenamente* = 4). Após as devidas inversões, a média dos 10

itens dá-nos a cotação da escala cujos *scores* totais podem variar entre 10 e 40 (Romano; *et. al.*, 2007).

Os valores mais altos refletem uma autoestima elevada, deste modo, as pessoas consideram-se pessoas de valor, orgulham-se do que são, sem se sentir, necessariamente, superiores aos outros. Em contrapartida, os *valores mais baixos* refletem uma baixa autoestima, onde as pessoas sentem-se desvalorizadas, insatisfeitas e sentem falta de respeito dos outros (Santos & Maia, 2003; *cit. in* Rodrigues M. I., 2011). Considerando Rosenberg (1979), *cit. in* Maçola; *et. al* (2010), da cotação total resultam pontos de corte que permitem classificar os inquiridos em:

Auto-estima	
• Satisfatória:	>= 30 pontos
• Insatisfatória:	< 30 pontos

A EAR apresentou boa consistência interna no estudo de validação original, realizado com 5.024 jovens de Nova Iorque ($\alpha=0,92$), e em pesquisas brasileiras, nas quais o coeficiente alfa de *Cronbach* variou entre 0,68 (Avanci & Cols., 2007) e $\alpha=0,86$ (Hutz, 2000; Santos & Maia, 2003); *cit. in* (Sbicigo; *et. al*, 2010).

Romano *et al.* (2007, p. 107), *cit. in* Valente (2012), procederam à validação da escala numa amostra de adolescentes da região interior norte de Portugal, tendo aplicado o instrumento a uma amostra de 501 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, que frequentavam o ensino básico e secundário na região anteriormente mencionada. Após o estudo das características psicométricas, a escala apresentou uma consistência interna considerada satisfatória, com um alfa de *Cronbach* de 0,63 para o fator 1 (autoestima negativa) e de $\alpha=0,74$ para o fator 2 (autoestima positiva). A sua estrutura fatorial é bidimensional (contrariando a versão original do constructo a qual é unidimensional), explicando 46, 03% da variância total. A análise fatorial confirmatória corroborou o modelo de dois fatores. O fator 1 agrupa os itens de orientação negativa (itens 2, 5, 6, 8 e 9), que explicam 33,43% da variância. O fator 2 composto pelos itens de orientação positiva (itens 1, 3, 4, 7 e 10) explica 12,68% da variância total (Romano *et al.*, 2007, p. 109 e 110; *cit. in* Valente, 2012).

Estudo psicométrico

De forma a estudar a consistência interna da escala, analisando a homogeneidade dos itens para o nosso estudo, procedeu-se a determinação do coeficiente de correlação de

Pearson das diversas questões com a nota global e á determinação do coeficiente alfa de Cronbach.

Assim, expomos no quadro 2 as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global. Verificamos que os valores médios oscilam entre 1.71, item 9 “*Em termos gerais, estou inclinada a achar que eu sou um fracasso*”, e 2,92, item 2 “*Por vezes, eu acho que não sou boa em tudo*”; sendo que o que apresenta maior variabilidade é o item 5 “*Sinto que não tenho muito do que me orgulhar*”, com um desvio padrão de 0,898.

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, ressalta que todos os indicados apresentam um valor positivo, sendo igual ou superior a 0,2, razão pela qual não foi eliminado qualquer dos itens. O valor mínimo obtido foi de ($r= 0,200$) no item 2 “*Por vezes, eu acho que não sou boa em tudo*” que explica 17.9% da sua variabilidade com a pontuação global, e o máximo é de ($r=0,759$) no item 9 “*Em termos gerais, estou inclinada a achar que eu sou um fracasso*” que explica 62.9% de variabilidade.

Os valores de alfa de Cronbach são classificados de bons, pois variam entre $\alpha=0,830$ e $\alpha=0,873$, constatando-se um valor de consistência interna global igualmente bom ($\alpha=0.861$). Os índices de consistência interna obtidos pelo método das metades “split-half” revelaram-se fracos para a primeira metade ($\alpha=0,682$), e bons para a segunda metade ($\alpha=0,806$) (cf. Quadro 2).

Quadro 2 - Consistência interna da escala de avaliação da autoestima

Nº Itens	Itens	Média	Desvio Padrão	R/item Total	R ²	Alpha s/item
1.	No geral, estou satisfeita comigo mesmo.	2,02	0,707	0,524	0,327	0,851
2.	Por vezes, eu acho que não sou boa em tudo.	2,92	0,643	0,200	0,179	0,873
3.	Eu sinto que tenho uma série de boas qualidades.	1,97	0,556	0,594	0,453	0,848
4.	Eu sou capaz de fazer as coisas, assim como a maioria das pessoas.	1,77	0,598	0,627	0,493	0,845
5.	Sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	2,05	0,899	0,661	0,527	0,839
6.	Sinto-me por vezes inútil.	2,07	0,886	0,622	0,448	0,843
7.	Eu sinto que sou uma pessoas de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros	1,89	0,691	0,442	0,301	0,857
8.	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	2,07	0,875	0,647	0,471	0,841
9.	Em termos gerais, estou inclinada a achar que eu sou um fracasso.	1,71	0,841	0,759	0,629	0,830
10.	Eu tomo uma atitude positiva para comigo mesma.	1,97	0,714	0,652	0,460	0,841
Coeficiente Alpha Cronbach		Split-half)				Alpha Global
		Parte 1		Parte2		
		0,682		0,806		

Depois de verificarmos como cada item se relaciona com o valor global da escala, procedemos à sua validação através do estudo da análise fatorial exploratória tendo o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO=0,890$) revelado um valor classificado como bom, segundo Pestana & Gageiro (2008), enquanto que o teste de Bartlett's apresenta diferenças estatísticas significativas ($p=0.000$), o que nos permite continuar com o processo de validação.

Efetuada a extração dos fatores pelo método dos componentes principais, seguida de rotação do tipo Varimax, a escala evidencia um carácter bidimensional com raízes latentes superiores a 1 e que no conjunto explicavam 58,99% da variância total, o que contraria a versão original do constructo a qual é unidimensional e corroborou com o modelo de dois fatores sugerido por Romano *et. al.*, (2007, p. 107), *cit. in* Valente (2012) (cf. quadro 3).

O fator 1 agrupa os itens de orientação negativa (itens 2, 5, 6, 8 e 9), que explicam 46,25% da variância.

O fator 2 composto é pelos itens de orientação positiva (itens 1, 3, 4, 7 e 10) e explica 12,75% da variância total.

Verificamos ainda a proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores: a comunalidade inicial é para todos os itens igual a 1 e após a extração podemos considerá-la razoável já que oscila entre os 0,454 no item 1 e 0,702 no item 9.

Quadro 3 – Ordenações dos indicadores da escala de avaliação da autoestima e variância explicada por fatores.

Nº Item	Itens	Fatores		
		1	2	H ²
2.	Por vezes, eu acho que não sou boa em tudo.	0,772		0,643
5.	Sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	0,715		0,680
6.	Sinto-me por vezes inútil.	0,688		0,622
8.	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	0,546		0,566
9.	Em termos gerais, estou inclinada a achar que eu sou um fracasso.	0,432		0,702
1.	No geral, estou satisfeita comigo mesmo.		0,656	0,454
3.	Eu sinto que tenho uma série de boas qualidades.		0,753	0,583
4.	Eu sou capaz de fazer as coisas, assim como a maioria das pessoas.		0,758	0,609
7.	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com os outros		0,682	0,467
10.	Eu tomo uma atitude positiva para comigo mesma.		0,694	0,574
Componentes		Variância Explicada		
		Engenvalues	% de variância	Variância acumulada
1		4,625	46,251	46,251
2		1,275	12,748	58,999

Quanto aos resultados obtidos com a matriz de correlação (cf. quadro 4), observamos pelo quadro 13 que as correlações entre os dois fatores com o valor global da escala, oscilam entre 0,921 com a autoestima positiva e 0,955 com a autoestima negativa sendo positiva e significativa. Entre a autoestima positiva e autoestima negativa a correlação é também, positiva e significativa ($r=0,765$) com uma percentagem de variância explicada de 58,52%. Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que o aumento ou diminuição numa das dimensões da escala se encontra a sua reciprocidade na dimensão com que se relaciona.

Quadro 4 - Matriz de Correlação de Pearson entre fatores da escala de avaliação da autoestima

Fatores	Fatores Positivos	Fatores Negativos
Fatores Negativos	0.765 ***	--
Total da Autoestima	0.921***	0.955***

*** $p < 0.001$

Em suma, o estudo das características psicométricas referentes ao nosso estudo, valida as considerações de Romano; *et al*, (2007), ao apresentar uma consistência interna considerada boa, segundo Pestana & Gageiro (2008), com um alfa de *Cronbach* global de 0,861. Perante este pressuposto, podemos afirmar que a consistência interna da escala de Autoestima de Rosenberg é satisfatoriamente aceite para a nossa amostra.

5.3.3 - Escala de avaliação da Satisfação com o Suporte Social (ESSS), (Ribeiro, 1999)

Para Ribeiro J. (1999), o suporte social é uma variável importante para a saúde mas não há uniformidade quanto à maneira de o avaliar, nem é clara a relação existente entre as diversas estratégias e técnicas utilizadas para de o avaliar. A variedade destas técnicas reflete a complexidade da conceção de suporte social. Como dizem Sarason e Sarason (1984), *cit. in* Ribeiro J. (1999), "importante como parece, não há concordância acerca da maneira de avaliar o nível pessoal de suporte social".

Em 1999 Ribeiro construiu a ESSS, com o objetivo de medir a satisfação com o suporte social existente, assumindo, como defendem Wethington e Kessler (1986), que as medidas de perceção de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível (Ribeiro J., 1999).

Segundo Siqueira (2008), trata-se de um instrumento que avalia as necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com o suporte social, ou seja, focaliza o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfa-

ção com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe oferecerem suporte (Rodrigues V. B., 2008).

A versão final da ESSS é constituída por frases que são apresentadas para autopreenchimento, como um conjunto de afirmações, devendo o sujeito assinalar em que medida as afirmações expostas se aplicam à sua situação individual, através de uma escala tipo Likert composta por cinco posições: *concordo totalmente, concordo na maior parte, não concordo nem discordo, discordo na maior parte e discordo totalmente*; correspondendo as notas mais altas a uma percepção de maior satisfação com o suporte social.

Ribeiro J. (1999) procedeu à análise de componentes associados, selecionando os *itens* com uma carga fatorial superior a 0,40, permanecendo na equação 15 itens. A solução fatorial assim escolhida, inclui quatro fatores que explicam 63,1% da variância total. Para a escala total apurou um coeficiente alfa *Cronbach* global de 0,85, traduzindo uma boa consistência interna.

O primeiro fator, denominado “satisfação com os amigos”, mede a satisfação com as amizades/amigos, inclui cinco itens (1,2,3,4,5). Apresentou uma consistência interna de $\alpha=0,83$ e explicou 35% da variância total.

O segundo fator, designado por “intimidade”, mede a percepção da existência de suporte social íntimo, inclui quatro itens (6,7,8,9). Apresentou uma consistência interna de $\alpha=0,74$ e explicou 12,1% da variância total.

O terceiro fator, intitulado “satisfação com a família”, avalia a satisfação com o suporte social familiar existente, inclui três itens (10,11,12). Apresentou consistência interna de $\alpha=0,74$ e explicou 8,7% da variância total.

O último fator gerado, denominado “atividades sociais”, mede a satisfação com as atividades sociais que realiza, inclui três itens (13, 14, 15). Apresentou uma consistência interna de $\alpha=0,64$ e explicou 7,3% da variância total.

A nota total da escala resulta do somatório da totalidade dos *itens*. O resultado de cada fator obtém-se do somatório dos respetivos *itens*. Estes são cotados atribuindo o valor “1”, aos *itens* assinalados com “A”, até “5”, aos *itens* assinalados com “E”. São exceções os *itens* invertidos: 2,3,4,5,7,8, 10, 11, 12; nos quais o valor “1” é atribuído aos *itens* assinalados com “E” e o valor “5” aos itens assinalados com “A”. A nota total da escala pode variar entre 15 (15x1) e 75 (15x5), sendo que à nota mais elevada corresponde uma maior percepção de suporte social (Rodrigues V. B., 2008).

De forma a classificar o nível a suporte social evidenciado na amostra consideramos, tal como refere Batista, *et. al* (2006), *cit. in* Rodrigues V. B. (2008), os seguintes pontos de corte:

Satisfação com o suporte Social	
• <i>Baixa satisfação:</i>	<= 25 pontos
• <i>Média satisfação:</i>	26 – 50 pontos
• <i>Alta satisfação:</i>	51 - 75 pontos

Estudo de consistência interna

De modo a estudar a consistência interna da escala, analisando a homogeneidade dos itens para o nosso estudo, procedeu-se a determinação do coeficiente de correlação de *Pearson* das diversas questões com a nota global e á determinação do coeficiente Alfa de *Cronbach*.

Apresentamos no quadro 5 as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global. Assim, verificamos que os valores médios oscilam entre 3,05, item 13 “*Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria*”, e 4,31, item 5 “*Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho*”; sendo que o que apresenta maior variabilidade é o item 9 “*Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas*”, com um desvio padrão de 1,472.

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, sobressai que todos os indicadores apresentam um valor positivo, sendo igual ou superior a 0,2, razão pela qual não foi eliminado qualquer dos itens. O valor mínimo obtido foi de ($r=0,305$) no item 13 “*Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria*” que explica 36% da sua variabilidade com a pontuação global, e o máximo é de ($r=0,668$) no item 3 “*Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos*” que explica 72,5% de variabilidade.

Os valores de alfa de *Cronbach* são classificados de bons pois variam entre 0,867 e 0,878, constatando-se um valor de consistência interna global igualmente bom ($\alpha=0,878$). Os índices de consistência interna obtidos pelo método das metades “split-half” revelaram-se bons para a primeira metade ($\alpha=0,938$) e razoáveis para a segunda metade ($\alpha=0,740$) (cf. quadro 5).

Quadro 5 - Estatísticas da consistência interna e correlações de Pearson da escala de avaliação da satisfação com o suporte social

Nº Itens	Itens	Média	Desvio Padrão	R/item Total	R ²	Alpha s/item
1.	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	3,67	1,021	0,458	0,299	0,875
2.	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	4,26	0,891	0,657	0,630	0,868
3.	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	3,83	0,981	0,668	0,725	0,867
4.	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	4,13	0,956	0,656	0,691	0,868
5.	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	4,31	0,967	0,577	0,614	0,871
6.	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	3,77	1,406	0,636	0,560	0,867
7.	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	4,07	1,194	0,522	0,667	0,872
8.	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	4,11	1,139	0,539	0,670	0,872
9.	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	3,57	1,472	0,490	0,479	0,875
10.	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	4,15	1,013	0,621	0,735	0,869
11.	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	3,82	1,161	0,558	0,665	0,871
12.	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	3,96	1,076	0,520	0,725	0,873
13.	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	3,05	1,314	0,305	0,360	0,884
14.	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	3,16	1,294	0,592	0,613	0,869
15.	Gostava de participar mais em atividades de organizações (ex. Clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	3,23	1,333	0,429	0,427	0,878
Coeficiente Alpha Cronbach		Split-half)		Alpha Global	Alpha Original	
		Parte 1	Parte2			
		0,842	0,740	0,879	0,850	

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentamos no quadro 6 os parâmetros de validade e de precisão dos fatores da escala de avaliação da satisfação com o suporte social.

No que concerne ao fator “satisfação com os amigos”, os resultados da correlação de cada item com a nota global, o valor mínimo obtido foi de ($r= 0,270$) no item 1 “*Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria*” que explica 9,3% da sua variabilidade com a pontuação global, e o máximo é de ($r=0,730$) no item 4 “*Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos*” que explica 65,2% de variabilidade. Os valores de alfa de Cronbach indicam um valor de consistência interna ($\alpha=0,805$) que pode classificar-se de bom.

Relativamente ao fator “intimidade”, os resultados da correlação de cada item com a nota global, apresentam um valor mínimo de ($r= 0,663$) no item 9 “*Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas*” que explica 46,3% da sua variabilidade com a pontuação global, e o máximo

é de ($r=0,608$) no item 6 “*Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio*” que explica 43,7% de variabilidade. Constatamos um valor de consistência interna razoável ($\alpha=0,751$).

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, no fator “satisfação com a família”, o valor mínimo obtido foi de ($r= 0,656$) no item 11 “*Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família*” que explica 45,8% da sua variabilidade com a pontuação global, e o máximo é de ($r=0,817$) no item 12 “*Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família*” que explica 68,6% de variabilidade. Verificamos um bom valor de consistência interna com um alfa de *Cronbach* de ($\alpha=0,856$).

Por último, o fator “Atividades sociais”, o valor correlacional mínimo obtido foi de ($r= 0,400$) no item 13 “*Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria*” que explica 27,5% da sua variabilidade com a pontuação global, e o máximo de ($r=0,696$) no item 14 “*Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam*” que explica 48,5% de variabilidade. O de valor de alfa de *Cronbach* é ($\alpha=0,688$), classificado de fraco (cf. quadro 6).

Quadro 6- Consistência interna dos fatores, correlações item/total e respectivos valores de alfa de *Cronbach* da escala de avaliação da Satisfação com o suporte social

Fator	Nº Item	Itens	Média	Desvio Padrão	R/item Total	R ²	Alpha s/item
1	1.	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	3,67	1,021	0,270	0,093	0,864
	2.	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	4,26	0,891	0,722	0,563	0,729
	3.	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	3,83	0,981	0,653	0,578	0,747
	4.	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	4,13	0,956	0,730	0,652	0,723
	5.	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	4,31	0,967	0,636	0,561	0,753
SATISFAÇÃO COM OS AMIGOS			Alpha Cronbach Total			0,805	
2	6.	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	3,77	1,406	0,608	0,437	0,658
	7.	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	4,07	1,194	0,562	0,628	0,688
	8.	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	4,11	1,139	0,584	0,621	0,680
	9.	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	3,57	1,472	0,463	0,370	0,749
INTIMIDADE			Alpha Cronbach Total			0,751	
3	10.	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	4,15	1,013	0,724	0,603	0,804
	11.	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	3,82	1,161	0,656	0,458	0,873
	12.	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	3,96	1,076	0,817	0,686	0,712
SATISFAÇÃO COM A FAMÍLIA			Alpha Cronbach Total			0,856	
4	13.	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	3,05	1,314	0,400	0,275	0,721
	14.	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	3,16	1,294	0,696	0,485	0,332
	15.	Gostava de participar mais em atividades de organizações (ex. Clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	3,23	1,333	0,437	0,329	0,678
ATIVIDADES SOCIAIS			Alpha Cronbach Total			0,688	
Coeficiente Alpha Cronbach					Alpha Global	Alpha Original	
					0,879	0,850	

Resumindo, as características psicométricas, no que concerne ao presente estudo, corrobora com Ribeiro J. (1999), ao apresentar um valor de alfa de *Cronbach* global de $\alpha=0,879$, considerado um bom indicador de consistência interna do instrumento (Pestana & Gageiro, 2008). Esta pressuposição leva-nos a afirmar que a consistência interna da escala de avaliação do suporte social de Ribeiro (1999) é satisfatoriamente aceite para a nossa amostra.

5.3.4 - Escala de avaliação da Satisfação em áreas da vida conjugal (EASAVIC) - Narciso, I. & Costa, M. E. (1996)

Narciso & Costa (1996) construíram a EASAVIC com o objetivo de avaliar a percepção subjetiva que cada indivíduo tem da sua relação conjugal, casamento ou união de facto. Trata-se de um instrumento de autoavaliação da satisfação em áreas da vida conjugal, de fácil aplicação, que achamos pertinente utilizar neste estudo empírico (Domingos, 2008).

A escala é composta por 44 itens, no formato Likert de seis pontos, e permite ao indivíduo avaliar a satisfação conjugal em: *Nada Satisfeito (1)*, *Pouco Satisfeito (2)*, *Razoavelmente Satisfeito (3)*, *Satisfeito (4)*, *Muito Satisfeito (5)*, e *Completamente Satisfeito (6)* (Narciso & Costa, 1996; *cit. in* Domingos, 2008).

Este instrumento agrupa cinco áreas da vida conjugal relativamente à “dimensão funcionamento”: *Funções Familiares*; *Tempos Livres*; *Autonomia*; *Relações extrafamiliares*; *Comunicação e Conflitos*; e cinco áreas da vida conjugal, relativamente à “dimensão amor”: *Sentimentos e expressão de sentimentos*; *Sexualidade*; *Intimidade emocional*; *Continuidade*; *Características físicas e psicológicas*. Os itens diferenciam-se no tipo de foco, em que dezasseis contemplam o casal, inclui os *itens* 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38; catorze o próprio indivíduo, inclui os *itens* 9,10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41, e 43); e os restantes catorze o cônjuge, inclui os *itens* 8, 11, 13, 20, 22, 24, 27, 30, 32, 34, 37, 40, 42 e 44 (Narciso & Costa, 1996; *cit. in* Couto, 2011).

A classificação do nível de Satisfação em Áreas da Vida Conjugal resulta do somatório global dos itens. Da cotação total, resultam pontos de corte que permitem classificar os inquiridos em:

Satisfação em Áreas da Vida Conjugal	
• <i>Baixa Satisfação:</i>	<= 179 pontos
• <i>Moderada Satisfação:</i>	180 – 211 pontos
• <i>Elevada Satisfação:</i>	212 - 211 pontos

O estudo psicométrico realizado pelo autor (Narciso & Costa, 1996; *cit. in* Domingos, 2008) revelou fortes índices de validade e precisão, apresentou alfas de *Cronbach* ($\alpha > 0,90$), o que indicou uma muito boa consistência interna de acordo com a classificação apresentada por Pestana & Gageiro (2008).

Num estudo mais recente, Narciso (2001) apurou para EASAVIC as seguintes subescalas:

a) “*Intimidade Emocional*”, inclui os *itens* 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44; apresentou $\alpha=0,96$;

- b) “*Sexualidade*”, inclui os *itens* 23, 24, 25, 26, 27, 28; apresentou um $\alpha=0,93$;
- c) “*Comunicação/Conflito*”, inclui os *itens* 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, apresentou um $\alpha=0,91$;
- d) “*Funções familiares*”, inclui os *itens* 1, 2, 3 e 4; apresentou um $\alpha=0,84$;
- e) “*Rede Social*”, inclui os *itens* 7, 8 e 9; apresentou um $\alpha=0,73$;
- f) “*Autonomia*”, inclui os *itens* 10, 11, 12 e 13; apresentou um $\alpha=0,82$;
- g) “*Tempos Livres*”, inclui os *itens* 5 e 6; apresentou um $\alpha=0,70$;

Neste estudo psicométrico Narciso (2001), *cit. in* Couto (2011), corroborou os resultados originais, e apresentou valores de alfas de *Cronbach* para a Satisfação Conjugal Global ($\alpha=0,97$) que nos indicam uma muito boa consistência interna de acordo com Pestana & Gageiro (2008).

Estudo de consistência interna

Exibimos no quadro 7 as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global. Assim, verificamos que os valores médios oscilam entre 3,57, item 6 “*A quantidade de tempos livres*”, e 4,84, item 27 “*O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais*”; sendo que o que apresenta maior variabilidade é o item 20 “*O que o meu cônjuge sente por mim*”, com um desvio padrão de 1,52.

Relativamente aos resultados da correlação de cada item com a nota global o valor mínimo obtido foi de ($r=0,346$) no item 6 “*A quantidade de tempos livres*” que explica 19,97% da sua variabilidade e o máximo de ($r=0,905$) no item 21 “*O modo como expresse o que sinto pelo meu cônjuge*” que explica 81,90% de variabilidade.

Os valores de alfa de *Cronbach* são classificados de muito bons ao oscilarem entre ($\alpha=0,985$) e ($\alpha=0,987$), constatando-se um valor de consistência interna global igualmente muito bom ($\alpha=0,986$). Também os índices de consistência interna obtidos pelo método das metades “split-half” se revelaram muito bons, tanto para a primeira ($\alpha=0,938$) como para a segunda metade ($\alpha=0,938$), aproximando-se dos valores apresentados na escala original (cf. quadro 7).

Quadro 7 – Estatísticas e correlações de *Pearson* da escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal

Nº Item	Itens	Média	Desvio Padrão	R/Item total	Alpha s/item
1.	O modo como gerimos a nossa situação financeira	3,83	1,233	0,567	0,986
2.	A distribuição de tarefas domésticas	3,87	1,383	0,630	0,986
3.	O modo como tomamos decisões	4,12	1,275	0,652	0,986
4.	A distribuição de responsabilidades	4,08	1,426	0,751	0,986
5.	O modo como passamos os tempos livres	4,03	1,307	0,644	0,986
6.	A quantidade de tempos livres	3,57	1,276	0,346	0,987
7.	O modo como nos relacionamos com os amigos	4,21	1,252	0,687	0,986
8.	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	4,11	1,326	0,681	0,986
9.	O modo como nos relacionamos com a minha família	4,29	1,374	0,615	0,986
10.	A minha privacidade e autonomia	4,38	1,215	0,703	0,986
11.	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	4,27	1,363	0,842	0,986
12.	A nossa relação com a minha profissão	4,27	1,318	0,611	0,986
13.	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	4,17	1,350	0,626	0,986
14.	A frequência com que conversamos	4,41	1,464	0,871	0,985
15.	O modo como conversamos	4,38	1,399	0,876	0,985
16.	Os assuntos sobre os quais conversamos	4,36	1,404	0,882	0,985
17.	A frequência dos conflitos que temos	3,99	1,360	0,764	0,986
18.	O modo como resolvemos os conflitos	4,29	1,366	0,796	0,986
19.	O que sinto pelo meu cônjuge	4,67	1,450	0,858	0,986
20.	O que o meu cônjuge sente por mim	4,66	1,525	0,869	0,986
21.	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	4,51	1,419	0,905	0,985
22.	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	4,58	1,423	0,831	0,986
23.	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	4,62	1,310	0,845	0,986
24.	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	4,82	1,276	0,827	0,986
25.	A frequência com que temos relações sexuais	4,48	1,285	0,745	0,986
26.	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	4,73	1,288	0,805	0,986
27.	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	4,84	1,206	0,820	0,986
28.	A qualidade das nossas relações sexuais	4,68	1,341	0,820	0,986
29.	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	4,55	1,308	0,831	0,986
30.	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	4,47	1,446	0,896	0,985
31.	A confiança que tenho no meu cônjuge	4,54	1,404	0,854	0,986
32.	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	4,54	1,368	0,848	0,986
33.	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	4,56	1,315	0,904	0,985
34.	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	4,49	1,324	0,881	0,985
35.	A partilha de interesses e atividades	4,35	1,307	0,849	0,986
36.	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	4,22	1,390	0,834	0,986
37.	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	4,07	1,458	0,839	0,986
38.	Os nossos projetos para o futuro	4,18	1,367	0,773	0,986
39.	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	4,33	1,464	0,845	0,986
40.	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	4,54	1,346	0,786	0,986
41.	O aspeto físico do meu cônjuge	4,74	1,278	0,785	0,986
42.	A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspeto físico	4,69	1,286	0,813	0,986
43.	As características e hábitos do meu cônjuge	4,28	1,379	0,805	0,986
44.	A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos básicos	4,35	1,307	0,831	0,986
Coefficiente Alpha Cronbach Total		Split-half		Alpha Global	Alpha Original
		Parte1	Parte2		
		0,968	0,984	0,986	0,970

Prosseguindo o estudo da fiabilidade da escala, apresentamos no quadro 8 os parâmetros de validade e de precisão dos fatores da escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal.

No que concerne ao primeiro fator, “Intimidade Emocional”, constatamos valores médios oscilam entre 4,07, item 37 “*A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses*”, e 4,74, item 41 “*O aspeto físico do meu cônjuge*”. O que maior variabilidade apresenta é o item 20 “*O que o meu cônjuge sente por mim*”, com um desvio padrão de 1,53.

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, o valor mínimo obtido foi de ($r= 0,810$) no item 38 “*Os nossos projetos para o futuro*” que explica 84,5% da sua variabilidade com a pontuação global, e o máximo de ($r=0,922$) no item 33 “*A admiração que sinto pelo meu cônjuge*”, que explica 92,7% de variabilidade.

Constatou-se um valor de consistência interna global de ($\alpha=0,981$) considerado muito bom, com os valores de alfa de *Cronbach* a oscilarem entre 0,980 e 0,981.

Incidindo sobre o fator “Sexualidade”, verificamos valores médios a oscilarem entre 4,47, item 25 “*A frequência com que temos relações sexuais*”, e 4,84, item 27 “*O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais*”; sendo que o que apresenta maior variabilidade é o item 28 “*A qualidade das nossas relações sexuais*”, com um desvio padrão de 1,34. Os resultados da correlação de cada item com a nota global, apresentam um valor mínimo de ($r= 0,841$) no item 23 “*O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge*” que explica 73,8% da sua variabilidade com a pontuação global, e o máximo é de ($r=0,930$) no item 26 “*O prazer que sinto quando temos relações sexuais*” que explica 87,4% de variabilidade.

Os valores de alfa de *Cronbach* são considerados muito bons, visto que oscilam entre 0,958 e 0,967, constatando-se um valor de consistência interna desta subescala igualmente muito boa ($\alpha=0,968$).

Para o fator “Comunicação/Conflito”, os valores médios variam entre 3,99, no item 17 “*A frequência dos conflitos que temos*”, e 4,58, no item 22 “*O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim*”; sendo que o que apresenta maior variabilidade é o item 14 “*A frequência com que conversamos*”, com um desvio padrão de 1,46. Os resultados da correlação de cada item com a nota global refletem um valor mínimo obtido de ($r= 0,776$) no item 22 “*O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim*” que explica 71,2% de variabilidade, e um máximo de ($r=0,899$) nos itens 15 “*O modo como conversamos*” e 16 “*Os assuntos sobre os quais conversamos*”, que explicam 92,1% e 84,1% de variabilidade, respetivamente.

O valor de Alfa de *Cronbach* ($\alpha=0,955$) indica um valor de consistência interna muito bom, com alfas a posicionarem-se entre 0,943 e 0,953.

No que respeita ao fator "Funções familiares", apuramos valores médios oscilam entre 3,83, item 1 "*O modo como gerimos a nossa situação financeira*", e 4,12, item 3 "*O modo como tomamos decisões*"; sendo o item 4 "*A distribuição de responsabilidades*" o que evidencia maior variabilidade, com um desvio padrão de 1,42.

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, o valor mínimo obtido foi de ($r= 0,677$) no item 1, que explica 46,9% da sua variabilidade com a pontuação global, e o máximo é de ($r=0,855$) no item 4, que explica 74,6% de variabilidade. Os valores de Alfa de *Cronbach* oscilam entre 0,843 e 0,907, constatando-se um valor de consistência interna muito boa ($\alpha=0,901$).

Relativamente ao fator "Rede Social", os valores médios oscilam entre 4,11, item 8 "*O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge*", e 4,29, item 9 "*O modo como nos relacionamos com a minha família*"; sendo também o que apresenta maior variabilidade, com um desvio padrão de 1,37. Os resultados da correlação de cada item com a nota global, apresentam um valor mínimo de ($r= 0,526$) no item 7, que explica 27,6% da sua variabilidade com a pontuação global, e um máximo de ($r=0,733$) no item 8, que explica 59,9% de variabilidade. Os valores de alfa de *Cronbach* oscilam entre 0,659 e 0,865, constatando-se um valor de consistência interna global boa ($\alpha=0,810$).

No que concerne ao fator "Autonomia", verificam-se valores médios entre 4,17, item 13 "*A nossa relação com a profissão do meu cônjuge*", e 4,38, item 10 "*A minha privacidade e autonomia*"; sendo que o que apresenta maior variabilidade é o item 11 "*A privacidade e autonomia do meu cônjuge*", com um desvio padrão de 1,36. Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, o valor mínimo obtido foi de ($r= 0,734$) no item 13, que explica 58,8% de variabilidade, e o máximo é de ($r=0,806$) no item 10, que explica 73,4% de variabilidade.

Os valores de alfa de *Cronbach* são considerados bons, ao oscilarem entre 0,858 e 0,882, em consonância apuramos um alfa global ($\alpha=0,898$), que indica um valor de consistência interna igualmente bom.

Por último, no que respeita ao fator "Tempos Livres", os valores médios enquadram-se entre 3,57, no item 6 "*A quantidade de tempos livres*", e 4,03, no item 5 "*O modo como passamos os tempos livres*"; sendo que o que apresenta maior variabilidade é o item 5, com um desvio padrão de 1,31. Relativamente aos resultados da correlação de cada item com a nota global, o valor obtido foi de ($r= 0,595$), que explica 35,4% da sua variabilidade com a pontuação global.

O valor de alfa de *Cronbach* ($\alpha=0,746$) indica uma razoável consistência interna (cf. quadro 8).

Quadro 8 - Consistência interna dos fatores, correlações item/total e respectivos valores de alfa de *Cronbach* da escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal.

Fator	Nº Item	Itens	Média	Desvio Padrão	R/Item total	R ²	Alpha s/item
1	19.	O que sinto pelo meu cônjuge	4,67	1,449	0,885	0,936	0,980
	20.	O que o meu cônjuge sente por mim	4,66	1,525	0,866	0,921	0,980
	29.	O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	4,54	1,308	0,820	0,825	0,981
	30.	O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	4,47	1,446	0,898	0,909	0,980
	31.	A confiança que tenho no meu cônjuge	4,53	1,404	0,884	0,891	0,980
	32.	A confiança que o meu cônjuge tem em mim	4,53	1,368	0,870	0,864	0,980
	33.	A admiração que sinto pelo meu cônjuge	4,56	1,315	0,922	0,927	0,980
	34.	A admiração que o meu cônjuge sente por mim	4,49	1,324	0,861	0,863	0,980
	35.	A partilha de interesses e atividades	4,35	1,307	0,837	0,900	0,980
	36.	A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	4,22	1,390	0,843	0,917	0,980
	37.	A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	4,07	1,458	0,852	0,863	0,980
	38.	Os nossos projetos para o futuro	4,18	1,367	0,810	0,845	0,981
	39.	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	4,33	1,464	0,886	0,931	0,980
	40.	As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	4,54	1,346	0,829	0,872	0,980
	INTIMIDADE EMOCIONAL			Alpha Cronbach Total			
2	23.	O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	4,62	1,310	0,841	0,738	0,967
	24.	O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	4,82	1,276	0,915	0,855	0,959
	25.	A frequência com que temos relações sexuais	4,47	1,285	0,871	0,771	0,964
	26.	O prazer que sinto quando temos relações sexuais	4,73	1,288	0,930	0,874	0,958
	27.	O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	4,84	1,206	0,911	0,886	0,960
	28.	A qualidade das nossas relações sexuais	4,68	1,341	0,906	0,840	0,960
SEXUALIDADE			Alpha Cronbach Total				0,968
3	14.	A frequência com que conversamos	4,41	1,464	0,866	0,913	0,946
	15.	O modo como conversamos	4,38	1,399	0,899	0,921	0,943
	16.	Os assuntos sobre os quais conversamos	4,36	1,404	0,899	0,841	0,943
	17.	A frequência dos conflitos que temos	3,99	1,360	0,799	0,715	0,951
	18.	O modo como resolvemos os conflitos	4,29	1,366	0,812	0,704	0,950
	21.	O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	4,51	1,419	0,856	0,783	0,947
	22.	O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	4,58	1,423	0,776	0,712	0,953
COMUNICAÇÃO/CONFLITO			Alpha Cronbach Total				0,955
4	1.	O modo como gerimos a nossa situação financeira	3,83	1,233	0,677	0,469	0,907
	2.	A distribuição de tarefas domésticas	3,87	1,383	0,823	0,691	0,855
	3.	O modo como tomamos decisões	4,12	1,275	0,767	0,624	0,876
	4.	A distribuição de responsabilidades	4,08	1,426	0,855	0,746	0,843
FUNÇÕES FAMILIARES			Alpha Cronbach Total				0,901
5	7.	O modo como nos relacionamos com os amigos	4,21	1,251	0,526	0,276	0,865
	8.	O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	4,11	1,326	0,733	0,599	0,660
	9.	O modo como nos relacionamos com a minha família	4,29	1,374	0,732	0,600	0,659
REDE SOCIAL			Alpha Cronbach Total				0,810
6	10.	A minha privacidade e autonomia	4,38	1,215	0,806	0,734	0,858
	11.	A privacidade e autonomia do meu cônjuge	4,27	1,363	0,784	0,720	0,864
	12.	A nossa relação com a minha profissão	4,27	1,318	0,772	0,630	0,868
	13.	A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	4,17	1,350	0,734	0,588	0,882
AUTONOMIA			Alpha Cronbach Total				0,898
7	5.	O modo como passamos os tempos livres	4,03	4,030	0,595	0,354	-
	6.	A quantidade de tempos livres	3,57	3,574	0,595	0,354	-
TEMPOS LIVRES			Alpha Cronbach Total				0,746

Resumindo, as características psicométricas, relativamente ao nosso estudo, corroboram com Narciso 2001, *cit. in* Couto (2011), ao apresentar um valor de Alfa de *Cron-*

bach global de $\alpha=0,986$, considerado um muito bom indicador de consistência interna do instrumento (Pestana & Gageiro, 2008). Esta pressuposição leva-nos a afirmar que a consistência interna da escala de avaliação da satisfação em áreas da vida conjugal de Narciso & Costa (1996) é satisfatoriamente aceite para a nossa amostra.

