

Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico?

ANA NOYA (*)

ISABEL PEREIRA LEAL (**)

1. INTRODUÇÃO

A interrupção voluntária da gravidez (i.v.g.), fenómeno que na nossa cultura merece múltiplos discursos e apaixonadas polémicas públicas, deve de um ponto de vista ancorado nos saberes psicológicos ser contextualizado na área habitualmente designada como de Psicologia da Gravidez e da Maternidade.

Não se pode compreender a resposta emocional da mulher face à i.v.g., se não se tiver presente o significado que aquela gravidez encerra, naquele momento particular da sua vida e se corresponde ou não a um efectivo projecto de Maternidade. Há muitas e diferenciadas respostas possíveis perante uma gravidez. O importante, será notar, que cada uma reflecte experiências de vida e uma personalidade próprias. Para algumas mulheres, a gravidez é um estado altamente desejado, que contém gratificações, como por exemplo, a promessa de um filho para criar e educar, uma iden-

tificação positiva com a sua mãe ou ainda a construção da sua própria família. No entanto, para outras mulheres, ou ainda para as mesmas, mas num outro «timing», a gravidez pode ser vista como algo extremamente penoso. Pode ser experienciada como uma invasão do corpo, ou pode trazer à tona conflitos e sentimentos relativos a uma mãe desvalorizada e odiada. A gravidez surge muitas vezes como resposta inconsciente a perdas ou a situações stressantes.

Uma revisão histórica, no que diz respeito às respostas emocionais à i.v.g., desde 1935 a 1964, indica que, os pesquisadores que utilizavam uma conceptualização Freudiana, e que esperavam encontrar um grave trauma emocional, confirmaram as suas expectativas. Segundo esta corrente de pensamento, a negação da gravidez não é natural e pode resultar num severo trauma. A literatura psicanalítica, há muito tempo, que olha para a gravidez como uma crise de desenvolvimento normal, que intensifica a identificação da mulher com a sua mãe (Bibring, 1980). Estudos psicanalíticos sobre mulheres que abortavam a sua gravidez não desejada, descreveram uma intensificação dos processos regressivos neste período, numa tentativa de resolver problemas ligados à separação/individuação e à identidade

(*) Psicóloga Clínica na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

sexual a fim de atingir um funcionamento autónomo (Pines, 1990).

Contrariamente a esta perspectiva surgem dados de investigação que destacam o facto de interrupções voluntárias de gravidez acabarem por se tornar em experiências de crescimento, que trazem consigo sentimentos tais como o alívio e o bem-estar. Neste sentido tanto a i.v.g. como a gravidez são «life events» que podem ser vistos como fonte de maturação e de crescimento pessoal, pelo que se torna pouco consistente a defesa da existência de um síndrome pós-traumático do aborto (SPTA), como sendo uma resposta emocional habitual da maioria das mulheres.

O estudo científico da interrupção voluntária de gravidez tem sido condicionado pelo facto de ser um procedimento, acerca do qual as pessoas têm sentimentos fortes e crenças enraizadas que afectam a pesquisa nesta área.

A atitude prevalecente da sociedade, aponta no sentido de uma expectativa, que contempla uma resposta traumática, face ao aborto. As normas sociais são, normalmente, a favor do nascimento e por isso anti-aborto. Estas normas da comunidade tendem a ser internalizadas no individual e, deste modo, não raras vezes, surgem, perante a interrupção voluntária da gravidez, sentimentos de culpa, vergonha e medo de reprovação. Sentimentos negativos, como perda, vazio, dor e mágoa, são frequentemente apontados como resultantes da experiência da interrupção voluntária da gravidez e reflectem o estigma social desta prática.

Nem os profissionais de saúde nem os pesquisadores da área, escapam a esta influência e contaminação da sociedade. Baluk e O'Neill (1980) descobriram que os profissionais de saúde que trabalhavam com mulheres que já haviam recorrido à i.v.g., tinham tendência a constatar a existência de ansiedade, depressão e culpa. O facto de as atitudes da sociedade exercerem um impacto nas expectativas e respostas dos pesquisadores e mulheres que escolhem a i.v.g., leva a que seja muito difícil fazer uma avaliação objectiva da resposta psicológica da mulher face a ela.

