

Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio pós-traumático de stress

MARIA JOÃO MENDES COSME (*)
ISABEL PEREIRA LEAL (**)

1. GRAVIDEZ E INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ

Segundo Barroso (1983), estar grávida tem significados diferentes para as mulheres que desejam e para as que não desejam ter um filho. Para as que o querem, a gravidez pode ser um motivo de grande alegria, e elas lutarão contra todos os obstáculos a fim de defendê-la e preservá-la. A gravidez pode conter promessas de inúmeros prazeres e grandes satisfações. Por outro lado, para as mulheres que engravidam sem o desejar, a gravidez pode representar uma verdadeira tragédia, e elas lutarão contra todos os obstáculos a fim de interrompê-la. A mulher que engravida sem o desejar sente o seu próprio corpo invadido e a sua auto-determinação desrespeitada.

São inúmeros os motivos que levam uma mulher a não desejar engravidar, assim como são inúmeros os motivos que a levam a desejá-lo. O importante é que por trás de cada motivo existe uma ligação com a natureza da sociedade em que vivemos e portanto, não se pode fazer um julgamento moral dizendo que desejar ter filhos é bom ou mau.

Também é importante reconhecer que o desejo

de não ter filhos – qualquer que tenha sido a motivação – gera necessidades tão fortes e profundas, que leva todos os anos milhões de mulheres a enfrentar o risco de infringir a lei e até a arriscar a vida quando provocam o aborto, interrompendo uma gravidez indesejada, que não foi possível evitar, devido à ineficácia dos meios anticoncepcionais, aos seus efeitos colaterais nocivos ou à sua pequena acessibilidade.

O problema do aborto é uma questão séria, que tem de ser considerada sob vários pontos de vista.

Historicamente, o aborto, segundo Barroso (1983), constituía o método mais comum de controlo da fertilidade. Na última década, passou a ser suplantado pela esterilização voluntária e pelos contraceptivos orais. Ainda assim os especialistas estimam que se realizam mais ou menos 40 milhões de abortos, sendo a metade deles ilegais, o que o coloca como uma das principais causas de mortalidade materna.

A interrupção de gravidez (aborto), é matéria de forte controvérsia, devido às complexidades que a questão levanta, desde o «estatuto moral do feto» até ao estabelecimento do significado das noções de «vida humana» e «ser humano».

De facto, assumem-se duas posições extremas relativamente a esta questão. Uma, absolutamente contrária a qualquer tipo de motivação, forma ou indicação para a interrupção, indepen-

(*) Psicóloga Clínica.

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

dentemente das circunstâncias ou dos aspectos concretos de cada caso em particular. Outra, na qual se colocam todos quantos defendem e pugnam pela total legitimação da sua despenalização, considerando o exclusivo desejo da mulher, ou seja, levando às últimas consequências o princípio ético da total autonomia da mulher, sem restrições ou limitações.

Para um dos lados, toda a legislação que despenalize a interrupção da gravidez, mesmo em casos restritos e tipificados pela lei deve ser revogada e considerada ilegítima, enquanto que para o outro, da mesma legislação devem ser retirados todos os preceitos que limitem ou condicionem, sob qualquer forma, a interrupção livre da gravidez.

1.1. *Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG) e suas consequências a nível psicológico*

A interrupção voluntária da gravidez ou o aborto induzido, é agora praticada em Portugal até à 12.^a semana de gravidez, quer por razões médicas quer psicológicas, mas apenas em situações terapêuticas previstas na lei.

Uma variedade de factores está relacionada com atitudes acerca da questão do «retirar a vida», incluindo opção religiosa, atitudes face às mulheres, nível educacional, género sexual, etnia, idade e experiências pessoais.

Por muito bem que a mulher se sinta preparada, um aborto provoca sempre um trauma psicológico e mental. O simples facto de ter de tomar a decisão de seguir em frente com o aborto significa considerar também o contrário, isto é, ir para a frente com a gravidez e criar a criança ou dá-la para adopção. Assim que começa a pensar no bebé e na vida que está a dar-lhe, torna-se muito difícil para ela, encarar o aborto.

Segundo Senay (1974), uma mulher que faça um aborto é um ser humano que vivencia uma grave crise psicológica e social. Poucas são as pessoas que apreciam a isolamento psicológica inerente à crise por que passa a mulher, tendendo a menosprezar a sua situação, focando-se principalmente no dilema moral e ético que esta representa.

Muitas das pesquisas no âmbito das reacções emocionais ao aborto, basearam-se em hipóteses retiradas das crenças Freudianas acerca da ma-

ternidade. Este autor considera que a negação da gravidez não é natural e pode resultar num severo trauma.

Os estudos de Turell *et al.* (1990), fizeram referência a diversos factores que podem influenciar as consequências que o aborto pode ter para as mulheres a nível psicológico, tanto demográficos, como sociais e psicológicos.

Relativamente aos *demográficos*, os mais analisados na literatura são: a idade; o número de filhos; a duração da gravidez e a religião.

Franz e Reardon (1992), concluíram através de um estudo em que compararam as reacções das *adolescentes* e das mulheres adultas face à questão do aborto, que as adolescentes ficam mais insatisfeitas com a decisão do aborto do que as mulheres adultas. Os problemas das adolescentes, eram derivados de uma combinação de limitações do desenvolvimento e da natureza do aconselhamento e da informação que obtiveram na altura em que realizaram o aborto. Os adolescentes são, em termos de desenvolvimento, imaturos em vários aspectos, e esta imaturidade afecta a sua capacidade sexual de tomada de decisão. Têm também grandes limitações no que compete às decisões acerca de cuidados de saúde. Estas limitações incluem uma incapacidade para antecipar consequências futuras, para reconhecer possíveis riscos, e para fazer decisões racionais relativas ao tratamento.