5.3.5 - Escala de avaliação das atitudes da mulher face à IVG

Uma das primeiras tentativas para avaliar as atitudes foi efetuada por Thomas e Znaniecki (1918) com fim de identificar atitudes, ou temas comuns, que permitissem compreender o comportamento dos imigrantes polacos, recorrendo para tal ao estudo de diferentes tipos de documentos escritos, bem como histórias de vida (Fróis, 2012).

De modo sumário, existem numerosas técnicas para medir as atitudes. Para além da análise de conteúdo das comunicações, as técnicas mais comuns são de autoavaliação, como as escalas de distância social, escalas de avaliação com itens de intervalos aparentemente iguais, de classificações somadas, escalograma e diferenciador semântico. Foram também desenvolvidos alguns procedimentos para medir as atitudes, excluindo técnicas de autoavaliação, tais como técnicas fisiológicas, comportamentais e prospetivas (Neto, 1988; *cit. in* Fróis, 2012).

As escalas de atitudes, onde se incluem os instrumentos de avaliação que usaremos no presente estudo, baseiam-se no princípio de que a mensuração das atitudes é possível, tentando perceber o comportamento dos sujeitos, num determinado contexto sociocultural, relativamente a uma situação ou objeto específicos. Neste sentido, a forma mais direta de acedermos aos conteúdos cognitivos envolvidos é através da autodescrição do indivíduo (Fróis, 2012).

Em 1932 Rensis Likert propõe um modelo que difere dos anteriores por prescindir da tarefa de avaliação dos juízes centrando o processo na resposta dos sujeitos. A principal diferença da técnica de construção das escalas de Likert está no fato de a seleção de frases que compõem a escala ser feita pelo investigador, procurando frases que manifestem claramente apenas dois tipos de atitude: uma claramente favorável e outra claramente desfavorável em relação a um mesmo objeto. Este tipo de escalas tornou-se muito popular por serem de rápida construção e de fácil aplicação. Todavia, como refere Neto (1998), esta escala também não está isenta de críticas, nomeadamente no que se refere à atribuição de atitudes iguais a indivíduos que obtenham o mesmo score final, porém engendrados em respostas diferentes às questões, podendo pressupor-se atitudes parciais diferentes (Fróis, 2012).

A consulta da literatura efetuada, não nos permitiu encontrar instrumentos de recolha de dados que proporcionassem o conhecimento das atitudes das grávidas face à interrup-

ção da gravidez, pelo que decidimos construir e validar um instrumento de medida que possibilitasse dar resposta às nossas inquietações.

A escala de *Atitudes das Grávidas Face à Interrupção da Gravidez*, é um instrumento original elaborado com base nas conclusões dos estudos nacionais e internacionais consultados no âmbito da interrupção da gravidez, visando perceber as atitudes da mulher neste contexto.

Para a elaboração dos itens da escala considerámos as principais conclusões dos estudos consultados, onde sobressaíram como principais fatores de decisão para a interrupção da gravidez: a autoestima, a funcionalidade familiar, o suporte social, a satisfação conjugal, as condições económicas e motivações pessoais.”

Considerando os pressupostos analisados na revisão bibliográfica, procedemos à construção de uma escala do tipo Likert. Selecionaram-se 30 *itens* que refletissem as atitudes da mulher face a interrupção voluntária da gravidez, nomeadamente a nível pessoal, familiar, social, psicológico e económico. Para garantir a validade de conteúdo dos *itens*, a escala foi submetida a avaliação por parte de 4 peritos na área da semântica, recorrendo ao método de Delphi. Como advoga o método, o questionário é enviado para avaliação do grupo de especialistas, que avalia prioridades ou previsões sobre o objeto em estudo, permitindo recolher diferentes opiniões dos júris intervenientes, sem que estes tenham de se deslocar. Seguidamente os questionários preenchidos são reenviados ao investigador para análise e exame. Posteriormente o questionário é submetido a uma segunda avaliação para reexame, seguindo-se sucessivas análises até que seja reunido consenso acerca dos dados, entre os peritos (Piola, Vianna, & Vivas-Consuelo, 2002).

Cumprindo estas premissas, por unanimidade, apuraram-se 19 *itens* de orientação positiva, classificados em cinco categorias, entre 1 e 5 (*concordo totalmente* = 5, *concordo* = 4, *não concordo nem discordo* = 3, *discordo* = 2 e *discordo totalmente* = 1).

Uma vez concluída a construção da ***Escala de Avaliação das Atitudes da Mulher Face à IVG***, tratando-se de um instrumento original, procedeu-se a avaliação das suas propriedades psicométricas, nomeadamente **os estudos de fiabilidade e estudos de validade**.

Deste modo, apresentamos no quadro 9 as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global. Verificamos que os valores médios oscilam entre 1,58, item 11 “*Interrompi a gravidez porque quando preciso alguém não tenho amigos a quem recorrer*”, e 3,97, item 2 “*Interrompi a gravidez porque esta gravidez me provocaria muitas dificuldades*”; sendo que o que apresenta maior variabilidade é o item 5 “*Interrompi a gravidez porque não desejo ter (mais) filhos*”, com um desvio padrão de 1,58.

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global ressaltou que os itens 5 “*Interrompi a gravidez porque não desejo ter (mais) filhos*”, 18 “*Interrompi a gravidez porque era única solução*” e 19 “*Voltaria a interromper esta gravidez*”, apresentavam um valor correlacional inferior a 0,20, o que levou à sua exclusão e se efetuasse uma nova correlação (cf. quadro 9).

Quadro 9 - Estatísticas e correlações de *Pearson* da escala de atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez.

Nº Item	Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação Item/total
1.	Interrompi a gravidez porque sinto que não sou capaz de assumir esta responsabilidade.	3,07	1,402	0,217
2.	Interrompi a gravidez porque esta gravidez me provocaria muitas dificuldades	3,97	1,005	0,459
3.	Interrompi a gravidez porque esta gravidez iria alterar a minha qualidade de vida	3,37	1,348	0,432
4.	Interrompi a gravidez porque não a planeei.	3,80	1,281	0,311
5.	Interrompi a gravidez porque não desejo ter (mais) filhos.	2,67	1,575	0,190
6.	Interrompi a gravidez porque sou uma pessoa que gosta muito de fazer aquilo que me apetece.	1,93	1,151	0,420
7.	Interrompi a gravidez porque a minha família não iria compreender/ aceitar.	2,09	1,258	0,398
8.	Interrompi a gravidez por não sentir apoio do meu companheiro.	2,01	1,269	0,464
9.	Interrompi a gravidez porque moro muito distante da minha família, não tendo por isso o seu apoio.	1,92	1,181	0,426
10.	Interrompi a gravidez porque me sinto só no mundo.	1,67	0,981	0,469
11.	Interrompi a gravidez porque quando preciso alguém não tenho amigos a quem recorrer.	1,58	0,886	0,447
12.	Interrompi a gravidez porque sinto que a sociedade não me fornece o poio necessário.	2,63	1,309	0,295
13.	Interrompi a gravidez porque seria uma sobrecarga financeira para a minha família.	3,24	1,322	0,389
14.	Interrompi a gravidez porque afetaria a minha carreira académica/ profissional.	3,23	1,401	0,370
15.	Interrompi a gravidez porque teria dificuldade em manter (conseguir) o (um) emprego.	3,00	1,241	0,440
16.	Interrompi a gravidez porque não conhecia os possíveis riscos/ consequências da interrupção da gravidez.	1,96	0,969	0,496
17.	Interrompi a gravidez porque não recebi informação adequada acerca das alternativas, sociais/ institucionais, à interrupção da gravidez.	1,70	0,889	0,393
18.	Interrompi a gravidez porque era única solução.	3,59	0,971	0,206
19.	Voltaria a interromper esta gravidez.	3,64	1,054	0,149

Da segunda correlação resulta que todos os itens apresentam um valor positivo, igual ou superior a 0,2, preservando-se os 16 *itens*. O valor mínimo obtido foi de ($r=0,227$), item 1 “*Interrompi a gravidez porque sinto que não sou capaz de assumir esta responsabilidade*”, que explica 43,4% da sua variabilidade com a pontuação global, e o máximo é de ($r=0,496$) no item 8 “*Interrompi a gravidez por não sentir apoio do meu companheiro*”, que explica 53,2% de variabilidade.

Os valores de alfa de *Cronbach* variam entre 0,782 e 0,804, constatando-se um valor de consistência interna global considerado bom ($\alpha=0,800$) (cf. quadro 10).

Quadro 10 - Consistência interna da escala de atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez

Nº Item	Itens	R/item Total	R ²	Alpha s/item
1.	Interrompi a gravidez porque sinto que não sou capaz de assumir esta responsabilidade.	0,227	0,434	0,804
2.	Interrompi a gravidez porque esta gravidez me provocaria muitas dificuldades	0,426	0,364	0,788
3.	Interrompi a gravidez porque esta gravidez iria alterar a minha qualidade de vida	0,413	0,415	0,789
4.	Interrompi a gravidez porque não a planeei.	0,257	0,344	0,800
5.				
6.	Interrompi a gravidez porque sou uma pessoa que gosta muito de fazer aquilo que me apetece.	0,440	0,338	0,787
7.	Interrompi a gravidez porque a minha família não iria compreender/ aceitar.	0,406	0,371	0,789
8.	Interrompi a gravidez por não sentir apoio do meu companheiro.	0,496	0,532	0,782
9.	Interrompi a gravidez porque moro muito distante da minha família, não tendo por isso o seu apoio.	0,443	0,469	0,786
10.	Interrompi a gravidez porque me sinto só no mundo.	0,481	0,637	0,785
11.	Interrompi a gravidez porque quando preciso alguém não tenho amigos a quem recorrer.	0,441	0,584	0,788
12.	Interrompi a gravidez porque sinto que a sociedade não me fornece o apoio necessário.	0,317	0,564	0,796
13.	Interrompi a gravidez porque seria uma sobrecarga financeira para a minha família.	0,412	0,543	0,789
14.	Interrompi a gravidez porque afetaria a minha carreira académica/ profissional.	0,417	0,457	0,788
15.	Interrompi a gravidez porque teria dificuldade em manter (conseguir) o (um) emprego.	0,450	0,559	0,786
16.	Interrompi a gravidez porque não conhecia os possíveis riscos/ consequências da interrupção da gravidez.	0,467	0,505	0,786
17.	Interrompi a gravidez porque não recebi informação adequada acerca das alternativas, sociais/ institucionais, à interrupção da gravidez.	0,431	0,478	0,789
18.				
19.				
Coeficiente Alpha Cronbach global			0,800	

Depois de verificarmos como cada item se relaciona com o valor global da escala, procedemos à sua validação através do estudo da análise fatorial exploratória tendo o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* ($KMO=0,752$) revelado um valor classificado como razoável, segundo Pestana & Gageiro (2008), enquanto que o teste de Bartlett's apresenta diferenças estatísticas significativas ($p=0.000$), o que nos permite continuar com o processo de validação.

Efetuada a extração dos fatores pelo método dos componentes principais, seguida de rotação do tipo Varimax, a escala evidencia quatro fatores com raízes latentes superiores a 1 e que no conjunto explicavam 61,24% da variância total (cf. quadro 11).

Quadro 11 - Total da variância explicada

Componentes	Variância Explicada		
	Engenvalues	% de variância	Variância acumulada
1	3,714	23,215	23,215
2	2,459	15,372	38,587
3	2,219	13,870	52,457
4	1,406	8,787	61,244

Contudo, o gráfico de variâncias scree plots indica-nos pelo ponto de inflexão a retenção de três componentes o que é reforçado pelo método dos 50%, pelo que procedemos a nova análise fatorial forçando a três fatores.

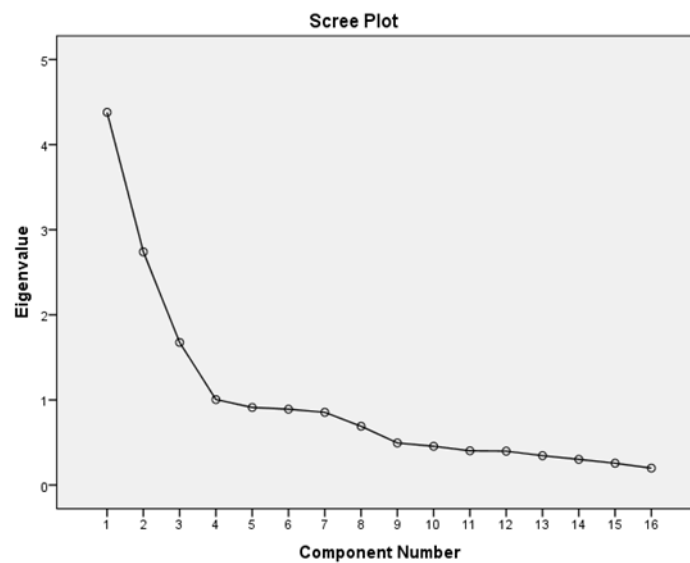


Gráfico 1 – Variância de scree plot.

A solução fatorial final, de três fatores com raízes lactentes superiores a 1 explicam no seu conjunto 54.97% da variância total (cf. quadro12) apresentando todos os itens saturações superiores a 0,40.

O fator 1, que designamos por **motivos de ordem familiar**, agrupa os itens 8, 9, 10, 11, 16 e 17, e explica 23,91% da variância total.

O fator 2, denominado por **motivos de ordem pessoal**, é composto pelos itens 1, 3, 4, 6, 7 e 14, e explica 16,89% da variância total.

Por último, o fator 3, intitulado de **motivos de ordem socioeconómica**, incorpora os itens 2,12, 13 e 15, e explica 14,16% da variância total.

Verificamos ainda a proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores: a comunalidade inicial é para todos os itens igual a 1 e após a extração podemos considerá-la razoável já que oscila entre os 0,401 (item 2) e 0,713 (item 13).

Quadro 12 - Ordenações dos indicadores por fatores da escala atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez e o total da variância explicada forçada a 3 fatores.

	Itens	Fatores			H ²
		1	2	3	
11	Interrompi a gravidez porque quando preciso alguém não tenho amigos a quem recorrer.	0,813			0,560
10	Interrompi a gravidez porque me sinto só no mundo.	0,812			0,401
8	Interrompi a gravidez por não sentir apoio do meu companheiro.	0,743			0,497
16	Interrompi a gravidez porque não conhecia os possíveis riscos/ consequências da interrupção da gravidez.	0,721			0,491
17	Interrompi a gravidez porque não recebi informação adequada acerca das alternativas, sociais/ institucionais, à interrupção da gravidez.	0,720			0,368
9	Interrompi a gravidez porque moro muito distante da minha família, não tendo por isso o seu apoio.	0,647			0,367
1	Interrompi a gravidez porque sinto que não sou capaz de assumir esta responsabilidade.		0,740		0,569
4	Interrompi a gravidez porque não a planeei.		0,698		0,471
3	Interrompi a gravidez porque esta gravidez iria alterar a minha qualidade de vida		0,666		0,664
14	Interrompi a gravidez porque afetaria a minha carreira académica/ profissional.		0,609		0,682
6	Interrompi a gravidez porque não conhecia os possíveis riscos/ consequências da interrupção da gravidez.		0,507		0,679
7	Interrompi a gravidez porque não recebi informação adequada acerca das alternativas, sociais/ institucionais, à interrupção da gravidez.		0,503		0,713
13	Interrompi a gravidez porque seria uma sobrecarga financeira para a minha família.			0,837	0,561
15	Interrompi a gravidez porque teria dificuldade em manter (conseguir) o (um) emprego.			0,794	0,679
12	Interrompi a gravidez porque sinto que a sociedade não me fornece o apoio necessário.			0,575	0,567
2	Interrompi a gravidez porque esta gravidez me provocaria muitas dificuldades			0,529	0,525
Componentes		Variância Explicada			
		Engenvalues	% de variância	Variância acumulada	
1.	Motivos familiares	3,826	23,911	23,911	
2.	Motivos pessoais	2,703	16,892	40,804	
3.	Motivos socioeconómicos	2,266	14,162	54,966	

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentamos no quadro 13 os valores da consistência interna dos itens por subescala.

No que concerne aos “Motivos de ordem familiar”, verificamos que os valores médios oscilam entre 1,58, item 11 “*Interrompi a gravidez porque me sinto só no mundo.*”, e 2,01 no item 8 “*Interrompi a gravidez por não sentir apoio do meu companheiro*”, ao qual se atribui também a maior variabilidade apresentada, com um desvio padrão de 1,27.

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, ressalta que todos os indicados apresentam um valor positivo, com um mínimo de ($r= 0,567$) no item 9 “*Interrompi a gravidez porque moro muito distante da minha família, não tendo por isso o seu apoio*”, que explica 38,6% da sua variabilidade, e o máximo de ($r=0,742$) no item 10 “*Interrompi a gravidez porque quando preciso alguém não tenho amigos a quem recorrer*”, que explica 60,5% de variabilidade com a pontuação global.

Os valores de alfa de Cronbach variam entre 0,793 e 0,830, constatando-se um valor de consistência interna global bom ($\alpha=0,842$). Os índices de consistência interna obtidos pelo método das metades “split-half” revelaram-se razoáveis, tanto para a primeira metade ($\alpha=0,764$) como para a segunda metade ($\alpha=0,787$).

Ao analisarmos os “Motivos de ordem pessoal”, constatamos valores médios entre 1,93, no item 6 “*Interrompi a gravidez porque não conhecia os possíveis riscos/ consequências da interrupção da gravidez.*”, e 3,80, no item 4 “*Interrompi a gravidez porque não a planeei.*”; sendo o que apresenta maior variabilidade o item 1, com um desvio padrão de 1,41.

Quanto aos resultados da correlação de cada item com a nota global, ressalta que todos os indicados apresentam um valor positivo, com um valor mínimo de ($r= 0,346$) no item 7 “*Interrompi a gravidez porque não recebi informação adequada acerca das alternativas, sociais/ institucionais, à interrupção da gravidez*”, que explica 13,1% de variabilidade, e um máximo é de ($r=0,522$) no item 1 “*Interrompi a gravidez porque sinto que não sou capaz de assumir esta responsabilidade*”, que explica 28,9% da sua variabilidade com a pontuação total.

Os valores de alfa de Cronbach consideram-se fracos, ao oscilarem entre 0,670 e 0,721, constituindo o alfa ($\alpha=0,727$) um indicador razoável de consistência interna global. Os obtidos pelo método das metades “split-half” revelam para a primeira metade um alfa ($\alpha=0,652$) considerado fraco, e para a segunda de ($\alpha=0,528$) assumido como inadmissível, embora Maroco (2010) considere o valor de *alpha* de 0,5 um indicador consistência interna aceitável, no âmbito das ciências sociais.

Por fim, quanto aos “Motivos de ordem socioeconómica”, verificamos valores médios que se dispõem entre 2,63, no item 12 “*Interrompi a gravidez porque sinto que a sociedade não me fornece o apoio necessário*”, e 3,97, no item 2 “*Interrompi a gravidez porque esta gravidez me provocaria muitas dificuldades*”. A maior variabilidade apresentada corresponde ao item 13, com um desvio padrão de 1,32.

Relativamente aos resultados da correlação de cada item com a nota global, o valor mínimo obtido foi ($r= 0,379$) no item 2 “*Interrompi a gravidez porque esta gravidez me provocaria muitas dificuldades*”, que explica 15,6% de variabilidade, e o máximo ($r=0,645$) no item

13 “*Interrompi a gravidez porque seria uma sobrecarga financeira para a minha família*”, que explica 48,4% de variabilidade com a pontuação global.

Os valores de alfa de *Cronbach* situam-se entre 0,528 e 0,721, e o alfa ($\alpha=0,703$) traduz um nível de consistência interna global considerado razoável. Os índices de consistência interna obtidos pelo método das metades “split-half” revelaram-se inadmissíveis para a primeira metade ($\alpha=0,435$), e razoáveis para a segunda metade ($\alpha=0,752$). Justifica-se o valor de alfa inadmissível, pelo número mais restrito de itens que contém, pois tal como refere Pestana & Gageiro (2008) quanto menor o número de itens, maior a probabilidade de o alfa ser baixo.

Quadro 13 - Relações entre itens e subescalas das atitudes da mulher face à interrupção da voluntária da gravidez

Fator	Itens	Médias	Desvio Padrão	R/item	R ²	Cronbach's Alpha
1	8. Interrompi a gravidez por não sentir apoio do meu companheiro.	2,01	1,269	0,594	0,393	0,827
	9. Interrompi a gravidez porque moro muito distante da minha família, não tendo por isso o seu apoio.	1,92	1,181	0,567	0,386	0,830
	10. Interrompi a gravidez porque quando preciso alguém não tenho amigos a quem recorrer.	1,67	0,981	0,742	0,605	0,793
	11. Interrompi a gravidez porque me sinto só no mundo.	1,58	0,886	0,714	0,551	0,802
	16. Interrompi a gravidez porque não conhecia os possíveis riscos/ consequências da interrupção da gravidez.	1,96	0,969	0,592	0,410	0,822
	17. Interrompi a gravidez porque não recebi informação adequada acerca das alternativas, sociais/ institucionais, à interrupção da gravidez.	1,70	0,889	0,585	0,441	0,824
	MOTIVOS DE ORDEM FAMILIAR		Alpha Cronbach Total			
2	1. Interrompi a gravidez porque sinto que não sou capaz de assumir esta responsabilidade	3,07	1,402	0,522	0,289	0,670
	3. Interrompi a gravidez porque esta gravidez iria alterar a minha qualidade de vida	3,37	1,348	0,514	0,309	0,673
	4. Interrompi a gravidez porque não a planeei.	3,80	1,281	0,463	0,262	0,689
	6. Interrompi a gravidez porque não conhecia os possíveis riscos/ consequências da interrupção da gravidez.	1,93	1,151	0,428	0,194	0,699
	7. Interrompi a gravidez porque não recebi informação adequada acerca das alternativas, sociais/ institucionais, à interrupção da gravidez.	2,09	1,258	0,346	0,131	0,721
	14. Interrompi a gravidez porque afetaria a minha carreira académica/ profissional.	3,24	1,401	0,494	0,269	0,679
MOTIVOS DE ORDEM PESSOAL		Alpha Cronbach Total				0,727
3	2. Interrompi a gravidez porque esta gravidez me provocaria muitas dificuldades	3,97	1,01	0,379	0,156	0,699
	12. Interrompi a gravidez porque sinto que a sociedade não me fornece o apoio necessário.	2,63	1,309	0,428	0,263	0,679
	13. Interrompi a gravidez porque seria uma sobrecarga financeira para a minha família.	3,25	1,322	0,645	0,484	0,528
	15. Interrompi a gravidez porque teria dificuldade em manter (conseguir) o (um) emprego.	3,00	1,241	0,516	0,401	0,621
MOTIVOS DE ORDEM PESSOAL		Alpha Cronbach Total				0,703

No quadro 14 são apresentados em síntese os valores de alfa de *Cronbach* por subescala e o número de itens que as compõem. Como já foi referenciado os valores glo-

bais de alfa para cada subescala oscilam entre o bom, nos motivos de ordem familiar, e razoável nos motivos de ordem pessoal e socioeconómica.

Quadro 14 - Comparação dos valores de alfa do estudo por subescala

Subescalas	Nº itens	Alpha de Cronbach			
		(Split-half)		Alpha Total	Alpha Global
		Parte 1	Parte2		
Motivos de ordem Familiar	6	0,764	0,787	0,842	0,800
Motivos de ordem Pessoal	6	0,652	0,528	0,727	
Motivos de ordem Socioeconómica	4	0,435	0,752	0,703	

Exibimos no quadro 15 a correlação entre as respostas dadas pelas participantes no estudo a cada um dos itens e o resultado em cada uma das dimensões. Com exceção dos *itens* 1 e 12, que apresentam correlações negativas com os motivos de ordem familiar e pessoal, respetivamente, todos os itens apresentam correlações positivas nas três dimensões, e a correlação é sempre maior com o resultado da dimensão do qual faz parte o item.

Quadro 15 – Classificação dos itens da escala com os motivos de ordem familiar, pessoal e socioeconómica

Nº item	Itens	Motivos Familiares	Motivos Pessoais	Motivos Socioeconómicos
8	Interrompi a gravidez por não sentir apoio do meu companheiro.	0,756	0,211	0,297
9	Interrompi a gravidez porque moro muito distante da minha família, não tendo por isso o seu apoio.	0,727	0,111*	0,337
10	Interrompi a gravidez porque me sinto só no mundo.	0,829	0,107*	0,258
11	Interrompi a gravidez porque quando preciso alguém não tenho amigos a quem recorrer.	0,801	0,029*	0,287
16	Interrompi a gravidez porque não conhecia os possíveis riscos/ consequências da interrupção da gravidez.	0,718	0,232	0,187*
17	Interrompi a gravidez porque não recebi informação adequada acerca das alternativas, sociais/ institucionais, à interrupção da gravidez.	0,703	0,146*	0,226
1	Interrompi a gravidez porque sinto que não sou capaz de assumir esta responsabilidade.	- 0,034*	0,707	0,006*
3	Interrompi a gravidez porque esta gravidez iria alterar a minha qualidade de vida	0,120*	0,695	0,257
4	Interrompi a gravidez porque não a planeei.	0,012*	0,648	0,075*
6	Interrompi a gravidez porque sou uma pessoa que gosta muito de fazer aquilo que me apetece.	0,307	0,603	0,166*
7	Interrompi a gravidez porque a minha família não iria compreender/ aceitar.	0,302	0,553	0,186*
14	Interrompi a gravidez porque afetaria a minha carreira académica/ profissional.	0,074*	0,687	0,350
2	Interrompi a gravidez porque esta gravidez me provocaria muitas dificuldades	0,174*	0,371	0,608
12	Interrompi a gravidez porque sinto que a sociedade não me fornece o apoio necessário.	0,469	- 0,101*	0,704
13	Interrompi a gravidez porque seria uma sobrecarga financeira para a minha família.	0,199	0,214	0,835
15	Interrompi a gravidez porque teria dificuldade em manter (conseguir) o (um) emprego.	0,176*	0,345	0,748

* n.s. p > 0.05

Quanto aos resultados obtidos com a matriz de correlação observamos pelo quadro 16 que as correlações entre os três fatores com o valor global da escala, oscilam entre 0,690, com os motivos de ordem socioeconómica, e 0,727 com as motivações de ordem pessoal, sendo positiva e significativa. A correlação dos motivos familiares e pessoais face aos motivos socioeconómicos, ($r=0,357$) e ($r=0,267$) respetivamente, é igualmente positiva e significativa, com uma percentagem de variância explicada de 12,75% e 7,13%. Já a correlação entre motivos familiares e pessoais é também positiva, embora fraca, e revela-se não significativa ($r=0,190$), com uma percentagem de variância explicada de 3,61%. Os resultados obtidos permitem-nos afirmar que o aumento ou diminuição numa das dimensões da escala se encontra a sua reciprocidade na dimensão com que se relaciona.

Quadro 16 - Matriz de Correlação de *Pearson* entre fatores da escala de avaliação das atitudes da mulher face à IVG

Fatores	Motivos de ordem Familiar	Motivos de ordem Pessoal	Motivos de ordem Socioeconómica
Motivos de ordem Pessoal	0,190 ^{n.s.}	--	
Motivos de ordem Socioeconómica	0,357 ***	0,267 **	--
Total das Atitudes	0,723***	0,727***	0,690***

n.s. $p > 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Em suma, obtivemos uma escala composta por 16 questões agrupadas em 3 dimensões: motivos de ordem familiar, motivos de ordem pessoal e motivos de ordem socioeconómica, que evidenciou um alfa de *Cronbach* global de 0,800, o que traduz bom índice de consistência interna do instrumento proposto, segundo Pestana & Gageiro (2008).

O valor global das atitudes da mulher face a IVG resulta do somatório dos 16 itens apurados, originando cotações cujos scores totais podem variar entre 16 e 80. Da cotação total resultam pontos de corte que são obtidos pela equação ($Média \pm 0,25 \cdot dp$) ou ($mediana \pm 0.25 \text{ IIQ}$) o que permite classificar os inquiridos em:

Atitudes da mulher face a IVG	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Negativa</i> • <i>Moderada</i> • <i>Positiva</i>
--------------------------------------	---

5.4 - PROCEDIMENTOS

Cumprindo os pressupostos éticos e legais, relativos ao processo de colheita de dados referentes ao presente estudo, foram solicitadas e deferidas as respetivas autorizações

das instituições alvo da investigação, após um pedido formal de autorização dirigido ao Conselho de Administração das mesmas instituições, tendo sido exposta explicitamente a temática em estudo, os objetivos da investigação e as condições em que será realizada a colheita de dados (Anexo II).

No seguimento, foi, da mesma forma, obtido o consentimento livre e informado de todas as mulheres da amostra, ou representante legal, esclarecendo a participação no estudo de forma estritamente voluntária, preservando o anonimato e confidencialidade dos dados obtidos (Anexo III). Foi ainda solicitada sinceridade nas respostas, realçando a possibilidade de desistência em qualquer momento ou de não entrega do questionário, ausente de justificações ou penalizações inerentes. Relativamente aos colaboradores, foi igualmente exposta a temática e finalidade do estudo em causa, dissipando eventuais dúvidas originadas no decurso do preenchimento do instrumento aplicado, contribuindo deste modo para a minimização do enviesamento de respostas.

5.4 - ANÁLISE DE DADOS

A informação obtida através da aplicação do instrumento de colheita de dados foi objeto de tratamento estatístico. Os dados foram inseridos numa base de dados informatizada e processados no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Science 21,0* (SPSS), tendo-se recorrido a métodos da estatística descritiva e inferencial. Para uma melhor interpretação e análise, os dados serão apresentados em tabelas.

Relativamente a **estatística descritiva** fizemos uso das frequências absolutas e percentuais. Como medidas de tendência central, utilizamos a média e mediana e como medidas de dispersão utilizamos o desvio padrão e o coeficiente de variação. Ainda fizemos uso de medidas de forma como assimetria (Skeness/erro) e curtose (Kurtosis/erro).

Nas análises dos coeficientes de dispersão utilizamos os seguintes intervalos (Pestana & Gageiro, 2005):

• CV ≤ 15%	Dispersão fraca
• 15% < CV ≤ 30%	Dispersão média
• CV > 30%	Dispersão elevada

Quanto à **análise inferencial**, socorremo-nos das técnicas paramétricas e não paramétricas, utilizamos os seguintes níveis de significância:

• p < 0,05	Diferença estatística significativa
• p < 0,01	Diferença estatística bastante significativa
• p < 0,001	Diferença estatística altamente significativa
• p ≥ 0,05	Diferença estatística não significativa

Os testes estatísticos utilizados foram:

Regressões múltiplas para testar modelos preditivos com mais de uma variável independente. O método de inclusão das variáveis a que recorreremos foi o de **Stepwise** (passo a passo) que origina tantos modelos quanto os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditivas da variável dependente.

Associado às regressões múltiplas encontramos a **correlação de Pearson**: trata-se de uma prova paramétrica que avalia o grau de associação entre duas variáveis, não estabelecendo uma relação de causalidade. O seu valor varia entre -1 e 1. Quanto maior for a proximidade destes extremos maior será a associação linear entre as variáveis. Para avaliar os resultados obtidos, considerámos as referências apresentadas por Pestana & Gageiro (2008):

• R < 0,2	Associação linear muito baixa
• 0,2 < R < 0,39	Associação linear baixa
• 0,4 < R < 0,69	Associação linear moderada
• 0,7 < R < 0,89	Associação linear alta
• 0,9 < R < 1	Associação linear muito alta

Análise de variância a um fator (Anova) ou teste de Kruskal Wallis: para comparação de médias entre três ou mais grupos diferentes de sujeitos.

O Teste t para duas Amostras independentes ou teste de U Mann Whitney: permite inferir sobre a igualdade de médias de dois grupos diferentes de sujeitos.

O Teste do Qui-Quadrado: compara frequências observadas e esperadas de uma variável nominal ou ordinal com duas ou mais categorias. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para $p=0.05$ (Pestana & Gageiro, 2008).

Resíduos ajustados: Como referem Pestana e Gajero (2008), o uso de valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste Qui-Quadrado na medida em que (...) “os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou (...) “ os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis”

Para a apresentação e análise dos resultados recorreremos a quadros e tabelas, onde se expõem os dados mais relevantes. Para o efeito, omitimos o local, data e a fonte, uma vez que todos os dados foram obtidos através do instrumento de colheita de dados.

Postas as considerações metodológicas e realizada a descrição dos procedimentos estatísticos, introduzimos o próximo capítulo com a apresentação e análise sumária dos resultados. Este processo, agora iniciado, encontra-se estruturado de forma a permitir dar respostas às diferentes questões de investigação.

CAPITULO V

RESULTADOS

6 - RESULTADOS

O presente capítulo destina-se à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados, permitindo-nos perceber e caracterizar a amostra face as variáveis estudadas.

Neste sentido, propõe-se descrever e explicar o fenómeno em estudo recorrendo à descrição, análise e interpretação dos dados considerados pertinentes, face as questões formuladas. Para o efeito, recorreremos a quadros e tabelas, precedidos da devida descrição, de forma a melhor organizar e sistematizar a informação.

Numa primeira fase apresentamos a análise estatística descritiva, que de forma concisa e objetiva revela os dados obtidos, facilitando a sua perceção e compreensão. Numa segunda fase, explanamos a análise inferencial. O processo de análise, agora iniciado, encontra-se delineado tendo em conta as questões de investigação formuladas.

6.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

Neste subcapítulo procedemos à análise descritiva dos dados obtidos, apresentando as características da amostra em função das variáveis em estudo, recorrendo para o efeito a testes estatísticos apropriados. Nesta análise, procura-se enfatizar os resultados mais pertinentes, diretamente relacionados com os objetivos da investigação em causa.

6.1.1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Na presente investigação foram estudadas 101 mulheres, atendendo a amostra aos critérios seletivos previamente descritos na Metodologia. Apresentamos neste ponto a sua caracterização.

Idade

No que se refere a idade, as estatísticas divulgam que as mulheres apresentam uma idade mínima de 16 anos e uma máxima de 49, uma idade média (\bar{x}) de 29,09 e um desvio padrão (Dp) de 7,47 anos.

Com o objetivo de facilitar o tratamento estatístico dos dados recolhidos, procedeu-se à reclassificação da variável em dois grupos homogêneos, tendo em conta as frequências absolutas, distribuídos em: idade inferior ou igual a vinte e nove anos (≤ 29) e superior ou igual a trinta (≥ 30).

Considerando os resultados apresentados na tabela 1 podemos verificar que quarenta e cinco mulheres têm idade inferior ou igual a 29 anos e as restantes cinquenta e seis uma idade superior ou igual a 30. No grupo etário ≤ 29 anos, constatamos uma idade mínima de 16 anos e uma máxima é de 27, a média (\bar{X}) é 21,93, com um Dp de 3,03 e um CV=13,82%. Apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro=0,13) indicam uma curva simetria e a curtose (K/erro= -1,03) indica uma curva mesocúrtica. No grupo etário (≥ 30 anos), a idade mínima situa-se nos 30 anos e a máxima nos 49, a \bar{X} é 34,84, com um Dp de 4,31 e um CV=12,37, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro=3,05) indicam uma curva assimetria positiva ou enviesada a esquerda, e a curtose (K/erro= 1,07) uma curva mesocúrtica.