A interrupção voluntária de gravidez é uma atitude individual e social que produz poucas respostas fáceis e muitas questões difíceis. É, por isso fundamental, que a mulher perceba o signifi-

ficado que a gravidez tem para si, tendo em conta as suas crenças e valores.

A pesquisa dos aspectos psicológicos da reprodução teve um grande incremento nas últimas décadas e foi estimulada pelas novas e importantes técnicas de reprodução. Contudo, por uma variada gama de razões, as pesquisas, referentes aos aspectos psicológicos do aborto induzido, não têm evoluído como noutros domínios da reprodução. Isto prende-se com dificuldades metodológicas inerentes à pesquisa da interrupção voluntária de gravidez (e.g. amostras pequenas, grupos de controlo inadequados, «follow-ups» insuficientes), e à subtilidade e considerável sensibilidade da Psicologia a este tema, assim como à sua crescente politização. Os trabalhos de Adler *et al.* (1990) ilustram e enumeram estas dificuldades.

2. CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS

A maior parte dos estudos levados a cabo nos últimos 20 anos evidencia o facto de que o aborto por si só não é indutor de distúrbios psicológicos graves, na mulher que o pratica. Adler *et al.* (1990) fizeram a mais recente revisão na literatura científica no que diz respeito às respostas emocionais que se seguem a uma i.v.g. Os resultados permitiram concluir que a maior parte das mulheres que optava por abortar, apresentava uma maior intensidade de emoções positivas. O alívio e bem-estar, aparecem como os sentimentos predominantes após o aborto. Contudo, uma minoria de mulheres, aproximadamente um terço, apresentava emoções negativas tais como culpa, tristeza, mágoa e angústia.

A partir destes dados pode inferir-se que não há uma relação de causalidade entre i.v.g. e consequências psicológicas negativas. Analisar as respostas pós-aborto implica uma árdua e holística reflexão acerca do fenómeno em causa, na medida em que é uma questão que se dispersa pelos múltiplos níveis da pessoa, nomeadamente o sócio-cultural e esferas políticas, que parecem ter um impacto na resposta do individual. Significa, no fundo, olhar para a i.v.g. de forma mais aberta e ampla e ter em conta toda uma complexidade de dimensões, que resultam, de certo modo, da qualidade de ser um fenómeno indissociável da realidade pessoal.

Estão descritas variáveis que podem exercer influência ao nível das respostas pós-aborto, nomeadamente as demográficas, sócio-culturais e psicológicas. As variáveis demográficas/sociais nem sempre são de fácil distinção e muitas vezes podem mesmo sobrepor-se. Por exemplo, a religião e o «status» marital constituem uma variável demográfica e podem ser parte importante da rede social duma pessoa.

2.1. Variáveis Demográficas

2.1.1. Idade

Mulheres mais jovens têm maior tendência para traumas emocionais do que mulheres mais velhas (Adler, 1979).

Hendricks-Matthew (citado por Turell *et al.*, 1990) refere que a idade é um dos factores que mais contribui para a angústia emocional.

2.1.2. Paridade

Um dos factores que parece poder contribuir para o aparecimento dum trauma pós-aborto, é a paridade. Hendricks-Matthew descobriu que esta está negativamente correlacionada com o risco de trauma. Este facto, sugere então, que as mulheres que têm mais filhos, lidam melhor com a i.v.g. do que aquelas que os não têm.

Também os trabalhos de Russo e Zierk (1992) tornaram claro que para a maioria das mulheres a i.v.g. não funciona como um meio de evitar a maternidade. Duas em cada três mulheres que tinham abortado já tinham filhos. Desta forma parece haver até uma correlação positiva entre abortar e ter filhos.