Outro factor que parece contribuir para o trauma emocional de pós-aborto é a *paridade*. Hendricks-Matthews (citados por Turell *et al.*, 1990), descobriram que esta está negativamente correlacionada com o risco de trauma. Isto sugere que as mulheres que têm mais filhos, lidam melhor com o aborto do que as mulheres que têm poucos filhos ou nenhum.

Em relação ao aspecto *duração da gravidez*, Adler em 1979, e McDonnell em 1984, (citados por Turell *et al.*), descobriram que as mulheres que abortam no 2.^o trimestre sentem mais mágoa, sendo esta similar à que ocorre aquando de um aborto espontâneo. Alguns abortos realizados no 2.^o trimestre, acontecem depois de se haver sentido os movimentos fetais.

A *religião* da mulher e o seu grau de *crença* são dois factores variáveis que têm sido avaliados. O aborto envolve um factor moral e os pesquisadores centram-se no impacto da religião na resposta emocional da mulher. Adler, 1979, e

Osofsky e Osofsky, 1972, (citados por Turell *et al.*), descobriram que as mulheres católicas pareciam ter respostas mais negativas ao aborto, isto possivelmente devido à posição contra o aborto pela Igreja Católica.

Relativamente às *variáveis sociais*, Bracken, Hachamovich e Grossman em 1974, (citados por Turell *et al.*, 1990), observaram que as mulheres tinham reacções mais favoráveis ao aborto quando existia um suporte dos outros mais significativo. Os seus estudos revelam que para as mulheres mais velhas, o suporte do companheiro era mais importante, enquanto que para as mais jovens o suporte parental era crucial.

Dentro das *variáveis psicológicas*, Shusterman, 1979, (citado por Turell *et al.*, 1990), descobriu que a população que está mais susceptível a respostas emocionais negativas aos abortos são aquelas que não ficaram satisfeitas com as suas *decisões no pré-aborto*.

Ambivalência e coerção são dois tipos específicos de insatisfação analisados na literatura.

Brown, 1986, (citado por Turell *et al.*), examinou o *locus de controlo* e a sua relação com a decisão de aborto. Verificou que as mulheres que apresentavam locus de controlo externos, tinham maiores níveis de depressão e hostilidade do que as que tinham locus de controlo interno.

Cohen e Roth, 1984, (citados por Turell *et al.*), examinaram as *estratégias de coping*, mais especificamente dois tipos de resposta: o confronto e o evitamento. As que utilizavam o primeiro tipo de estratégia (confronto), falam do aborto de forma aberta e pensam em formas de prevenir futuros abortos. As que utilizavam o evitamento não falavam do sucedido e evitavam lembrar-se da situação. O estudo suporta a hipótese de que a utilização de diferentes estratégias de coping pode ter respostas emocionais tardias, diferentes.

A experiência clínica e recentes investigações, de acordo com Senay (1974), sugerem fortemente que a maior parte das mulheres com uma gravidez indesejada possui uma variedade de sintomas, entre os quais: grande e persistente ansiedade, complicações somáticas, insónias, sentimentos depressivos, culpa, desinteresse por sexo, arrependimento, afastamento das relações usuais, diminuição da auto-estima, anorexia ou bulimia, e provavelmente, três em quatro mulheres, expe-

rienciam pelo menos transitórias ideias de suicídio.

Quanto maiores são os níveis de *pré-crisis* relacionadas com problemas de personalidade ou quanto mais perturbada for a situação familiar, mais severo é o quadro da crise.

De acordo com Senay (1974), o efeito psicológico mais constante de uma gravidez indesejada é a depressão, independentemente do tipo de personalidade ou «setting» social.

Clinicamente e num terreno psiquiátrico, podemos dizer, segundo o autor, que as mulheres que fazem abortos, revelam sonhos perturbados relacionados com morte e temas de mutilação (mesmo nos casos em que as mulheres negam estar conscientes da existência de fantasias acerca do feto no seu interior).

Segundo Ney e Wickett (1989), não existem diagnósticos psiquiátricos devidos ao aborto, nem «indicações» psiquiátricas para tal. No entanto, a doença psiquiátrica pode ser uma contra-indicação, pois pode piorar com a situação de um aborto. Quanto mais severa é a doença piores podem ser as complicações após um aborto, daí o aborto neste caso não ser indicado. Pode mesmo dizer-se que um aborto pode ser mais penoso do que benéfico para a saúde mental de mulheres «saudáveis».

A reacção depressiva engloba sentimentos de irritação, culpa, rejeição, esvaziamento do self, falta de coragem que se vai transformando em desespero, acompanhada de perturbações do sono, etc.

Segundo Ney, Fung *et al.* (1994), como a criança abortada não foi vista nem conhecida por ninguém, a sua morte não é encarada de forma normal, não sendo muitas vezes considerada como merecedora de reconhecimento e luto.

Existe uma certa ambivalência entre autores sobre se existe ou não o Síndrome Pós-Aborto (SPA), embora todos eles reconheçam que podem existir consequências psicológicas negativas como resposta emocional a situações de aborto, cuja intensidade e duração vai depender também de um variado número de condições. Estas diferenças de opinião também têm a ver com as diferentes posições: pró-vida e pró-aborto (pró-escolha).

Speckhard (1987), documentou efeitos adversos de longo termo numa amostra de mulheres em situação pós-aborto e Barnard (1990), apre-

sentou informação relativa a sintomas pós-traumáticos 3 a 5 anos pós-aborto.

Alguns estudos citados por Rue e Speckhard (1992) revelam que o aborto não traz consequências psicológicas negativas, referindo mesmo o alívio como o principal sintoma pós-aborto (Adler *et al.*, 1990; David, 1985; Major *et al.*, 1985). No entanto, outros estudos também citados pelos autores acima referidos, revelam que o aborto pode ter um duplo papel, funcionando como um mecanismo de adaptação e como um stressor psicossocial, capaz de causar DPTS (Barnard, 1990; Rue, 1985, 1986 e 1987; Selby, 1990; Speckhard, 1987; Vaughan, 1991).