As diferenças entre os dois grupos revelam-se estatisticamente significativas, de acordo com o teste t para amostras independentes ($t = -17,008$; $p = 0,000$). O teste de Kolmogorov-Smirnov (Ks) apresenta uma distribuição normal (Ks=0,001) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatística relativas à idade em função dos grupos de idade

Idade	N	Min	Max	\bar{X}	D.P.	CV (%)	KS	K/erro	SK/erro	t	p
≤ 29 anos	45	16,00	27,00	21,93	3,03	13,82	0,000	-1,03	0,13	-17,008	0,000*
≥ 30 anos	56	30,00	49,00	34,84	4,31	12,37	0,000	1,07	3,05		
Total	101	16	49	29,09	7,47	25,26	0,001	-1,68	0,74		

* $p \leq 0,05$ sig.

Nacionalidade

No sentido de agilizar o tratamento estatístico, a presente variável foi recodificada em dois grupos: nacionalidade portuguesa e estrangeira.

Desta forma, verificamos que a nacionalidade Portuguesa se constitui como maioritária na amostra, representando 88,1% das mulheres em estudo, e Outras nacionalidades 11,9%. No grupo de nacionalidade Portuguesa, 89,3% retrata o grupo etário ≥ 30 anos (a.), e 86,7% o grupo ≤ 29 anos. Nas mulheres de nacionalidade estrangeira, 13,3% representam o grupo etário ≤ 29 a. e 10,7% o grupo ≥ 30 a. Não se verificam diferenças estatísticas e percentuais significativas entre os grupos de idade, relativamente à nacionalidade ($X^2 = 0,163$; $p = 0,686$) (cf. Tabela 3).

Distrito de Residência

Visando a facilitar o tratamento estatístico, procedeu-se à reclassificação da variável em causa em dois grupos: Castelo Branco e Outro distrito de residência.

Observamos na tabela 2 que a maioria das mulheres (64,4%) provem do distrito de Castelo Branco, representando as mulheres mais velhas 67,9% e as mais jovens 60,0%. As mulheres provenientes de outros distritos representam 35,6% da amostra, correspondendo as participantes mais novas a 40% e 32,1% as mais velhas.

Considerando o teste de qui quadrado, verifica-se que não existem diferenças estatísticas entre os grupos de idade e o distrito de origem ($X^2=0,671$; $p=0,413$) (cf. Tabela 3).

Etnia

A presente variável foi submetida a recodificação, tendo sido constituídas duas classes: Caucasiana e Outra Etnia.

Analisando a etnia das participantes, verificamos que a grande maioria (94%) corresponde ao grupo de etnia Caucasiana, enquadrando-se apenas 6% noutras etnias. Para o grupo de mulheres de etnia Causasiana, verificamos que 98,2% apresentam idade $\geq 30a.$ e 88,6% $\leq 29a.$ Quanto às mulheres de Outra etnia, 11,4% representa o grupo de menor idade e 1,8% o de maior idade.

Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre variáveis idade e etnia ($X^2=4,008$; $p=0,045$), localizadas no grupo de idade inferior, a nível da outra etnia, e no de idade superior, na variável caucasiana, como sugerem as respetivas diferenças percentuais (cf. Tabela 3).

Religião

Procedemos a reclassificação variável em dois grupos: Religião Católica e Outra Religião. Questionando as mulheres acerca das suas crenças religiosas, verificamos que a maioria (85,1%) refere crenças católicas. Para esta percentagem contribuem 87,5% das inquiridas mais velhas e 82,2% das mais novas. Outras crenças religiosas constituem 14,9% da amostra, apresentando 17,8% idade $\leq 29a.$ e 12,5% idade $\geq 30a.$

Não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($X^2=0,550$; $p=0,458$) (cf. Tabela 3).

Escolaridade

A variável aqui descrita, foi submetida a reclassificação, originando dois grupos: Até ao 12º ano de Escolaridade e Ensino Superior, concluídos.

No que consta à escolaridade, constatamos que as mulheres apresentam maioritariamente (78,2%) uma escolaridade concluída até ao 12º ano, representando as participantes mais jovens 84,4 %, enquanto que as mais velhas significam 73,2%. Das mulheres que concluíram o ensino superior (21,8%), a maior percentagem enquadra-se na faixa etária $\geq 30a$. (26,8%) e 15,6% apresenta idade de idade $\leq 29a$.

Não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários e escolaridade ($X^2=1,847$; $p=0,174$) (cf. Tabela 3).

Situação Laboral

Relativamente à situação laboral, os dados demonstram que a maioria das participantes (51,5%) se encontra empregada, representando as mulheres mais velhas 71,4% e as mais novas 26,7%. As desempregadas representam 25,7% da amostra, traduzindo maior percentagem o grupo mais velho (28,6%). A categoria menos representada é a de estudante (22,8%), constituída apenas por mulheres pertencentes faixa etária mais jovem.

As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($X^2=38,723$; $p=0,000$), revelando os valores residuais que as mesmas se situam no grupo “empregado” e “estudantes” (cf. Tabela 3).

Agregado Familiar

A variável agregado familiar foi recodificada em dois grupos: Agregado familiar inferior ou igual a três e superior ou igual a quatro.

Podemos verificar na tabela 3 que o número de elementos do agregado familiar variou entre 1 e 7 pessoas, com um valor médio de 3,18, um Dp de 1,27.

A maioria das participantes (63,4%) revela um agregado familiar inferior ou igual a três pessoas, correspondendo a maior percentagem (68,9%) às mulheres mais jovens. Neste grupo etário, constatamos um agregado mínimo de 1 elemento e um máximo de 7, a \bar{x} é 3,33, com um Dp de 1,46 e um CV=45,34%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria ($SK/erro=1,84$) indicam uma curva simétrica, a curtose ($K/erro= 0,96$) assinala uma curva mesocúrtica.

Quanto às mulheres com um agregado superior ou igual a quatro pessoas (36,6%) verificamos, em oposição, que as participantes mais velhas são as mais representadas (41,1%). Esta faixa etária evidencia um agregado mínimo de 1 elemento e um máximo de 5, a \bar{x} é 3,14, com um Dp de 1,10 e um CV=35,03%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria ($SK/erro= - 0,92$) e a curtose ($K/erro= -1,69$) se encontram dentro dos valores de referência.

Tendo em conta o teste T para amostras independentes, verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos, traduzindo o teste de Kolmogorov-Smirnov (KS) uma distribuição não normal ($Ks=0,000$) (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Estatística relativas ao agregado familiar em função do grupo de idade

Variável	Idade	N	Min	Max	\bar{X}	D.P.	CV (%)	KS	K/erro	SK/erro	t	p
Agregado Familiar	<= 29 anos	45	1	7	3,22	1,46	45,34	0,000	0,96	1,84	0,311	0,756
	>= 30 anos	56	1	5	3,14	1,10	35,03	0,000	-1,69	-0,92		
	Total	101	1	7	3,18	1,27	39,93	0,000	1,16	1,45		

*p ≤0,05 sig.

Rendimento Familiar

A presente variável foi submetida a recodificação, tendo sido constituídos quatro grupos: < 500 Euros (€); 500-1000 €; 1001-1499 €; >=1500€.

Podemos assim apurar que a maior percentagem (29,7%) revelou auferir um rendimento familiar entre 500-1000 €, contudo com uma pequena diferença percentual reduzida, e são as mulheres mais jovens as mais representadas (33,3%).

O segundo rendimento mais representativo corresponde ao <500€ (28,7%), manifestando igualmente maior significado o grupo das mulheres mais jovens. O rendimento entre 1001-1499€ é o terceiro mais representado (22,8%), e o grupo etário com maior significado é o mais velho, com diferença percentual mínima. Por último, o rendimento menos representativo (18,8%) é mais elevado (>=1500€), e as mulheres mais velhas são as que maior significado evidenciam (23,2%).

A presente variável não evidenciou diferenças estatisticamente significativas face a idade ($X^2=1,828$; $p=0,609$) (cf. Tabela 3).

Estado Civil

Recodificamos a variável estado civil em dois grupos: solteira/ divorciada e casada/ união de facto.

Da análise dos dados ressalta que 61,4% das participantes referiu encontrar-se neste momento solteira/ divorciada, constituindo a maioria, e 38,6% se assumiram como casadas ou vivendo em união de facto. (97,8%) das mulheres solteiras/ divorciadas apresenta uma faixa etária <=29a., que representa a quase totalidade da mostra, enquanto que no grupo casadas/ união de facto a maioria das mulheres apresenta uma idade >=30a. (67,9%).

As diferenças verificadas entre as variáveis estado civil e idade demonstraram-se estatisticamente significativas ($X^2= 45,346$; $p= 0,000$). Os valores residuais indicam que as diferenças se localizam a nível das mulheres solteiras/ divorciadas mais jovens (cf. tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das variáveis sociodemográficas em função dos grupos de idade.

Variáveis		G. Idade		<= 29anos		>= 30anos		Total		Residuais	
		N (45)	% (100)	N (56)	% (100)	N (101)	% (100)	<= 29anos	>= 30anos		
Nacionalidade	Portuguesa	39	86,7	50	89,3	89	88,1	- 0,4	0,4		
	Estrangeira	6	13,3	6	10,7	12	11,9	Não aplicável			
Etnia	Outra	5	11,4	1	1,8	6	6,0	Não aplicável			
	Caucasiana	39	88,6	55	98,2	94	94,0	- 2,0	2,0		
Religião	Católica	37	82,2	49	87,5	86	85,1	- 0,7	0,7		
	Outra	8	17,8	7	12,5	15	14,9	0,7	- 0,7		
Escolaridade	Até 12º ano	38	84,4	41	73,2	79	78,2	1,4	- 1,4		
	Ensino superior	7	15,6	15	26,8	22	21,8	Não aplicável			
Residência	Castelo Branco	27	60,0	38	67,9	65	64,4	- 0,8	0,8		
	Outros	18	40,0	18	32,1	36	35,6	0,8	- 0,8		
Situação laboral	Estudante	23	51,1	-	-	23	22,8	6,1	- 6,1		
	Empregado	12	26,7	40	71,4	52	51,5	- 4,5	4,5		
	Desempregado	10	22,2	16	28,6	26	25,7	- 0,7	0,7		
Agregado Familiar	<= 3 Pessoas	31	68,9	33	58,9	64	63,4	1,0	- 1,0		
	<= 4 Pessoas	14	31,1	23	41,1	37	36,6	- 1,0	1,0		
Rendimento Familiar	< 500 €	14	31,1	15	26,8	29	28,7	0,5	- 0,5		
	500 - 1000 €	15	33,3	15	26,8	30	29,7	0,7	- 0,7		
	1001 - 1499 €	10	22,2	13	23,2	23	22,8	- 0,1	0,1		
	>= 1500 €	6	13,3	13	23,2	19	18,8	Não aplicável			
Estado civil	Solteira/ Divorciada	44	97,8	18	32,1	62	61,4	6,7	- 6,7		
	Casada/ União facto	1	2,2	38	67,9	39	38,6	Não aplicável			

6.1.2 - Caracterização dos antecedentes obstétricos da amostra

Uma vez detalhada a caracterização sociodemográfica da amostra, expomos agora os dados resultantes da análise dos antecedentes obstétricos das participantes.

Consulta de planeamento familiar no último ano

No que consta ao planeamento familiar, verificamos que a maioria das inquiridas (64,4%) referiu não ter comparecido numa consulta de planeamento no último ano, recaindo

a maior percentagem (73,2%) no grupo etário mais velho. Das mulheres que compareceram, verifica-se uma tendência inversa, a faixa etária mais representada é a mais jovem (46,7%).

As diferenças encontradas entre as variáveis revelam-se estaticamente significativas ($X^2=4.299$; $p=0,038$), descrevendo os valores residuais que estas incidem sobre as mulheres de idade inferior, que compareceram à consulta de planeamento familiar no último ano, e nas mulheres de maior idade, que referem não ter acedido ao planeamento familiar (cf. Tabela 4).

Método contraceutivo utilizado quando engravidou

Relativamente ao método contraceutivo adotado, apuramos que a pilula se constitui como método de eleição para a maior percentagem da amostra (35,6%), contudo com pequena diferença percentual, apresentando as mulheres mais jovens a maior representatividade (40%).

Em segundo plano segue-se a ausência de qualquer método instituído (34,7%), com maior significado na faixa etária mais velha (39,3%); o preservativo é a terceira opção (24,8%), com maior representação nas mulheres mais jovens (28,9%); por último o coito interrompido, constitui uma minoria (5,0%), com maior incidência nas participantes mais velhas (7,1%).

O teste qui-quadrado não evidencia diferenças estatisticamente significativas entre os métodos contraceutivos e a idade.

Foi uma Gravidez Planeada?

Relativamente ao planeamento da gravidez, constatou-se que a quase totalidade das mulheres (97%) referiu não ter planeado esta gravidez, que as mulheres mais jovens são as mais representativas (100%), verificando-se igualmente uma elevada percentagem nas participantes mais velhas (94,6%). Embora em minoria, destacam-se as mulheres mais velhas como as únicas a afirmarem ter planeado esta gravidez (5,4%).

Não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis gravidez planeada e idade ($X^2=2,485$; $p=0,115$).

Se não foi uma gravidez planeada, resultou de uma relação ocasional?

Ao analisarmos a variável relacionamento ocasional, verificamos que a generalidade das inquiridas (71,4%) nega uma relação ocasional, com maior expressividade nas mulheres

mais velhas (75,5%). Entre as que assumem um relacionamento ocasional (28,6%) destacam-se, inversamente, as mulheres mais jovens (33,3%).

O teste de Qui-quadrado ($X^2=0,925$; $p=0,336$) transmite não existirem diferenças estatísticas significativas

Se não foi uma gravidez planeada e utilizava método contraceptivo, porque falhou o método contraceptivo?

Questionando a mostra relativamente à causa do insucesso do método contraceptivo adotado, constatamos que a maior percentagem (43,9%) relacionou o insucesso a um erro de utilização, e as mulheres mais jovens são as que mais o referenciam (53,1%).

O segundo fator mais associado é o esquecimento (22,7%), e é reportando em maior percentagem também pelas mulheres mais jovens (28,1%); a ingestão de medicamentos (19,7%) é o terceiro fator mais referenciado, sendo essencialmente mencionado (23,5%) pelas participantes mais velhas. O quarto fator mais representado (7,6%) é a doença (vómitos/ diarreia), constituindo a faixa etária mais velha maior significado (11,8%). A falta de informação foi apontada apenas por uma participante com idade $\geq 30^a$. (2,9%). Salienta-se ainda que 4,5% da amostra global referiu outro fator como opção ($n=3$), não tendo contudo descrito qual.

O valor de Qui-quadrado não indica diferenças estatísticas significativas entre as variáveis método contraceptivo e idade ($X^2=7,901$; $p=0,162$).

Primeira gravidez?

Relativamente à gravidez, verificamos que a maioria das inquiridas já esteve grávida anteriormente (57,4%) e das quais 85,7% pertencem ao grupo etário mais velho. Das mulheres que assumiram a atual gravidez como sendo a primeira - primigesta (42,6%), a maioria (77,8%) representa, inversamente, a faixa etária mais jovem.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis primeira gestação e idade ($X^2=41,140$; $p=0,000$), indicando os valores residuais que as mesmas de situam nas mulheres primigestas mais jovens, e nas multigestas mais velhas.

Número de gestações anteriores

No que respeita ao número de gestações, os valores variam entre uma e cinco gestações, com um valor médio de 1,97, um Dp de 0,95 e um CV=48,7%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=4,20$) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e a curtose ($K/erro=3,55$) indica uma curva leptocúrtica.

Grupos - número de gestações

Da recodificação da variável resultaram três grupos: uma, duas e três ou mais gestações anteriores. Podemos verificar que a maior percentagem (48,3%) das mulheres refere ter apresentado duas gestações anteriores, com maior representatividade no grupo etário ≤ 29 a. (50%). As mulheres que referem uma gestação anterior constituem o segundo grupo mais significativo (32,8%), assumindo-se também as mulheres mais jovens como as mais representadas (50%). Por último, 19% das mulheres assume três ou mais gestações (multi-gesta), representado apenas por mulheres mais velhas. Constatamos a ausência de diferenças estatísticas significativas entre as variáveis idade e número de gestações ($X^2=3,396$; $p=0,183$).

Porque decidiu interromper voluntariamente a gravidez?

Ao questionarmos as participantes, relativamente ao motivo que as levou a interromper a gravidez, verificamos que maioria (52,5%) aponta motivações económicas como principal fator na sua decisão, correspondendo a maioria (53,6%) às mulheres mais velhas.

Constatamos que a opção “Outro motivo” é a segunda mais apontada (21,8%), referido em maior percentagem pelo grupo de mulheres mais jovem (22,2%), contudo com uma pequena diferença percentual.

A terceira motivação mais indicada retrata as motivações de ordem familiar (17,8%), referenciadas com maior significado pelas mulheres mais velhas (17,9%). Verificamos, contudo, uma pequena diferença percentual face às mais jovens (17,8%).

Por último, apuramos com menor significado (7,9%) as motivações de ordem social, representando as participantes mais jovens maior significado (8,9%).

Não se evidenciaram diferenças estatísticas significativas entre as variáveis idade e motivos para proceder a IVG ($X^2=0,132$; $p=0,988$).

Idade gestacional quando recorreu a primeira consulta de IVG

Relativamente à idade gestacional, à data da primeira consulta de IVG, podemos observar que oscila entre três e nove semanas, com uma média de 5,81, um Dp de 1,48 e um CV=25,5%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores da simetria ($SK/erro=0,43$) indicam uma curva assimétrica e a curtose ($K/erro= -1,41$) indica uma curva mesocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov revela uma distribuição normal ($Ks=0,002$).

Grupos - idade gestacional

A presente variável foi recodificada em dois grupos: < 5 semanas e > 5 semanas. Podemos assim constatar que a maioria das mulheres (55,9%) apresentava uma idade gestacional superior ou igual a 5 semanas, no momento em que recorreu a consulta de IVG, e que as mulheres mais jovens são as mais representativas (60%). As participantes com uma idade gestacional inferior ou igual a 5 semanas (44,1%) são, ao invés, maioritariamente mais velhas (47,1%).

O teste de qui quadrado não indica diferenças estatísticas significativas entre as variáveis idade e idade gestacional ($X^2=0,291$; $p=0,589$).

IVG anterior

Ao inquirirmos a amostra, verificamos que a maioria das mulheres (88,1%) nega ter antecedentes de IVG, representando 95,6% participantes mais jovens. De forma inversa, verificamos que as participantes que assumem antecedentes de IVG (11,9%), correspondem mais significativamente (17,9%) ao grupo mais velho.

Evidenciam-se diferenças estatísticas significativas entre as variáveis idade e IVG anterior ($X^2= 4,287$; $p= 0,038$). Os valores residuais indicam que as diferenças se situam nas mulheres com antecedentes de IVG da faixa etária superior, e nas mulheres sem antecedentes na faixa etária inferior.

Número de IVG anterior

Com o objetivo de facilitar o tratamento estatístico dos dados, optamos por recodificar a presente variável em dois grupos: número de IVG anterior 1 e 2.

Ao inquirirmos a amostra, verificamos que a maioria das mulheres com antecedentes de IVG assume uma interrupção anterior (75%), representando grupo etário ≤ 29 a. a totalidade das participantes (100%). Relativamente às mulheres que assumem ter realizado duas interrupções anteriores constatamos, contrariamente, que são as mulheres mais velhas as mais representadas (30%).

As variáveis idade e IVG anterior não demonstraram diferenças estatísticas significativas ($X^2= 0,800$; $p= 0,371$).

Porque decidiu interromper voluntariamente a gravidez anterior?

A variável motivos para IVG anterior foi submetida recodificação, foram constituídos dois grupos: motivos económicos e outro, dado que as opções apontadas neste segundo ponto não foram significativas.

Relativamente ao motivo que levou as participantes a interromper uma gravidez anterior (n=12), verificamos que maioria da amostra (58,3%) aponta “outro motivo” na sua decisão, representando o grupo mais velho a maior percentagem (60%). As motivações económicas são o segundo fator mais apontado (41,7%), correspondendo o maior significado à faixa etária mais nova (50%). Realça-se, no entanto, uma pequena percentual face ao grupo das mulheres mais velhas (40%). Não se evidenciaram diferenças estatísticas significativas entre as variáveis idade e motivos na decisão de uma e duas interrupções anteriores ($X^2=0,069$; $p=0,793$) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das variáveis obstétricas em função dos grupos de idade.

Variáveis		G. Idade		<= 29anos		>= 30anos		Total		Residuais	
		N (45)	% (100)	N (56)	% (100)	N (101)	% (100)	<= 29anos	>= 30anos		
Consulta de Planeamento Familiar	Sim	21	46,7	15	26,8	36	35,6	2,1	- 2,1		
	Não	24	53,3	41	73,2	65	64,4	-2,1	2,1		
Método Contraceptivo	Nenhum	13	28,9	22	39,3	35	34,7	- 1,1	1,1		
	Preservativo	13	28,9	12	21,4	25	24,8	0,9	- 0,9		
	Pílula	18	40,0	18	32,1	36	35,6	0,8	-0,8		
	Coito Interrompido	1	2,2	4	7,1	5	5,0	Não aplicável			
Gravidez Planeada	Sim	0	-	3	5,4	3	3,0	Não aplicável			
	Não	45	100	53	94,6	98	97,0	1,6	- 1,6		
Relação Ocasional	Sim	15	33,3	13	24,5	28	28,6	1,0	- 1,0		
	Não	30	66,7	40	75,5	70	71,4	- 0,1	1,0		
Porque falhou o Contraceptivo	Erro de utilização	17	53,1	12	35,3	29	43,9	1,5	- 1,5		
	Falta de informação	0	-	1	2,9	1	1,5	Não aplicável			
	Esquecimento	9	28,1	6	17,6	15	22,7	1,0	- 1,0		
	Toma de medicamentos	5	15,6	8	23,5	13	19,7	Não aplicável			
	Doença (vómitos/ Diarreia)	1	3,1	4	11,8	5	7,6	Não aplicável			
	Outro	0	-	3	8,8	3	4,5	Não aplicável			
Primeira Gravidez	Sim	35	77,8	8	14,3	43	42,6	6,4	- 6,4		
	Não	10	22,2	48	85,7	58	57,4	- 6,4	6,4		
Número de Gestações anteriores	Uma	5	50,0	14	29,2	19	32,8	Não aplicável			
	Duas	5	50,0	23	47,9	28	48,3	Não aplicável			
	Três	0	-	11	22,9	11	19,0	Não aplicável			
Motivos para realizar a IVG	Económicos	23	51,1	30	53,6	53	52,5	- 0,2	0,2		
	Sociais	4	8,9	4	7,1	8	7,9	Não aplicável			
	Familiares	8	17,8	10	17,9	18	17,8	0,0	0,0		
	Outro	10	22,2	12	21,4	22	21,8	0,1	- 0,1		
Idade gestacional na primeira consulta de IVG	<= 5 Semanas	10	40,0	16	47,1	26	44,1	- 0,5	0,5		
	>= 5 Semanas	15	60,0	18	52,9	33	55,9	0,5	- 0,5		
IVG anterior	Sim	2	4,4	10	17,9	12	11,9	Não aplicável			
	Não	43	95,6	46	82,1	89	88,1	2,1	- 2,1		
Número de IVG anterior	Uma	2	100	7	70,0	9	75,5	Não aplicável			
	Duas	0	-	3	30,0	3	25,0	Não aplicável			
Motivos para a IVG anterior	Económicos	1	50,0	4	40,0	5	41,7	Não aplicável			
	Outro	1	50,0	6	60,0	7	58,3	Não aplicável			

De forma sintetizada:

- A maioria da amostra (64,4%) referiu não ter comparecido em consulta de planeamento no último ano, recaindo a generalidade destas mulheres (73,2%) na faixa etária mais velha;
- Apuramos que a pilula se constitui como método contraceutivo de eleição para a maioria da amostra (35,6%), sendo as mulheres mais jovens as que mais recorrem a este método (40%);
- A ausência de qualquer método instituído (34,7%) é assumindo com maior significado pelas participantes mais velhas (39,3%);
- O preservativo assume-se como opção em 24,8% das mulheres, representando o grupo mais jovem a maior percentagem (28,9%) das inquiridas;
- Apenas 5% da amostra adota o coito interrompido como método contraceutivo, assumindo-o maioritariamente as mulheres mais velhas (7,1%);
- Constatou-se que a quase totalidade das mulheres (97%) referiu não ter planeado esta gravidez, correspondendo às mulheres mais jovens a maior representatividade da amostra (100%). Destacam-se as mulheres mais velhas como as únicas a afirmarem ter planeado a gravidez (n=3; 5,4%);
- Verificamos que a generalidade da amostra (71,4%) nega um relacionamento ocasional. Destas, 75,5% corresponde às mulheres mais velhas. Assumiram um relacionamento ocasional 28,6%, sendo grupo das mais jovens o mais representado (33,3%);
- Relativamente a causa de insucesso do método contraceutivo, a maioria das mulheres (43,9%) associa um erro de utilização. Destas, verificamos que a maior representatividade corresponde às mulheres mais jovens (53,1%). A falta de informação é o fator menos referenciando (2,9%), sendo apenas referido por uma mulher do grupo etário mais velho;
- Relativamente à gravidez, verificamos que as participantes são maioritariamente multigestas (57,4%), assumindo maior representatividade a faixa etária mais velha (85,7%). As primigestas (42,6%) representam maioritariamente mulheres mais jovens (77,8%);
- A maioria das mulheres (48,3%) assume duas gestações anteriores, sendo o grupo mais jovem o mais representativo (50%).
- Relativamente ao motivo que levou as mulheres a interromper a gravidez, verificamos que maioria da amostra (52,5%), aponta motivações económicas como principal fator na sua decisão. Destas, destacam-se as mulheres mais velhas como as mais representativas (53,6%);
- Relativamente à idade gestacional à data da primeira consulta de IVG, constatou-se que oscila entre 3 e 9 semanas, com uma média de 5,81 e um Dp de 1,48. A maioria das mu-

lheres (55,9%) apresentava uma idade gestacional superior ou igual a 5 semanas quando recorreu a consulta, das quais a maior percentagem (60%) representa o grupo das mulheres mais jovens;

- A maioria das mulheres (88,1%) nega ter antecedentes de IVG, representando (95,6%) as participantes mais jovens. As 12 mulheres que referiram antecedentes de IVG (11,9%), correspondem mais significativamente ao grupo mais velho (17,9%);
- A maioria das participantes com antecedentes de IVG assume uma interrupção anterior (75%), manifestando-se mais representativas as participantes do grupo etário mais jovem (100%). Relativamente às mulheres que assumem ter realizado duas interrupções anteriores, verifica-se que as mulheres mais velhas são as mais representativas (30%),
- Relativamente ao motivo que levou as participantes com uma IVG anterior a interromper a gravidez atual (n=12), verificamos que maioria (58,3%) aponta “outro motivo” envolvido na decisão, (60%) representa as mulheres mais velhas. O fator económico é o segundo fator mais apontado (41,7%), assumindo maior representatividade (50%) o grupo etário mais jovem.

6.1.3 - Funcionalidade Familiar

Relativamente ao *Grupo etário*, os resultados apresentados na tabela 5, exibem uma pontuação mínima de 0 e 3, para os grupos etários $\leq 29a.$ e $\leq 30a.$, respetivamente, e uma pontuação máxima de 10 para ambos os grupos. No grupo etário $\leq 29a.$ a média é 6,80, o Dp 2,99 e o CV=43,97%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= -2,27) indicam uma assimetria negativa ou enviesada à dta e a curtose (K/erro= -0,14) indica uma curva mesocúrtica. Quanto ao grupo etário $\geq 30a.$ a média é de 7,55, o Dp 2,23 e o CV=30,46%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= -1,51) indicam uma simetria e a curtose (K/erro= -1,69) indica uma curva mesocúrtica.

O Teste t para amostras independentes (t= -1,450; p=0,150) não evidencia diferenças estatísticas significativas entre as variáveis idade e a funcionalidade familiar. O teste de Kolmogorov-Smirnov (Ks) apresenta uma distribuição não normal (Ks=0,000) (cf. Tabela 5).

Tabela 5 - Estatística relativas à funcionalidade familiar em função do grupo etário

Idade	N	Min	Max	\bar{X}	D.P.	CV (%)	KS	K/erro	SK/erro	t	p
<= 29anos	45	0	10	6,80	2,99	43,97	0,016	- 0,14	- 2,27	-1,450	0,150
>= 30anos	56	3	10	7,55	2,23	30,46	0,000	- 1,69	- 1,51		
Total	101	0	10	7,22	2,61	36,15	0,000	0,17	- 3,35		

*p ≤0,05 sig.

Verificamos na tabela 6 que a maioria das participantes (65,3%) revela um nível de funcionalidade familiar máximo (altamente funcional), e que o grupo das mulheres mais velhas é o mais representativo (69,6%).

Para um nível de disfunção familiar leve, o segundo mais representativo (26,7%), verificamos uma distribuição equivalente entre os grupos etários, representando as participantes mais novas 26,7% e as mais velhas 26,8%. Por último, evidenciamos um nível de disfunção familiar severo em 7,9% da amostra, assumindo maior significado a faixa etária mais jovem (13,3%).

O teste de qui quadrado ($X^2=3,357$; $p=0,187$) não indica diferenças estatísticas significativas entre as variáveis funcionalidade familiar e idade.

Relativamente ao *rendimento familiar* constatamos que as mulheres com um rendimento familiar entre 500-1000€ constituem a maioria da amostra (29,7%) e que a maior percentagem (37,5%) demonstra uma disfunção familiar severa. O segundo nível remuneratório mais significativo é <500€ (28,7%), ao qual se associa uma disfunção familiar leve (44,4%). O rendimento entre 500-1000€ é o terceiro mais representativo da amostra (22,8%), e verifica-se que a maior percentagem (37,5%) das mulheres apresenta uma disfunção familiar severa. Por último, 18,8% das participantes auferem um rendimento familiar >=1500€, e demonstram um nível de funcionalidade familiar considerado altamente funcional (22,7%). Deste modo, os resultados indicam-nos que existe uma tendência para que vencimentos médio/ baixos (<1500€) se associem a relações familiares disfuncionais e, inversamente, para rendimentos elevados (>=1500€) se encontrem famílias altamente funcionais.

As variáveis funcionalidade e rendimento familiar não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=8,276$; $p=0,219$). Os valores residuais indicam diferenças percentuais no nível de disfunção leve, correspondente ao rendimento <500€.

No que concerne ao *estado civil*, apuramos que as mulheres solteiras/ divorciadas constituem a maioria da amostra (61,4%), e que estas apresentam uma disfunção familiar severa (75,0%). As participantes casadas/ em união facta (38,6%) apresentam uma tendência inversa ao revelarem uma funcionalidade familiar máxima (43,9%).

O teste de qui-quadrado não assinala diferenças significativas entre as variáveis funcionalidade familiar e estado civil ($X^2=2,335$; $p=0,311$).

Atendendo aos *antecedentes gestacionais*, podemos verificar na tabela 6, que as participantes com gestações anteriores (multigestas) representam a maioria da amostra (57,4%), e que este grupo apresenta com maior significado (63,0%) um nível de disfunção familiar leve, contudo, realçamos a pequena diferença percentual face ao nível inferior “disfunção severa” (62,5%). Quanto às primigestas (42,6%), a maior percentagem (45,5%) revela uma funcionalidade familiar máxima (altamente funcional). Podemos assim constatar que os dados apontam às participantes multigestas famílias disfuncionais.

As diferenças estatísticas entre as variáveis, funcionalidade familiar e antecedentes de gravidez, não se revelaram significativas ($X^2=0,647$; $p=0,724$).

Quanto aos *antecedentes de IVG*, constatamos que maioria (88,1%) da amostra não apresenta antecedentes, e que este grupo revela relações familiares altamente funcionais (89,4%). Relativamente às participantes com antecedentes (11,9%), constatamos que a maior percentagem (14,8%) apresenta disfunção familiar leve.

As diferenças estatísticas apuradas entre as variáveis funcionalidade familiar e IVG anterior não se revelam significativas ($X^2=0,327$; $p=0,849$).

Relativamente aos *motivos para a concretização da IVG*, verificamos que a maioria (52,5%) das participantes aponta motivações de ordem económica, e que a maior percentagem (62,5%) destas mulheres revela uma disfunção familiar severa. Outro motivo é o segundo mais significativo (21,8%), e a maior percentagem (33%) destas inquiridas demonstra um nível leve de disfunção familiar. As motivações de ordem familiar constituem o terceiro motivo mais representativo da amostra (17,8%), ao qual associamos com maior percentagem (37,5%) mulheres que evidenciam relações familiares disfuncionais severas. Por fim, apenas 7,9% das participantes aponta motivações de ordem social na sua decisão e que a sua maior percentagem (12,1%) revela um nível máximo de funcionalidade familiar (altamente funcional).

O valor de qui-quadrado não sinaliza diferenças significativas entre as variáveis funcionalidade familiar e motivos para a IVG ($X^2=9,862$; $p=0,131$). Os valores residuais indicam diferenças percentuais localizadas no nível máximo da funcionalidade familiar (altamente funcional), relativamente aos motivos sociais (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da variável funcionalidade familiar em função dos grupos etários, rendimento familiar, estado civil, antecedentes de gravidez, IVG anterior e motivos para proceder a IVG

Variável	Funcionalidade Familiar	Disfunção Severa		Disfunção Leve		Altamente Funcional		TOTAL		Residuais		
		N (8)	% (100)	N (27)	% (100)	N (66)	% (100)	N (101)	% (100)	Disfunção Severa	Disfunção Leve	Altamente Funcional
GRUPOS DE IDADE	<= 29anos	6	13,3	12	26,7	27	60,0	45	44,6	-	0,0	- 1,0
	>= 30anos	2	3,6	15	26,8	39	69,6	56	55,4	-	0,0	1,0
RENDIMENTO	< 500€	2	25,0	12	44,4	15	22,7	29	28,7	-	2,1	- 1,8
	500 – 1000 €	3	37,5	8	29,6	19	28,8	30	29,7	-	0,0	- 0,3
	1001 – 1499 €	3	37,5	3	11,1	17	25,8	23	22,8	-	-	1,0
	>= 1500 €	0	-	4	14,8	15	22,7	19	18,8	-	-	1,4
ESTADO CIVIL	Solteira/ Divorciada	6	75,0	19	70,4	37	56,1	62	61,4	-	1,1	- 1,5
	Casada/ União facto	2	25,0	8	29,6	29	43,9	39	38,6	-	- 1,1	1,5
PRIMEIRA GRAVIDEZ	Sim	3	37,5	10	37,0	30	45,5	43	42,6	-	- 0,7	0,8
	Não	5	62,5	17	63,0	36	54,5	58	57,4	-	0,7	- 0,8
IVG ANTERIOR	Sim	1	12,5	4	14,8	7	10,6	12	11,9	-	-	-
	Não	7	87,5	23	85,2	59	89,4	89	88,1	-	- 0,6	0,5
MOTIVOS para a IVG	Económicos	5	62,5	14	51,9	34	51,5	53	52,5	-	- 0,1	- 0,3
	Sociais	0	-	0	-	8	12,1	8	7,9	-	-	2,1
	Familiares	3	37,5	4	14,8	11	16,7	18	17,8	-	-	- 0,4
	Outro	0	-	9	33,3	13	19,7	22	21,8	-	1,7	- 0,7

De forma sumária:

- Verificamos que a maioria da amostra (65,3%) revela um nível de funcionalidade familiar máximo (altamente funcional), e que o **grupo etário** mais velho é o mais representativo (69,6%). Ao invés, para um nível disfuncional severo, o menos representativo (7,9%), constatamos que a maior percentagem (13,3%) recai nas participantes que integram o grupo mais jovem;
- Relativamente ao **rendimento familiar** constatamos que as mulheres com um vencimento familiar entre 500-1000€ constituem a maioria da amostra (29,7%) e que a maior percentagem (37,5%) demonstra uma disfunção familiar severa. Os resultados indicam-nos que existe uma tendência para que vencimentos médio/ baixos (<1500€) se associem a relações familiares disfuncionais e, inversamente, para rendimentos elevados (>=1500€) se encontrem famílias altamente funcionais.
- No que concerne ao **estado civil**, apuramos que a maioria (75,0%) das mulheres solteiras/ divorciadas apresenta uma disfunção familiar severa e que as participantes casadas/ em união apresentam uma tendência inversa ao revelarem uma funcionalidade familiar máxima (43,9%).