2.1.3. Duração da Gestação

As mulheres que abortam no 2.º trimestre de gravidez, sentem mais mágoa que aquelas que o fazem no 1.º, sendo esta similar, à que ocorre quando o aborto é espontâneo (Adler, 1979). Osofsky e Osofsky (citado por Turell *et al.*, 1990), observaram que quando a i.v.g. ocorre no 2.º trimestre, as mulheres sentem a decisão como mais difícil e experimentam maior nível de indecisão. As i.v.g. realizadas depois do 1.º trimestre, representam um aumento dos riscos

médicos e psicológicos para as mulheres que a eles recorrem (Bibring *et al.*, 1961; Bracken & Swigar, 1972; Cates & Grimes, 1981).

Alguns estudos revelaram que o adiar da i.v.g. se deve a um conjunto de factores de natureza demográfica, sócio-cultural e ambiental.

As mulheres que aparecem com maior probabilidade em retardar a decisão de abortar, são descritas como novas, solteiras, sem educação e sem filhos (Bracken & Kasl, 1975). As más condições económicas, o desconhecimento dos sintomas da gravidez, falhas contraceptivas, diagnósticos errados que não dão conta da gravidez, atitudes face ao aborto, conflitos religiosos e ainda suportes emocionais inadequados quer internos quer externos, estão na base de adiar a decisão de abortar (Ashton, 1980; Bracken & Kasl, 1975).

No entanto, observações clínicas evidenciam que conflitos psíquicos podem estar na base deste retardar da decisão. Alguns pesquisadores referem que o adiar pode ser fruto duma pobre imagem de si mesma e de uma carência de padrões de comunicação com o companheiro ou pais (Fielding *et al.*, 1978). Ainda o retardar da decisão de abortar, pode ter que ver com conflitos internos que são agidos em vez de internalizados, associados a egos menos desenvolvidos e por isso mais frágeis e a atitudes mais desfavoráveis face à i.v.g.. Por exemplo, o acto sexual que levou à gravidez não desejada pode estar relacionado com conflitos não resolvidos e de ansiedades subordinadas ao «attachment»/separação, ao mesmo tempo que é esperado um funcionamento autónomo (Binder & Krohn, 1974).

2.2. Variáveis Sócio-culturais

A resposta emocional das mulheres face à i.v.g., tem que ser analisada, tendo em conta o clima cultural onde acontece.

2.2.1. Religião

A religião e o grau de crença são dois factores de extrema importância nesta análise. Adler (1979), descobriu que as mulheres católicas pareciam ter respostas mais negativas à i.v.g., do que mulheres não católicas. Tal facto dever-se-á provavelmente à posição de não aceitação da i.v.g. pela referida igreja. Payne *et al.* (1976)

compararam mulheres protestantes e judias com católicas, concluindo que as últimas apresentam valores mais elevados de depressão, culpa e vergonha.

Adler (1975) descobre uma correlação moderada entre catolicismo e sentimentos de culpa e vergonha. No entanto, há um acentuar da correlação, entre o grau de crença e os mesmos sentimentos, donde se infere que não é tanto o tipo de religião, mas mais o grau de crença que a mulher internaliza que assume maior importância em termos das respostas emocionais.

2.2.2. Suporte Social

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

Em entrevistas feitas numa clínica de New York a 489 mulheres durante a hora, após a i.v.g., Bracken, Hachamovich e Grossman (1974), observaram que as mulheres tinham reacções mais favoráveis ao aborto, quando existia um suporte dos outros mais significativos. Este estudo denota que, para as mulheres mais velhas, o suporte do companheiro era mais importante, enquanto que para as mais jovens o suporte parental era crucial.

Robbins e DeLamater (citado por Turell *et al.*, 1990), examinaram a relação entre o suporte das pessoas mais significativas e o nível de solidão, como resposta ao aborto. Verificaram que o sentimento de solidão variava, consoante o tipo de suporte fornecido. Os sentimentos de solidão reduziam-se quando as mulheres beneficiavam quer do suporte parental quer do companheiro. Quando as mulheres eram acompanhadas por amigos os níveis de solidão aumentavam. Bracken (1978), descobre que a força da relação que serve de suporte à mulher é importante, para determinar a sua reacção psicológica às i.v.g.. Uma relação emocional mais forte parece estar associada a um maior arrependimento. Bracken (1978) analisou que as mulheres casadas tinham uma maior dificuldade em tomar a decisão de abortar e que esta estava correlacionada com o aumento de ansiedade antes do aborto.