De acordo com David (1996), o trauma pós-aborto foi inicialmente descrito por Rue em 1981 como uma variante do DPTS (Distúrbio Pós-Traumático de Stress). A A.P.A. (American Psychological Association) reconheceu em 1987 o aborto como um tipo de «stressor psicossocial» na terceira edição revista do D.S.M. (Manual de Diagnóstico Estatístico das Desordens Mentais), não incluindo no entanto o SPA como categoria.

Ainda de acordo com o autor acima referido, foi com Speckard, em 1985, que o S.P.A. começou a ser mais divulgado, através de uma tese desta autora que se baseou em entrevistas feitas a 30 mulheres, recrutadas por ela para amostra da sua tese de doutoramento em Sociologia na Universidade de Minnesota. Estas mulheres haviam realizado abortos e classificado a sua experiência como muito «stressante» e «dolorosa». A grande percentagem das mulheres entrevistadas haviam sentido grandes sentimentos de culpa e hostilidade.

Rue e Speckhard (1992), defendem que o SPA é um tipo de DPTS, caracterizado pelo desenvolvimento crónico ou retardado de sintomas resultantes do impacto emocional e físico causado pelo trauma do aborto. Descreveram também os quatro principais componentes do SPA como um tipo de DPTS, sendo o primeiro a exposição ou participação numa experiência de aborto, percebida como uma traumática e intencional destruição de um ser; o segundo, o reviver o acontecimento de forma incontrolada; o terceiro, a tentativa sem sucesso para tentar evitar ou negar os pensamentos acerca do acontecimento e o último, a experiência de sintomas associados que não estavam presentes antes do aborto, como a culpa. Estes autores revelam

que certos tipos de circunstâncias e características individuais conduzem a uma predisposição para o SPA, como sendo: número de abortos realizados; número de filhos; baixa auto-estima; o aborto ser do segundo trimestre; forte orientação maternal; afiliação religiosa ou conservadorismo; praticar o aborto por coerção ou pressão; falta de suporte a nível relacional ou relacionamentos interpessoais imaturos; ambivalência pré-aborto; problemas emocionais; traumas não resolvidos; falta de suporte familiar; ser adolescente; pobre aconselhamento pré-aborto.

Segundo Atwood (1996), o S.P.A. é um reconhecido trauma psicológico, semelhante em causa e efeito ao Síndrome de Choque de longo prazo experienciado por veteranos do Vietnam. Existem no entanto veteranos que não sofrem deste síndrome, o que também é verdade para os casos de aborto, pois muitas mulheres, particularmente aquelas para quem o único problema de ter feito o aborto foi ter sido muito dispendioso, não sentem qualquer remorso pela sua decisão. No entanto a maioria dos estudos revela que este tipo de mulheres estão em minoria, pois a maioria sofre de S.P.A., principalmente aquelas que abortaram devido a graves perigos de saúde, incesto, violação ou deficiência do feto.

Um estudo de dois psiquiatras, Jamieson e Stein (1986), tentando perceber quais os acontecimentos mais traumáticos da vida de centenas de mulheres, concluíram que de 13 acontecimentos numerados como os mais traumáticos, por ordem crescente, o aborto está em 6.º lugar, como um dos mais stressantes.

O S.P.A. não foi documentado e divulgado durante vários anos, pois diversos estudos eram conduzidos durante a dita «fase de negação» logo após o aborto, o que implica que, pelo menos nos casos de aborto voluntário, as reacções emocionais eram normalmente de alívio.

Speckhard (1987) num estudo que desenvolveu para avaliar o impacto psicológico após um aborto e já depois de ultrapassadas as emoções de resposta iniciais, concluiu que a principal reacção das mulheres que o praticaram era a preocupação relativa à morte da criança, seguida de recordações tipo «flashback» do aborto, sentimentos confusos, pesadelos e alucinações incontroláveis.

Speckhard e Rue (1992) relatam que o ciclo de intrusão-evitamento, descrito por Horowitz

em 1976, é um componente central do DPTS, e por isso também do SPA. Os componentes centrais dos casos crónicos de SPA, são a capacidade de defesa da mulher através de mecanismos de negação e repressão, e o uso de comportamentos de evitamento para lidar com as recordações intrusivas da situação do aborto.

Segundo Erickson (1993), o trauma pós-aborto insere-se nos critérios de DPTS e pode ser explicado por um modelo conflitual do trauma. A compreensão do DPTS como uma expressão do conflito intrapsíquico foi primeiramente sublinhada por Emery em 1987, (citado por Erickson), e foi depois apelidada de «Psicologia do Trauma» por Emery e Emery em 1989, (citados por Erickson). Esta última é uma elaboração da compreensão da acção da pulsão agressiva, conceito derivado da teoria geral psicanalítica.

Uma perita em S.P.A., «Ann» (1996), refere que Rue e Speckard defeniram os critérios do S.P.A. sendo Rue quem fez a sua adaptação aos critérios de DPTS, após terem reconhecido que muitas das coisas relatadas por mulheres após terem feito um aborto, são equivalentes aos sentimentos relatados por veteranos do Vietname.

2. DISTÚRBIO PÓS-TRAUMÁTICO DE STRESS (D.P.T.S.) E I.V.G.

O conceito de trauma está intimamente ligado ao DPTS uma vez que é necessário que exista uma situação cuja natureza e intensidade ultrapassem o «modus vivendi» do sujeito e que faça com que este se sinta incapaz de mobilizar de forma adequada defesas que permitam elaborar e minimizar o efeito patogénico do acontecimento.