- Atendendo aos *antecedentes gestacionais* constatamos que a maioria das participantes com gestações anteriores (multigestas) apresenta um nível de disfunção familiar leve (63,0%) e que a maior percentagem (45,5%) das primigestas evidencia uma tendência inversa ao revelar uma família altamente funcional.
- Quanto aos *antecedentes de IVG*, constatamos que maioria (89,4%) das participantes sem antecedentes revela relações familiares altamente funcionais (89,4%) e que a maior percentagem (14,8%) das mulheres com antecedentes apresenta uma disfunção familiar leve.
- Relativamente aos *motivos para a concretização da IVG*, verificamos que a maioria (62,5%) das participantes que aponta motivações de ordem económica revela uma disfunção familiar severa; que a maior percentagem (33%) das mulheres que indica “outro motivo” demonstra um nível leve de disfunção familiar; que a maior percentagem (37,5%) das que relatam motivações de ordem familiar evidencia relações familiares disfuncionais severas; e que a maior percentagem (12,1%) das inquiridas que assinala motivações de ordem social manifesta um nível máximo de funcionalidade familiar (altamente funcional).

6.1.4 - Autoestima

Verificamos na tabela 7 que a pontuação mínima da autoestima é 5 em ambos os níveis, e que máxima é 20 para a autoestima insatisfatória e 19 para a satisfatória. No que concerne à autoestima insatisfatória, a média é 9,71, o Dp 3,02 e o CV=31,10%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= 4,26) indicam uma assimetria positiva ou enviesada à esq. e a curtose (K/erro= 3,72) indica uma curva leptocúrtica. Quanto à autoestima satisfatória verificamos uma pontuação média de 10,73, um Dp de 2,29, e um CV=21,34%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= 2,45) indicam uma assimetria positiva ou enviesada à esquerda e a curtose (K/erro= 3,73) uma curva leptocúrtica.

O teste t para amostras independentes ($t= 1,737$; $p=0,085$) não evidencia diferenças estatísticas significativas entre os níveis de autoestima. O teste de Kolmogorov-Smirnov apresenta uma distribuição não normal ($Ks=0,000$).

Tabela 7 - Estatística relativa aos níveis de Autoestima

Autoestima	N	Min	Max	\bar{X}	D.P.	CV (%)	K/erro	SK/erro	KS	t	p
Insatisfatória	97	5	20	9,71	3,02	31,10	3,72	4,26	0,000	1,529	0,129
Satisfatória	4	5	19	10,73	2,29	21,34	3,73	2,45	0,000	1,767	0,080
Total	101	10	38	20,45	4,99	24,40	4,79	4,16	0,013	1,737	0,085

*p ≤0,05 sig.

Relativamente ao *rendimento familiar*, a tabela 8 permite-nos constatar que as mulheres que apresentam um rendimento entre 500-1000€ constituem a maioria da amostra (29,7%), e que a maior percentagem (50%) destas participantes manifesta um nível de autoestima satisfatória. O rendimento <500€ é o segundo mais significativo 28,7%, e verificamos que a maior percentagem (28,9%) destas participantes revela uma autoestima insatisfatória. O terceiro rendimento mais representativo (22,8%) situa-se entre 1001-1499€, e a maior percentagem (25,0%) destas mulheres manifesta uma autoestima satisfatória. Por último, verificamos que 18,8% das inquiridas auferem um rendimento ≥1500€, o menos representativo, que a totalidade destas representantes manifesta um nível insatisfatório de autoestima, significando 19,6%.

As variáveis autoestima e rendimento familiar não evidenciam diferenças estatísticas significativas ($X^2=1,390$; $p=0,708$).

No que respeita ao *estado civil*, verificamos que as mulheres solteiras/ divorciadas representam a maioria da amostra (61,4%), e que para estas participantes a autoestima satisfatória é a mais significativa (100%). Relativamente ao grupo das casadas/ união de facto (38,6%), verificamos que a maior percentagem (40,2%) revela, em oposição, uma autoestima insatisfatória.

O teste de qui-quadrado ($X^2=2,620$; $p=0,106$) não traduz diferenças estatísticas significativas entre as variáveis autoestima e estado civil.

Observando a tabela 8, atendendo aos *antecedentes de gravidez*, apuramos que a maioria (57,4%) da amostra é composta pelas mulheres multigestas, e que estas revelam maioritariamente (59,8%) um nível de autoestima insatisfatório. De forma inversa, verificamos uma autoestima satisfatória para a maioria das primigestas (100%).

Verificam-se diferenças estatísticas significativas entre autoestima e os antecedentes de gravidez ($X^2=5,618$; $p=0,018$). Os valores residuais indicam diferenças percentuais no nível satisfatório de autoestima, para as primigestas.

Quanto aos *antecedentes de IVG*, constatamos na tabela 8 que as mulheres sem antecedentes de interrupção constituem a maioria na amostra (88,1%) e esta evidenciam

uma autoestima satisfatória (100%), enquanto que as mulheres com antecedentes de IVG (11,9%) apresentam em maior percentagem (12,4%) um nível autoestima insatisfatório;

Não existem diferenças estatísticas significativas entre as variáveis autoestima e antecedentes de IVG ($X^2=0,562$; $p=0,454$).

De acordo com a tabela 8, relativamente aos *motivos para a IVG*, apuramos que as motivações de ordem económica são as mais representativas (52,5%), constatando-se para a maioria destas mulheres um nível de autoestima insatisfatório (54,6%). Em segundo plano surgem Outros motivos, que significam (21,8%), evidenciando-se na maior percentagem destas mulheres uma autoestima satisfatória (25,0%). Seguem-se as motivações familiares, representam (17,8%) da amostra, ao qual se associa com maior percentagem (17,5%) a um nível de autoestima igualmente satisfatório. Por último, com a menor percentagem (7,9%), surgem as motivações de ordem social (7,9%), transmitindo a maior percentagem destas mulheres uma autoestima satisfatória (50%).

Os valores de qui-quadrado ($X^2=11,636$; $p=0,009$) indicam que as variáveis autoestima e motivos para a IVG indicam diferenças estatísticas significativas. Os valores residuais apontam diferenças percentuais localizadas a nível dos fatores económicos.

Ao considerarmos a *funcionalidade familiar*, verificamos na tabela 8 que o nível máximo de funcionalidade familiar é o maio expressivo da amostra (65,3%), transmitindo a maioria (66,0%) destas mulheres um nível insatisfatório de autoestima. Seguidamente, constatamos para as participantes que reportam um nível de disfunção familiar leve (26,7%) evidenciam de forma mais significativa (50%) uma autoestima satisfatória. Por fim, para as mulheres que manifestaram um nível de disfunção familiar severo (7,9%) constatamos que a maior percentagem (8,2%) reporta um nível insatisfatório de autoestima.

As variáveis autoestima e funcionalidade familiar não traduzem diferenças estatísticas significativas ($X^2=1,323$; $p=0,516$) (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição da variável Autoestima em função do rendimento familiar, estado civil, primeira gravidez, antecedentes de IVG, motivos para proceder a IVG e funcionalidade familiar

Variável	Autoestima	Insatisfatória		Satisfatória		Total		Residuais	
		N (97)	% (100)	N (4)	% (100)	N (101)	% (100)	Insatisfatória	Satisfatória
RENDIMENTO	< 500€	28	28,9	1	25,0	29	28,7	0,2	-
	500 – 1000 €	28	28,9	2	50,0	30	29,7	-0,9	-
	1001 – 1499 €	22	22,7	1	25,0	23	22,8	-0,1	-
	>= 1500 €	19	19,6	-	-	19	18,8	1,0	-
ESTADO CIVIL	Solteira/ Divorciada	58	59,8	4	100	62	61,4	-1,6	-
	Casada/ União facto	39	40,2	-	-	39	38,6	1,6	-
PRIMEIRA GRAVIDEZ	Sim	39	40,2	4	59,8	43	42,6	-2,4	-
	Não	58	59,8	-	-	58	57,4	2,4	-
IVG ANTERIOR	Sim	12	12,4	-	-	12	11,9	0,7	-
	Não	85	87,6	4	100	89	88,1	-0,7	-
MOTIV para a IVG	Económicos	53	54,6	0	-	53	52,5	2,1	-
	Sociais	6	6,2	2	50,0	8	7,9	-3,2	-
	Familiares	17	17,5	1	25,0	18	17,8	-0,4	-
	Outro	21	21,6	1	25,0	22	21,8	-0,2	-
APGAR Familiar	Disfunção Severa	8	8,2	0	-	8	7,9	0,6	-
	Disfunção leve	25	25,8	2	50,0	27	26,7	-1,1	-
	Altamente funcional	64	66,0	2	50,0	66	65,3	0,7	-

Em sintetize:

- Relativamente ao *rendimento familiar*, constatamos que a maior percentagem das participantes com um rendimento <500€ (28,9%) e >=1500€ (19,6%) revelam um nível de autoestima insatisfatório; enquanto que a maior percentagem das mulheres que auferem um rendimento intermédio, entre 500-1000€ (50%) e 1001-1499€ (25%), manifestam uma autoestima considerada satisfatória;
- No que respeita ao *estado civil*, verificamos que a maior percentagem as participantes solteiras/ divorciadas apresenta uma autoestima considerada satisfatória (100%), enquanto que a maior percentagem (40,2%) das mulheres casadas/ união de facto revela uma autoestima insatisfatória;
- Atendendo aos *antecedentes de gravidez*, apuramos que a maioria (59,8%) das participantes revela maioritariamente um nível de autoestima insatisfatório, enquanto que para a maioria das primigestas (100%) verificamos uma autoestima satisfatória;
- Quanto aos *antecedentes de IVG*, constatamos que a maioria das mulheres sem antecedentes de interrupção evidencia uma autoestima satisfatória (100%), enquanto que maior percentagem das mulheres com antecedentes de IVG apresenta em um nível autoestima insatisfatório (12,4%);

- Relativamente aos *motivos para a IVG*, apuramos a maioria das mulheres (54,6%) que aponta motivações de ordem económica manifesta um nível de autoestima considerado insatisfatório; que a maior percentagem (25,0%) das mulheres que indica Outros motivos evidencia uma autoestima satisfatória; que a maior percentagem (17,5%) das participantes que assinala motivações familiares apresenta um nível de autoestima igualmente satisfatório; e ainda, que as inquiridas que referem motivações de ordem social (7,9%) transmitem uma autoestima satisfatória (50%).
- Ao considerarmos a *funcionalidade familiar*, verificamos que para um nível máximo de funcionalidade familiar a maioria (66,0%) das mulheres apresenta um nível insatisfatório de autoestima; para um nível disfuncional a maior percentagem (50%) revela uma autoestima satisfatória; e para um nível de disfunção familiar severo a maior percentagem (8,2%) evidencia um nível insatisfatório de autoestima.

6.1.5 - Satisfação com o suporte social

Na tabela 9 exibimos as estatísticas evidenciadas pelas dimensões da ESSS (*Escala de avaliação da Satisfação com o Suporte Social*, de Ribeiro, 1999). Ao analisarmos a subescala “*total amigos*” verificamos uma pontuação que varia entre 11 e 25 pontos, uma média de 20,20, um Dp de 3,61, e um CV=17,87%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= -2,58) indicam uma assimetria negativa ou enviesada à direita e a curtose (K/erro= -0,50) indica uma curva mesocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov (Ks=0,006) revela uma distribuição normal.

Em relação à subescala “*total intimidade*”, apuramos uma pontuação mínima de 6 e uma máxima de 20 pontos, uma média de 15,53, um Dp de 3,97, e um CV=25,56%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= -2,06) indicam uma assimetria negativa ou enviesada à direita e a curtose (K/erro= -1,90) indica uma curva mesocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov (Ks=0,000) revela uma distribuição não normal.

No que concerne à subescala “*satisfação com a família*”, observamos uma pontuação que varia entre 3 e 15 pontos, uma média de 11,93, um Dp de 2,87, e um CV=24,06%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro=-4,76) indicam uma assimetria negativa ou enviesada à direita e a curtose (K/erro= 3,03) indica uma curva leptocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov (Ks=0,000) revela uma distribuição não normal.

Para a subescala “*atividade social*” apuramos uma pontuação mínima de 3 e uma máxima de 15 pontos, uma média de 9,45, um Dp de 3,09, e um CV=32,70%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro=-0,03) se revelam simétricos e a curtose (K/erro= -1,27) indica uma curva mesocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov (Ks=0,004) revela uma distribuição normal.

Por último, relativamente ao “*suporte social total*”, podemos constatar na tabela 12, que a pontuação oscila entre 26 e 75, a média é 57,09, o Dp 10,62 e o CV=18,60%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= -1,94) indicam uma simetria e a curtose (K/erro= - 0,25) indica uma curva leptocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov (Ks=0,004) indica uma distribuição normal.

Tabela 9 - Estatística relativa à satisfação com o suporte social, por dimensão e total global

Suporte Social	N (101)	Min	Max	\bar{X}	D.P.	CV (%)	K/erro	SK/erro	KS	p
Total amigos	14	11	25	20,20	3,61	17,87	- 0,50	- 2,58	0,107	0,006
Total intimidade	14	6	20	15,53	3,97	25,56	- 1,90	- 2,06	0,150	0,000
Total satisfação família	12	3	15	11,93	2,87	24,06	3,03	- 4,74	0,143	0,000
Total atividade social	12	3	15	9,45	3,09	32,70	- 1,27	- 0,03	0,110	0,004
Total suporte social total	49	26	75	57,09	10,62	18,60	- 0,25	- 1,94	0,079	0,120

*p ≤0,05 sig.

A análise dos dados permitiu-nos verificar que dos pontos de corte, considerados por Batista, *et. al* (2006), *cit. in* Rodrigues V. B. (2008), se retiveram apenas dois: média e alta satisfação com o suporte social.

Os resultados apresentados na tabela 10 quanto à *idade*, demonstram que as mulheres mais velhas são a maioria da amostra (55,4%), e que 65,4% destas participantes apresenta uma satisfação média face ao suporte social. Relativamente à faixa etária mais jovem, verificamos que a maior percentagem descreve altos níveis de satisfação com o suporte social (48,0%).

As variáveis a satisfação com o suporte social e idade não evidenciam diferenças estatisticamente significativas ($X^2=1,400$; $p=0,237$).

Relativamente ao *estado civil*, apuramos que o grupo de mulheres solteiras/ divorciadas é mais representativo (61,4%), e que 62,7% destas mulheres que refere uma elevada satisfação com o suporte social, constitui a maioria. Quanto às mulheres casadas/ união facto verificamos que a maior percentagem (42,3%) manifesta uma moderada satisfação com o suporte social.

O teste de qui-quadrado ($X^2=0,202$; $p=0,653$) não traduz diferenças estatísticas significativas entre as variáveis satisfação com o suporte social e estado civil.

No concerne ao número de *gestações anteriores*, podemos constatar na tabela 10 que o grupo de mulheres com duas gestações anteriores é o mais significativo da amostra (48,3%) e que a sua maior percentagem (55,3%) manifesta elevados níveis de satisfação face ao suporte social. O grupo das primigestas é o segundo mais representado (32,8%), e transmite níveis moderados de satisfação (35,0%). Por último, as multigestas com três ou mais gestações anteriores significam (19,0%) e evidenciam na sua maior percentagem (30%) uma moderada satisfação.

Os valores de qui quadrado ($X^2=3,121$; $p=0,210$) não revelam diferenças estatísticas significativas entre as variáveis suporte social e gestação anterior.

Ao analisarmos o nível de *funcionalidade familiar*, apuramos que as participantes que evidenciam relações familiares altamente funcionais são as mais representativas (65,3%) da amostra, e que a sua maioria (74,7%) manifesta elevados níveis de satisfação com o suporte social. As mulheres que apresentam uma disfunção familiar considerada leve representam 26,7%, revelando a maior percentagem (42,3%) um nível médio de satisfação. Por fim, as inquiridas com famílias que revelam uma disfunção severa (7,9%) exprimem na sua maior percentagem (19,2%) uma satisfação média face ao suporte social.

As variáveis satisfação com o suporte social e funcionalidade familiar evidenciam, diferenças estatísticas significativas ($X^2=12,705$; $p=0,002$). As diferenças percentuais localizam-se no grupo de disfunção leve, face a um nível médio de satisfação com suporte social, e no grupo superior de funcionalidade familiar (altamente funcional), face ao nível alto de satisfação com o suporte social.

Na tabela 10 podemos constatar, relativamente à *autoestima*, que a quase totalidade da mostra (96%) evidencia um nível insatisfatório de autoestima, e que a maioria destas participantes (97,3%) exprime um nível elevado de satisfação com o suporte social. As mulheres que manifestam uma autoestima satisfatória (4%) revelam níveis médios de satisfação face ao suporte social (7,7%).

Não se verificam diferenças estatísticas significativas ($X^2=1,282$; $p=0,258$) entre as variáveis satisfação com o suporte social e autoestima (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição da variável Satisfação com o Suporte Social em função dos grupos etários, estado civil, número de gestações, funcionalidade familiar e autoestima.

Satisfação com Suporte Social		Médio		Alto		Total		Residuais	
		N	% (100)	N	% (100)	N	% (100)	Médio	Alto
GRUPO ETÁRIO	<= 29 anos	9	34,6	36	48,0	45	44,6	- 1,2	1,2
	>= 30 anos	17	65,4	39	52,0	56	55,4	1,2	- 1,2
ESTADO CIVIL	Solteira/ Divorciada	15	57,7	47	62,7	62	61,4	- 0,4	0,4
	Casada/ U. facto	11	42,3	28	37,3	39	38,6	0,4	- 0,4
NUMERO de GESTAÇÕES	Uma	7	35,0	12	31,6	19	32,8	-	- 0,3
	Duas	7	35,0	21	55,3	28	48,3	-	1,5
	Três ou mais	6	30,0	5	13,2	11	19,0	-	-
APGAR FAMILIAR	Disfunção Severa	5	19,2	3	4,0	8	7,9	-	-
	Disfunção leve	11	42,3	16	21,3	27	26,7	2,1	- 2,1
	Altamente funcional	10	38,5	56	74,7	66	65,3	- 3,3	3,3
AUTOESTIMA	Insatisfatória	24	92,3	73	97,3	97	96,0	- 1,1	1,1
	Satisfatória	2	7,7	2	2,7	4	4,0	-	-

De forma abreviada:

- Quanto à *idade*, verificamos que a maioria das mulheres mais velhas (65,4%) apresenta uma satisfação média face ao suporte social e a maior percentagem das participantes mais novas (48,0%) uma satisfação considerada elevada;
- Considerando o *estado civil*, apuramos que a maioria (62,7%) das mulheres solteiras/divorciadas expressa uma elevada satisfação com o suporte social e que a maior percentagem (42,3%) das participantes casadas/ união uma moderada satisfação com o suporte social;
- No concerne ao número de *gestações anteriores*, podemos constatar que a maioria (55,3%) das mulheres com duas gestações anteriores manifesta elevados níveis de satisfação face ao suporte social, que o grupo das primigestas transmite níveis moderados de satisfação (35,0%) e, por último, que as multigestas com três ou mais gestações anteriores evidenciam na sua maior percentagem (30%) uma moderada satisfação;
- Ao analisarmos o nível de *funcionalidade familiar*, apuramos que a maioria (74,7%) das participantes que evidenciam relações familiares altamente funcionais manifesta elevados níveis de satisfação com o suporte social, que a maior percentagem (42,3%) das mulheres que apresenta disfunção familiar considerada leve manifesta um nível médio de satisfação, e, por fim, que a maior percentagem (19,2%) das inquiridas com famílias a revelarem disfunção severa exprimem uma satisfação média face ao suporte social;

- Relativamente à *autoestima*, verificamos que a quase totalidade das participantes (97,3%) que demonstra um nível insatisfatório de autoestima exprime um nível elevado de satisfação com o suporte social e que a maior percentagem das mulheres que manifestam uma satisfatória autoestima revelam níveis médios de satisfação face ao suporte social (7,7%).

6.1.6 – Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Apresentamos na tabela 11 as estatísticas transmitidas pelas dimensões obtidas através da EASAVIC (*Escala de avaliação da Satisfação em áreas da vida conjugal*, de Narciso, I. & Costa, M. E., 1996). Relativamente à dimensão “*Intimidade Emocional*” podemos verificar uma pontuação mínima de 18 e uma máxima é de 108 pontos, uma média de 80,20, um Dp de 21,56 pontos e um CV=26,88%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= -2,0) indicam uma assimetria negativa ou enviesada à direita e a curtose (K/erro= -1,32) indica uma curva mesocúrtica. Não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “*intimidade emocional*” e a satisfação global (t=0,171;p=0,865).

No que respeita à dimensão total “*Sexualidade*”, apuramos uma pontuação mínima evidenciada de 6 pontos e uma pontuação máxima de 36, uma média de 28,17, um Dp de 7,15 pontos e um CV=25,38%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= -2,76) indicam uma assimetria negativa ou enviesada à direita e a curtose (K/erro= -0,64) indica uma curva mesocúrtica. A dimensão “*sexualidade*” e a satisfação global não assinalam diferenças estatísticas significativas (t=0,207;p=0,837).

Quanto à dimensão “*Comunicação/ Conflito*”, constatamos uma pontuação a oscilar entre 7 e 42 pontos, uma média de 30,51, um Dp de 8,72 pontos e CV=28,58%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= -1,78) indicam uma curva simétrica e a curtose (K/erro= -1,52) indica uma curva mesocúrtica. Não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “*Comunicação/ Conflito*” e a satisfação global (t= -0,062;p=0,951).

Atendendo à dimensão “*Funções Familiares*”, evidenciamos uma pontuação mínima de 5 pontos e uma máxima de 24, uma média de 15,90, para um D.P. de 4,68 pontos e um CV=29,43%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores (SK/erro= -0,45) indicam uma curva simétrica e a curtose (K/erro= -1,43) uma curva mesocúrtica. Não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “*Comunicação/ Conflito*” e a satisfação global (t= -0,318;p=0,751).

Relativamente à dimensão “*Rede Social*”, a pontuação obtida varia entre 6 e 18 pontos, a média é de 12,60, o Dp é de 3,37 pontos e o CV=26,75%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= -0,075) indicam uma curva simétrica e a curtose (K/erro=-1,82) uma curva mesocúrtica. Não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “*Comunicação/ Conflito*” e a satisfação global (t= 0,582;p=0,562).

Ao analisarmos a dimensão “*Autonomia*” verificamos uma pontuação a balançar entre 6 e 24 pontos, uma média de 17,08, um Dp de 4,59 pontos e um CV=26,87%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores (SK/erro=-0,49) indicam uma curva simétrica e a curtose (K/erro=-1,67) uma curva mesocúrtica. Não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “*Comunicação/ Conflito*” e a satisfação global (t= 1,066;p=0,289).

Para a dimensão “*Tempo Livres*” apuramos uma pontuação mínima de 2 e uma máxima de 12, uma média de 7,60, um Dp de 2,31 pontos e um CV=30,40%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de assimetria (SK/erro=-0,32) indicam uma curva simétrica e a curtose (K/erro=-0,37) uma curva mesocúrtica. Não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “*Comunicação/ Conflito*” e a satisfação global (t= 0,939;p=0,350).

Por último, quanto à “*Satisfação Global*”, extraímos uma pontuação a oscilar entre 74 e 264 pontos, uma média de 192,06, um Dp de 46,98 pontos e um CV=24,46%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que o valor de (SK/erro=-1,17) indica uma curva simétrica e a curtose (K/erro=-2,14) uma curva platicúrtica. Não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “*Satisfação Global*” e as restantes dimensões da satisfação conjugal (t= 0,171;p=0,865).

Tabela 11 - Estatística relativa à satisfação em Áreas da Vida Conjugal, por dimensão e total global

Satisfação em áreas da vida conjugal	Min	Max	\bar{X}	D.P.	CV (%)	K/erro	SK/erro	t	p
Intimidade Emocional	18	108	80,20	21,56	26,88	- 1,32	-2,0	- 0,156	0,876
Sexualidade	6	36	28,17	7,15	25,38	-0,64	-2,75	0,207	0,837
Comunicação/ Conflito	7	42	30,51	8,72	28,58	-1,52	-1,78	- 0,062	0,951
Funções Familiares	5	24	15,90	4,68	29,43	-1,43	- 0,45	0,318	0,751
Rede Social	6	18	12,60	3,37	26,75	- 1,82	- 0,075	0,582	0,562
Autonomia	6	24	17,08	4,59	26,87	- 1,67	- 0,49	1,066	0,289
Tempo Livres	2	12	7,60	2,31	30,40	- 0,37	- 0,32	0,939	0,350
Satisfação Global	74	264	192,06	46,98	24,46	-2,14	- 1,17	0,171	0,865

*p ≤0,05 sig.

Quanto ao à *idade*, podemos verificar na tabela 12 que as mulheres mais velhas são as mais representativas da amostra (55,4%), e que a maioria (72,7%) destas participantes manifesta um nível moderado de satisfação conjugal. Quanto às mais jovens, constatamos que a maior percentagem (48,9%) refere uma satisfação considerada elevada. Não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas ($X^2=1,672$; $p=0,433$) entre as variáveis satisfação conjugal e idade.

Relativamente ao *estado civil*, apuramos que a maioria (61,4%) das participantes recai no grupo solteira/ divorciada, e que (66,7%) destas mulheres revela níveis baixos de satisfação conjugal. Verificamos que a maioria das mulheres casadas/ união facto (54,5%) manifesta uma moderada satisfação. O valor de qui-quadrado ($X^2=1,744$; $p=0,418$) não traduz diferenças estatísticas significativas entre a satisfação conjugal e o estado civil.

No que respeita ao número de *gestações anteriores*, constatamos a maior percentagem (48,3%) das participantes é multigesta, com duas gestações anteriores, e que a maioria apresenta elevados níveis de satisfação conjugal (60,9%). As primigestas significam 32,8%, o segundo grupo mais representado, revelam na sua maior percentagem (44,4%) uma satisfação moderada. Por último, verificamos que as multigestas com três ou mais gestações (19,0%) exibem baixos níveis de satisfação conjugal (26,9%).

As variáveis satisfação conjugal e gestações anteriores não traduzem diferenças estatísticas significativas ($X^2=3,603$; $p=0,462$).

Considerando a *idade gestacional* apresentada pelas participantes na primeira consulta de IVG, identificamos a idade gestacional >5 semanas como a mais representativa da amostra (55,9%) e que a sua maioria (63,6%) evidencia baixos níveis de satisfação conjugal. Quanto ao grupo de gestacional ≤5 semanas, verificamos que a maior percentagem transmite uma satisfação considerada alta (50,0%). Não se encontram diferenças estatísticas significativas entre as variáveis satisfação conjugal e idade gestacional ($X^2=0,962$; $p=0,618$).

Ao analisarmos a *funcionalidade familiar*, podemos verificar para que a maioria (65,3%) da amostra apresenta nível elevados de funcionalidade familiar, e um nível de satisfação conjugal igualmente elevado (84,4%). As mulheres que evidenciam uma disfunção familiar leve, o segundo grupo mais representado (26,7%), manifestam em maior percentagem (46,7%) uma baixa satisfação. Por fim, podemos constatar que apenas 7,9% das inquiridas aponta uma família severamente disfuncional, e que a sua maior percentagem (9,1%) transmite níveis moderados de satisfação conjugal, embora com diferença percentual mínima face ao nível inferior.

As variáveis satisfação conjugal e funcionalidade familiar revelam diferenças estatísticas significativas ($X^2=18,123$; $p=0,001$). As diferenças percentuais localizam-se relativamente a disfunção familiar, nos níveis leve e altamente funcional, e relativamente á satisfação conjugal, nos níveis baixa e alta.

Para a *autoestima*, os resultados indicam que a quase totalidade (96,0%) das participantes revela um nível insatisfatório de autoestima, as quais corresponde uma moderada satisfação conjugal (100%), a totalidade das inquiridas neste nível. A minoria que manifesta níveis satisfatórios de autoestima (4,0%) evidencia, de forma equivalente e contraditória, baixos e elevados níveis de satisfação conjugal (4,4%). Não se verificam diferenças estatísticas significativas entre as variáveis ($X^2=0,509$; $p=0,775$).

Na tabela 12 podemos constatar, relativamente à *satisfação com o suporte social*, que a maioria das participantes (74,3%) transmite uma moderada satisfação com o suporte social existente e uma elevada satisfação conjugal (91,1%). Para a maior percentagem (44,4%) das mulheres que manifesta satisfação moderada face ao suporte social apuramos níveis baixos de satisfação.

As diferenças estatísticas entre as variáveis satisfação conjugal e suporte social revelam-se altamente significativas ($X^2=15,249$; $p=0,000$). Verificamos diferenças percentuais localizadas no grupo de baixa e alta satisfação global, relativamente ao médio e alto nível de suporte social (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição da variável satisfação em áreas da vida conjugal em função dos grupos etários, estado civil, número de gestações, idade gestacional, funcionalidade familiar, autoestima e satisfação com o suporte social.

Variável	Satisfação conjugal	Baixa		Moderada		Alta		Total		Residuais		
		N	% (100)	N	% (100)	N	% (100)	N	% (100)	Baixa	Moderada	Alta
GRUPO ETÁRIO	<= 29 anos	20	44,4	3	27,3	22	48,9	45	44,6	0,0	-	0,8
	>= 30 anos	25	55,6	8	72,7	23	51,1	56	44,4	0,0	1,2	-0,8
ESTADO CIVIL	Solteira/ Divorciada	30	66,7	5	45,5	27	60,0	62	61,4	1,0	-	-0,3
	Casada/ U. facto	15	33,3	6	54,5	18	40,0	39	38,6	-1,0	-	0,3
NUMERO de GESTAÇÕES	Uma	9	34,6	4	44,4	6	26,1	19	32,8	0,3	-	-
	Duas	10	38,5	4	44,4	14	60,9	28	48,3	-1,3	-	1,6
	Três ou mais	7	26,9	1	11,1	3	13,0	11	19,0	-	-	-
IDADE GESTACIONAL	<= 5 semanas	8	36,4	3	42,9	15	50,0	26	44,1	-0,9	-	0,9
	> 5 semanas	14	63,6	4	57,1	15	50,0	33	55,9	0,9	-	-0,9
APGAR FAMILIAR	Disfunção Severa	4	8,9	1	9,1	3	6,7	8	7,9	-	-	-
	Disfunção leve	21	46,7	2	18,2	4	8,9	27	26,7	4,1	-	-
	Altamente funcional	20	44,4	8	72,7	38	84,4	66	65,3	-0,4	0,5	3,6
AUTOESTIMA	Insatisfatória	43	95,6	11	100	43	95,6	97	96,0	-0,2	0,7	-0,2
	Satisfatória	2	4,4	0	-	2	4,4	4	4,0	-	-	-
SUPORTE SOCIAL	Médio	20	44,4	2	18,2	4	8,9	26	25,7	3,9	-	-
	Alto	25	55,6	9	81,8	41	91,1	75	74,3	-3,9	0,6	3,5

De forma sintética:

- Quanto ao à **idade**, podemos verificar que a maioria (72,7%) das participantes mais velhas manifesta um nível moderado de satisfação conjugal e que a maior percentagem (48,9%) das participantes mais jovens uma satisfação considerada elevada;
- Relativamente ao **estado civil**, apuramos para a maioria das participantes solteiras/ divorciadas (66,7%) transmite baixos níveis de satisfação conjugal e para as casadas/ união de facto (54,5%) uma moderada satisfação;
- No que respeita ao número de **gestações anteriores**, constatamos que a maioria (60,9%) das participantes multigestas, com duas gestações anteriores, apresenta níveis elevados de satisfação conjugal, que a maior percentagem (44,4%) das primigestas revela na uma satisfação moderada e que (26,9%) das multigestas, com três ou mais gestações, exibem baixos níveis de satisfação conjugal
- Considerando a **idade gestacional** apresentada na primeira consulta de IVG, identificamos que a maioria (63,6%) das participantes com uma idade gestacional >5 semanas evidencia baixos níveis de satisfação conjugal. Ao invés, a maior percentagem (50,0%) do grupo com idade gestacional <=5 semanas transmite uma satisfação considerada alta;

- Ao analisarmos a *funcionalidade familiar*, podemos verificar para a maioria (84,4%) das mulheres com níveis elevados de funcionalidade familiar evidencia um nível de satisfação conjugal igualmente elevado; para maior percentagem (46,7%) das mulheres que evidenciam com disfunção familiar leve uma baixa satisfação; e para 9,1% das que revelam famílias severamente disfuncionais níveis moderados de satisfação conjugal;
- Para a *autoestima*, os resultados indicam para um nível insatisfatório de autoestima que a maioria das participantes revela uma moderada satisfação conjugal (100%); e que para níveis satisfatórios de autoestima evidenciam, de forma equivalente, baixos e elevados níveis de satisfação conjugal (4,4%);
- No que concerne à *satisfação com o suporte social*, verificamos que a maioria (91,1%) das participantes com moderada a elevada satisfação com o suporte social transmite idênticos níveis de satisfação conjugal; e que a maior percentagem (44,4%) das que manifestam satisfação moderada face ao suporte social evidencia baixos níveis de satisfação conjugal;

6.1.7 - Atitudes da mulher face a interrupção voluntária da gravidez.

Exibimos na tabela 13 as estatísticas transmitidas pelas dimensões apuradas pela *escala de avaliação das atitudes da mulher face á IVG*, proposta no presente estudo. No que respeita aos “*Motivos de ordem familiar*”, constatamos uma pontuação a variar entre 16 e 28, uma média de 10,85, um Dp de 4,66 pontos e um CV=42,95%, não apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro= 5,22) indicam uma assimetria positiva ou enviesada à direita e a curtose (K/erro= 3,92) indica uma curva leptocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov (Ks=0,000) indica uma distribuição não normal.

Ao analisarmos os “*motivos de ordem pessoal*” verificamos uma pontuação mínima de 6 e uma máxima de 30, uma média de 17,51, um Dp. de 5,11 pontos e um CV=29,18%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de (SK/erro=-0,20) indicam uma curva simétrica e a curtose (K/erro=-0,38) indica uma curva mesocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov (Ks=0,200) indica uma distribuição normal.

Quanto aos “*motivos de ordem socioeconómica*” constatamos uma mínima de 4 e uma máxima de 20, uma média de 12,85, um Dp. de 3,57 pontos e um CV=27,78%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores de simetria (SK/erro=-1,40) indicam uma simetria e a curtose (K/erro=-0,20) indica uma curva mesocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov (Ks=0,039) revela uma distribuição normal.

Por fim, no que concerne à “*atitude total*” apuramos uma pontuação a oscilar entre 16 e 73, uma média de 41,21, um Dp. de 9,55 pontos e um CV=23,17%, apresenta uma curva com distribuição normal, dado que os valores (SK/erro=0,22) indicam uma simetria e a curtose (K/erro=2,87) indica uma curva leptocúrtica. O teste de Kolmogorov-Smirnov (Ks=0,043) assinala uma distribuição normal.

Tabela 13 - Estatística relativa à satisfação em Áreas da Vida Conjugal, por dimensão e total global

Satisfação em áreas da vida conjugal	Min	Max	\bar{X}	D.P.	CV (%)	K/erro	SK/erro	Ks	p
1. Motivos de ordem familiar	6	28	10,85	4,66	42,95	3,92	5,22	0,149	0,000
2. Motivos de ordem pessoal	6	30	17,51	5,11	29,18	- 0,38	- 0,20	0,065	0,200
3. Motivos de ordem socioeconómica	4	20	12,85	3,57	27,78	- 0,20	- 1,40	0,091	0,039
4. Atitude Total	16	73	41,21	9,55	23,17	2,87	0,22	0,090	0,043

*p ≤0,05 sig.

Na tabela 14, relativamente à *idade*, verificamos que o grupo das mulheres mais velhas é o mais representativo (55,4%), e que a maioria destas participantes (69,4%) manifesta uma atitude negativa face à IVG. Quanto ao grupo mais jovem, constatamos um nível de atitude moderado para a maioria das participantes (54,2%). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis ($X^2=4,491$; $p=0,106$). Os valores residuais identificam diferenças percentuais localizadas a nível da atitude negativa.