Estes estudos sugerem que o impacto do suporte social na resposta emocional da mulher, não depende somente do status marital em si,

mas também de factores como o tipo e a duração da relação.

A presença de suporte das pessoas mais significativas facilita a recuperação emocional pós-i.v.g.. Nesta linha de pensamento, admite-se então, que quando uma mulher se confronta com a falta de suporte, isso pode corresponder a uma maior susceptibilidade de trauma a seguir à i.v.g.. Payne *et al.* (1976) confirma esta ideia, revelando que quando as mulheres estavam em conflito com o marido ou amante, apresentavam um maior índice de tristeza e depressão após o aborto.

Major, Mueller e Hildebrandt (1985), avaliaram a presença/ausência do companheiro na i.v.g. e seus efeitos nas respostas de adaptação. As mulheres que estavam acompanhadas adaptaram-se pior e estavam mais deprimidas após a i.v.g. do que aquelas que estavam sós. Concluíram então que não é somente o suporte, mas também a qualidade desse suporte que é importante para o bem-estar psicológico das mulheres em estudo.

2.3. Variáveis Psicológicas

2.3.1. Antecedentes Psicopatológicos

Não parece haver riscos de graves psicopatologias pós-i.v.g. para as mulheres em geral (David, Rasmussen & Holts, 1981). No entanto, os mesmos autores consideram importante reconhecer que algumas mulheres, particularmente as que apresentam problemas emocionais pré-existentes, têm um maior risco de respostas emocionais negativas. A maioria dos estudos utilizou grupos de mulheres sem patologia, e as conclusões são as já conhecidas, de que essas mulheres mostram pouca evidência de psicopatologia a seguir à i.v.g. (Adler *et al.*, 1990).

Poderá, então, equacionar-se a hipótese de que o estado emocional e psicológico da mulher no período que precede o aborto poderá ter bastante influência no tipo de consequência psicológica que advém da decisão de abortar. Esta conclusão, pode parecer à primeira vista banal e desprovida de interesse, mas serve de alerta para uma questão fundamental, que é a de não se olhar para o aborto como um fenómeno isolado, que pode ser indutor de stress, mas para toda

uma série de variáveis que com ele se articulam, para depois resultarem nas diversas respostas emocionais.

2.3.2. O Grau de Satisfação Inerente à Decisão de Abortar

Shusterman (citado por Turell *et al.*, 1990) descobriu que as populações mais susceptíveis a respostas emocionais negativas pós-i.v.g., eram aquelas que ficavam descontentes com as suas decisões do pré-i.v.g. Adler (1975) assume que a não satisfação com o processo de decisão de fazer a i.v.g. estava associada a respostas emocionais internalizadas como a ansiedade, dúvida, depressão e aborrecimento.

Decisão de Abortar

Há dois factores determinantes para a tomada de decisão relativamente à i.v.g. Por um lado, ter em conta, em que medida a gravidez é desejada, e por outro, ter presente em que medida a mulher aceita ou não a i.v.g. como método para resolver uma gravidez não desejada.

Smetana e Adler (1979) descobrem que a atitude da mulher face à i.v.g., ou seja, a sua decisão de ter ou não ter filhos, depende da pressão das normas sociais e leis, crenças e valores em relação a tal acto.

As respostas da mulher face à i.v.g. aparecem então como função do seu desejo de gravidez e dos seus sentimentos acerca da i.v.g. A probabilidade de respostas mais positivas surge quando a mulher não sente desejo de gravidez e não tem visão negativa da i.v.g. As respostas mais negativas são esperadas para as mulheres que interrompem gravidezes que eram desejadas e que têm conflitos acerca da i.v.g.