Segundo Andreansen (1985), o conceito de DPTS surgiu pela primeira vez em termos de categoria de diagnóstico no DSM-I em 1952. Posteriormente, sofreu alterações, tornou-se reconhecido e actualmente inclui-se na 4.^a edição do DSM.

Em termos de entidade nosográfica, o DPTS tem suscitado o interesse de muitos investigadores no campo clínico tais como, médicos, psiquiatras e psicólogos, e em diferentes contextos, que, como foi já referido, vão desde as catástrofes naturais, a grandes acidentes ou desastres cometidos deliberadamente pelo Homem.

Vamos de seguida descrever de que forma Rue fez a adaptação do SPA, para casos de aborto voluntário, segundo os critérios de diagnóstico do DPTS, de acordo com o DSM-III-R (309.89):

- (A) *STRESSOR*: A destruição intencional do feto é suficientemente traumática e fora do âmbito habitual da experiência humana, podendo por isso causar sintomas significativos de revivência, evitamento e sofrimento.
- (B) *RE-EXPERIÊNCIA*: O aborto é re-experimentado (revivido) das seguintes formas:
 - 1- evocações intrusivas e recorrentes de acontecimento;
 - 2- sonhos recorrentes e perturbadores acerca do aborto ou do feto (ex., sonhos ou fantasias acerca de recém-nascidos ou fetos);
 - 3- actuar ou sentir de modo repentino como se o aborto estivesse a ocorrer (inclusive, sentimento de estar a reviver a experiência, tendo alucinações e episódios de flashback dissociativos;
 - 4- mal-estar psicológico intenso durante a exposição a acontecimentos que simbolizem ou se assemelhem à experiência do aborto (ex., clínicas, mulheres grávidas, futuras gravidezes);
 - 5- reacções ao aniversário (data do acontecimento) bastante perturbadoras e/ou depressão em subsequentes aniversários do aborto ou idade que a criança teria.
- (C) *EVITAMENTO*: Persistente evitamento de estímulos associados ao trauma do aborto ou embotamento geral das reacções (ausente antes do trauma), indicada por pelo menos três das seguintes formas:
 - 1- esforços para evitar/negar pensamentos ou sensações associados ao aborto;
 - 2- esforços para evitar actividades ou situações ou informações que desencadeiem evocações do trauma;
 - 3- incapacidade para recordar a experiência do aborto ou um aspecto importante deste (amnésia psicogénica);
 - 4- interesse fortemente diminuído em actividades significativas;

- 5- sentir-se desligada ou estranha em relação aos outros;
- 6- comunicação reduzida e retiro de relacionamentos;
- 7- restrição de afectos (ex., incapacidade de ter sentimentos calorosos);
- 8- vivência encurtada do futuro (ex., não esperar ter carreira, casamento, filhos ou uma longa vida).

(D) **CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS:** Sintomas persistentes (ausentes antes do aborto), indicados pelo menos por dois dos seguintes:

- 1- dificuldade em adormecer ou em continuar a dormir;
- 2- irritabilidade ou ataques de irritação;
- 3- dificuldade de concentração;
- 4- hipervigilância;
- 5- resposta de sobressalto exagerada e recordações intrusivas ou à revivência do trauma do aborto;
- 6- reactividade fisiológica durante a exposição a acontecimentos ou situações que simbolizem ou se assemelhem em algum aspecto com a situação do aborto (ex., começar a suar intensamente após uma examinação pélvica, ou ouvir sons de aspiradores);
- 7- pensamentos suicidas e depressão;
- 8- culpa por ter sobrevivido quando o mesmo não aconteceu à criança;
- 9- auto-desvalorização e/ou incapacidade para se auto-desculpar;
- 10- abuso secundário de substâncias.

(E) **DURAÇÃO:** Duração da perturbação de pelo menos um mês ou caso apareça posteriormente, mais de seis meses após o aborto.

3. OBJECTIVOS, MATERIAL E MÉTODO DO ESTUDO

3.1. Objectivos

O presente estudo teve como objectivo principal, investigar a existência de Distúrbio Pós-Traumático de Stress (DPTS), em mulheres que fizeram uma interrupção voluntária de gravidez (IVG), em função das seguintes variáveis: idade

(adolescente vs. adulta), intervalo de tempo (tempo que passou desde o momento em que fizeram a interrupção até à data do presente estudo) e tempo de gravidez aquando da sua interrupção (ou seja, o número de semanas que tinha a gravidez quando foi interrompida). Um outro objectivo foi investigar se existe nestas mulheres mais pensamentos ou ideias de tipo intrusivo ou uma maior componente de evitamento, relativamente ao referido acontecimento, a IVG. Por último, tencionou-se ainda fazer a caracterização social e demográfica das mulheres que constituíram a amostra deste estudo.

3.2. Problema

De acordo com a literatura revista, existem diferentes posições sobre se o aborto pode ser uma experiência traumática e por consequência se poderá ser causa de DPTS. Neste sentido, vários autores defendem que não existem consequências negativas devido ao aborto, sendo o principal sentimento o alívio. Por outro lado, outros tantos autores revelam que existe uma fase, apelidada de fase de negação, que tem lugar logo após o acontecimento, durante a qual o sentimento proeminente pode realmente ser o alívio, mas que para muitas mulheres, por uma variedade de situações e circunstâncias, as perturbações derivadas do acontecimento, e que estiveram recalcadas durante algum tempo, podem surgir depois, normalmente entre um a cinco anos depois, e em alguns casos podendo permanecer para sempre. De acordo com este ponto de vista o trauma pós-aborto pode existir, podendo dar lugar ao que se chama de Síndrome Pós-Aborto, que segundo alguns autores, é um tipo específico de DPTS.