Ao analisarmos o *estado civil*, podemos verificar que o grupo de mulheres solteiras/divorciadas é o mais representativo (61,4%), e que a maioria do grupo apresenta uma atitude positiva face a IVG. Ao invés, o grupo de mulheres casadas/ união facto revela, com maior significado (44,4%), uma atitude negativa face a IVG.

O teste de qui quadrado não encontra diferenças estatísticas significativas entre as variáveis atitudes da mulher face à IVG e idade ($X^2=0,874$; $p=0,646$).

No respeito ao *número de gestações*, constatamos que as multigestas, com duas gestações anteriores, constituem a maior percentagem da amostra (48,3%), e que manifestam uma atitude negativa a moderada face a IVG, ao representarem de forma equivalente 50% das participantes. As primigestas constituem o segundo grupo mais significativo (32,8%), e evidenciam em maior percentagem (42,9%) uma moderada atitude. Por último, constatamos que as multigestas com três ou mais gestações anteriores (19%) revelam, em maior percentagem, uma atitude positiva face a IVG (25%). As diferenças estatísticas entre as variáveis não se traduzem significativas ($X^2=2,105$; $p=0,717$).

Quanto ao nível de *funcionalidade familiar*, constatamos que o nível superior de funcionalidade (altamente funcional) é o mais representativo da amostra (65,3%), e que a

maioria (77,8%) destas mulheres manifesta uma atitude negativa face a IVG. Para as participantes que manifestam um nível de disfunção familiar severo (26,7%), verificamos uma atitude moderada (16,7%) e para as mulheres que evidenciam uma disfunção familiar leve (7,9%) uma atitude positiva (39%).

As variáveis funcionalidade familiar e atitudes face a IVG revelam diferenças estatisticamente significativas ($X^2=9,769$; $p=0,044$). Os valores percentuais localizam diferenças a nível da disfunção familiar leve, na atitude positiva, e no nível altamente funcional face às atitudes negativas.

A respeito da *autoestima*, extraímos que a maioria (95,1%) das participantes evidencia um nível insatisfatório de autoestima e uma atitude moderada face a IVG (100%), que corresponde à totalidade das inquiridas neste patamar. Realçamos o facto de se verificarem percentagens semelhantes para níveis negativos (94,4%) e positivos (95,1%) das atitudes. Quanto às mulheres que transmitem níveis satisfatórios de autoestima, a minoria (4,0%), verificamos que a atitude negativa reflete a maior percentagem (5,6%), seguida da positiva, que significa (4,9%).

O valor de qui-quadrado ($X^2=1,321$; $p=0,517$) não indica diferenças estatísticas significativas entre as variáveis atitudes da mulher face a IVG e a autoestima.

No que concerne à satisfação com o *suporte social*, podemos verificar que a maioria das participantes apresenta elevados níveis de satisfação (74,3%) e que este grupo manifesta em maioria (79,2%) uma atitude moderada face a IVG. Em relação à percentagem de mulheres que indica níveis moderados de satisfação com o suporte social (25,7%) constatamos que a maior percentagem (29,3%) revela uma atitude positiva. Não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre as variáveis ($X^2=0,580$; $p=0,748$).

Por fim, quanto à *satisfação conjugal*, os resultados indicam para as participantes que revelam uma atitude positiva face á IVG (40,6%) baixos níveis de satisfação conjugal (48,9%), para as mulheres que evidenciam atitudes negativas (35,6%) elevados níveis de satisfação (46,7%), e para as transmitem atitudes moderadas (23,8%) baixos níveis de satisfação conjugal (26,7%). O teste de qui-quadrado não assinala diferenças estatísticas significativas entre as variáveis ($X^2=5,292$; $p=0,259$). Os valores residuais apontam diferenças percentuais na atitude negativa, face à baixa e alta satisfação conjugal.

Tabela 14 - Distribuição da variável atitudes face a IVG função dos grupos etários, estado civil, gestações anteriores, funcionalidade familiar, autoestima, suporte social e satisfação conjugal.

Variável	Atitudes da mulher face a IVG	Negativa		Moderada		Positiva		TOTAL		Residuais		
		N	% (100)	N	% (100)	N	% (100)	N (101)	% (100)	Negativa	Moderada	Positiva
GRUPOS ETÁRIOS	<= 29 anos	11	30,6	13	54,2	21	51,2	45	44,6	- 2,1	1,1	1,1
	>= 30 anos	25	69,4	11	45,8	20	48,8	56	55,4	2,1	- 1,1	- 1,1
ESTADO CIVIL	Solteira/ Divorciada	20	55,6	15	62,5	27	65,9	62	61,4	- 0,9	0,1	0,8
	Casada/ União facto	16	44,4	9	37,5	14	34,1	39	38,6	0,9	- 0,1	- 0,8
NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES	Uma	7	29,2	6	42,9	6	30,0	19	32,8	- 0,5	-	-
	Duas	12	50,0	7	50,0	9	45,0	28	48,3	0,2	-	- 0,4
	>= três	5	20,8	1	7,1	5	25,0	11	19,0	-	-	-
FUNCIONALIDADE FAMILIAR	Disfunção severa	3	8,3	4	16,7	1	7,9	8	7,9	-	-	-
	Disfunção leve	5	13,9	6	25,0	16	39,0	27	26,7	-	-	2,3
	Altamente funcional	28	77,8	14	58,3	24	58,5	66	65,3	2,0	- 0,8	- 1,2
AUTOESTIMA	Insatisfatória	34	94,4	24	100	39	95,1	97	96,0	0,1	0,6	- 0,5
	Satisfatória	2	5,6	-	-	2	4,9	4	4,0	-	-	-
APOIO SOCIAL	Médio	9	25,0	5	20,8	12	29,3	26	25,7	- 0,1	-	0,7
	Alto	27	75,0	19	79,2	29	70,7	75	74,3	0,1	0,6	- 0,7
SATISFAÇÃO CONJUGAL	Baixa	11	24,4	4	36,4	21	46,7	36	35,6	-2,1	-	2,1
	Moderada	12	26,7	2	18,2	10	22,2	24	23,8	0,6	-	- 0,3
	Alta	22	48,9	5	45,5	14	31,1	41	40,6	1,5	-	- 1,7

Em síntese:

- Relativamente à *idade*, verificamos que a maioria das mulheres mais velhas (69,4%) manifesta uma atitude negativa face á IVG e a maioria das participantes mais jovens (54,2%) um atitude moderada;
- Ao analisarmos o *estado civil*, verificamos que as mulheres solteiras/ divorciadas apresentam na sua maioria (65,9%) uma atitude positiva face a IVG. Ao invés, o grupo de casadas/ união facto revela uma atitude negativa, e significa (44,4%) das inquiridas;
- No respeito ao *número de gestações*, constatamos que as multigestas, com duas gestações anteriores manifestam uma atitude negativa a moderada face a IVG, ao representar de forma equivalente 50% das participantes. A maior percentagem (42,9%) das primigestas evidencia uma atitude moderada. Por último, constatamos que 25% das multigestas com três ou mais gestações anteriores evidencia, em maior percentagem, uma atitude positiva face a IVG;
- Quanto ao nível de *funcionalidade familiar*, verificamos que a maioria (77,8%) das participantes com famílias altamente funcionais, manifestam atitudes negativas face à IVG; que a maior percentagem (16,7%) das participantes com disfunção familiar severa apre-

senta atitudes moderadas; e, por último, as que apresentam disfunção familiar leve revelam em maior percentagem (39%) atitudes positivas face à IVG;

- A respeito da *autoestima*, extraímos que a maioria das participantes com níveis insatisfatório de autoestima apresenta atitudes moderadas face a IVG (100%), e quanto às mulheres que transmitem níveis satisfatórios de autoestima verificamos atitudes negativas (5,6%). Realçamos que quase totalidade da amostra (96%) apresenta níveis insatisfatórios de autoestima;
- No que concerne à satisfação com o *suporte social*, podemos verificar que a maioria das participantes com níveis elevados de satisfação com o suporte social (79,2%) manifesta uma atitude moderada face à IVG e que a maior percentagem de mulheres que indica níveis moderados de satisfação social (29,3%) revela uma atitude positiva;
- Por fim, quanto à *satisfação conjugal*, os resultados indicam para a maior percentagem (40,6%) das participantes que revela atitude positiva face à IVG baixos níveis de satisfação conjugal (48,9%), para as mulheres que evidenciam atitudes negativas (35,6%) elevados níveis de satisfação, e para as transmitem atitudes moderadas (23,8%) baixos níveis de satisfação conjugal.

6.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Efetuada a caracterização da amostra, procuraremos nesta segunda fase avaliar relações existentes entre algumas das variáveis independentes e as atitudes da mulher face à IVG, recorrendo para tal à estatística analítica. Neste sentido, procedemos à verificação da validade das questões de investigação, associando as variáveis em estudo à nossa variável endógena.

- **Que variáveis sociodemográficas influenciam as atitudes face à interrupção voluntária da gravidez?**

Relação entre a idade e as atitudes da mulher face à IVG

A fim de verificar a influência da variável idade nas atitudes da mulher face a IVG, recorreremos ao Teste t-student. Assim, podemos verificar na tabela 15 que as mulheres mais jovens representam maior importância na totalidade das dimensões e valor total das atitudes da mulher face a IVG.

Ao verificarem-se diferenças estatísticas significativas nas dimensões “motivos de ordem pessoal” ($p=0,001$) e “atitude total” ($p=0,036$), podemos afirmar que a idade assume influência sobre as atitudes da mulher face à IVG e que são as mulheres mais jovens que mais valorizam a dimensão “motivos de ordem pessoal” e a “atitude total” ($p=0,036$).

Tabela 15 - Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função da idade

Dimensões Atitudes	IDADE				F	p	t	#Média
	<= 29 anos (N=45)	>= 30 anos (N=56)						
	\bar{X}	Dp.	\bar{X}	Dp.				
Motivos de ordem familiar	10,96	4,68	10,77	4,69	0,083	0,842	0,200	0,188
Motivos de ordem pessoal	19,42	4,85	15,95	4,82	0,500	0,001	3,574	3,458
Motivos de ordem socioeconómica	13,04	3,07	12,70	3,94	1,142	0,628	0,486	0,348
Atitude Total	43,42	7,95	39,43	10,39	4,075	0,036	2,126	3,994

* $p < 0,05$

Relação entre a nacionalidade e as atitudes da mulher face à IVG

Procuramos identificar se a nacionalidade das participantes influenciava as atitudes face à IVG. Para o efeito, foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney (UM-W) (cf. tabela 16) entre os grupos de nacionalidade Portuguesa/ Estrangeira e as dimensões das atitudes: motivos de ordem familiar, pessoal, socioeconómica e o total das atitudes. Deste modo, verificamos que as mulheres estrangeiras apresentam maior importância nas dimensões “motivos familiares”, “motivos pessoais” e “atitude total”. As mulheres Portuguesas revelam maior importância na dimensão “motivos socioeconómicos”.

O valor de ($p=0,035$) apurado para a dimensão “motivos familiares” indica diferenças estatísticas significativas, sendo legítimo concluir que a nacionalidade influencia as atitudes face à IVG, e que são as mulheres estrangeiras a atribuir maior importância a esta dimensão.

Tabela 16 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a nacionalidade

Atitudes	NACIONALIDADE		U	p
	Portuguesa (N=89)	Estrangeira (N=12)		
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Motivos de ordem familiar	48,76	67,63	334,500	0,035
Motivos de ordem pessoal	49,93	58,92	439,000	0,318
Motivos de ordem socioeconómica	51,37	48,25	501,000	0,728
Atitude Total	49,60	61,38	409,500	0,191

* $p < 0,05$

Relação entre o distrito de residência e as atitudes da mulher face à IVG

De forma a averiguar se o distrito de residência influenciava as atitudes face à IVG, realizamos um Teste de U de Mann-Whitney (cf. tabela 17) entre as participantes residentes no distrito de Castelo Branco/ Outra residência e as dimensões das atitudes: motivos de ordem familiar, pessoal, socioeconómica e o total das atitudes. Assim, ao encontrarmos valores de “p” superiores ao nível de significância fixado ($p \leq 0,05$), verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas, pelo que é legítimo concluir que a residência não influencia a atitude das participantes face à IVG. No entanto, constatamos ainda que as mulheres residentes no distrito de Castelo Branco apresentam maior importância nas dimensões “motivos de ordem familiar”, “socioeconómica” e “atitude total”, apresentando as mulheres residentes noutro distrito maior significado na dimensão “motivos de ordem pessoal”.

Tabela 17 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a residência

Atitudes	RESIDÊNCIA	Castelo Branco (N=65)	Outra (N=36)	U	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Motivos de ordem familiar		53,44	46,60	1011,500	0,257
Motivos de ordem pessoal		47,81	56,76	962,500	0,140
Motivos de ordem socioeconómica		53,92	45,72	980,000	0,176
Atitude Total		51,12	50,79	1162,500	0,958

* $p < 0,05$

Relação entre a etnia e as atitudes da mulher face à IVG

De modo a investigarmos a influência da etnia nas atitudes da mulher face à IVG, realizamos um Teste de U de Mann-Whitney. Através desta análise, verificamos na tabela 18, que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões. Assim, podemos afirmar que a etnia não influencia a atitude da mulher face a IVG. Ainda assim, observamos que as mulheres de outra etnia apresentam maior importância na totalidade das dimensões das atitudes face à IVG: “motivos de ordem familiar”, “pessoal”, “socioeconómica” e “atitude total”.

Tabela 18 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a etnia

Atitudes	ETNIA	Caucasiana (N=94)	Outra (N=6)	U	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Motivos de ordem familiar		49,78	61,75	214,500	0,323
Motivos de ordem pessoal		49,40	67,75	178,500	0,132
Motivos de ordem socioeconómica		50,27	54,08	260,500	0,754
Atitude Total		49,69	63,17	206,000	0,270

* $p < 0,05$

Relação entre a religião e as atitudes da mulher face à IVG

Procuramos identificar se a religião da mulher influencia a atitude face à IVG, pelo que recorremos ao Teste de U de Mann-Whitney. Podemos assim constatar, na tabela 19, que não existem diferenças estatísticas significativas para qualquer dimensão, o que nos permite afirmar que a religião não tem influência sobre a atitude face à IVG. Não obstante, verificamos que as mulheres de outra religião apresentam maior importância nas dimensões das atitudes “motivos de ordem familiar”, “pessoal” e “atitude total”. A restante dimensão, “motivos de ordem socioeconómica”, apresenta maior significado para as mulheres católicas.

Tabela 19 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a religião

Atitudes	RELIGIÃO		U	p
	Católica (N=86) Ordenação Média	Outra (N=15) Ordenação Média		
Motivos de ordem familiar	50,59	53,33	610,000	0,736
Motivos de ordem pessoal	49,27	60,90	496,500	0,155
Motivos de ordem socioeconómica	52,46	42,63	519,500	0,229
Atitude Total	50,82	52,03	629,500	0,882

* p < 0,05

Relação entre a escolaridade e as atitudes da mulher face à IVG

A fim de verificar o efeito da variável escolaridade na atitude da mulher face à IVG, utilizamos o Teste de U de Mann-Whitney. Verificamos na tabela 20, que as participantes com ensino superior apresentam maior importância nas dimensões “motivos de ordem pessoal”, “socioeconómica” e “atitude total”. O grupo com escolaridade até ao 12º ano assume maior importância na dimensão “motivos familiares”. Não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e as diferentes dimensões, podemos afirmar que a escolaridade não representa influência para atitude da mulher face a IVG.

Tabela 20 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a escolaridade

Atitudes	ESCOLARIDADE		U	p
	Até 12º ano (N=79) Ordenação Média	Ensino superior (N=22) Ordenação Média		
Motivos de ordem familiar	51,71	48,45	813,000	0,642
Motivos de ordem pessoal	50,26	53,66	810,500	0,630
Motivos de ordem socioeconómica	50,58	52,50	836,000	0,785
Atitude Total	50,19	53,91	805,000	0,598

* p < 0,05

Relação entre a situação laboral e as atitudes da mulher face à IVG

Para analisar a influência da situação laboral nas atitudes da mulher face à IVG realizámos um Teste de Kruskal-Wallis. Através desta análise, verificamos na tabela 21 que as participantes estudantes assumem maior importância nos “motivos de ordem pessoal” e na “atitude total”, e as desempregadas nas dimensões “motivos familiares” e “socioeconómicos”. Constatando-se diferenças altamente significativas na dimensão “motivos de ordem pessoal” ($p=0,000$) procedemos ao teste post hoc de Tukey, efetuado com as ordenações médias, que localiza as diferenças no grupo das estudantes face ao das empregadas e desempregadas, o que confirma uma relação de dependência entre esta variável e de independência em relação às restantes. Assim, podemos aceitar que são as estudantes que revelam interromper a gravidez por “motivos de ordem pessoal”.

Tabela 21 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a situação laboral

Atitudes	S. LABORAL	Estudante (N=23)	Empregada (N=52)	Desempregada (N=26)	χ^2	p
		Ordenações Médias				
Motivos de ordem familiar		48,33	49,30	56,77	1,397	0,497
Motivos de ordem pessoal		74,15	43,85	44,83	18,693	0,000
Motivos de ordem socioeconómica		47,41	47,66	60,85	3,990	0,136
Atitude Total		61,17	44,87	54,27	5,387	0,068

* $p < 0,05$

Relação entre o agregado familiar e as atitudes da mulher face à IVG

De modo a analisarmos o efeito da variável agregado familiar nas atitudes da mulher face a IVG, recorreremos ao Teste t-student. Verificamos na tabela 22 que as mulheres com um agregado familiar ≤ 3 elementos apresentam maior importância nas dimensões “motivos de ordem familiar”, “pessoal” e na “atitude total”, revelando os “motivos socioeconómicos” maior relevância para as participantes com um agregado ≥ 4 . Não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o agregado familiar e as diferentes dimensões, podemos afirmar que o agregado familiar não influencia a atitude da mulher face à IVG.

Tabela 22 - Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função do agregado familiar

Dimensões Atitudes	AGREGADO FAMILIAR	≤ 3 Elementos (N=64)		≥ 4 Elementos (N=37)		F	p	t	≠ Média
		\bar{X}	Dp.	\bar{X}	Dp.				
Motivos de ordem familiar		11,41	5,01	9,89	3,86	0,887	0,116	1,585	1,514
Motivos de ordem pessoal		17,61	5,22	17,32	4,98	0,415	0,789	0,269	0,285
Motivos de ordem socioeconómica		12,84	3,48	12,86	3,76	0,136	0,977	- 0,029	- 0,021
Atitude Total		41,86	10,42	40,08	7,83	1,969	0,370	0,901	1,778

* $p < 0,05$

Relação entre o rendimento familiar e as atitudes da mulher face à IVG

O estudo da relação entre as atitudes face à IVG e o rendimento familiar foi efetuado com recurso ao Teste de Kruskal-Wallis. Através desta análise, verificamos na tabela 23 que não foram encontradas diferenças estatísticas significativas em nenhuma das dimensões. Assim, podemos afirmar que o rendimento familiar não constitui influência para as atitudes da mulher face à IVG. Pese embora a ausência de diferenças estatísticas significativas, podemos constatar que as participantes com rendimento <500€ apresentam maior significado face aos “motivos de ordem socioeconómica” e as que auferem rendimento entre 1001-1499€ face as dimensões “motivos familiares”, “pessoal” e “atitude total”.

Tabela 23 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e o rendimento familiar

Atitudes	RENDIMENTO FAMILIAR	< 500 € (N=29)	500-1000 € (N=30)	1001-1499 € (N=23)	>= 1500 € (N=19)	X ²	p
	Ordenações Médias						
Motivos de ordem familiar		50,62	52,47	56,74	42,32	2,674	0,445
Motivos de ordem pessoal		54,31	43,30	56,78	51,11	3,352	0,340
Motivos de ordem socioeconómica		60,36	49,43	49,24	41,32	5,252	0,154
Atitude Total		55,97	46,60	57,37	42,66	4,145	0,246

* p < 0,05

Relação entre o estado civil e as atitudes da mulher face à IVG

Procuramos determinar se o estado civil influenciava a atitude das mulheres face à IVG. Para o efeito utilizamos o Teste t-student. Verificamos na tabela 24 que as participantes solteiras/ divorciadas expressam maior significado nas dimensões “motivos de ordem familiar”, “pessoal” e na “atitude total”, enquanto que as casadas/ união facto referem maior importância relativamente aos “motivos socioeconómicos”. Não se identificam diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e as distintas dimensões, o que nos leva a afirmar que o estado civil não influencia a atitude da mulher face à IVG.

Tabela 24 - Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função do estado civil

Dimensões Atitudes	ESTADO CIVIL	Solteira/ Divorciada (N=62)		Casada/ União facto (N=39)		F	p	t	#Média
		\bar{x}	Dp.	\bar{x}	Dp.				
Motivos de ordem familiar		11,09	5,03	10,46	4,03	1,066	0,508	0,665	0,635
Motivos de ordem pessoal		18,16	5,20	16,46	4,85	0,546	0,104	1,641	1,699
Motivos de ordem socioeconómica		12,56	3,55	13,31	3,59	0,014	0,310	-1,020	-0,743
Atitude Total		41,82	10,01	40,23	8,80	0,016	0,417	0,814	1,591

* p < 0,05

- **Que variáveis obstétricas são determinantes nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez?**

Relação entre o planeamento familiar e as atitudes da mulher face à IVG

A fim de identificar a influência da variável planeamento familiar nas atitudes face à IVG, procedemos ao Teste t-student. Deste modo, podemos verificar na tabela 25 que as mulheres que referem ter comparecido em consulta de planeamento familiar no último ano revelam maior significado face às dimensões “motivos de ordem pessoal” e “socioeconómicos”, assumindo maior relevo para as restantes, que negam ter comparecido, as dimensões “motivos de ordem familiar” e “atitude total. Ao não se verificarem diferenças estatísticas significativas, inferimos que a presença em consulta de planeamento familiar no último ano não interfere com a atitude da mulher face à IVG.

Tabela 25 - Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função do planeamento familiar

Dimensões Atitudes	PLANEAMENTO FAMILIAR		Sim (N=36)		Não (N=65)		F	p	t	#Média
	\bar{X}	Dp.	\bar{X}	Dp.						
Motivos de ordem familiar	9,75	4,05	11,46	4,89	0,326	0,077	-1,787	-1,712		
Motivos de ordem pessoal	17,72	5,63	17,39	4,84	2,203	0,752	0,317	0,338		
Motivos de ordem socioeconómica	13,17	3,72	12,68	3,50	0,272	0,511	0,659	0,490		
Atitude Total	40,64	9,19	41,52	9,80	0,069	0,658	-0,444	-0,884		

* p < 0,05

Relação entre a contraceção e as atitudes da mulher face à IVG

Procurou-se identificar se a adoção de um método contraceptivo influenciava a atitude da mulher face à IVG, com recurso ao Teste t-student. Pelo facto de não se identificarem diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que o tipo de contraceção não influencia a atitude da mulher face à IVG. Em consonância, podemos verificar que as participantes não têm qualquer método contraceptivo instituído assumem maior importância em todas as dimensões, exceto nos motivos pessoais.

Tabela 26 – Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função da contraceção

Dimensões Atitudes	CONTRACEÇÃO		Não (N=35)		Sim (N=66)		F	p	t	#Média
	\bar{X}	Dp.	\bar{X}	Dp.						
Motivos de ordem familiar	11.60	5.19	10.46	4.34	1,537	0,242	1,177	1,146		
Motivos de ordem pessoal	17.06	4.98	17.74	5.20	0,778	0,524	- 0,639	- 0,685		
Motivos de ordem socioeconómica	12.91	3.43	12.82	3.66	0,413	0,898	0,128	0,906		
Atitude Total	41.57	10.44	41.02	9.12	0,139	0,782	0,277	0,556		

* p < 0,05

Relação entre o planeamento concecional e as atitudes da mulher face à IVG

De modo a analisarmos a influência do planeamento concecional nas atitudes face à IVG, realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Assim, verificamos na tabela 27 que as mulheres que assumem ter planeado esta gravidez apresentam maior importância nas dimensões “motivos familiares” e “motivos pessoais”, correspondendo o maior significado nas dimensões “motivos socioeconómicos” e “atitude total” às mulheres que não planearam a gravidez. Os valores de “p” apurados não indicam diferenças estatísticas significativas, pelo que é legítimo concluir que o planeamento da gravidez não tem influência as atitudes da mulher face à IVG.

Tabela 27 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e o planeamento concecional

Atitudes \ PLANEAMENTO CONCECIONAL	Sim (N=3)		Não (N=98)		U	p
	Ordenação Média		Ordenação Média			
Motivos de ordem familiar	55,50		50,86		133,500	0,799
Motivos de ordem pessoal	57,33		50,81		128,000	0,727
Motivos de ordem socioeconómica	27,67		51,71		77,000	0,174
Atitude Total	45,17		51,18		129,500	0,741

* p < 0,05

Relação entre as primigestas e as atitudes da mulher face à IVG

Procuramos determinar se o facto de ser primigesta influenciava a atitude das mulheres face à IVG. Para o efeito servimo-nos do Teste t-student, que nos indica (cf. tabela 28) que as participantes primigestas manifestam maior importância nas dimensões “motivos de ordem familiar” e “motivos socioeconómicos”, enquanto que as multigestas assumem maior relevo nas dimensões “motivos de ordem pessoal” e na “atitude total”.

Apuramos diferenças estatísticas altamente significativas para a dimensão “motivos de ordem pessoal” (p=0,000), o que nos permite inferir que ser primigesta tem influência nas atitudes face à IVG e que são os “motivos de ordem pessoal” os mais referidos para concretizarem a IG.

Tabela 28 - Teste t-student das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez em função das primigestas

Dimensões Atitudes \ PRIMIGESTA	Sim (N=43)		Não (N=58)		F	p	t	#Média
	\bar{X}	Dp.	\bar{X}	Dp.				
Motivos de ordem familiar	10,49	4,41	11,12	4,86	0,454	0,503	- 0,672	- 0,632
Motivos de ordem pessoal	19,61	4,95	15,95	4,69	0,531	0,000	3,785	3,656
Motivos de ordem socioeconómica	12,28	3,17	13,28	3,80	1,580	0,166	- 1,396	- 0,997
Atitude Total	42,37	9,23	40,35	9,77	0,639	0,290	1,056	2,027

* p < 0,05

Relação entre o número de gestações e as atitudes da mulher face à IVG

O estudo da relação entre o número de gestas e as atitudes face à foi efetuado com recurso ao Teste de Kruskal-Wallis. Através desta análise, verificamos na tabela 29 que não existem diferenças estatísticas significativas nas variadas dimensões. Desta forma, podemos afirmar que o número de gestações não constitui influência para as atitudes face à IVG. Ainda assim, podemos constatar que o grupo de mulheres com uma gestação anterior assume o maior significado na dimensão “motivos de ordem pessoal”, o grupo com duas gestações anteriores nas dimensões “motivos familiares” e “socioeconómicos”, e o grupo com três ou mais gestações na dimensão “atitude total”.

Tabela 29 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e o número de gestações

Atitudes	NÚMERO GESTAÇÕES	Uma (N=19)	Duas (N=28)	>= Três (N=11)	X ²	p
	Ordenações Médias					
Motivos de ordem familiar		29,68	30,04	27,82	0,142	0,931
Motivos de ordem pessoal		32,74	26,29	32,09	1,983	0,371
Motivos de ordem socioeconómica		28,79	30,84	27,32	0,397	0,820
Atitude Total		30,29	28,50	30,68	0,194	0,907

* p < 0,05

Relação entre as motivações para a IVG e as atitudes da mulher face à IVG

O estudo da relação entre a atitude das participantes e as motivações para a concretização da IVG foi efetuado através do Teste de Kruskal-Wallis. Os resultados apresentados na tabela 30 indicam as motivações económicas como as mais significativas na totalidade das dimensões da atitude, com exceção da dimensão “motivos de ordem pessoal” que assume maior influência no grupo de outros motivos. Ao verificarmos diferenças estatisticamente significativas localizadas na dimensão “motivos de ordem socioeconómica” (p=0,000) procedemos ao teste post hoc de Tukey, efetuado com as ordenações médias, que identifica diferenças significativas relativamente às motivações económicas face às sociais, familiares e outras motivações pontadas, o que confirma uma relação de dependência entre esta variável e de independência em relação às restantes. Deste modo, podemos inferir que “motivos de ordem socioeconómica” influenciam a atitude face à IVG, que estes são os mais significativos na decisão da mulher para concretizar a IG.

Tabela 30 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e as motivações para a sua concretização

Atitudes \ MOTIVAÇÕES	Económicas (N=53)	Sociais (N=8)	Familiares (N=18)	Outras (N=22)	X ²	p
	Ordenações Médias					
Motivos de ordem familiar	54,24	35,38	48,17	51,20	3,141	0,370
Motivos de ordem pessoal	47,48	45,25	55,92	57,55	2,689	0,442
Motivos de ordem socioeconómica	64,85	26,44	46,81	30,00	29,394	0,000
Atitude Total	56,49	28,44	47,75	48,64	6,983	0,072

* p < 0,05

Relação entre a idade gestacional e as atitudes da mulher face à IVG

Procuramos analisar o efeito da variável idade gestacional na atitude da mulher face à IVG, para o efeito utilizamos o Teste de U de Mann-Whitney. Constatamos na tabela 31, que as mulheres que apresentavam idade gestacional ≤ 5 semanas, no início do processo, revelam maior importância na totalidade das dimensões da atitude, excetuando os “motivos de ordem familiar”. Ao não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre a idade gestacional e as diferentes dimensões, podemos aceitar a não influência da idade gestacional nas atitudes da mulher face à IVG.

Tabela 31 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a idade gestacional

Atitudes \ IDADE GESTACIONAL	≤ 5 semanas (N=26)	> 5 semanas (N=33)	U	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Motivos de ordem familiar	29,00	30,79	403,000	0,689
Motivos de ordem pessoal	30,96	29,24	404,000	0,702
Motivos de ordem socioeconómica	30,25	29,80	422,500	0,920
Atitude Total	30,23	29,82	423,000	0,927

* p < 0,05

Relação entre os antecedentes de IVG e as atitudes da mulher face à IVG

Procurou-se identificar se os antecedentes de IVG influenciam a atitude da mulher face ao procedimento, pelo que recorremos ao Teste de U de Mann-Whitney. Deste modo constatamos (cf. tabela 32) a inexistência de diferenças estatisticamente significativas na totalidade das dimensões, o que nos permite afirmar que os antecedentes de IVG não exercem influência sobre as atitudes face à IVG. Verificamos ainda que as mulheres com antecedentes assumem o maior destaque em todas as dimensões, com exceção dos “motivos de ordem pessoal” que representa maior significado para as mulheres que nunca interromperam a gravidez.

Tabela 32 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e os antecedentes de interrupção voluntária

Atitudes	ANTECEDENTES IVG	Sim (N=12)	Não (N=89)	U	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Motivos de ordem familiar		51,67	50,91	526,000	0,933
Motivos de ordem pessoal		49,79	51,16	519,500	0,879
Motivos de ordem socioeconómica		53,17	50,71	508,000	0,784
Atitude Total		53,92	50,61	499,000	0,713

* p < 0,05

- **Qual a influência da autoestima nas atitudes da mulher face á interrupção voluntaria da gravidez?**

Relação entre a autoestima e as atitudes da mulher face à IVG

De forma a verificar o efeito da variável autoestima na atitude da mulher face à IVG, utilizamos o Teste de U de Mann-Whitney. Assim, podemos constatar na tabela 33 que as mulheres com uma autoestima considerada insatisfatória apresentam maior importância nas dimensões da atitude “motivos de ordem familiar” e “pessoal”, enquanto que os “motivos de ordem socioeconómica” e a “atitude total” constituem maior peso nas participantes com níveis satisfatórios de autoestima. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o que revela a relação de independência entre as variáveis em estudo. Assim podemos assumir que autoestima apresentada pelas mulheres não interfere nas atitudes face à IVG.

Tabela 33 - Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a autoestima

Atitudes	AUTOESTIMA	Insatisfatória (N=97)	Satisfatória (N=4)	U	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Motivos de ordem familiar		50,83	55,13	177,500	0,772
Motivos de ordem pessoal		50,99	51,13	193,500	0,993
Motivos de ordem socioeconómica		51,58	36,88	137,500	0,323
Atitude Total		51,23	45,50	172,000	0,701

* p < 0,05

- **Em que medida a funcionalidade familiar, o suporte social e a satisfação com a vida conjugal afetam as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez?**

Relação entre a funcionalidade familiar e as atitudes da mulher face à IVG

O estudo da relação entre a funcionalidade familiar e a atitude da mulher face à IVG foi efetuado com recurso ao Teste de Kruskal-Wallis. Através desta análise, verificamos na tabela 34 que as participantes que evidenciam disfuncionalidade leve representam a maior influencia na totalidade das dimensões, sendo as diferenças estatisticamente significativas para os “motivos de ordem familiar” ($p=0,007$) e “atitude total” ($p=0,017$). O teste post hoc de Tukey, efetuado com as ordenações médias, revela que as diferenças se situam entre as mulheres com disfuncionalidade leve e as que apresentam uma família altamente funcional, o que confirma a relação de dependência entre estas variáveis e de independência em relação às restantes. Deste modo, podemos considerar que a funcionalidade familiar influencia a atitude face à IVG, constatando que os motivos de ordem familiar são os mais significativos para as mulheres com disfuncionalidade familiar leve.

Tabela 34 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a funcionalidade familiar

Atitudes \ APGAR FAMILIAR	Disfunção Severa (N=8)	Disfunção Leve (N=27)	Altamente funcional (N=66)	χ^2	p
	Ordenações Médias				
Motivos de ordem familiar	54,88	65,39	44,64	9,916	0,007
Motivos de ordem pessoal	31,00	53,78	52,29	4,115	0,128
Motivos de ordem socioeconómica	56,63	58,76	47,14	3,361	0,186
Atitude Total	40,00	64,41	46,85	8,122	0,017

* $p < 0,05$

Relação entre o suporte social e as atitudes da mulher face à IVG

Na tabela 35 apresentamos os resultados do estudo da relação entre as atitudes face à IVG e a satisfação com o suporte social. É notório, pelos resultados apresentados, que as mulheres com moderada satisfação face ao suporte social são as que maior importância assumem nas dimensões da atitude, com exceção dos “motivos de ordem pessoal. Verificamos significância estatística para os “motivos de ordem familiar” ($p=0,014$), o que nos leva a confirmar a relação entre estas variáveis. Deste modo podemos considerar que a satisfação com o suporte social influencia as atitudes face à IVG, e que os “motivos de ordem familiar” são os que maior relevo representam para as mulheres moderadamente satisfeitas com o suporte social.

Tabela 35 – Teste de UM-W entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a satisfação com o suporte social

Atitudes	SATISFAÇÃO S. SOCIAL	Moderada (N=26)	Elevada (N=75)	U	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Motivos de ordem familiar		63,08	46,81	661,000	0,014
Motivos de ordem pessoal		46,21	52,66	850,500	0,333
Motivos de ordem socioeconómica		55,58	49,41	856,000	0,353
Atitude Total		56,40	49,13	834,500	0,275

* p < 0,05

Relação entre a satisfação conjugal e as atitudes da mulher face à IVG

O Teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para estudar a relação entre as duas variáveis referenciadas. As mulheres que apresentam uma baixa satisfação com a vida conjugal revelam maior importância nas dimensões “motivos de ordem familiar” e “atitude total”, as que manifestam uma moderada satisfação maior significado na dimensão “motivos socioeconómicos”, e as que demonstram elevada satisfação na dimensão “motivos pessoais”. Ao verificarmos diferenças estatisticamente significativas localizadas na dimensão “motivos de ordem familiar” ($p=0,002$) procedemos ao teste post hoc de Tukey, efetuado com as ordenações médias, que localiza as diferenças entre a baixa e elevada satisfação com a vida conjugal, o que confirma uma relação de dependência entre estas variáveis e de independência em relação às restantes. Constatamos, ainda, que são as mulheres que revelam baixa satisfação conjugal que mais valorizam os motivos de ordem familiar na IVG.