Um «Life Event» inesperado (e.g. defeitos ge-

néticos, abandono por parte do companheiro, coerção dos pais) pode levar a que uma mulher, que deseje ter filhos, acabe por optar por uma solução de interrupção voluntária da gravidez. Também pode acontecer uma situação em que a mulher não tinha o desejo de ter uma criança, mas ficou grávida por força dum «Life Event» (e.g. violação ou falha dos contraceptivos).

Miller (1992), através de estudos empíricos, desenvolve uma teoria acerca das consequências psicológicas do aborto induzido. Esta perspectiva é constituída com base num seu estudo denominado POR (Psychology of Reproduction). Trata-se de um estudo longitudinal de 967 mulheres, que vivem em São Francisco, numa área restrita (Bay Area). O *Modelo Básico* dele (Basic Model) é o da Figura 1.

Uma gravidez não desejada conduz a um factor intermédio e consequentemente ao aborto induzido, que traz consigo inevitáveis consequências psicológicas.

Miller imprime variações ao Modelo Básico numa série de outros modelos. Uma dessas variações resulta no modelo que está intimamente relacionado com a dimensão psicológica em discussão no momento e que é o grau de satisfação inerente à decisão de abortar. Este modelo contempla os efeitos emocionais a longo prazo (Figura 2).

O fundamental deste modelo é que existe um processo de tomada de decisão, anterior à i.v.g., com os consequentes sentimentos negativos acerca da decisão de o seguir. Este modelo contempla dois aspectos particulares. O 1.º envolve restrições situacionais (e.g. conflitos com o companheiro, conflitos com os pais), que interferem com a efectividade da decisão de abortar. O 2.º envolve factos não previstos anteriormente, na altura da tomada de decisão, e que ocorreram posteriormente, podendo levar a lamentar-se o

FIGURA 1
Modelo Básico



FIGURA 2
Modelo de Decisão

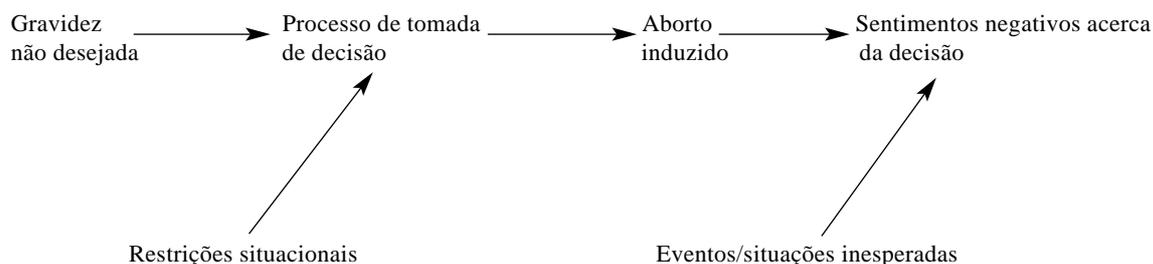
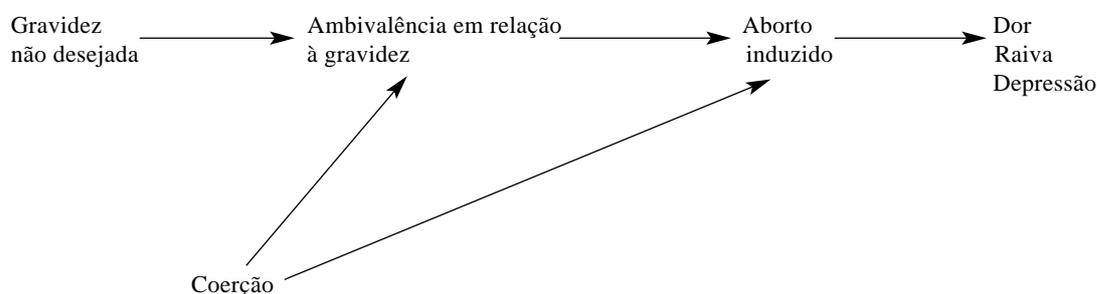


FIGURA 3
Modelo de Perda



facto de se ter abortado (e.g. mulheres que mais tarde querem engravidar e não conseguem).