Nesta linha de pensamento, colocou-se como problema deste estudo saber se o aborto (IVG) poderá ser causa de DPTS, tendo em conta que certas variáveis são determinantes para que tal aconteça.

3.3. Hipóteses

No seguimento do que anteriormente foi dito, estabeleceram-se as seguintes hipóteses de investigação:

- 1) A idade (mais especificamente, ser adoles-

- cente), no período de ocorrência da IVG, é um factor que contribui para a existência do DPTS.
- 2) O intervalo de tempo, desde o momento em que foi praticado o aborto até ao momento de avaliação dos sujeitos, é um factor que contribui para a existência do DPTS. Na presente investigação compara-se o intervalo de tempo de mais de cinco anos e de menos de cinco anos.
 - 3) O tempo ou número de semanas de gravidez na altura da sua interrupção, é um factor de existência do DPTS. Tendo em conta que apenas em raros casos pode dar-se uma interrupção voluntária no 2.º trimestre, podemos dizer que no final do 1.º (12 semanas) já é possível que o DPTS tenha origem.

3.4. *Tipo de Estudo*

O presente estudo, e tendo em conta os objectivos a que se propôs investigar, foi de tipo exploratório, pois explorou a possibilidade de existência de DPTS em mulheres que passaram por uma situação de IVG, tentando perceber se o aborto será portanto um acontecimento que poderá para certas mulheres ser traumático e perturbador, deixando sequelas nas suas vidas.

3.5. *Variáveis*

As *variáveis independentes* da presente investigação foram a idade (delimitada entre adolescente – até aos 20 anos – e adulto), o tempo de gravidez (número de semanas) aquando da sua interrupção e o intervalo de tempo (entre o momento da interrupção da gravidez e o actual).

As *variáveis dependentes* desta investigação foram: a existência ou não de DPTS devido à IVG (verificável através do auto-questionário de diagnóstico de DPTS) e o grau de Intrusão e de Evitamento causado por essa mesma situação (verificável através do auto-questionário I.E.S.).

3.6. *Instrumentos*

Para a presente investigação foram utilizados os instrumentos que permitiram seleccionar os sujeitos e que eram adequados aos objectivos da

avaliação proposta na mesma. Por esta razão, os instrumentos escolhidos foram os seguintes:

- Questionário de Caracterização e Rastreio.
- Auto-Questionário de Diagnóstico de DPTS, com base nos critérios de diagnóstico do DSM-III-R.
- Auto-Questionário I.E.S. (Impact of Event Scale).

3.7. *Crítérios de Selecção da Amostra*

De um total de 90 mulheres (população universal), foram seleccionadas 30, por serem as que reuniam as condições exclusivas ao objectivo deste estudo, ou seja, terem feito uma, e apenas uma, interrupção voluntária de gravidez. Excluíram-se da amostra total prévia à selecção, as mulheres que não haviam passado por uma situação de interrupção de gravidez, as que fizeram uma interrupção espontânea de gravidez, as que fizeram mais do que uma interrupção voluntária e ainda as que não haviam preenchido de forma correcta ou completa os instrumentos que lhes foram aplicados.

3.8. *Procedimento*

A amostra global de indivíduos do sexo feminino, foi recolhida em diversos locais. Por ser uma amostra difícil de recolher devido à peculiaridade do tema, interrupção de gravidez, e da dificuldade inerente ao ter de evocar tão íntimo e delicado tema, foram distribuídos o máximo de protocolos ao maior número possível de mulheres, para depois daí se seleccionar, de acordo com o objectivo da investigação, uma amostra o mais significativa possível.

Deste modo, foram distribuídos protocolos em locais como o Centro de Saúde de Rio de Mouro; um consultório particular de psicologia em Leiria; e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (serviços de Psicologia e Atendimento a Grávidas Adolescentes), tendo sido também uma grande parte aplicados a particulares.

De todos os protocolos recolhidos elegeram-se então 30, por preencherem os requisitos necessários ao presente estudo, ou seja, pertencerem a mulheres que haviam realizado uma interrupção voluntária de gravidez, sendo portanto este o único critério de inclusão.

Para que se pudesse trabalhar uma grande

variedade de variáveis ou condições, referentes à situação em questão e aos aspectos que a envolvem, como sendo, o tempo de gravidez quando foi interrompida, as faixas etárias das mulheres, o seu estado civil actual, o número de filhos, o ter ou não crenças religiosas e de que tipo, o ter ou não passado por situações de gravidezes indesejadas, que foram ou não continuadas, entre outros aspectos, e também com o objectivo de não delimitar ainda mais a amostra, não se estabeleceram mais critérios de inclusão, para além do já mencionado.

A passagem dos protocolos foi feita individualmente, tendo sido todas as dúvidas e informações fornecidas à medida que cada um dos sujeitos ia preenchendo os instrumentos, e sempre que o requisitavam.

Cada um dos sujeitos recebeu um envelope que continha a ficha ou questionário de caracterização (por nós construído), o auto-questionário de diagnóstico de DPTS (construído a partir dos critérios de diagnóstico do DSM), o auto-questionário I.E.S. (Impact of Event Scale), o Neo-Pi-R (questionário de personalidade), um questionário de Auto-Conceito e uma escala de Suporte Social.

Dos vários instrumentos referidos, utilizámos para a presente investigação, o questionário de caracterização, o auto-questionário I.E.S. e o auto-questionário de diagnóstico de DPTS. Os restantes instrumentos foram utilizados para outros estudos, que tendo também como pano de fundo a interrupção de gravidez, se baseavam em diferentes hipóteses e problemas de investigação.

A constituir a capa dos protocolos, existia uma folha que informava os sujeitos sobre o tipo de estudo em questão e os seus objectivos, garantindo também o anonimato e a confidenciali-

dade. É de salientar que todos os sujeitos participaram de forma voluntária neste estudo.