Tabela 36 - Teste de Kruskal-Wallis entre atitudes das mulheres face à interrupção voluntária da gravidez e a satisfação conjugal

Atitudes	SATISFAÇÃO CONJUGAL	Baixa (N=45)	Moderada (N=11)	Alta (N=45)	χ^2	p
		Ordenações Médias				
Motivos de ordem familiar		61,80	51,41	40,10	12,544	0,002
Motivos de ordem pessoal		49,38	47,73	53,42	0,585	0,746
Motivos de ordem socioeconómica		55,69	57,59	44,70	3,823	0,148
Atitude Total		57,89	52,45	43,76	5,276	0,072

* p < 0,05

Neste sentido, decidiu-se testar o valor preditivo das variáveis independentes “*funcionalidade familiar*” (APGAR familiar), “*autoestima*”, “*satisfação com o suporte social*” e “*satisfação em áreas da vida conjugal*”, relativamente à variável dependente – “*atitudes da mulher face a IVG*”. Este é o método de estimação mais utilizado quando se pretendem análises multivariadas, principalmente quando possuímos uma variável dependente (endógena) e duas ou mais variáveis independentes (exógenas). O método de estimação usado foi o de

stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos quantos necessários até se conseguir determinar quais as variáveis preditoras da variável dependente.

Relação entre a dimensão “motivos de ordem familiar” das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes

Atendendo ao quadro 17, podemos verificar que a correlação de Pearson realizada entre a dimensão das atitudes “*motivos familiares*” e as variáveis independentes selecionadas revela a subescala do suporte social “Total intimidade” como a que maior correlação estabelece com esta dimensão das atitudes ($r = -0,410$), traduzindo uma associação linear moderada, e que a menor correlação se desenvolve com a subescala da satisfação conjugal “Tempos livres” ($r = -0,010$). Salienta-se ainda que, com exceção da autoestima, todas as outras variáveis independentes em estudo revelaram uma relação negativa com a mesma dimensão. Entre as variáveis inicialmente entradas no modelo de regressão, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas a nível da autoestima positiva e da subescala da satisfação conjugal “tempos livres”.

Quadro 17 – Correlação linear de *Pearson* entre a dimensão “motivos familiares” das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.

MOTIVOS FAMILIARES	r	p
Total APGAR	- 0,273	0,003
Autoestima insatisfatória	0,223	0,012
Autoestima satisfatória	0,155	0,060
Total autoestima	0,206	0,019
Total satisfação com os amigos	- 0,241	0,008
Total intimidade	- 0,410	0,000
Total satisfação com a família	- 0,275	0,003
Total satisfação com as atividades sociais	- 0,265	0,004
Total suporte social total	- 0,386	0,000
Total intimidade emocional	- 0,381	0,000
Total sexualidade	- 0,384	0,000
Total comunicação/ conflito	- 0,336	0,000
Total funções familiares	- 0,191	0,028
Total rede social	- 0,226	0,012
Total autonomia	- 0,210	0,018
Total tempos livres	- 0,010	0,460
Total satisfação conjugal global	- 0,352	0,000

*p < 0,05

Foram dois os passos realizados para a efetivação da regressão múltipla.

Neste modelo de regressão, a primeira variável a entrar foi a subescala do suporte social “intimidade”, por ser a que apresenta maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica por si só 16,8% da variação da dimensão “*motivos familiares*” das atitudes da mulher face à IVG, constatando-se que este valor aumenta relativamente com a inclusão da segunda variável, concretamente a subescala da satisfação conjugal “sexuali-

dade”. No modelo final, o coeficiente de determinação é 22,4% da variância explicada e o erro padrão de regressão, que inicialmente é de 4,273 correspondente à diferença entre os índices observados e estimados das subescalas “intimidade” e “sexualidade”, diminui para 4,147 no último modelo.

Os testes F são todos estatisticamente significativos levando-nos à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de (t) por apresentarem diferenças estatísticas significativas, permitem ainda afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na dimensão “*motivos familiares*” das atitudes da mulher face a IVG.

A correlação que estas variáveis estabelecem com a dimensão “*motivos familiares*” da variável dependente, atitudes da mulher face à IVG, é para a subescala do suporte social “intimidade” negativa e moderada ($r = -0,474$), e para a subescala da satisfação conjugal “tempos livres” fraca e igualmente negativa ($r = -0,384$). Os coeficientes padronizados Beta indicam-nos que é a dimensão “intimidade” que apresenta maior valor preditivo face à IVG, logo seguido pela “sexualidade”.

Estas variáveis preditoras estabelecem com esta dimensão das atitudes da mulher uma relação indireta, pelo que podemos afirmar que quanto mais elevados os índices de satisfação com o nas subescala “intimidade” (suporte social) e “sexualidade” (satisfação conjugal), mais negativa tende a ser a atitude da mulher face a IVG (cf. Quadro 18).

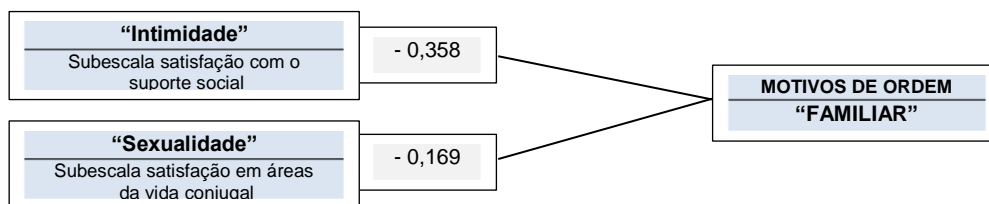
O modelo final ajustado para os Motivos de ordem familiar das atitudes da mulher face à IVG é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Motivos familiares} = 21,173 + (-0,358) \text{ Total Intimidade} + (-0,169) \text{ Total sexualidade}$$

Quadro 18 - Regressão múltipla entre a dimensão “motivos de ordem familiar” das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.

Variável dependente = Motivos familiares das atitudes da mulher face à IVG					
R = 0,474					
R ² = 0,224					
R ² Ajustado = 0,209					
Erro padrão da estimativa = 4,147					
Incremento de R ² = 0,056					
F = 7,110					
P = 0,009					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante		21,173			
Total intimidade	- 0,304	- 0,358	-3,126	0,002	
Total sexualidade	- 0,260	- 0,169	-2,666	0,009	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	487,606	2	243,803	14,178	0,000
Residual	1685,166	98	17,196		
Total	2172,772	100			

Figura 3 - Síntese das relações entre os motivos de ordem familiar e as variáveis independentes APGAR familiar, autoestima, satisfação com o suporte social e vida conjugal



Relação entre “motivos de ordem pessoal” das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes

A correlação de Pearson entre a segunda dimensão das atitudes “*motivos de ordem pessoal*” e as variáveis independentes selecionadas revelou que a subescala da satisfação em áreas da vida conjugal “autonomia” é de todas as variáveis independentes a que apresenta correlação mais elevada ($r = 0,203$), traduzindo uma associação linear baixa, e que a “autoestima insatisfatória” é a que menos se relaciona ($r = - 0,032$). Salienta-se ainda que as subescalas relacionadas com a autoestima (insatisfatória; satisfatória e total autoestima) são únicas a revelarem uma relação negativa face a esta dimensão. Entre as variáveis inicialmente entradas no modelo de regressão, constata-se apenas diferenças estatisticamente significativas para as subescalas da satisfação conjugal “rede social” e “autonomia” (cf. quadro 19).

Quadro 19 – Correlação linear de *Pearson* entre os motivos de ordem pessoal das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.

MOTIVOS PESSOAIS	r	p
Total APGAR	0,108	0,141
Autoestima insatisfatória	- 0,032	0,375
Autoestima satisfatória	- 0,077	0,222
Total autoestima	- 0,055	0,293
Total satisfação com os amigos	0,073	0,235
Total intimidade	0,052	0,303
Total satisfação com a família	0,052	0,304
Total satisfação com as atividades sociais	0,130	0,098
Total suporte social total	0,096	0,171
Total intimidade emocional	0,062	0,269
Total sexualidade	0,049	0,313
Total comunicação/ conflito	0,055	0,292
Total funções familiares	0,046	0,325
Total rede social	0,178	0,038
Total autonomia	0,203	0,021
Total tempos livres	0,115	0,127
Total satisfação conjugal global	0,089	0,188

*p < 0,05

Para a concretização da regressão múltipla foi apenas realizado um passo.

Neste modelo de regressão, a única variável entrar foi a subescala da satisfação conjugal “autonomia”, por ser a que apresenta maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica por si só 4,1% da variação dos “motivos pessoais” das atitudes e o erro padrão de regressão, que correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da dimensão “autonomia”, é de 5,028.

O teste F é estatisticamente significativo levando-nos à rejeição de nulidade entre a variável em estudo e o valor de (t) por apresentar diferenças estatísticas significativas, permitem ainda afirmar que a variável independente que entrara no modelo de regressão tem poder explicativo na dimensão “*motivos pessoais*” atitudes da mulher face a IVG, constituindo-se como preditora.

A correlação que esta variável estabelece com a dimensão “*motivos de ordem pessoal*” é positiva e baixa ($r=0,203$). Os coeficientes padronizados Beta indicam-nos um valor preditivo para a subescala da satisfação conjugal “autonomia”, estabelecendo com esta dimensão das atitudes uma relação direta, o que nos permite afirmar que quanto mais elevados os índices de satisfação na dimensão “autonomia” da vida conjugal mais positiva é a atitude da mulher face a IVG (cf. quadro 20).

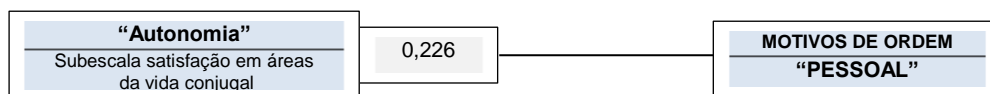
O modelo final ajustado para os Motivos de ordem pessoal das atitudes da mulher face à IVG é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Motivos pessoais} = 13,643 + 0,226 \text{ Total autonomia}$$

Quadro 20 - Regressão múltipla entre os motivos pessoais das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.

Variável dependente = Motivos pessoais das atitudes da mulher face à IVG					
R = 0,203					
R ² = 0,041					
R ² Ajustado = 0,032					
Erro padrão da estimativa = 5,029					
Incremento de R ² = 0,041					
F = 4,265					
P = 0,042					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p	
Constante		13,643			
Total autonomia	0,203	0,226	2,065	0,042	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	107,848	1	107,848	4,265	0,042
Residual	2503,399	99	25,287		
Total	2611,248	100			

Figura 4 - Síntese das relações entre os motivos de ordem pessoal e as variáveis independentes APGAR familiar, autoestima, satisfação com o suporte social e vida conjugal



Relação entre os “motivos de ordem socioeconómica” das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes

Relativamente aos “motivos de ordem socioeconómica”, a correlação de Pearson revelou que a subescala “suporte social total” é de todas as variáveis independentes a que apresenta correlação mais elevada face a esta dimensão das atitudes ($r = -0,253$), indicando uma associação linear baixa, e a subescala da satisfação conjugal “tempos livres” a que menos se relaciona ($r = -0,124$). Salienta-se ainda que, com exceção das variáveis relacionadas com a autoestima, todas variáveis em estudo revelaram uma relação negativa com o fator socioeconómico. Entre as variáveis que incorporam o modelo inicial da regressão, verificamos que as dimensões total APGAR (funcionalidade familiar), autoestima satisfatória, satisfação com a família (suporte social), intimidade emocional, sexualidade, funções familiares e tempos livres (satisfação conjugal) não apresentam diferenças estatisticamente significativas (cf. quadro 21).

Quadro 21 – Correlação linear de *Pearson* entre os motivos socioeconómicos das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.

MOTIVOS SOCIOECONÓMICOS	r	p
Total APGAR	- 0,138	0,084
Autoestima insatisfatória	0,199	0,023
Autoestima satisfatória	0,133	0,092
Total autoestima	0,182	0,035
Total satisfação com os amigos	- 0,197	0,024
Total intimidade	- 0,200	0,023
Total satisfação com a família	- 0,152	0,065
Total satisfação com as atividades sociais	- 0,242	0,007
Total suporte social total	- 0,253	0,005
Total intimidade emocional	- 0,148	0,070
Total sexualidade	- 0,133	0,093
Total comunicação/ conflito	- 0,183	0,034
Total funções familiares	- 0,161	0,054
Total rede social	- 0,218	0,014
Total autonomia	- 0,238	0,008
Total tempos livres	- 0,124	0,108
Total satisfação conjugal global	- 0,183	0,033

*p < 0,05

A regressão múltipla foi concretizada numa primeira tentativa.

Para este modelo de regressão a variável “suporte social total” foi a única apurada, por apresentar o maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável traduz 6,4% de variância explicada e o erro padrão, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados dos motivos socioeconómicos, é de 3,466.

O teste F é estatisticamente significativo, o que nos leva à rejeição de nulidade entre as variável em estudo e o valor de (t) por apresentar diferenças estatísticas significativas, permite-nos ainda afirmar que a variável independente apurada no modelo de regressão tem poder explicativo na dimensão socioeconómica das atitudes da mulher face a IVG, constituindo-se assim como preditora.

Constatamos que a correlação estabelecida entre as variáveis é negativa e baixa (r= -0,253). Os coeficientes padronizados Beta indicam-nos para subescala “suporte social total” um valor preditivo, estabelecendo com a dimensão “motivos de ordem pessoal” a uma relação indireta. Assim, podemos averbar que quanto mais elevados forem os índices de satisfação na dimensão “suporte social total” mais negativa tende a ser a atitude da mulher face a IVG (cf. quadro 22).

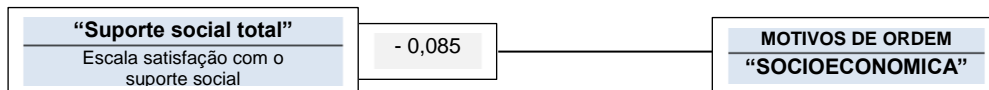
O modelo final ajustado para os Motivos de ordem socioeconómica das atitudes da mulher face à IVG é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Motivos socioeconómicos} = 17,696 + (- 0,085) \text{ Total suporte social total}$$

Quadro 22 - Regressão múltipla entre os motivos socioeconómicos das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.

Variável dependente = Motivos socioeconómicos das atitudes da mulher face à IVG					
R = 0,253					
R ² = 0,064					
R ² Ajustado = 0,054					
Erro padrão da estimativa = 3,466					
Incremento de R ² = 0,064					
F = 6,763					
P = 0,011					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p	
Constante		17,696			
Total suporte social total	- 0,253	- 0,085	- 2,601	0,011	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	81,260	1	81,260	6,763	0,011
Residual	1189,512	99	12,015		
Total	1270,772	100			

Figura 5 - Síntese das relações entre os motivos de ordem socioeconómica e as variáveis independentes APGAR familiar, autoestima, satisfação com o suporte social e vida conjugal



Relação entre a “atitude total” da mulher face à IVG e as variáveis independentes

Finalmente, no que concerne à dimensão “atitude total” da mulher face à IVG, verificamos pela correlação de Pearson que a subescala do suporte social “intimidade” é de todas as variáveis independentes a que maior correlação apresenta com o total das atitudes ($r = -0,247$), traduzindo baixa uma associação linear e que a subescala da satisfação conjugal “tempos livres” assume a menor correlação ($r = 0,010$). Salienta-se ainda, com exceção das variáveis relacionadas com a “autoestima” e da subescala das satisfação conjugal “tempos livres”, o facto de todas as outras variáveis em estudo estabelecerem uma relação negativa com a dimensão total das atitudes. Das variáveis que inicialmente integram o modelo de regressão, não constatamos diferenças estatisticamente significativas relativamente as dimensões “total APGAR” (funcionalidade familiar), “autoestima satisfatória” e “total autoestima”, “satisfação com os amigos”, “satisfação com a família” e “satisfação com as atividades

sociais” (suporte social), “rede social”, “autonomia” e “tempos livres” (satisfação conjugal) (cf. quadro 23).

Quadro 23 – Correlação linear de *Pearson* entre a “atitude total” da mulher face à IVG e as variáveis independentes.

TOTAL DAS ATITUDES DA MULHER FACE À IVG	r	p
Total APGAR	- 0,127	0,102
Autoestima insatisfatória	0,166	0,048
Autoestima satisfatória	0,084	0,201
Total autoestima	0,139	0,082
Total satisfação com os amigos	- 0,153	0,064
Total intimidade	- 0,247	0,006
Total satisfação com a família	- 0,163	0,052
Total satisfação com as atividades sociais	- 0,150	0,067
Total suporte social total	- 0,232	0,010
Total intimidade emocional	- 0,208	0,018
Total sexualidade	- 0,211	0,017
Total comunicação/ conflito	- 0,203	0,021
Total funções familiares	- 0,129	0,099
Total rede social	- 0,097	0,168
Total autonomia	- 0,082	0,206
Total tempos livres	0,010	0,460
Total satisfação conjugal global	- 0,193	0,027

*p < 0,05

Para a concretização da regressão múltipla foi apenas necessário um passo.

No presente modelo de regressão, constatou-se que a subescala do suporte social “intimidade” como a única variável apurada, ao apresentar o maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Por si só, esta variável explica 6,1% da variância explicada e o erro padrão de regressão, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da atitude total, é 9,299.

O teste F leva-nos à rejeição de nulidade entre a variável em estudo e o valor de (t), por se verificarem diferenças estatísticas significativas, e permite-nos aceitar o poder explicativo da variável independente assumida no modelo de regressão, considerando-se como tal preditora das atitudes da mulher face a IVG (cf. quadro 24).

Constatou-se que a correlação estabelecida entre as variáveis é negativa e baixa (r= -0,247). Os coeficientes padronizados Beta indicam que a subescala “intimidade” assume um valor preditivo face à “atitude total” e que a relação estabelecida é indireta. Deste modo, podemos inferir que quanto mais elevados forem os índices de satisfação com o suporte social na dimensão “intimidade” mais negativa tende a ser a atitude da mulher face à IVG.

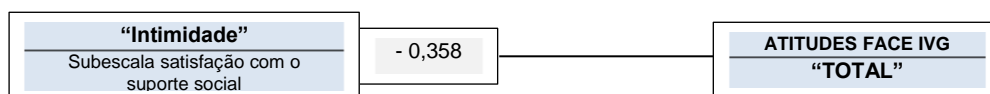
O modelo final ajustado para os Total das atitudes da mulher face à IVG é dado

pela seguinte fórmula:

$$\text{Total atitudes} = 50,435 + (- 0,358) \text{ Total Intimidade}$$

Quadro 24 - Regressão múltipla entre o total das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes.

Variável dependente = Total das atitudes da mulher face à IVG					
R = 0,247					
R ² = 0,061					
R ² Ajustado = 0,051					
Erro padrão da estimativa = 9,299					
Incremento de R ² = 0,061					
F = 6,427					
P = 0,013					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p	
Constante		50,435			
Total intimidade	- 0,247	- 0,358	- 3,126	0,002	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	555,726	1	555,726	6,427	0,013
Residual	8560,907	99	86,474		
Total	9116,634	100			

Figura 6 - Síntese das relações entre o total das atitudes da mulher face à IVG e as variáveis independentes APGAR familiar, autoestima, satisfação com o suporte social e vida conjugal

CAPITULO VI

DISCUSSÃO

7 - DISCUSSÃO

Uma vez expostos os resultados obtidos, emerge agora a necessária resposta aos objetivos definidos para o nosso estudo. Neste sentido, a discussão dos resultados constitui-se como uma fase crucial num estudo científico, permitindo-nos refletir sobre a investigação realizada, demonstrar os dados mais relevantes e confrontá-los com as conceptualizações teóricas de base da nossa investigação.

Assim, pretendemos ao longo deste capítulo realizar uma discussão mais detalhada, realçando os dados mais significativos, tendo por base o pensamento e análise críticos. Para o efeito socorremo-nos das considerações e evidências de autores consultados no quadro conceptual base do estudo, agora em discussão.

7.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

De modo a que o presente estudo possa contribuir para o conhecimento na área da Obstetrícia, mais especificamente a nível das atitudes da mulher face a IVG, torna-se pertinente realçar algumas considerações metodológicas.

Uma primeira constatação incide sobre o número reduzido de mulheres assumidas na amostra (101), facto que se pode justificar dada a sensibilidade inerente à temática, o que gera algumas desvantagens associadas à fidelidade e fiabilidade do estudo, constituindo uma fraqueza metodológica. Face a este constrangimento, a pesquisa encontra-se limitada às nossas opções metodológicas, durante o período em que decorreu o trabalho de campo, impossibilitando a generalização dos resultados à população de mulheres que procedeu a IVG. Neste sentido, assumimos a carência de confirmação por outros estudos do mesmo âmbito que considerem amostras mais abrangentes.

Destacamos que, logo à partida da conceptualização do presente estudo, traçamos como objetivo assegurar rigor metodológico. Atendendo à temática em estudo e respetivas variáveis envolvidas, optamos por uma metodologia quantitativa de tipologia transversal, descritiva e explicativa.

Quanto aos objetivos delineados cremos na sua concretização, contribuindo para tal o enquadramento conceptual apresentado, assente numa revisão bibliográfica o mais pertinente e atual possível, facto este que nos permitiu formular as respetivas questões de investigação.

Na seleção do instrumento de colheita de dados, consideramos os objetivos traçados para o estudo e as características da amostra, pelo que optamos pelo questionário. Este instrumento proporcionou-nos uma colheita de dados rigorosa, com variáveis mensuráveis, garantindo a livre expressão de opiniões e minimizando possíveis influências do investigador. Neste sentido, cumprimos rigorosamente os procedimentos formais assegurando rigor, confidencialidade e anonimato, atendendo a todos os princípios éticos e morais relacionados com o estudo científico.

Podemos concluir que os instrumentos empregados na investigação, considerando a aferição efetuada com os dados resultantes da nossa amostra, apresentam boas características psicométricas no que diz respeito à consistência interna, o que constitui um indicador particular de fidelidade. Consideramos que as opções metodológicas se ajustam ao tipo de estudo selecionado, assumindo ainda que deveríamos ter considerado uma amostra de maior dimensão, exigindo-se para o efeito um prolongamento do período de tempo para efetuar a recolha de dados.

Uma mais-valia desta investigação concerne na validação de uma escala sobre Atitudes da Mulher face à IVG, para a nossa amostra, dado não termos encontrado um instrumento de recolha de dados que permitisse obter informação válida e pertinente para dar resposta aos objetivos traçados. Em nosso entender, parecem-nos adequados todos os instrumentos adotados. Realçamos que, desde cedo, procuramos controlar as variáveis de forma a evitar vieses nos resultados, pese embora as limitações proporcionadas pela dimensão da amostra.

Dada a recente reformulação da legislação sobre a despenalização do aborto, apraz-nos particularmente o facto de contribuímos com dados que irão permitir um aprofundamento do conhecimento científico na temática da interrupção voluntária da gravidez, nomeadamente no que respeita às atitudes da mulher face ao procedimento. Pese embora a pertinência do estudo, o facto de se tratar de uma área pouco explorada, pelas variáveis selecionadas, originou dificuldades na pesquisa de dados que corroborem os resultados obtidos. Neste sentido, legitimamos a necessidade de novos estudos que possam confrontar a nossa investigação.

7.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram no presente estudo 101 mulheres, que interromperam voluntariamente a gravidez, num hospital da área geográfica do centro do País. Participantes estas que apresentam idades compreendidas entre os 16 e os 49 anos. Atendendo à idade média da amostra de 29,09 anos, e para uma melhor análise dos dados, a variável idade foi recodificada em dois grupos etários, que compreendem mulheres de idade inferior ou igual a 29 anos e superior ou igual a 30 anos. Verificamos que as participantes mais velhas representam a maioria da amostra, com uma percentagem de 55,4%. Aproximam-se estes resultados dos apresentados por Pordata (2011), *cit in* Fróis (2012), que constatou uma idade média de maternidade nacional situada em 30,9 anos.

Com o nosso estudo pretendemos avaliar que variáveis sociodemográficas influenciam as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez?

De forma a verificar a influência da variável **idade** nas atitudes da mulher face a IVG, recorreremos ao Teste t-student. Podemos, assim, verificar que as mulheres mais jovens apresentam maior importância na totalidade das dimensões e no valor total das atitudes da mulher face a IVG. Verificaram-se diferenças estatísticas significativas nas dimensões “motivos de ordem pessoal” ($p=0,001$) e “atitude total” ($p=0,036$). Deste modo podemos assumir que a idade influencia a atitude face à IVG, sendo as mulheres mais novas que mais valorizam a dimensão “motivos de ordem pessoal” e a “atitude total”. Os resultados apresentados por (Fróis, 2012), num estudo relacionado com atitudes das grávidas face à interrupção da gestação por malformação fetal, revelam de forma semelhante que a variável idade é a que apresenta maior valor preditivo para a interrupção da gravidez, sustentada em motivos de ordem fetal. Os resultados apresentados pela DGS (2013), no relatório de registos das IG em Portugal no ano de 2012, indicam ainda que a classe em que se verificaram mais IG corresponde aos 20-24 anos (23,1%), revelando uma faixa etária inferior aos resultados obtidos para a nossa amostra.

Ao analisarmos a **nacionalidade** constatamos que grande parte da amostra é de nacionalidade portuguesa (88,1%), representando 11,9% outras nacionalidades. Procurou-se identificar se a nacionalidade das participantes influenciava as atitudes face à IVG. Para o efeito, foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney entre os grupos de nacionalidade Portuguesa e Estrangeira e as dimensões das atitudes: motivos de ordem familiar, pessoal, socioeconómica e o total das atitudes. Deste modo, podemos verificar que as mulheres estrangeiras apresentam maior importância nas dimensões “motivos familiares”, “motivos pessoais” e “atitude total”, e as mulheres Portuguesas maior importância na dimensão “motivos

socioeconómicos”. O valor de ($p=0,035$) apurado para a dimensão “motivos familiares” indica diferenças estatísticas significativas, sendo legítimo concluir que a nacionalidade influencia as atitudes face à IVG e que as mulheres estrangeiras são as que maior importância dão a esta dimensão. Na bibliografia consultada não foram encontrados estudos que validem esta realidade. Ainda assim, Sereno, Leal, & Maroco (2009), num estudo relacionado com o ajustamento psicológico no processo de decisão da IVG, corroboram esta tendência ao verificarem que a maioria das participantes era portuguesa (76%). Neste sentido a DGS (2013), no relatório de registos das IG em Portugal no ano de 2012, afirma que a proporção de IG em mulheres de nacionalidade não portuguesa diminuiu face aos anos anteriores (2011 e 2010), sendo que cerca de 16,0% das mulheres são de nacionalidade estrangeira.

Relativamente à **área de residência**, observamos que a maioria das participantes (64,4%) provem do distrito de Castelo Branco, enquanto que as mulheres provenientes de outros distritos significam 35,6%. Foi realizado um Teste de U de Mann-Whitney entre a residência e as dimensões das atitudes face à IVG (motivos de ordem familiar, pessoal, socioeconómica e o total das atitudes). Verificamos que as mulheres residentes no distrito de Castelo Branco atribuem maior importância nas dimensões “motivos de ordem familiar”, “socioeconómica” e “atitude total”, e as residentes noutro distrito maior significado na dimensão “motivos de ordem pessoal”. Tendo em atenção que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, é legítimo concluir que a residência não influencia a atitude das mulheres face à IVG.

Se fizermos a análise em função da **etnia**, apuramos que a quase totalidade (94%) é de etnia Caucasiana, correspondendo 11,4% às participantes de Outra etnia. De modo, para investigarmos a influência da etnia nas atitudes face à IVG realizamos um Teste de U de Mann-Whitney. Constatou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões, o que nos leva a afirmar que a etnia não constitui influência para as atitudes da mulher face a IVG. Não obstante, verificamos que as mulheres de outra etnia apresentam maior importância na totalidade das dimensões das atitudes face à IVG: “motivos de ordem familiar”, “pessoal”, “socioeconómica” e “atitude total”. Na mesma linha, Sereno, Leal, & Maroco (2009), estudaram o ajustamento psicológico no processo de decisão da IVG, constatando que a maioria das participantes representadas era de etnia caucasiana (73.3%)

Ao analisarmos a variável **religião**, verificamos que a maioria das participantes (85,1%) refere crenças católicas, mencionando 14,9% outras crenças religiosas. Procuramos identificar qual a influência da religião nas atitudes face à IVG, pelo que recorremos ao Teste de U de Mann-Whitney. Constatamos assim que as mulheres não católicas apresen-

tam maior importância nos “motivos de ordem familiar”, “pessoal” e “atitude total”, e que os “motivos socioeconómicos” revelam maior valor para as participantes católicas. Não se evidenciaram diferenças estatísticas significativas para qualquer das dimensões, o que nos indica que a religião não influencia a atitude da mulher face à IVG. Também Fonseca, *et. al* (1996), num estudo relacionado com as determinantes do aborto induzido em hospitais da região Nordeste do Brasil, constataram que a maioria das mulheres se identificava como católica (91,6%). Sereno, Leal, & Maroco (2009), num estudo relacionado com o ajustamento psicológico no processo de decisão da IVG, também verificaram que a maioria das participantes se afirmava católica (56%).

Relativamente à **escolaridade**, apuramos que a maioria das participantes (78,2%) apresenta uma escolaridade concluída até ao 12º ano e que 21,8% das mulheres concluíram ainda o ensino superior. Para verificarmos o efeito da variável escolaridade nas atitudes da mulher face à IVG, realizamos o Teste de U de Mann-Whitney. Verificamos que as mulheres que completaram o ensino superior apresentam maior importância nas dimensões “motivos de ordem pessoal”, “socioeconómica” e “atitude total”, e que os “motivos familiares” assumem maior relevo no grupo com escolaridade até ao 12º ano. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a escolaridade e as diferentes dimensões, pelo que podemos inferir que a escolaridade não representa influência para atitude da mulher face a IVG. Estes dados vão de encontro ao estudo de Guedes, Gameiro, & Canavaro (2010), ajustamento psicológico face à decisão e à Interrupção voluntária da gravidez, onde constataram que as participantes que acederam colaborar no estudo revelaram ser maioritariamente detentoras de habilitações literárias equivalentes ao ensino secundário (41.5%). Também Sereno, Leal, & Maroco (2009) constataram no seu estudo que a maior percentagem das participantes possuía o ensino secundário (45.7%).

Quanto à **situação laboral**, apuramos que a maioria das participantes (51,5%) se encontra empregada, na sua maioria mulheres da faixa etária superior (71,4%), enquanto que as desempregadas representam 25,7%, retratando a maior percentagem 28,6% igualmente as mulheres mais velhas. As participantes estudantes significam 22,8% e são as menos representadas. Para analisarmos a influência da situação laboral nas atitudes da mulher face à IVG realizámos um Teste de Kruskal-Wallis. Verificamos que para as participantes estudantes assumem maior importância os “motivos de ordem pessoal” e a “atitude total”, e as desempregadas as dimensões “motivos familiares” e “socioeconómicos” têm maior peso. Apuramos diferenças estatísticas significativas na dimensão “motivos de ordem pessoal” ($p=0,000$), o que nos leva a afirmar que a situação laboral exerce influência a nível das atitudes da mulher face à IVG, constatando-se que são as estudantes que revelam interromper a gravidez por “motivos de ordem pessoal”. Na bibliografia consultada não encontramos es-

tudos que corroborem este resultado. Ainda assim, Guedes, Gameiro, & Canavarro (2010), num estudo relacionado com o ajustamento psicológico face à decisão e à Interrupção voluntária da gravidez, constataram que as participantes revelaram estar atualmente envolvidas numa atividade profissional (54.7%). Na mesma linha Sereno, Leal, & Maroco (2009) verificaram que 61.3% das participantes era profissionalmente ativa, sendo que das restantes, 27.3% era estudante.

O estudo do **agregado familiar** permitiu-nos verificar que maioria das participantes (63,4%) revela um agregado inferior ou igual a três pessoas, representando as restantes mulheres com um agregado superior ou igual a quatro (36,6%). Verificamos ainda que o número de elementos variou de um a sete, apurando-se um valor médio de 3,18 e um Dp de 1,27 elementos. De forma a analisarmos o efeito da variável agregado familiar nas atitudes da mulher face a IVG, realizamos o Teste t-student. Constatamos que as mulheres com um agregado inferior ou igual a três elementos apresentam maior importância nas dimensões “motivos de ordem familiar”, “pessoal” e na “atitude total”, revelando os “motivos socioeconómicos” maior importância para o agregado superior ou igual a quatro elementos. O facto de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre o agregado familiar e as diferentes dimensões, permite-nos afirmar que o agregado familiar não influencia a atitude da mulher face à IVG.

Ao analisarmos a variável **rendimento familiar**, apuramos que a maior percentagem (29,7%) das participantes apresenta um rendimento familiar entre 500-1000 €. O segundo vencimento mais significativo é inferior a 500€ (28,7%), seguindo-se o rendimento entre 1001-1499€, que significa 22,8%. Por último, o menos representativo (18,8%) é superior ou igual a 1500€. De modo a estudarmos a relação entre as atitudes face à IVG e o rendimento familiar realizou-se um Teste de Kruskal-Wallis. Verificou-se que não existem diferenças estatísticas significativas entre as variáveis, o que nos leva a afirmar que o rendimento familiar não constitui influência para as atitudes da mulher face à IVG. Mesmo assim, podemos constatar relativamente às participantes com vencimento inferior a 500€ um maior significado face aos “motivos de ordem socioeconómica”, e relativamente às mulheres que auferem entre 1001-1499€ uma maior importância face às restantes dimensões “motivos familiares”, “pessoal” e “atitude total”. Guedes, Gameiro, & Canavarro (2010) confirmam esta tendência ao constatar que a maioria das participantes evidencia um nível socioeconómico baixo (51.9%). Corroboram Sereno, Leal, & Maroco (2009), ao constatar que 51.3% das participantes apresentava um nível socioeconómico baixo.

Se fizermos a análise em função do **estado civil**, verificamos que a maioria das participantes (61,4%) são solteiras ou divorciadas, enquanto que 38,6% das mulheres se assume casada ou vivendo em união de facto. Para avaliarmos se o estado civil influenciava a

atitude das mulheres face à IVG, realizamos o Teste t-student. Deste modo, verificamos que as participantes solteiras/ divorciadas expressam maior significado nas dimensões “motivos de ordem familiar”, “pessoal” e na “atitude total”, enquanto que as casadas/ união facto revelam a maior importância a nível dos “motivos socioeconómicos”. Contudo, não se identificam diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e as distintas dimensões, o que nos permite afirmar que o estado civil não influencia as atitudes da mulher face à IVG. Guedes, Gameiro, & Canavarro (2010) vão de encontro às nossas considerações constatando que as participantes que acederam colaborar no estudo revelaram ser maioritariamente solteiras (54.7%). Contraditoriamente, Santos N. (2010), num estudo relacionado com a satisfação conjugal e do apoio social na IVG, apurou que a maior percentagem de mulheres vive com o companheiro e com filhos (26.7%).

As transformações comportamentais e o papel da mulher na sociedade levaram à modificação dos padrões tradicionais com repercussões na sua sexualidade e, por conseguinte, na sua vida reprodutiva. Almeida, André & Lalanda (2002) e Araújo & Carvalho (2010), citados por (Fróis, 2012) salientam as oportunidades educativas, o investimento na carreira profissional, os casamentos mais tardios, os segundos casamentos, a eficácia dos métodos contraceptivos, os avanços das técnicas de reprodução medicamente assistida, se encontram implícitos ao adiamento da maternidade para idades mais tardias.

Neste sentido, a experiência de gravidez e maternidade é caracterizada nos dias de hoje como uma possibilidade de opção. Os métodos anticoncepcionais, as tecnologias de fertilização (...) o acesso a quase todas as carreiras de mercado de trabalho, a flexibilização dos valores sobre a sexualidade e as relações íntimas abrem caminho para que a mulher possa decidir o que fazer no domínio da saúde, com destaque para os direitos sexuais e reprodutivos (Santos, I., 2012).

Assim, contrariamente à perspetiva biológica, a mãe não é aquela que gera um filho, mas a que deseja um filho, se identifica com o papel de mãe e, conseqüentemente, o ama. As representações individuais da maternidade, com as quais a mulher se identifica, estarão na base da sua decisão em conceber, ser ou não mãe, adquirindo, assim, uma identidade feminina associada, ou não, à função materna (Souza & Ferreira, 2005).