Zimmerman, Belsey *et al.* (citados por Turell *et al.*, 1990) descobriram valores mais elevados de angústia nas mulheres que tiveram decisões ambivalentes. Os estudos realizados sugerem que a ambivalência acerca de uma decisão pode ter um importante impacto na futura resposta emocional face à i.v.g.. O facto de uma mulher se sentir coagida a abortar não deve ser subestimado, na medida em que pode resultar em traumas emocionais. As complicações emocionais são mais prováveis se a i.v.g. for coerciva, ou seja, se a mulher sentir que a decisão de abortar não é dela. A coerção pode estar associada a um trauma emocional, e estar satisfeita com a decisão, pode resultar num crescimento positivo e numa experiência de aprendizagem para a mulher. Os mesmos estudos sustentam que mu-

heres que se sentem responsáveis pela sua decisão, experimentam menores níveis de angústia do que aquelas que sentem que a decisão não foi delas, mesmo que venham a arrepender-se *a posteriori* dessa escolha.

Miller (1992), e através dos estudos referidos, constrói uma outra variação do Modelo Básico (Basic Model), que é o *Modelo de Perda* (Loss Model) (Figura 3).

A noção central, que é expressa neste modelo de Miller, é que perante uma gravidez indesejada, a mulher pode experimentar vários níveis de desejo em continuar com a gravidez até ao fim, acabando por ter o filho. Quando esta ambivalência é acentuada e esse desejo de continuar a gravidez é suficientemente forte, ter uma i.v.g. poderá desencadear vários sentimentos no pós-i.v.g., tais como, tristeza, raiva, desespero e depressão.

2.3.3. «Coping Style»

Tanto uma gravidez não desejada como um aborto são considerados eventos, que apresentam desafios e dificuldades para as pessoas que os experimentam. Tais eventos são potencialmente stressantes, mas não necessariamente ligados a dimensões psicopatológicas (Russo & Zierk, 1992). Um aborto pode ser uma experiência stressante, mas pode também reduzir o stress resultante de uma gravidez indesejada.

Os resultados de situações stressantes, como por exemplo, de uma gravidez indesejada, dependem dos recursos de «coping». A existência de tais recursos permite a redução dos sentimentos de angústia nas respostas a essas situações. Emprego, rendimento e educação, constituem alguns exemplos deste tipo de recursos. Pensa-se que a existência de recursos de «coping» possa ser mais importante, para o bem-estar da mulher, do que o facto de ter, ou não ter feito, uma i.v.g. As mulheres que têm pouco acesso a recursos de «coping» parecem apresentar maior risco de stress psicológico perante uma gravidez não desejada (Russo *et al.*, 1992).

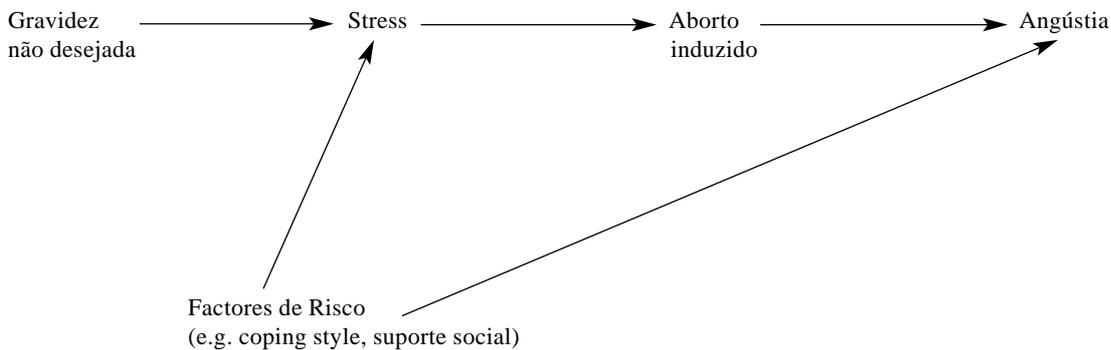
A forma como as mulheres lidam com crises (coping style) e o tipo de decisão/atitude que adoptam pode ter importante impacto na sua resposta emocional ao aborto. Cohen e Roth (1984) examinaram dois tipos de resposta perante uma situação stressante, nomeadamente o confronto e o evitamento. As mulheres que optaram por en-