4. RESULTADOS

4.1. Tratamento Estatístico

Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa para computadores, PC, SPSS.

Com o objectivo de fazer a caracterização da amostra, foram efectuadas análises estatísticas de tipo descritivo. Para a análise dos resultados provenientes das hipóteses estabelecidas neste estudo e para a averiguação das diferenças significativas relativamente às variáveis em estudo de acordo com as escalas utilizadas, foi utilizado o teste de significância «T», com um nível de confiança de 95%.

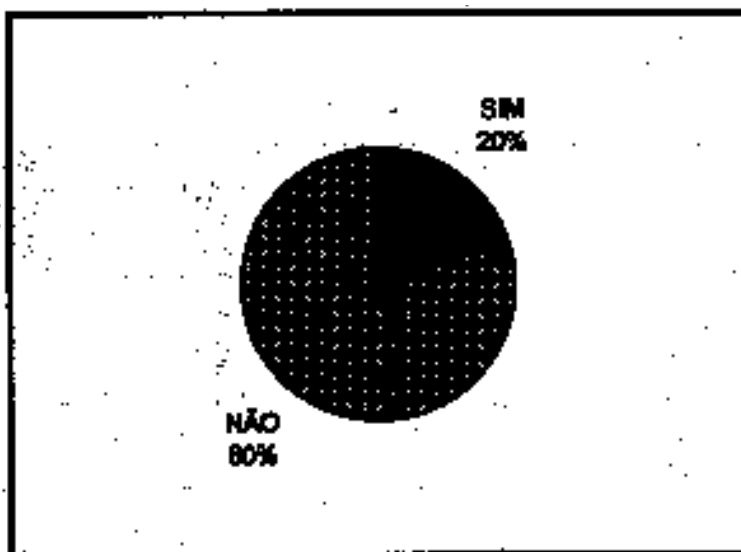
4.2. Apresentação e Análise dos Resultados

De acordo com os objectivos da presente investigação, foram estudadas as hipóteses levantadas para dessa forma dar resposta a tais objectivos. Com esta finalidade, as variáveis que davam forma às hipóteses colocadas, foram trabalhadas estatisticamente para se compreender a sua viabilidade. Serão portanto de seguida apresentados os resultados obtidos, relativos às hipóteses previamente colocadas e apresentadas neste estudo. Estes resultados estão representados sobre forma de quadros e gráficos, para que se possa fazer uma leitura mais clara dos mesmos, tendo também cada qual a interpretação que lhe corresponde, para que se faça uma análise o mais completa possível.

QUADRO 1
Resultados relativos ao DPTS

DPTS	SIM		NÃO	
	Frequência	%	Frequência	%
	6	20,0	24	80,0

GRÁFICO 1



QUADRO 2
Resultados relativos ao DPTS/ADO. ADU.

		ADOLESCENTE		ADULTO	
		Frequência	%	Frequência	%
D P T S	SIM	2	50	4	15,4
	NÃO	2	50	22	84,6
		4	100	26	100

Para que se visualizem melhor os resultados apresentados no Quadro 1, construiu-se o Gráfico 1.

Pode verificar-se através do Quadro 1, que 20% das mulheres da amostra de 30 sujeitos revelaram ter (representado no Quadro pela afirmação *sim*) o DPTS, conclusão a que se chegou pela cotação do auto-questionário de diagnóstico de DPTS.

De acordo com a literatura revista, existem factores que contribuem para a existência do DPTS. Por esta razão, construíram-se hipóteses sobre certas variáveis que possam contribuir

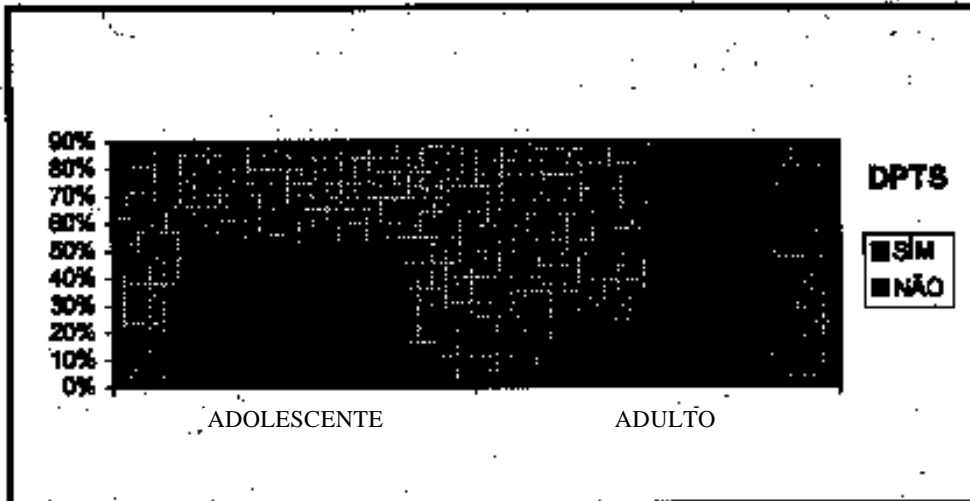
para o aparecimento do DPTS na situação de IVG, cujos resultados são revelados no Quadro 2.

Para que se visualize melhor a informação representada no Quadro 2, construiu-se o Gráfico 2.

Como se pode verificar pelo Quadro 2, referente à *Hipótese 1*, ou seja, de que a idade, mais precisamente o ser adolescente, é um factor de existência do DPTS em mulheres que fizeram uma IVG, 50% das adolescentes revelaram possuir DPTS, enquanto que 90% das mulheres adultas não o possuem.

A probabilidade das adolescentes que realiza-

GRÁFICO 2



QUADRO 3
Resultados relativos ao DPTS/I.T.