Ao falarmos de gravidez, esquece-se muitas vezes que esta se encontra intimamente ligada à sexualidade, área onde houve mais mudanças para as mulheres durante as últimas décadas. No entanto, devemos destacar duas funções evidentes da sexualidade como área de prazer, comunicação, afetos e sexualidade como função procriativa. A maioria das pessoas situa-se bem nesta dupla dimensão. O comportamento sexual dirigido à procura do

outro, à comunicação e ao prazer, está intimamente ligado ao uso coerente dos métodos contraceptivos, o que permite distinguir ambas as funções (Serenó; *et al.*, 2009).

Nesta perspetiva, fomos verificar **que variáveis obstétricas são determinantes nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez?**

Relativamente ao **planeamento familiar**, podemos constatar que a maioria das inquiridas (64,4%) referiu não ter comparecido em consulta de planeamento no último ano, são as mulheres da faixa etária superior que mais o assumem (73,2%). Respondem afirmativamente as restantes 46,6% e são as mulheres mais jovens (46,7%) que mais assiduamente comparecem. De modo a identificar a influência da variável planeamento familiar nas atitudes face à IVG, procedemos ao Teste t-student. Verificou-se que as mulheres que referem ter comparecido em consulta de planeamento familiar no último ano revelam maior significado face às dimensões “motivos de ordem pessoal” e “socioeconómicos”, assumindo maior relevo para as restantes dimensões as que não compareceram. Ao não se verificarem diferenças estatísticas significativas, inferimos que a assiduidade em consultas de planeamento familiar não constitui influência para as atitudes da mulher face à IVG.

No que concerne ao **método contraceptivo adotado**, apuramos que a pílula se constitui como método de eleição para a maior percentagem da amostra (35,6%). São as mulheres mais jovens (40%) que mais o usam, seguido em segundo plano pela ausência de qualquer método para (34,7%), referido pelas mulheres mais velhas (39,3%). O preservativo é a terceira opção (24,8%), sobretudo nas participantes mais novas (28,9%), e, por último, o coito interrompido que representa apenas 5,0% da amostra, com maior incidência na faixa etária superior (7,1%). Procurou-se identificar se a adoção de contraceção influenciava a atitude da mulher face à IVG, com recurso ao Teste t-student. Uma vez que não se identificaram diferenças estatisticamente significativas, podemos afirmar que a adoção de métodos contraceptivos não influencia a atitude da mulher face à IVG. Podemos ainda verificar que as participantes que não usam qualquer método contraceptivo assumem maior importância em todas as dimensões, exceto nos motivos de ordem pessoal. Ainda quanto ao método contraceptivo adotado, concordam Sereno, Leal, & Maroco (2009) ao verificarem que grande parte das mulheres refere utilizar contraceção (70%), aparecendo a pílula contraceptiva como o método mais utilizado (53,3%).

Relativamente ao **planeamento da gravidez**, constatou-se que a quase totalidade das mulheres (97%) referiu não ter planeado esta gravidez. Destacam-se as mulheres mais velhas (5,4%) como as únicas a afirmarem ter planeado esta gravidez. Realçamos ainda que 71,4% nega uma relação ocasional na sua origem, a maioria pertence ao grupo etário superior (75,5%), enquanto que as participantes da faixa etária inferior são as que mais o

consentem (33,3%). De modo a analisarmos a influência do planeamento concecional nas atitudes face à IVG, realizámos um Teste de U de Mann-Whitney. Verificou-se que as mulheres que assumem ter planeado esta gravidez apresentam maior importância nas dimensões “motivos familiares” e “motivos pessoais”, correspondendo o maior significado nas dimensões “motivos socioeconómicos” e “atitude total” às mulheres que não planearam a gravidez. Não se evidenciaram diferenças estatísticas significativas entre as variáveis, pelo que é legítimo concluir que o planeamento da gravidez não tem influência nas atitudes da mulher face à IVG. Não obstante, Maçola, Vale, & Carmona (2010), num estudo relacionado com a autoestima em grávidas, constataram resultados semelhantes ao verificar que a maioria das mulheres (67,7%) não planeou a gravidez e declarou ter preocupações em relação à mesma.

Se fizermos a análise em função de se tratar ou não da **primeira gravidez**, podemos destacar que a maioria das inquiridas já esteve grávida anteriormente (57,4%), das quais 85,7% são mulheres mais velhas. As restantes (42,6%) pertencem ao grupo das primigestas e são maioritariamente mulheres mais jovens (77,8%). Procuramos determinar se o facto de ser primigesta influenciava a atitude das mulheres face à IVG. Para o efeito servimo-nos do Teste t-student. Assim, verificou-se que as participantes primigestas manifestam maior importância nas dimensões “motivos de ordem familiar” e “motivos socioeconómicos”, enquanto que as multigestas assumem maior relevo face aos “motivos de ordem pessoal” e “atitude total”. Apuramos diferenças estatísticas altamente significativas para a dimensão “motivos de ordem pessoal” ($p=0,000$), o que nos permite inferir que ser primigesta tem influencia nas atitudes face à IVG e que são os “motivos de ordem pessoal” os mais referidos para concretizarem a IG. Na bibliografia consultada não foi encontrado nenhum estudo que abordasse esta realidade.

Atendendo ao **número de gestações anteriores**, podemos constatar que a maior percentagem das mulheres (48,3%) apresenta duas gestações anteriores. As inquiridas com uma gestação anterior surgem como o segundo grupo mais representado (32,8%). Por último, as participantes com três ou mais gestações significam 19% da amostra. Neste sentido, verificamos ainda que as participantes apresentam 1 a 5 gestações anteriores ($\bar{x}=1,97$, $Dp=0.95$). O estudo da relação entre o número de gestas e as atitudes face à IVG foi efetuado com recurso ao Teste de Kruskal-Wallis. Apurou-se que não existem diferenças estatísticas significativas nas várias dimensões, pelo que podemos afirmar que o número de gestações não constitui influência para as atitudes face à IVG. Não obstante, constatamos que o grupo de mulheres com uma gestação anterior assume o maior significado na dimensão “motivos de ordem pessoal”, o grupo de duas gestações anteriores nas dimensões “motivos familiares” e “socioeconómicos”, e o grupo com três ou mais gestações na “atitude total”. Em

linha com os nossos resultados, encontramos no relatório de registos das IG em Portugal de 2012 (DGS, 2013), relativamente ao número de filhos, em que 51,5% das mulheres referiram ter 1 a 2 filhos, enquanto que 40% não tinha filhos. Também Canário (2009), ao estudar os aspetos éticos e psicológicos do abortamento no casal, apurou um número de filhos das participantes a variar entre 0 e 2 ($\bar{x}=0.82$, $Dp=.80$).

Procurou-se estudar a relação entre as **motivações para a concretização da IVG** e a atitude das participantes face ao procedimento, recorrendo para o feito ao Teste de Kruskal-Wallis. Apuramos as motivações económicas como as mais significativas para a totalidade das dimensões da atitude, com exceção da dimensão “motivos de ordem pessoal”, que assume maior importância no grupo outros motivos. Verificamos ainda diferenças estatísticas altamente significativas na dimensão “motivos de ordem socioeconómica” ($p=0,000$) relativamente às motivações económicas, fundamento para a IG. Ao constatarmos que 52,5% da amostra refere motivos de ordem económica para a concretizar, sendo as mulheres mais velhas (53,6%) que mais o referem, podemos afirmar que os motivos de ordem socioeconómica exercem influência na atitude face à IVG e que são as mulheres mais velhas que maior significado lhe atribuem ao concretiza-la. Na bibliografia consultada não foi encontrado nenhum estudo que abordasse esta realidade.

Ao analisarmos a variável **idade gestacional**, podemos constatar que a maioria das mulheres (55,9%) apresentava uma idade gestacional superior ou igual a cinco semanas, no momento em que recorreu a consulta de IVG, apresentando as restantes participantes (44,1%) idade gestacional inferior ou igual a cinco semanas. Apuramos ainda que são as participantes mais velhas que mais precocemente iniciam o processo (47,1%). Procurou-se analisar o efeito da variável idade gestacional na atitude da mulher face à IVG, através do Teste de U de Mann-Whitney. Deste modo, constatamos que as mulheres com idade gestacional inferior ou igual a 5 semanas revelam a maior importância na totalidade das dimensões da atitude, excetuando os “motivos de ordem familiar”. Não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre a idade gestacional e as diferentes dimensões, o que nos leva a aceitar que a idade gestacional não influencia a atitude da mulher face à IVG. Sereno, Leal, & Maroco (2009) apuraram resultados semelhantes constatando que cerca de metade das mulheres (48.7%) apresentava uma idade gestacional entre as sete e as nove semanas.

O estudo relacionado com os **antecedentes de IVG** permitiu-nos verificar que a maioria da amostra (88,1%) nega antecedentes de IVG, representando as participantes com antecedentes 11,9%. Salientamos nesta análise que são as mulheres mais velhas que mais recorrem a este procedimento (17,9%), assumindo 30% duas interrupções anteriores. De

modo a identificarmos a relação entre os antecedentes de IVG e a atitude da mulher face à mesma, procedemos ao Teste de U de Mann-Whitney. Não se apuraram diferenças estatisticamente significativas, na totalidade das dimensões, o que nos permite afirmar que o facto da mulher possuir antecedentes de IVG não exerce influência sobre a atitude da mulher face ao procedimento. Ainda assim, verificamos que as mulheres com antecedentes de IVG assumem o maior destaque em todas as dimensões das atitudes, com exceção dos “motivos de ordem pessoal”. Neste sentido, acrescenta a DGS (2013) que em 2012 (73,9%) nunca tinham realizado anteriormente uma interrupção, enquanto que 20,4% realizaram uma, (4,3%) tinha realizado duas e 1,5% já tinha realizado três ou mais no decorrer da sua idade fértil.

De acordo com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), o conceito de saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. Esta última condição pressupõe o direito de homens e mulheres serem informados, tendo acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis, e ainda, o acesso a serviços de saúde adequados (DGS, 2001).

Todavia, verificamos que a IVG continua a ser apontada por alguns autores como decorrência do desconhecimento da mulher relativamente aos métodos contraceptivos, défice de educação sexual e paternidade “irresponsável” ou da insuficiência de eficácia dos cuidados de saúde primários na promoção do planeamento familiar. Neste sentido, as mulheres têm considerado variadas justificações para fundamentar a sua decisão de não prosseguir com a gravidez, nomeadamente: uma condição financeira inadequada, a violência doméstica, o projeto de vida, o desemprego, o agregado familiar numeroso, entre outros (Gesteira, Barbosa, & Endo, 2006).

Do ponto de vista psicológico a IVG pode ser entendida como uma experiência com importantes significações e implicações emocionais, intimamente relacionadas com as características da personalidade, com as experiências prévias de cada mulher, com as suas relações interpessoais, as suas crenças religiosas, as suas contingências de vida e o ambiente social, cultural e constitucional circundante (Stotland, 2000; *cit. in* Sereno, Leal & Maroco, 2009).

Neste prisma, a IVG constitui-se ainda com tema controverso nas sociedades economicamente desenvolvidas, abrangendo múltiplas perspetivas e mobilizando aspetos subjetivos como: valores humanos, éticos, sociais, psicológicos e políticos; e objetivos: aspetos

técnicos, económicos e sociais. Esta temática tem sido discutida e investigada em vários domínios do saber (Sereno, Leal & Maroco, 2009).

Mesmo quando os métodos de planeamento familiar são amplamente divulgados, acessíveis e largamente utilizados, continuam a ocorrer gravidezes inesperadas que as mulheres não desejam prosseguir. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), as políticas de saúde na área da IG devem pretender diminuir a taxa de gestações não desejadas, providenciando serviços de informação e disponibilização contraceptiva, assegurando a qualidade, incluindo uma gama variada de métodos contraceptivos, contraceção de emergência e uma educação sexual mais abrangente.

Atualmente a Enfermagem apresenta uma intervenção diversificada regida por objetivos fundamentais do exercício da atividade dos enfermeiros, nomeadamente: Promoção da saúde, Prevenção da doença, Tratamento, Reabilitação e Reinserção Social (*Decreto de Lei nº161/96, de 4 de setembro, Art.º8.º, ponto 2, cit. in Costa, A., 2009*). Em concordância o alvo de intervenção da enfermagem, definido e assente na premissa que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”, define-se a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (OE, 2010).

Assim, cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica, segundo o seu regulamento de competências específicas (*Decreto lei n.º 127/2011, das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica de 18 de fevereiro de 2011*), assumir a responsabilidade pelo exercício em diversas áreas de atividade e intervenção, nomeadamente no que respeita ao planeamento familiar e pré-concepcional, garantindo a assistência à mulher (...) no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional.

Torna-se então necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os profissionais de enfermagem, estejam sensibilizados com esta população feminina e para a sua complexa problemática, assumindo o seu papel proativo na promoção da saúde e bem-estar da mulher, considerando e respeitando a sua condição individual, holística e poder de autodeterminação, de forma imparcial e profissional.

Não se pode compreender a resposta emocional da mulher face ao aborto se não se considerar o significado que aquela gravidez encerra naquele momento particular da sua vida. Há múltiplas respostas possíveis perante uma gravidez. (Noya & Leal, 1998)

Rosenberg e Hovlan (1960), *cit. in* Costa & Leal (2005), consideram as atitudes como predisposições para responder a determinada classe de estímulos com determinada classe de respostas. Trata-se de um estado de preparação mental ou neural, organizado através de experiência e exercendo uma influência dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objetos ou situações com que se relaciona.

Neste contexto, as atitudes não nascem num vazio social, são contrariamente fruto da interação social, de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que nos permitem situar a nossa posição face à de outros num determinado momento do tempo (Lima, 1994; *cit. in* Fróis, 2012). São as atitudes que nos ajudam a definir grupos sociais, a estabelecer as nossas identidades e a guiar o nosso pensamento e comportamento (Neto, 1998; *cit. in* Fróis, 2012).

Atendendo a estas considerações, procuramos ainda conhecer **qual a influência da autoestima nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez?**

Relacionando as atitudes da mulher face à IVG com a autoestima, constatamos que o grupo de mulheres que evidenciou um nível de autoestima insatisfatória é o mais representativo da amostra (95,1%) e que a totalidade destas mulheres revela uma atitude moderada face a IVG (100%). Inversamente, verificamos para as participantes com níveis satisfatórios de autoestima (4,9%) e que a maior percentagem (5,6%) revela uma atitude negativa face a IVG. De forma a verificar o efeito da variável **autoestima** na atitude da mulher face à IVG, procedeu-se ao Teste de U de Mann-Whitney. Assim, constatou-se que as mulheres com uma autoestima considerada insatisfatória apresentam maior importância nas dimensões da atitude face à IVG “motivos de ordem familiar” e “pessoal”, enquanto que os “motivos de ordem socioeconómica” e a “atitude total” constituem maior peso nas participantes com níveis satisfatórios de autoestima. As diferenças apuradas entre os grupos não se revelam estatisticamente significativas, o que revela a relação de independência entre as variáveis em estudo. Corroboram os nossos resultados Maçola, Vale, & Carmona (2010), que ao avaliar a autoestima de grávidas, através da escala de Rosenberg, verificaram que mais da metade das entrevistadas (60,6%) apresentou uma autoestima insatisfatória. Constataram ainda que as grávidas que referiram não ter planeado a gravidez apresentaram maior prevalência de autoestima insatisfatória do que aquelas que referiram terem planeado a gravidez.

Guedes, Gameiro, & Canavarro (2010) demonstraram que existem fatores psicológicos que podem condicionar a forma como as mulheres lidam com a decisão e experiência de IVG e, conseqüentemente, a sua adaptação a esta experiência. Mais especificamente, a recordação de práticas educativas maternas de rejeição e sobre proteção, a vulnerabilidade

ao stress, o recurso ao coping religioso, à expressão emocional e à negação, estão associados a uma pior adaptação à IVG, quer durante o período da decisão quer após a IVG.

Com efeito, as mulheres que decidem interromper a gravidez experienciam menos sentimentos positivos e mais emoções negativas que as mulheres que desejam prosseguir a gestação (Serenó, Leal, & Maroco, 2009). Esta vasta panóplia de sentimentos positivos e negativos pode coexistir ou alternar na mesma mulher, sendo parte integrante da reação de crise experienciada mediante a gravidez indesejada e o processo de decisão de interrupção da gestação (Kero *et al.*, 2001; Stotland, 1998; Bradshaw & Slade, 2003; *cit. in* Sereno, Leal, & Maroco, 2009).

A autoestima é considerada um dos principais preditores de resultados favoráveis na adolescência e na vida adulta, tendo implicações em áreas como sucesso ocupacional, relacionamentos interpessoais e desempenho académico (Trzesniewski, *et al.*, 2003; *cit. in* Sbicigo, *et. al*, 2010). Dada a sua relação com o ajustamento psicossocial, a autoestima tem sido vista como um importante indicador de saúde mental e um fator relevante nas análises de crescimento e progresso nos países desenvolvidos (Mruk, 1995, *cit in* Sbicigo, *et. al*, 2010). A avaliação desta característica vem sendo considerada uma ferramenta importante na identificação e na prevenção de problemas psicológicos (Fan & Fu, 2001; *cit in* Sbicigo, *et al.*, 2010).

Para Russo e Zierk (1992), as consequências psicopatológicas da interrupção da gravidez encontram-se negativamente ligadas a uma autoestima globalmente positiva, mais especificamente a sentimentos de autovalorização. Os recursos de coping da mulher ligados ao emprego, salário e educação, são muito mais valorizados para o seu bem-estar do que o facto de ter consumado ou não um aborto (Sbicigo, *et. al*, 2010).

Outra questão que formulamos foi saber **em que medida a funcionalidade familiar, o suporte social e a satisfação com a vida conjugal afetam as atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez?**

As famílias têm vindo a enfrentar um processo de profundas transformações ao longo dos séculos. Os fatores económicos, sociais, políticos e culturais contribuíram de forma decisiva para as alterações na estrutura familiar. A família nuclear deixou de ser o modelo prevalente e atualmente existem inúmeras formas de organização familiar (Andrade & Martins, 2011).

Independentemente da conceptualização adotada, a família constitui um sistema social que desempenha funções importantes na sociedade, nomeadamente de natureza afetiva, educativa, de socialização e reprodutiva. Apesar das alterações sofridas ao longo das gerações, a função afetiva é uma dimensão que tem persistido ao longo dos tempos. Diver-

soos autores defendem que a qualidade do ambiente afetivo é um fator determinante na atitude da família e na percepção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade (Andrade & Martins, 2011).

Assim, relativamente ao nível de **funcionalidade familiar**, podemos inferir que a maioria das participantes (65,3%) evidencia um APGAR familiar considerado altamente funcional, manifestando uma atitude essencialmente negativa face a IVG (77,8%). As mulheres que manifestaram um nível de disfunção familiar severo revelam uma atitude moderada face a IVG (16,7%), já as que evidenciam uma disfunção familiar leve manifestam uma atitude positiva face ao procedimento (39%). Podemos ainda constatar que as famílias altamente funcionais são retratadas com maior significado pelas mulheres mais velhas (69,6%), enquanto que relações familiares disfuncionais severas se associam em maior percentagem ao grupo mais jovem (13,3%).

O estudo da relação entre a funcionalidade familiar e a atitude da mulher face à IVG foi efetuado com recurso ao Teste de Kruskal-Wallis. Verificou-se que as participantes que evidenciam disfuncionalidade leve representam maior influência na totalidade das dimensões. Apuramos diferenças estatisticamente significativas para as dimensões da atitude “motivos de ordem familiar” ($p=0,007$) e para a “atitude total” ($p=0,017$), o que nos leva a aceitar a influência da funcionalidade familiar nas atitudes face à IVG, constatando que os motivos de ordem familiar são os mais significativos para as mulheres com disfuncionalidade familiar leve, que de igual modo se comportam face à dimensão atitude total. Fróis (2012), no estudo Atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal, apresenta dados semelhantes, apurando a funcionalidade familiar como preditora das atitudes das grávidas face à IG. Os resultados apurados por Ariza (2006) confirmam esta tendência, ao afirmar que a disfunção familiar se associa com resultados negativos a gestações não planeadas (Serenó, Leal, & Maroco, 2009). Os mesmos autores sugerem ainda que a tendência para enveredar pelo aborto eletivo, como resolução de uma gravidez indesejada, se relaciona com estilos educativos parentais pautados por criticismo, exigência e reduzida afetividade. Complementando, Ouró & Leal (1998) evidenciaram que as adolescentes que decidem abortar tendem a procurar apoio social fora do contexto familiar (amigos e companheiro), partilhando com as adolescentes que prosseguem a gravidez um maior distanciamento físico e/ou afetivo em relação à figura paterna (Serenó, Leal, & Maroco, 2009). Nestes moldes, a decisão de abortar parece relacionar-se com a interiorização de críticas parentais, de sentimentos de ansiedade perante as relações íntimas e/ou de expectativas de fracasso nas tarefas de parentalidade (Coleman, 2006; *cit. in* Serenó, Leal, & Maroco (2009).

Alguns autores consideram que as mulheres têm apresentado variadas justificações para fundamentar a sua decisão de não prosseguir com a gravidez, nomeadamente a nível da esfera familiar e da sua funcionalidade: relação intrafamiliar, agregado familiar numeroso, projeto de vida conjugal, violência doméstica, entre outros; que associadas a condições socioeconómicas específicas podem levar a que a mulher, ao depara-se com uma gravidez indesejada, passe numerosas vezes por um processo solitário sem poder contar com o apoio do parceiro e/ou da família (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006).

É consensual que o suporte social é um conceito complexo, dinâmico e percecionado de acordo com as circunstâncias e os seus intervenientes. Tem sido muito estudado nas últimas décadas, quer na sua conceptualização, quer na sua aplicação à investigação. No entanto, a diversidade de conceções, o seu grau de abstração, as suas definições, bem como os instrumentos desenvolvidos para a sua avaliação são ainda muito díspares (Hupcey, 1998, *cit.in* Santos, R. L., 2003).

No que concerne ao **suporte social**, verificamos que a maioria das participantes (74,3%) apresenta elevados níveis de satisfação com o suporte social, apresentando 79,2% destas mulheres uma atitude moderada face a IVG. Relativamente às mulheres que indicam níveis moderados de satisfação com o suporte social (25,7%) constatamos que a maior percentagem (29,3%) revela uma atitude positiva face à IVG. Realçamos o facto da amostra não retratar o nível inferior de satisfação com o suporte social. De forma a verificar o efeito da variável suporte social na atitude da mulher face à IVG, utilizamos o Teste de U de Mann-Whitney. Constatou-se que as mulheres com moderada satisfação face ao suporte social são as que maior importância assumem nas dimensões da atitude, com exceção dos “motivos de ordem pessoal. Verificamos significância estatística para os “motivos de ordem familiar” ($p=0,014$), o que nos leva a confirmar a relação entre estas variáveis. Deste modo, podemos considerar que a satisfação com o suporte social influencia as atitudes face à IVG, e que os “motivos de ordem familiar” são os que maior relevo representam para as mulheres moderadamente satisfeitas com o suporte social. Corroboram os resultados de Fróis (2012) ao indicar a carência de apoio social como preditora das atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal. Neste sentido, Santos N. (2010) estudou a satisfação conjugal e o apoio social das mulheres na IVG verificando, no que diz respeito ao suporte social, que os valores apurados remetem para baixos níveis de satisfação com o suporte social, o que contraria os resultados apurados no nosso estudo para esta dimensão.

Alguns autores partem do pressuposto que a atitude da mulher face à decisão de prosseguir ou interromper a gravidez depende da pressão das normas sociais e das leis, bem como das suas crenças e valores (em relação à prática do aborto eletivo e à materni-

dade) e da intencionalidade da gravidez (Sereno, Leal, & Maroco, 2009). Complementando, Fróis (2012) refere que a carência de apoio social e os encargos familiares constituem um importante fator de decisão na IG, sendo subejamente reconhecidos custos relacionados com o impacto do nascimento nos recursos socioeconómicos da família bem como nas possíveis dificuldades de coordenação das atividades profissionais da mulher com os cuidados à criança.

O indivíduo parece estar naturalmente motivado para estabelecer relações afetivas, como um instinto inerente ao desenvolvimento humano. Descrita na pirâmide motivacional de Maslow (1954), a necessidade dos sentimentos de amor e pertença impele a pessoa a envolver-se em relações de diversas naturezas (romântica, filial), que se transformam desta forma num motor, motivo central de e para o desenvolvimento (Canavarro, 1999; *cit.in* Santos N., 2010).

É da relação conjugal, resultante de um querer livre de homem/ marido e mulher, que partem todas as outras: paternidade, maternidade, filiação, fraternidade, parentesco. 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).

A satisfação conjugal será a avaliação pessoal e subjetiva 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, respetivamente. Chegamos, assim, a um ciclo que se autoalimenta: a satisfação irá influenciar a qualidade e assim sucessivamente (Narciso & Ribeiro, 2009); representando um julgamento sumativo da relação conjugal (Menezes, 2008).

Neste sentido propusemo-nos estudar o relacionando da **satisfação em áreas da vida conjugal**. Verificou-se que a maior percentagem (40,6%) das participantes que manifesta atitude positiva face à IVG transmite baixos níveis de satisfação conjugal (48,9%), e que as mulheres que evidenciam atitudes negativas face à IVG (35,6%), em oposição, revelam elevados níveis de satisfação conjugal. Salienciamos que são as mulheres mais jovens a apresentar elevados níveis de satisfação com a relação conjugal (48,9%), transmitido a maioria das participantes moderada satisfação (72,7%).

De modo a estudarmos a relação entre a satisfação conjugal e as atitudes da mulher face à IVG, realizamos um Teste de Kruskal-Wallis. Constatamos que as mulheres que apresentam baixa satisfação com a vida conjugal revelam maior importância nas dimensões “motivos de ordem familiar” e “atitude total”, as que manifestam uma moderada satisfação maior significado nos “motivos socioeconómicos”, e as que demonstram elevada satisfação

maior significado nos “motivos pessoais”. Apuraram-se diferenças estatisticamente significativas localizadas na dimensão “motivos de ordem familiar” ($p=0,002$), o que nos permite afirmar que a satisfação conjugal influencia a atitude face à IVG e que são as mulheres que revelam baixa satisfação conjugal que mais valorizam os motivos de ordem familiar no procedimento. Santos N. (2010), num estudo relacionado com a satisfação conjugal e apoio social das mulheres na IVG, evidenciou para as participantes uma vivência “satisfeita” com a relação conjugal.

Diversos autores, negam a pouca probabilidade de que o aborto seja seguido de respostas psicológicas severas e que os aspetos psicológicos podem ser percebidos numa perspetiva de coping e stress normal, mais do que através de um modelo psicopatológico. As mulheres que apresentam maior risco de desenvolver respostas negativas reportam-se às que interrompem gestações desejadas e significativas, às que na interrupção da gravidez mostram falta de apoio do parceiro ou pais, às que têm maiores conflitos ou que se apresentam pouco seguras sobre a sua decisão, às que adiam até ao segundo trimestre e às que se culpabilizam pela gravidez (Patrão; King & Almeida, 2008).

Outros estudos, com experiência clínica junto das mulheres que enveredam pelo aborto eletivo como resolução reprodutiva, sugerem que o período pré-aborto pode igualmente ser caracterizado por sentimentos de revolta em relação ao companheiro ou à falta de apoio da família, de culpa pela relação ou pela conceção inesperada ou de alívio por pensar que a gravidez indesejada está prestes a ser interrompida (Serenó, Leal, & Maroco, 2009).

As consequências psicológicas da IVG não devem ser vistas unicamente como resultado do ato de abortar. Na maioria dos casos, as consequências psicológicas da IVG tendem a ser mais positivas que negativas, embora se verifique nalgumas mulheres sentimentos como a tristeza, mágoa e angústia (Patrão, King, & Almeida, 2008).

Decidiu-se testar o valor preditivo das variáveis independentes “*funcionalidade familiar*” (APGAR familiar), “*autoestima*”, “*satisfação com o apoio social*” e “*satisfação em áreas da vida conjugal*”, relativamente à variável dependente - **atitudes da mulher face a IVG**.

Assim, relativamente aos “**motivos de ordem familiar**”, apuramos no modelo final de regressão como primeira variável preditora a subescala da satisfação com o suporte social “*intimidade*” ($r= - 0,474$; $p=0,000$), explicando por si só 16,8% dos motivos familiares, seguida da subescala da satisfação conjugal “*sexualidade*” ($r= - 0,384$; $p=0,000$), passando a explicar no seu total 22,4% da variância total, com um erro padrão de regressão de 4,147. Ao verificarmos que as correlações estabelecidas se assumem negativas e indiretas, podemos afirmar que quanto mais elevados forem os índices de satisfação com o suporte social,

relativamente à dimensão “intimidade”, e de satisfação conjugal, face à dimensão “sexualidade”, mais negativa tende a ser a atitude da mulher face a IVG.

Quanto aos “*motivos de ordem pessoal*” o modelo de regressão revelou a subescala da satisfação em áreas da vida conjugal “autonomia” ($r = -0,203$; $p = 0,021$), como a única a assumir valor preditivo face a esta dimensão. Esta variável explica por si só 4,1% da variação dos “motivos pessoais” e o erro padrão de regressão é de 5,028. A correlação estabelecida é positiva e direta, o que nos permite afirmar que quanto mais elevados os índices de satisfação a nível da dimensão “autonomia” na satisfação conjugal mais positiva é a atitude da mulher face a IVG.

Na análise dos “*motivos de ordem socioeconómica*” modelo de regressão indicou a subescala “suporte social total” ($r = -0,253$; $p = 0,005$) como a única a assumir valor preditivo face a esta dimensão das atitudes, uma vez que apresenta o maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável traduz 6,4% de variância explicada e o erro padrão da regressão é 3,466. Constatamos uma correlação negativa e indireta entre as variáveis, o que nos leva a averbar que quanto mais elevados forem os índices de satisfação com o suporte social mais negativa tende a ser a atitude da mulher face a IVG.

Finalmente, no que concerne ao “*total das atitudes*” da mulher face à IVG, constatou-se pelo modelo de regressão que a subescala do suporte social “intimidade” ($r = 0,247$; $p = 0,006$) foi a única variável preditora apurada, ao apresentar o maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Por si só, esta variável explica 6,1% da variância explicada e o erro padrão de regressão correspondente é 9,299. Ao verificarmos que a correlação estabelecida entre as variáveis é negativa e indireta, podemos inferir que quanto mais elevados forem os índices de satisfação com o suporte social, relativamente à dimensão “intimidade”, mais negativa tende a ser a atitude da mulher face à IVG.

Como acabámos de ver, são **preditoras das atitudes da mulher face à IVG**: a **satisfação com o Suporte Social**, nas subescalas “intimidade” relativamente aos motivos de ordem familiar e atitude total, e o “suporte social total” face aos motivos de ordem socioeconómica; assim com a **Satisfação em áreas da vida conjugal**, nas subescalas “sexualidade”, relativamente aos motivos familiares, e “autonomia” quanto aos motivos de ordem pessoal.

Podemos assim afirmar que o Suporte Social, nomeadamente a dimensão “intimidade” e “total suporte social total”, e a Satisfação em Áreas da Vida Conjugal, nas suas dimensões “sexualidade” e a “autonomia”, apresentam evidências de sensibilidade no contexto da interrupção voluntária da Gravidez.

Nelas (2004) salienta que o apoio social pode ser percebido de diferentes maneiras, ora focalizando os aspetos estruturais ou conteúdo funcional das relações, ora enfatizando o

sentido do apoio percebido ou ainda as diferenças entre os vários tipos de apoio. Contudo, parece consensual o facto de este conceito envolver sempre transações entre pessoas (Fróis, 2012).

Neste contexto, os resultados obtidos por Wierzbicka & Sokoloeska (2004) concluem que o suporte social, nomeadamente o proporcionado no âmbito do relacionamento conjugal, é uma variável importante no impacto psicológico do aborto. Diversos autores apontam-na ainda como um fator fundamental na recuperação emocional pós IG (Canário, 2009). Nesta linha Sereno, Leal, & Maroco (2009), num estudo relacionado com o ajustamento psicológico ao processo de decisão da IVG, apuraram quanto à satisfação com o suporte social percebido, médias elevadas em todas as subescalas, o que indica um elevado suporte social percebido nas mulheres que procederam à IG. Quanto à carência de apoio social, Sousa & Pereira (2010), *cit in* Fróis (2012), apontam que a falta de apoio social e os encargos familiares constituíram um importante fator de decisão.

Cada mulher vive cada gravidez de uma forma única e diferente, de acordo com os palcos sociais em que se movimenta, as normas e os valores pelos quais foi educada, as experiências por que passou, o seu estado de saúde, a sua emotividade e desenvolvimento psicológico, as relações que estabeleceu ao longo da vida, nomeadamente, das características da relação que a unem ao pai do seu filho (Silveira & Ferreira, 2011).

Neste prisma, muitos autores têm procurado conhecer as vivências da grávida ou do casal que procedeu à IG. Korenromp; *et al* (2005), em concordância com os nossos resultados, analisaram as respostas psicológicas do casal à interrupção e concluíram que a importância do relacionamento do casal se assume como determinante favorável à atitude de interromper a gestação (Fróis, 2012). Os mesmos autores, verificaram ainda que as mulheres que perceberam ter um bom apoio pelo parceiro apresentaram menos sentimentos de tristeza e depressão, apurando que foi significativo o envolvimento do companheiro para a existência de um melhor desfecho psicológico na mulher que interrompeu a gravidez (Fróis, 2012).

É da relação conjugal, resultante de um querer livre de homem e mulher, que partem todas as outras: paternidade, maternidade, filiação, fraternidade, parentesco... 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)

Se por um lado 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 transferidas para a relação. Para que estes conteúdos sejam integrados no novo ciclo geracional, surge então a necessidade de uma adaptação mútua, com necessárias reorganizações emocionais e pessoais que, quando conseguidas com equilíbrio, irão gerar satisfação (Santos N., 2010).

Nesta perspetiva, 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 (Narciso & Ribeiro, 2009).

Enquadrando a mulher num determinado contexto social, familiar, conjugal e económico, fruto de sistema interativo moldado por uma conjuntura específica de valores, e estando esta exposta a um momento especialmente complexo dotado de sentimentos ambivalentes, muitas vezes de culpa e revolta, reconhecemos as dificuldades relacionadas com o impacto do nascimento nos recursos socioeconómicos da família, bem como possíveis limitações na coordenação das atividades profissionais da mulher com os cuidados à criança. Neste sentido, consideramos fulcral a existência de toda uma rede de suporte e apoio social, nomeadamente conjugal e familiar, que permita à mulher ajustar-se a uma nova condição, realidade muitas vezes indesejada, condição elementar no processo de decisão pela IG.

CAPITULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do aborto é fonte de reflexões desde os primórdios da civilização e exige diligências numa tentativa de enquadramento social ao longo da história do pensamento humano (Marta & Job, 2008). Apesar da interrupção voluntária da gravidez ser uma prática comum em todos os países do mundo e em quase todas as culturas, desde os primórdios da história da humanidade, a sensibilidade e a delicadeza da matéria são evidentes.

No domínio da ética, o principal dilema concerne ao conflito que se estabelece entre o respeito pela autonomia individual e o valor da vida humana intrauterina. A atribuição de um estatuto moral à vida humana intrauterina apresenta como principal argumento uma perspectiva biológica do desenvolvimento humano, evidenciando os marcos do desenvolvimento intrauterino que lhe conferem uma crescente individualização e valorização ao longo das sucessivas semanas de gestação. No entanto, a discussão acerca do estatuto moral do embrião humano, visando o reconhecimento do seu valor não como uma pessoa humana no sentido filosófico do termo, pretende identificar a partir de quando o respeito pela vida humana lhe deve ser outorgado. Assim, as asserções mais comuns a este respeito apresentam duas correntes: uma indica que a vida humana existe desde o momento da concepção e outra afirma que o estatuto moral do embrião humano deve ser atribuído a partir da constituição do sulco primitivo no desenvolvimento embrionário (Canário, 2009).

A discussão ética acerca do aborto, nas suas diferentes formas, engloba naturalmente uma preocupação com o valor da vida humana intrauterina, mas também uma preocupação com o respeito pela autonomia individual. O aborto eletivo, como a solicitação da interrupção da gravidez por vontade da mulher sem justificação, de ordem médica ou jurídica, é um assunto controverso que exprime o conflito entre as duas preocupações anteriormente enunciadas. Embora alguns autores, de acordo com uma perspectiva de defesa da vida humana desde o seu início, considerem reprovável a realização desta prática outros consideram que a sua realização, dentro de determinados limites temporais a nível da gestação, decorre do direito da mulher ao exercício da sua autonomia, contribuindo também para a minimização e prevenção da realização do aborto de modo inseguro e clandestino (FIGO, 2006; WHO, 2004; *cit in* Canário, 2009).