frentar a situação, falavam da sua experiência, de forma mais aberta, e pensavam em maneiras de prevenir futuras i.v.g. Aquelas que utilizavam o evitamento, não falavam da experiência por que haviam passado e evitavam lembrar-se da situação. As mulheres que tinham expectativas de lidar melhor com a situação, apresentavam menores índices de depressão e tiveram menos problemas físicos, depois da i.v.g., do que aquelas que tinham expectativas negativas (Adler *et al.*, 1990). Os mesmos estudos referem que mulheres que recorreram à negação, ficaram mais deprimidas do que aquelas que utilizavam estratégias de aproximação, tais como, conversar e planear gravidezes futuras.

Miller (1992) propõe um *Modelo de Stress* («Stress Model»), uma outra variação do Modelo Básico (Figura 4).

Este modelo, tal como os outros, já apresentados, prevê consequências psicológicas de longo prazo. A ideia central expressa é a de que uma gravidez não desejada produz stress, que conjuntamente com o aborto induzido, produz angústia e toda uma variedade de sentimentos negativos. Muitos autores utilizam implicitamente este modelo, quando factores de risco, tais como, o coping style, auto-estima, e suporte social, se apresentam como determinantes de angústia e stress no pós-parto.

FIGURA 4
Modelo de Stress



3. CONCLUSÕES

A análise das consequências psicológicas da i.v.g. é tarefa difícil, na medida em que têm que se ter em conta inúmeros factores como variáveis demográficas, sociais, culturais e psicológicas. As consequências psicológicas da i.v.g. não devem por isso ser vistas exclusivamente como resultado do acto de abortar. Na maioria das situações as consequências psicológicas da i.v.g. tendem a ser mais positivas que negativas. No entanto, algumas mulheres, manifestam sentimentos como a tristeza, mágoa e angústia. Os resultados da investigação estabelecem que as reacções graves e negativas, a seguir à i.v.g., são raras e devem ser entendidas no âmbito do como lidar com o stress da vida normal. Neste sentido é importante que os profissionais de saúde possam explorar os factores que podem ter contribuído para a angústia psicológica e baixa auto-estima antes da gravidez. Entre estes factores destacam-se:

- A Idade em que a i.v.g. é praticada. Mulheres muito jovens tendem a apresentar maiores sequelas emocionais
- Ambivalência. Por exemplo, deixar a decisão de abortar para o 2.º trimestre pode ser um aviso de ambivalência, ainda não consciente.
- Instabilidade psico-social. Um suporte deficiente e a existência de atitudes coercivas, por parte das pessoas mais significativas, pode aumentar os sentimentos negativos. Estes factores estão ligados a uma vulnerabilidade emocional pré-existente.
- Complicações obstétricas graves levam a que, perante o ter que abortar, a mulher se confronte com as suas limitações físicas, situação essa que é muito dolorosa e aumenta o risco de distúrbios emocionais.
- A existência de deformidades fetais. Tomar uma decisão, contra ou a favor da i.v.g., pode ser extremamente desorganizador no caso de haver um defeito genético no feto e não ser conhecida a extensão desse «handicap». Esta situação pode piorar se a mulher estiver no fim da sua vida reprodutiva e se tiver problemas de infertilidade.

Em qualquer destes casos, será importante aumentar os recursos de coping destas mulheres

num contexto de apoio psicológico em que seja possível clarificar o sentido daquela i.v.g. e da própria decisão.

Portugal não tem fabricado estudos nesta área. Toda a literatura existente reporta essencialmente aos EUA, portanto, a um contexto socio-político particular com características muito específicas, em que a própria legislação sobre a i.v.g. é diferente. A legislação portuguesa que implica que a maioria das i.v.g. realizadas sejam não só clandestinas como ilegais não pode, evidentemente, ser facilitadora da investigação nesta área.