		I.T.			
		Menos de 5 anos		Mais de 5 anos	
		Frequência	%	Frequência	%
D P T S	SIM	3	21,4	3	18,8
	NÃO	11	78,6	13	81,2
		14	100	16	100

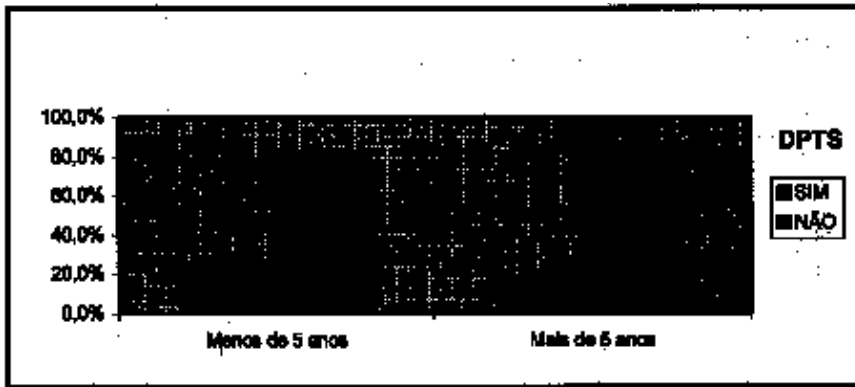
ram uma IVG possuírem DPTS é maior (quatro vezes maior, de acordo com os resultados obtidos) do que o das adultas na mesma situação, pelo que esta hipótese foi confirmada. É de referir no entanto que esta realidade é consistente apenas em relação a esta amostra, na qual existem 4 adolescentes e 26 mulheres adultas. A diferença entre ser adulto e adolescente, na referida situação, é estatisticamente (e não clinicamente) significativa (com um nível de confiança de 95%).

Para que se possa visualizar melhor os valores apresentados no Quadro 3, construiu-se o Gráfico 3.

O Quadro 3 faz referência aos resultados rela-

tivos à *Hipótese 2*, ou seja, de que o *intervalo de tempo (I.T.)*, i.e., o tempo que passou desde o momento em que o aborto foi praticado até ao momento actual (mais especificamente o intervalo de tempo de menos de 5 anos) é um factor de existência do DPTS em mulheres que fizeram uma IVG. Como se pode verificar através deste Quadro, houve 14 mulheres que haviam feito uma IVG à menos de 5 anos e 16 que o fizeram à mais de 5 anos. Das 14 que fizeram à menos de 5 anos, a maioria (78,6%) não possui DPTS, bem como acontece com as que fizeram há mais de 5 anos (81,2%). No primeiro caso apenas 21,4% das mulheres, ou seja, 3 em 30, possuem o DPTS, e no segundo caso também apenas

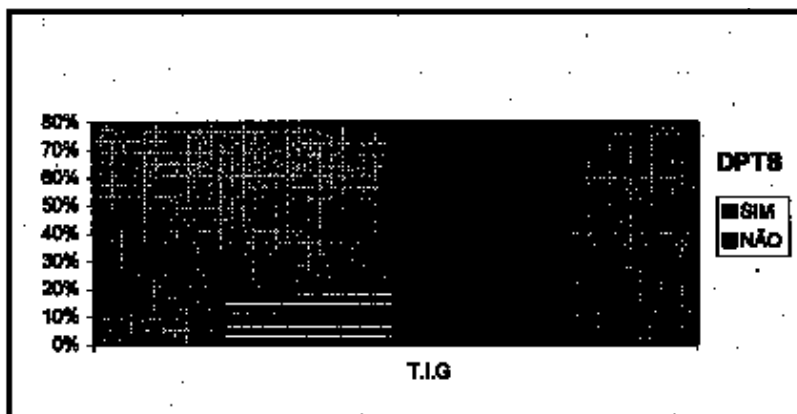
GRÁFICO 3



QUADRO 4
Resultados relativos ao DPTS/T.I.G.

		T.I.G			
		Frequência	%	Média (semanas)	SD
D P T S	SIM	6	20,0	12	3,13
	NÃO	24	80,0	7	2,61

GRÁFICO 4



18,8%, correspondente a 3 pessoas, possuem o DPTS. Em termos estatísticos verificou-se que não houve diferenças significativas quanto a estes dois intervalos de tempo, vindo-se deste modo rejeitada esta hipótese.

Por forma a que se visualizem melhor os valo-

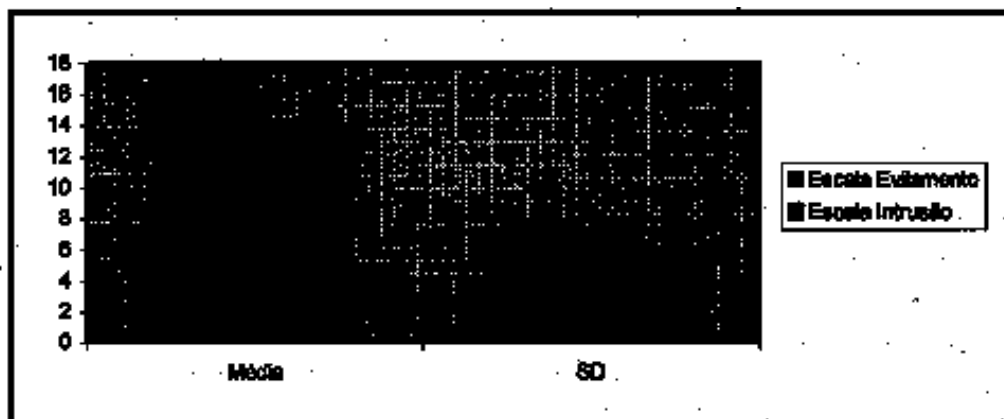
res apresentados no Quadro 4, construiu-se o Gráfico 4.