Todavia, tão importante como a (im)possibilidade da realização desta prática é a necessidade de implementação de programas de educação para a saúde, adequados a cada fase da vida dos indivíduos. Idealmente, estes programas devem transmitir informação, trabalhar atitudes e proporcionar a aquisição de comportamentos saudáveis acerca da sexuali-

dade, afetividade, decisão reprodutiva, planeamento familiar e parentalidade, entre outros aspetos (Canário, 2009). Deste modo, através de uma educação para a saúde realizada de modo longitudinal, estar-se-ia a contribuir para uma decisão livre e informada de cada indivíduo sobre si e sobre o seu corpo. Reconhecendo que o aborto eletivo não é nem deve ser encarado como um método anticoncepcional, consideramos que a educação para a saúde deve ser exercida de modo a que os indivíduos previnam e minimizem o recurso a esta prática.

Assim, não podemos compreender a resposta emocional da mulher face ao aborto se não se considerar o significado que aquela gravidez encerra naquele momento particular da sua vida, existindo múltiplas respostas possíveis perante uma gravidez, inúmeras vezes não desejada (Noya & Leal, 1998). Percebendo a complexidade inerente a esta temática, consideramos o conhecimento das atitudes das mulheres face a IVG uma questão relevante, de importância crescente na área de intervenção da saúde, nomeadamente pela recente revisão constitucional que legaliza a interrupção voluntária da gravidez até às dez semanas.

Foi neste contexto que nos propusemos a desenvolver a presente investigação. Ainda que não o possamos afirmar como representativo da população Portuguesa, dada a dimensão da amostra, acreditamos ter obtido informações válidas à compreensão do fenómeno em análise. Foram inquiridas 101 mulheres, a maioria de nacionalidade Portuguesa, caucasiana, com idade média de 29,09 anos, católica, com ocupação laboral efetiva, um agregado familiar inferior ou igual a 3 elementos, solteira/ divorciada, não planeou a gravidez, é gesta três e apresenta no início do processo uma idade gestacional média de 5,81 semanas.

Elaborámos, para este estudo, uma escala que denominámos por AMIVG – Atitude das Mulheres Face à Interrupção Voluntária da Gravidez, uma vez que não encontramos nenhum instrumento de avaliação construído para o efeito. Através da sua aplicação verificamos que 35,6% das participantes revela uma atitude negativa, 23,8% uma atitude moderada e 40,6%, a maior percentagem, uma atitude positiva face à IVG. Verificamos ainda que as mulheres com idade superior ou igual a 30 anos são as mais representadas, das quais 69,4% evidencia uma atitude negativa face a IVG; enquanto que as mulheres da faixa etária inferior ou igual 29 anos manifestam uma atitude moderada (54,2%).

Da avaliação da escala resultaram dezasseis *ítems* organizados em três fatores com raízes lactentes superiores a 1 que explicam no seu conjunto 54,97% da variância total. Ao primeiro fator designamos *motivos de ordem familiar*, explica 23,91% da variância total, o segundo fator apurado foi denominado de *motivos de ordem pessoal*, explica 16,89% da variância total e, por último, o terceiro fator, intitulado de *motivos de ordem socioeconómica* que explica 14,16% da variância total.

Ao analisarmos a influência das características sociodemográficas nas atitudes da mulher face à IVG constatamos diferenças estatísticas significativas no que respeita às variáveis: **Idade**, são as **mulheres mais novas** que mais valorizam a dimensão “**motivos de ordem pessoal**” ($p=0,001$) e a “**atitude total**” ($p=0,036$); **Nacionalidade**, são as **mulheres estrangeiras** que maior importância atribuem à dimensão “**motivos familiares**” ($p=0,035$); e **Situação laboral**, são as **estudantes** que revelam interromper a gravidez por “**motivos de ordem pessoal**” ($p=0,000$).

Propusemo-nos ainda a verificar que variáveis obstétricas são determinantes nas atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez. Assim, apuramos diferenças estatísticas significativas quanto às variáveis: **Primigesta**, em que os “**motivos de ordem pessoal**” ($p=0,000$) são os mais referidos para concretizar o procedimento; e **Motivos económica**, apontados pelas **mulheres mais velhas** (53,6%), que maior significado atribuem à dimensão “**motivos de ordem socioeconómica**” ($p=0,000$).

Relativamente à **funcionalidade familiar**, apuramos diferenças estatisticamente significativas para as dimensões “**motivos de ordem familiar**” ($p=0,007$) e “**atitude total**” ($p=0,017$), constatando-se que os motivos de ordem familiar são os mais significativos para as **mulheres com disfuncionalidade familiar leve**.

No que concerne ao **suporte social**, verificamos significância estatística para os “**motivos de ordem familiar**” ($p=0,014$), o que nos leva a assumir a satisfação com o suporte social como influencia para as atitudes face à IVG, representando os “**motivos de ordem familiar**” maior relevo para as **mulheres moderadamente satisfeitas** com o **suporte social**.

Quanto à **satisfação com a vida conjugal**, constatamos diferenças estatisticamente significativas localizadas na dimensão “**motivos de ordem familiar**” ($p=0,002$), o que confirma a influência da satisfação conjugal nas atitudes face à IVG, verificando-se que as **mulheres** que revelam **baixa satisfação** com a **vida conjugal** são as que mais valorizam os motivos de ordem familiar na IVG.

Decidiu-se testar o valor preditivo das variáveis independentes “**funcionalidade familiar**” (APGAR familiar), “**autoestima**”, “**satisfação com o suporte social**” e “**satisfação em áreas da vida conjugal**”, relativamente à variável dependente - atitudes da mulher face a IVG. Apuramos como predictoras das atitudes da mulher face à IVG as variáveis: satisfação com o Suporte Social, nas subescalas “**intimidade**” ($p=0,000$), relativamente aos motivos de ordem familiar e atitude total, e “**suporte social total**” ($p=0,005$) face aos motivos de ordem socioeconómica; assim como a Satisfação em áreas da vida conjugal, nas subescalas “se-

xualidade” ($p=0,000$), relativamente aos motivos familiares, e “autonomia” ($p=0,021$) face quanto aos motivos de ordem pessoal.

Podemos assim afirmar que o **Suporte Social**, nomeadamente a dimensão “**intimidade**” e “**suporte social total**”, e a **Satisfação em Áreas da Vida Conjugal**, nas suas dimensões “**sexualidade**” e a “**autonomia**”, apresentam evidências de sensibilidade no contexto, constituindo-se **preditoras** da interrupção voluntária da gravidez.

Atendendo às variáveis apuradas como possível influencia e suposta predição das atitudes da mulher face à IVG, nomeadamente suporte social e Satisfação em áreas da vida Conjugal, e dada a supremacia das motivações socioeconómicas na decisão de interromper voluntariamente a gravidez, enfatizamos a importância de se fomentarem apoios e políticas sociais protetoras dos projetos de parentalidade. Neste contexto, destacamos igualmente o papel das instituições e dos profissionais de saúde, não só no apoio e aconselhamento inerentes a interrupção da gravidez mas sobretudo a nível da promoção do planeamento familiar e do empoderamento da mulher/ casal para a adesão de comportamentos assertivos com uma vivência da sexualidade responsável e saudável, seguindo os princípios enaltecidos pela carta de Ottawa para a promoção da saúde de novembro de 1986. Consideramos ainda pertinente a implementação de medidas estratégicas que impeçam a deturpação da essência intrínseca a esta prática.

Terminamos esperando ter contribuído para o aprofundamento do conhecimento das atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez, despertando a atenção para a complexidade multifatorial inerente a esta temática, acreditando que estes dados possam vir a ter reflexos nos cuidados especializados em saúde materna, obstetrícia e ginecologia, visando a melhoria contínua e a excelência das práticas na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no âmbito da sexualidade, do planeamento da família e do período pré-concepcional, designadamente no processo de interrupção da gravidez e posterior período de adaptação à sua nova condição.

Concluído este estudo disponibilizamos à comunidade científica nacional e internacional o instrumento de avaliação construído e validado AMIVG – Atitudes da Mulher Face à Interrupção Voluntária da Gravidez. Legitimamos ainda a necessidade de novos estudos que possam confrontar os resultados obtidos na nossa investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Revista Millenium*, pp. 185-199.
- Canário, A. (2009). *Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal*. Obtido em 30 de 08 de 2013, de <http://repositorio.aberto.up.pt/bitstream/10216/22429/4/dissertao%20de%20mestrado%20aspectos%20eticos%20e%20psicologicos%20do%20abortamento%20no%20casal%20catarina%20canrio%20agosto%2009.pdf>
- Colares, M., & al, e. (Set/ Dez de 2012). *Construção de um Instrumento para Avaliação*; *Revista de educação médica*, v.26, nº3, Rio de Janeiro; Pag. 195. Obtido em 27 de 09 de 2013, de <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/construcaoinstrumentoatitudes.pdf>
- Costa, A. (2009). *Factores que levam a Mulher a interromper Voluntariamente a Gravidez: um estudo no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde, EPE*. Obtido em 16 de 08 de 2013, de <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1629>
- Costa, E., & Leal, I. (2005). *Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contracepção; Análise Psicológica*, 3 (XXIII): 247-260. Obtido em 27 de 09 de 2013, de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v23n3/v23n3a01.pdf>
- Couto, F. R. (2011). *A Influência da Infertilidade na Satisfação Conjugal e no Ajustamento Familiar; Mestrado integrado em Psicologia; Faculdade de Psicologia; U. Lisboa; (10-16)*. Obtido em 02 de 08 de 2013, de Repositório da Universidade de Lisboa: <http://hdl.handle.net/10451/4948>
- DGS. (2001). *Direcção-Geral da Saúde/Saúde Reprodutiva: Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar (Orientações Técnicas; 9)*. Obtido em 09 de 09 de 2013, de ISBN 972-9425-62-0: http://www.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/saude_reprodutiva_PF.pdf
- DGS. (2007). *Interrupção da gravidez por opção da mulher: guia informativo - ISBN 978-972-675-175-5*. obtido em 14 de 08 de 2013, de www.portaldasaude.pt: http://www.portaldasaude.pt/nr/rdonlyres/45e9069c-d6e4-416f-aedd-06b4b3ef7198/0/guiainformativoivg_dgs.pdf

- DGS. (2011). *Direcção Geral da Saúde - Divisão de Saúde Reprodutiva Relatório dos Registos das interrupções da gravidez, ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de Abril - Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010*. Lisboa.
- DGS. (2013). *Direcção geral da saúde - Relatório dos Registos das interrupções da gravidez, ao abrigo da lei 16/2007, de 17 de Abril - Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2012*. Lisboa.
- Domingos, P. M. (2008). *Conjugalidade etílica: Proximidade e satisfação conjugal apercebida pelo Alcoólico e sua relação com a motivação para a Mudança*. Obtido em 02 de 08 de 2013, de Repositório da Universidade de Lisboa:
<http://hdl.handle.net/10451/887>
- Duarte, J. C. (2011). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência*. Repositório Aberto da Universidade do Porto. Obtido de
<http://hdl.handle.net/10216/19371>
- Farinha, R., & Afonso, C. (2009). *Gravidez na adolescência: crise, resposta familiar e bem-estar emocional*. Obtido em 19 de 09 de 2013, de
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/849/1/20057_ulsddep.17851_td.pdf
- Fonseca, W., Misago, C., Correia, L., Parente, J., & Oliveira, F. (1996). *Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil*. Obtido de Rev. Saúde Pública, 30 (1):
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n1/5038.pdf>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fróis, D. (2012). *Atitudes das grávidas face à interrupção da gravidez por malformação fetal; Dissertação de Mestrado; IPV/ ESSViseu*. Obtido em 27 de 09 de 2013, de
<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1684/1/FROIS%20Deolinda%20Maria%20Rodrigues%20Gon%C3%A7alves%20Silva%20%20Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>
- Gesteira, S., Barbosa, V., & Endo, P. (2006). *O luto no processo de aborto provocado*. Obtido em 29 de 08 de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a16.pdf>
- Gonçalves, R. (2010). *Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares; Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, U. Porto; (p.115-116)*. Obtido em 14 de 10 de 2013, de
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/45980/2/Dissertao%20Raquel%20Lima%20Goncalves.pdf>
- Graça, Luis; et al. (2005). *Medicina Materno-Fetal*, 3ª ed. Lisboa: lidel.

- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. (2010). *Interrupção voluntária da gravidez: ajustamento psicológico*. Obtido de Acta Obstet Ginecol Port ;4(4):176-183: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14543/1/1_ficheiro_503.pdf
- Hutz, c., & Zanon, C. (2011). *Revisão da adaptação, validação e normatização da Escala de Autoestima de Rosenberg*. Obtido em 24 de 09 de 2013, de Avaliação Psicológica, 10(1), pp. 41-49: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v10n1/v10n1a05.pdf>
- Lameiras, M. (2009). *As atitudes dos Enfermeiros face avaliação da dor crónica nos doentes oncológicos; Mestrado em ciências da dor; U. Lisboa; Faculdade de Medicina; (48-50)*. Obtido em 1 de 10 de 2013, de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2023>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade, 7ª Ed.* Loures: Lusodidacta.
- Maçola, L., Vale, I. N., & Carmona, E. V. (2010). *Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg*. Obtido em 23 de 07 de 2013, de Rev Esc Enferm USP, 44(3):570-7: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/04.pdf>
- Margarida, C., & Chaves, C. (2010). *Promoção de Comportamentos Saudáveis e Prevenção da SIDA no Ensino Superior*. Obtido de Repositório institucional da universidade de Aveiro: <https://ria.ua.pt/handle/10773/1078>
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS. 3ª ed. revista e aumentada.* (p. 822). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J., & Marques, T. G. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções maduras? Laboratório Psicologia. Vol. 4, n.º1. Lisboa.
- Marta, G., & Job, J. (2008). *ABORTO: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA*. Obtido em 11 de 09 de 2013, de http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N2/pv_aborto_uma_questao_saude_publica.pdf
- Matias, D., & Marinho, F. (2000). Contribuição para o estudo da ocorrência da IVG em Portugal Continental (1993-1997); Estimativas. Epidemiologia 2000. pp. 18;55-63.
- Matta, A., Soares, L., & Bizarro, L. (2011). *Atitudes de gestantes e da população geral quanto ao uso de substâncias durante a gestação; SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), 139-147 (141)*. Obtido em 27 de 09 de 2013, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v7n3/05.pdf>
- Menezes, M. (2008). *Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados: Mestrado em Ciências da Educação; Faculdade de psicologia e ciências da educação, Universidade de Lisboa; (19-79)*. Obtido em 25 de 09 de 2013, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/760/1/17273_Tese_Maria_Mar.pdf
- Narciso, I., & Ribeiro, M. (2009). *Olhares sobre a Conjugalidade. Lisboa: Coisas de Ler.*

- Noya, A., & Leal, I. (1998). *Eu sou, tu és, ele era... Auto-conceito e Interrupção Voluntária da Gravidez*. Obtido em 20 de 08 de 2012, de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82311998000300012&lng=pt&nrm=iso. ISSN 0870-8231.
- OE. (20 de 11 de 2010). *Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Obtido em 06 de 09 de 2013, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- OE. (2011). *Ordem os Enfermeiros - REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 06 de 09 de 2013, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf
- OMS. (2012). *Aborto sin riesgos: guia tecnica y de politicas para sistemas de salud – 2a ed. ISBN 978 92 4 354843 2*. Obtido em 08 de 2013, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- OMS. (2013). *Organização Mundial da Saúde - Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde, 2ª edição*. Obtido em 04 de 07 de 2013, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf
- Patrão, I., King, G., & Almeida, M. (2008). *Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção psicológica nas consultas prévia e de controlo*. Obtido de Aná. Psicológica v.26 n.2 Lisboa abr.: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a15.pdf>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementariedade do SPSS (5ªed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (s.d.). *Análise de Dados para Ciências Sociais - . A complementariedade do SPSS (5ªed.) Lisboa: Edições Sílabo, 2008. ISBN: 978-972-618-498-0*.
- Pinto, A., & Tocci, H. (2003). *O aborto provocado e suas conseqüências*. *Rev Enferm UNISA*; 4: 56-61. Obtido em 29 de 08 de 2013, de <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-13.pdf>
- Piola, S. F., Vianna, S. M., & Vivas-Consuelo, D. (2002). *Estudo Delphi: atores sociais e tendências*; *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):181-190*. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13804.pdf>
- Pontes, Â. (2011). *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso?* Obtido em 08 de 2013, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/24432/2/Sexualidade%20vamos%20conversar%20sobre%20isso.pdf>

- Portaria nº 741-A/2007, artigo 16º. (s.d.). *Diário da República, 1.a série—N.o 118— pag. 3936-(4)—21 de Junho de 2007*. Obtido em 10 de 09 de 2013, de www.dgs.pt: http://dre.pt/pdf1s/2007/06/11801/00020011.pdf
- Rebouças, M., & Dutra, E. (2011). *Não Nascer: algumas reflexões fenomenológicas-existências sobre a história do Aborto*. Obtido em 11 de 09 de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n3/v16n3a09.pdf>
- REPE. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 Setembro, alterado pelo decreto-Lei nº 104/98 de 21 Abril*. Obtido em 06 de 09 de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf
- Ribeiro, F. (2008). *Mestrado em psicologia social - Sentidos da vida na controvérsia moral sobre o abortamento induzido: o caso da anencefalia*. Obtido em 08 de 09 de 2013, de http://www.sapientia.pucsp.br//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=7143
- Ribeiro, J. (1999). *Escala de Satisfação com o Suporte (ESSS) - Análise Psicológica, 3 (XVII): 547-558*. Obtido em 30 de 07 de 2013, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>
- Ribeiro, J., & Araújo, T. (1998). *Atitudes de Técnicos de Saúde e Interrupção Voluntária da Gravidez*. Obtido de *Análise Psicológica, 3 (XVI): 469-479*: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a13.pdf>
- Rodrigues, M. I. (11 de 2011). *Auto-estima e Qualidade de Vida nas Mulheres Idosas Institucionalizadas; Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Filosofia; Braga; pag. 29-34*. Obtido em 01 de 08 de 2013, de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8834/1/TESE-Ines.pdf>
- Rodrigues, V. B. (2008). *Satisfação com o Suporte Social em Indivíduos com Perturbação Psiquiátrica: Estudo Exploratório*. Obtido em 31 de 07 de 2013, de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1004/2/10593.pdf>
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). *Contributos para a validação da escala de Auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país, Psicologia, saúde & doenças, 8 (1), 109-116*. Obtido em 21 de 07 de 2013, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a08.pdf>
- Rueda, A., & Acosta, H. (2011). *Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes; Artículo de investigación; av.enferm., XXIX (1): 75-86*. Obtido em 20 de 09 de 2013, de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n1/v29n1a08.pdf>

- Santos, A., Pavarine, S., & Barham, j. (2011). *Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar*. Obtido em 19 de 09 de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/12.pdf>
- Santos, C., 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*. Obtido em 25 de 09 de 2013, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n2/v4n2a02.pdf>
- Santos, I. (2012). *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez; IPV- ESSV; Viseu (pag.45-53)*. Obtido em 22 de 10 de 2013, de repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1492
- Santos, N. (2010). *Interrupção Voluntária da Gravidez, Satisfação Conjugal e Apoio Social: Que Impacto?; Mestrado integrado em Psicologia; Faculdade de Psicologia, U. Lisboa; 7-14* . Obtido em 26 de 09 de 2013, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2516/1/ulfp035865_tm_tese.pdf
- Santos, P. (2008). *Validação da rosenberg Self-Esteem scale numa amostra de Estudantes do Ensino Superior*. Obtido em 23 de Julho de 2013, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16164/2/Santos2008000077971.pdf>: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16164/2/Santos2008000077971.pdf>
- Sbicigo, J. (2010). *Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna*. Obtido em 01 de 08 de 2013, de *Psico-USF, v. 15, n. 3, p. 395-403, set./dez.* : <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a12.pdf>
- Sbicigo, J., Bandeira, D., & Dell'aglio, D. (2010). *Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna, Psico-USF, v. 15, n. 3, p. 395-403, set./dez.* Obtido em 01 de 08 de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a12.pdf>
- Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2009). *Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto*. Obtido em 11 de 09 de 2013, de *Psicologia, saúde & doenças, 10 (2), 193-204*: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a03.pdf>
- Silva, R., & Solange, A. (03 de 2012). Obtido de Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/11.pdf>
- Silveira, C., & Ferreira, M. (2011). *Auto-Conceito da Grávida – Factores Associados. Millenium, 40: 53-67* . Obtido em 2013 de 09 de 22, de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/5.pdf>
- Smilkstein, Ashword, & Montano. (1982). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice; 6. Journal of Family Practice, pp. 1231-1239.*

Souza, D., & Ferreira, M. (2005). *Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não-mães*.

Obtido de *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 19-25:

<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a03.pdf>

Souza, D., & Ferreira, M. (2005). *Auto-estima pessoal e coletiva em mães e não-mães*.

Obtido em 16 de 08 de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n1/v10n1a03.pdf>

Valente, G. (07 de 2012). *Auto – Regulação e Consumo de Álcool em Adolescentes no*

Distrito de Viseu; Dissertação de mestrado, IPV, Escola superior de Saude de Viseu.

(p. 167-171). Obtido em 14 de 10 de 2013, de

<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1628>

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Instituto Superior Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Trabalho elaborado no âmbito do
*II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Materna, Obstetrícia e Ginecologia*

Viseu

2013

Bruno Fernandes, aluno do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito de um Projeto de Investigação, subordinado ao tema “**Atitudes da mulher face à interrupção voluntária da gravidez**”, solicito a sua colaboração através do preenchimento do presente questionário, sendo só assim possível a concretização deste estudo.

Neste sentido, peço-lhe que leia calma e atentamente as perguntas que se seguem e que responda a todas elas de uma forma espontânea, sincera e objetiva, sempre de acordo com aquilo que sente ou pensa. Não existem respostas corretas ou incorretas, o que interessa é a sua opinião. O questionário é anónimo e confidencial. Desde já agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Assinale as alíneas que estão de acordo com o seu caso, com uma cruz ou um círculo, segundo as recomendações. Nas afirmações onde existir um espaço , deve responder claramente e de forma legível. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, peço, por favor, que não deixe nenhuma questão por responder.

Os melhores cumprimentos,

Bruno Fernandes.

QUESTIONÁRIO

1 – IDADE

2 – NACIONALIDADE:

1	Portuguesa
2	Outra

Se outra Nacionalidade, qual?

3 - DISTRITO DE RESIDÊNCIA

1	Castelo branco	2	Porto	3	Outro
---	----------------	---	-------	---	-------

Se outro Distri-

to, qual?

4 – ETNIA

1	Negra	2	Caucasiana/ Branca	3	Asiática	4	Cigana
---	-------	---	--------------------	---	----------	---	--------

5 – RELIGIÃO

1	Católica	2	Católica não praticante	3	Protestante	4	Jeová	5	Outra
---	----------	---	-------------------------	---	-------------	---	-------	---	-------

Se outra Religi-

ão, qual?

6 – ESCOLARIDADE CONCLUÍDA

1	Sabe ler sem ter frequentado a escola	6	Bacharelato
2	Ensino básico 1º Ciclo (Primária)	7	Licenciatura
3	Ensino básico 2º Ciclo (5º e 6º ano)	8	Mestrado
4	Ensino básico 3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano)	9	Doutoramento
5	Ensino secundário (10, 11º e 12º)		

7 – SITUAÇÃO LABORAL

1	Estudante	2	Empregado	3	Desempregado
---	-----------	---	-----------	---	--------------

Se empregado, qual

profissão?

8 – NÚMERO DE PESSOAS DO AGREGADO FAMILIAR?

9 – RENDIMENTO FAMILIAR

1	Até 500€	3	Entre 1000€ e 1500€	5	Entre 2000€e 2500€
2	Entre 500€ e 1000€	4	Entre 1500€ e 2000€	6	Superior a 2500€

10 – ESTADO CIVIL

1	Solteira	2	Casada/União de facto	3	Divorciada/ separada	4	Viúva
---	----------	---	-----------------------	---	----------------------	---	-------

11 – NO ÚLTIMO ANO ESTEVE NUMA CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR?

1	Sim	2	Não
---	-----	---	-----

12 – MÉTODO CONTRACEPTIVO EM USO QUANDO ENGRAVIDOU?

1	Nenhum	2	Preservativo	3	Pílula	4	Adesivo
5	Anel Vaginal	6	DIU	7	Coito interrompido	8	Outro

Se outro,
qual?

13 – FOI UMA GRAVIDEZ PLANEADA?

1	Sim	2	Não
---	-----	---	-----

Se não, resultou de uma relação ocasional?

1	Sim	2	Não
---	-----	---	-----

14 - SE NÃO FOI UMA GRAVIDEZ PLANEADA, E UTILIZAVA CONTRACEPTIVO, PORQUE FAZIU O CONTRACEPTIVO?

1	Erro de utilização	2	Falta de informação	3	Esquecimento
4	Toma de medicamentos	5	Doença (vómitos/ Diarreia)	6	Outro

Se outro,
qual?

15 – É A PRIMEIRA GRAVIDEZ?

1	Sim	2	Não
---	-----	---	-----

Se não, quantas gravidezes teve?

16 – PORQUE DECIDIU INTERROMPER VOLUNTARIAMENTE A GRAVIDEZ?

1	Económicos	2	Sociais	3	Familiares	4	Outro
---	------------	---	---------	---	------------	---	-------

Se outro,
qual?

17 – IDADE GESTACIONAL QUANDO RECORREU A PRIMEIRA CONSULTA PARA A INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ?

18 – JÁ TEVE ALGUMA INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ ANTERIOR?

1	Sim	2	Não
---	-----	---	-----

Se Sim, Quantas?

Por motivos:

1	Económicos	2	Sociais	3	Familiares	4	Outro
---	------------	---	---------	---	------------	---	-------

Se outro,
qual?

I - ATITUDES DA MULHER FACE À INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ (AMIVG)

Leia cuidadosamente as frases que se seguem e assinale com uma cruz as afirmações que melhor descrevem os seus sentimentos e atitudes perante a interrupção voluntária da gravidez.

Não existem respostas certas ou erradas. Por favor não deixe nenhuma questão por responder. A sua colaboração é fundamental.

- 1 Discordo totalmente
- 2 Discordo
- 3 Nem concordo, nem discordo
- 4 Concordo
- 5 Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. Interrompi a gravidez porque sinto que não sou capaz de assumir esta responsabilidade.					
2. Interrompi a gravidez porque esta gravidez me provocaria muitas dificuldades					
3. Interrompi a gravidez porque esta gravidez iria alterar a minha qualidade de vida					
4. Interrompi a gravidez porque não a planeei.					
5. Interrompi a gravidez porque não desejo ter (mais) filhos.					
6. Interrompi a gravidez porque sou uma pessoa que gosta muito de fazer aquilo que me apetece.					
7. Interrompi a gravidez porque a minha família não iria compreender/ aceitar.					
8. Interrompi a gravidez por não sentir apoio do meu companheiro.					
9. Interrompi a gravidez porque moro muito distante da minha família, não tendo por isso o seu apoio.					
10. Interrompi a gravidez porque me sinto só no mundo.					
11. Interrompi a gravidez porque quando preciso de alguém não tenho amigos a quem recorrer.					
12. Interrompi a gravidez porque sinto que a sociedade não me fornece o apoio necessário.					
13. Interrompi a gravidez porque seria uma sobrecarga financeira para a minha família.					
14. Interrompi a gravidez porque afectaria a minha carreira académica/ profissional.					
15. Interrompi a gravidez porque teria dificuldade em manter (conseguir) o (um) emprego.					
16. Interrompi a gravidez porque não conhecia os possíveis riscos/ consequências da interrupção da gravidez.					
17. Interrompi a gravidez porque não recebi informação adequada acerca das alternativas, sociais/ institucionais, à interrupção da gravidez.					
18. Interrompi a gravidez porque era única solução.					
19. Voltaria a interromper esta gravidez.					

II - APGAR FAMILIAR

Escala de avaliação da funcionalidade familiar de SmilKstein (1978);

Versão portuguesa de Azevedo & Matos (1989)

Abaixo encontram-se algumas afirmações relacionadas com a família. Por favor, assinale a quadrícula correspondente com uma cruz, segundo a legenda seguinte.

- 1 Quase nunca
- 2 Algumas Vezes
- 3 Quase sempre

	1	2	3
1. Está satisfeita com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa a preocupa			
2. Está satisfeita como a sua família discute os assuntos			
3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida			
4. Está satisfeita com o modo que a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex: irritação, pesar, amor)			
5. Está satisfeita com o tempo que passa com a sua família			

III - RSES

Self Esteem Scale, Rosenberg (1965);

Versão portuguesa de Santos e Maia (1999, 2003)

Abaixo está uma lista de declarações que lidam com sentimentos gerais acerca de si mesma. Faça uma cruz sobre o número que corresponde a concepção de valor que tem sobre si:

- 1 Concordo plenamente
- 2 Concordo
- 3 Discordo
- 4 Discordo Plenamente

	1	2	3	4
1. No geral, estou satisfeito comigo.				
2. Por vezes, eu acho que não sou boa em tudo.				
3. Eu sinto que tenho uma série de boas qualidades.				
4. Eu sou capaz de fazer as coisas, assim como a maioria das pessoas.				
5. Sinto que não tenho muito do que me orgulhar.				
6. Sinto-me por vezes inútil.				
7. Eu sinto que eu sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano de igualdade com outros.				
8. Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.				
9. Em termos gerais, estou inclinada a achar que eu sou um fracasso.				
10. Eu tomo uma atitude positiva para comigo mesma.				

IV - ESSS

Escala de Satisfação com o suporte Social, Ribeiro (1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um Círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. **Por exemplo**, na primeira afirmação, se pensa, quase sempre, que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

- A Concordo totalmente
- B Concordo na maior parte
- C Não concordo nem discordo
- D Discordo na maior parte
- E Discordo totalmente

1. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
2. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
3. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
4. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
5. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E
6. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
7. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
9. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
13. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
14. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
15. Gostava de participar mais em atividades de organizações (ex. Clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E

V – EASAVIC

Escala de avaliação da Satisfação em áreas da vida conjugal - Narciso, I. & Costa, M. E. (1996)

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Nada satisfeita | <input type="checkbox"/> 2 Pouco Satisfeita | <input type="checkbox"/> 3 Razoavelmente Satisfeita |
| <input type="checkbox"/> 4 Satisfeita | <input type="checkbox"/> 5 Muito Satisfeita | <input type="checkbox"/> 6 Completamente Satisfeita |

Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente, rodeando o número correspondente com um círculo. **Por exemplo**, se em relação ao item: “Relativamente à quantidade de tempos livres”, você se sente completamente satisfeito (a), deverá rodear com um círculo o número 6 da escala.

1. O modo como gerimos a nossa situação financeira	1 2 3 4 5 6
2. A distribuição de tarefas domésticas	1 2 3 4 5 6
3. O modo como tomamos decisões	1 2 3 4 5 6
4. A distribuição de responsabilidades	1 2 3 4 5 6
5. O modo como passamos os tempos livres	1 2 3 4 5 6
6. A quantidade de tempos livres	1 2 3 4 5 6
7. O modo como nos relacionamos com os amigos	1 2 3 4 5 6
8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
9. O modo como nos relacionamos com a minha família	1 2 3 4 5 6
10. A minha privacidade e autonomia	1 2 3 4 5 6
11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
12. A nossa relação com a minha profissão	1 2 3 4 5 6
13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
14. A frequência com que conversamos	1 2 3 4 5 6
15. O modo como conversamos	1 2 3 4 5 6
16. Os assuntos sobre os quais conversamos	1 2 3 4 5 6
17. A frequência dos conflitos que temos	1 2 3 4 5 6
18. O modo como resolvemos os conflitos	1 2 3 4 5 6
19. O que sinto pelo meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
20. O que o meu cônjuge sente por mim	1 2 3 4 5 6
21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	1 2 3 4 5 6

23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	1 2 3 4 5 6
25. A frequência com que temos relações sexuais	1 2 3 4 5 6
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais	1 2 3 4 5 6
27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	1 2 3 4 5 6
28. A qualidade das nossas relações sexuais	1 2 3 4 5 6
29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	1 2 3 4 5 6
31. A confiança que tenho no meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim	1 2 3 4 5 6
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim	1 2 3 4 5 6
35. A partilha de interesses e atividades	1 2 3 4 5 6
36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	1 2 3 4 5 6
38. Os nossos projetos para o futuro	1 2 3 4 5 6
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	1 2 3 4 5 6
40. As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	1 2 3 4 5 6
41. O aspeto físico do meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspecto físico	1 2 3 4 5 6
43. As características e hábitos do meu cônjuge	1 2 3 4 5 6
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	1 2 3 4 5 6

Grato pela colaboração!

ANEXO II

*AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA*

Viseu, 10 de Dezembro de 2012

Exmº Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE

Assunto: Pedido de autorização para efetuar a colheita de dados

O aluno Bruno Filipe de Almeida Fernandes, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, com o propósito de desenvolver o Relatório Final de curso, subordinado ao tema "Interrupção Voluntária da Gravidez... Factores Relacionados", venho, por este meio, solicitar a V. Ex.ª que se digne a autorizar a realização da colheita de dados/ informação no Serviço de Consulta Externa de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB, as mulheres que procederam a IVG, na 2ª consulta de IVG (segundo a *Lei nº 16/2007, de 17 de Abril do Diário da República*), neste serviço, durante os meses compreendidos entre Dezembro de 2012 e Maio de 2013. Em anexo, envio um exemplar do Instrumento de colheita de dados.

A gravidez concebida tradicionalmente como fruto de um desejo e biologicamente natural, muitas vezes planeado e até programado, num contexto contemporâneo, nem sempre é recebida com prazer. Não se pode compreender a resposta emocional da mulher face ao aborto se não se considerar o significado que aquela gravidez encerra naquele momento particular da sua vida. Há múltiplas respostas possíveis perante uma gravidez. O importante será notar que cada uma reflecte experiências de vida e uma personalidade própria (NOYA, et al.1999)

Com este estudo pretendemos sugerir o Perfil Sócio-Demográfico, História Obstétrica e Atitudes face a IVG, da mulher que procede a IVG, tentando perceber a influência da funcionalidade familiar, Suporte Social, Auto-Estima e Satisfação da vida conjugal, na decisão em concretizar o procedimento.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Manuela Ferreira é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos. Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os melhores cumprimentos.





Centro
Hospitalar
Cova da Beira, E.P.E.

Recibido
17/12/2012
EJ

ENVIADO a
Gabinete de
Investigação e
Inovação
02 JAN 2013

Parecer:	Despacho: 
ASSUNTO: Projecto de Investigação nº111/2012 - "Interrupção voluntária da gravidez ... factores relacionados"	
PARA: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	N.º 120/GII
DE: Gabinete de Investigação e Inovação	Data 17/12/2012
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Bruno Filipe de Almeida Fernandes, aluno do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Interrupção voluntária da gravidez ... factores relacionados" a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher - Serviço de Obstetria deste centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer favorável nº 59/2012, emitido pela Comissão de Ética</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Normas do Gabinete de Investigação e Inovação.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>por via</i></p> <p>O Gabinete de Investigação e Inovação</p> <p> (D^{ra} Rosa Saraiva)</p> <p>Nota: Solicita-se aos investigadores a entrega de um exemplar do trabalho final.</p>	

ANEXO III

CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Livre e Informado


Bruno Filipe de Almeida Fernandes, Enfermeiro do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB, a frequentar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de saúde de Viseu, a realizar um trabalho de investigação no âmbito do Relatório Final de Curso, subordinado ao tema "Interrupção Voluntária da Gravidez... Factores Relacionados", vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito/ entrevista/ estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado(a) nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Bruno Filipe de Almeida Fernandes
Nome do Investigador (Legível)



(Assinatura do Investigador)

Covilhã, ____ de ____ de ____.
(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Senhor(a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado tendo este explicado todas as dúvidas;
- O senhor(a) recebeu uma cópia desta informação para a manter consigo.

Nome do Doente (Legível)

Representante Legal

(Assinatura do Doente ou Representante Legal)

Covilhã, ____ de ____ de ____.
(Data)