Esperamos, entretanto, que a investigação produzida noutros países, nos possa de algum modo dar pistas para a sedimentação de um discurso psicológico sobre a interrupção voluntária da gravidez.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, N. E. (1975). Emotional responses of women following therapeutic abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45 (3), 446-454.
- Adler, N. E. (1979). Abortion: A social psychological perspective. *Journal of Social Issues*, 35 (1), 100-119.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. N., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248, 41-44.
- Ashton, J. R. (1980). Components of delay amongst obtaining termination of pregnancy. *Journal of Biosocial Science*, 12, 261-273.
- Baluk, U., & O'Neill, P. (1980). Health professionals' perceptions of the psychological consequences of abortion. *American Journal of Community Psychology*, 8, 67-75.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., & Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological process of pregnancy and of the earliest mother-child relation ship. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-24.
- Binder, J., & Krohn, A. (1974). Sexual acting out as an abortive mourning process in female adolescent inpatients. *Psychiatric Quarterly*, 48, 193-208.
- Bracken, M. (1978). A causal model of psychosomatic reactions to vacuum aspiration abortion. *Social Psychiatry*, 13, 135-145.
- Bracken, M., Hachamovitch, M., & Grossman, G. (1974). The decision to abort and psychological sequelae. *Nervous and Mental Disease*, 158, 154-162.

- Bracken, M. B., & Kasl, S. V. (1975). Delay in seeking induced abortion: A review and theoretical analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 121, 1008-1019.
- Bracken, M. B., & Swigar, M. E. (1972). Factors associated with delay in seeking induced abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113, 301-302.
- Cates, W., & Grimes, D. A. (1981). Deaths from second trimester abortion by dilatation and evacuation: Causes, prevention, facilities. *Obstetrics and Gynecology*, 58, 401-408.
- Cohen, L., & Roth, S. (1984). Coping with abortion. *Journal of Human Stress*, 10 (3), 140-145.
- David, H., Rasmussen, N., & Holst, E. (1981). Postpartum and postabortion psychotic reactions. *Family Planning Perspectives*, 13 (2), 88-93.
- Fielding, W. L., Sachtleben, M. R., Friedman, L. M., & Friedman, E. A. (1978). Comparison of women seeking early and late abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131, 304-310.
- Major, B., Mueller, P., & Hildebrandt, K. (1985). Attributions, expectations and coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 585-599.
- Miller, W. B. (1992). An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. *Journal of Social Issues*, 48 (3), 67-93.
- Payne, E. C., Klavitz, A. R., Notman, M. T., & Anderson, J. V. (1976). Outcome following therapeutic abortion. *Archives of General Psychiatry*, 33, 725-733.
- Pines, D. (1990). Pregnancy, miscarriage and abortion. A psychoanalytic perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 71, 301-307.
- Robbins, J., & DeLamater, J. (1985). Support from significant others and loneliness following induced abortion. *Social Psychiatry*, 20, 92-99.
- Russo, N. F., & Zierk, K. L. (1992). Abortion, child-bearing, and women's well-being. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23 (4), 269-280.
- Smetana, J. G., & Adler, N. E. (1979). Decision-making regarding abortion: A value x expectancy analysis. *Journal of Population: Behavioral, Social and Environmental Issues*, 2, 348-357.
- Turrel, S. C., Armsworth, M. W., & Gaa, J. P. (1990). Emotional response to abortion: A critical review of the literature. *Women & Therapy*, 9 (4), 49-67.

RESUMO

Preende-se, com este trabalho, proceder a uma revisão de literatura sobre as consequências psicológicas do aborto voluntário tendo em conta um conjunto de variáveis tais como: idade, religião, suporte social, psicopatologia e satisfação, bem como à apresentação dos modelos psicológicos que tentam explicar as consequências da i.v.g.

Palavras-chave: i.v.g., impacto psicológico.

ABSTRACT

This paper provides an overview of the main psychological consequences of voluntary abortion. We reviewed the psychological impact of abortion based on psychosocial variables like age, religion, social support, psychopathology and satisfaction and also some psychological models explaining the consequences of voluntary abortion.

Key words: Voluntary abortion, psychological impact.