A última hipótese de investigação do presente estudo estava relacionada com a variável DPTS (possuir ou não possuir) e a variável TIG (tempo com que foi interrompida a gravidez). Esta hipó-

QUADRO 5
Resultados do questionário I.E.S.

	Média	SD
Escala Evitamento	16	6,98
Escala Intrusão	13,7	5,75

GRÁFICO 5



tese referia que *o maior tempo (número de semanas) de gravidez aquando da interrupção, é um factor de existência do DPTS.*

Esta hipótese foi confirmada, pois com uma média de 12 semanas, 6 mulheres num total de 30 (20%) possuem DPTS e com uma média de 7 semanas, a maioria, ou seja, 24 mulheres das 30 (80%) não possuem DPTS. Estatisticamente ficou comprovado que uma gravidez interrompida às 12 semanas é um factor de acentuação do DPTS (com um $P < 0,02$).

Para que se visualizem melhor os valores apresentados no Quadro 5, construiu-se o Gráfico 5.

Por forma a dar resposta ao último objectivo desta investigação, foi analisado o impacto que a situação IVG teve sobre as mulheres que a praticaram. Este objectivo não foi colocado sob forma de hipótese pois a literatura existente não permitia que se construísse uma hipótese específica, mas apenas que se investigasse esta questão. Deste modo, e sendo o questionário I.E.S. construído de acordo com os critérios de DPTS para verificar o impacto da situação através de

uma escala referente a ideias intrusivas e outra referente a ideias de evitamento, fez-se a sua cotação e tratamento para se perceber se alguma destas escalas se salienta em relação à outra, ou se acontecem as duas com uma frequência semelhante.

Concluiu-se que, as ideias de evitamento são mais frequentes em mulheres que fizeram uma IVG, havendo uma diferença estatisticamente significativa entre a frequência com que este tipo de ideias acontece comparativamente às de intrusão (para um valor de $P < 0,0001$).

5. DISCUSSÃO

O *objectivo principal* desta investigação foi o de verificar se existia DPTS em mulheres que tivessem realizado uma IVG.

Este objectivo surgiu após leituras sobre o tema em questão e que permitiram que se criassem interrogações e hipóteses.

Alguns estudos citados por Rue e Speckhard (1992) revelam que o aborto não traz consequên-

cias psicológicas negativas, referindo mesmo o alívio como o principal sintoma pós-aborto (e.g., Adler *et al.*, 1990; David, 1985; Major, Mueller & Hildebrandt, 1985).

No entanto, outros estudos, também citados pelos referidos autores, indicam que o aborto pode ter um duplo papel, funcionando por um lado como um mecanismo de adaptação (coping) e por outro como um stressor psicossocial, capaz de causar DPTS (Barnard, 1990; Rue, 1985, 1986, 1987; Selby, 1990; Speckhard, 1987; Vaughan, 1991).

Rue e Speckhard sugeriram que o conjunto de sintomas, comportamentos e reacções emocionais disfuncionais pós-aborto, fosse intitulado de SPA.

Estes autores, bem como outros, por exemplo Erickson (1993), defendem que o aborto pode ser um acontecimento traumático, incluindo-se nos critérios de DPTS.

Speckhard e Rue (1993), defendem que um indeterminado, mas grande número de mulheres, sofre de SPA, um tipo específico de DPTS, causado por uma experiência de aborto traumática.

O DSM-III-R considera o aborto como um stressor psicossocial, embora ainda não tenha incluído o SPA como categoria de diagnóstico.

Tendo em conta esta relação, feita por alguns autores, do aborto como um acontecimento que pode causar reacções traumáticas, resolveu-se no presente estudo verificar se a condição de DPTS aconteceria na amostra estudada, verificando-se que esta condição era verídica, existe DPTS em alguns sujeitos que fizeram parte da amostra em estudo. Tendo em conta que esta condição só se deu devido a certas circunstâncias ou variáveis que contribuem para a existência deste distúrbio, como a idade, o tempo de interrupção de gravidez e o intervalo de tempo passado entre o momento do aborto e o actual, construíram-se três diferentes hipóteses.

A *primeira* foi a de que a idade (o ser adolescente) é um factor que contribui para a existência do DPTS em mulheres que fizeram uma IVG. Para o levantamento desta hipótese contribuiu a leitura de estudos como o de Adler, 1979; Smith, 1973; Osofsky e Osofsky, 1973; Payne *et al.*, 1976 (citados por Turell *et al.*, 1990), que defendem que as mulheres jovens tendem a experimentar um trauma emocional maior do que as mais velhas.

Também Franz e Reardon (1992), concluíram que as adolescentes ficam mais insatisfeitas com a decisão pelo aborto do que as mulheres adultas. Isto porque os problemas das primeiras são derivados de uma combinação de limitações, tanto a nível do desenvolvimento, como da natureza do aconselhamento e da informação que obtiveram na altura em que realizaram o aborto. A imaturidade e o egocentrismo dos adolescentes influencia a sua decisão pelo aborto, decisão que mais tarde os faz sofrer, quando se deparam com as consequências não antes reflectidas do acto que realizaram.

Loader (1995) também é de opinião de que a idade é um factor que vai influenciar a forma como a mulher vai lidar com a situação, pois os dilemas da adolescência são diferentes dos de uma mulher madura. O aborto pode arrastar diferentes conflitos inconscientes, dependendo da fase da vida em que a mulher se encontra.

Na presente investigação foi confirmada a hipótese de que a adolescência é um factor de acentuação do DPTS.

Uma *outra hipótese* de estudo era a de que o tempo (em semanas) de gravidez no momento da interrupção é também um factor que contribui para a existência do DPTS, pelo que no final do primeiro trimestre (12 semanas) este distúrbio pode existir.

Vários estudos revelam, neste sentido, que quanto mais tarde se faz o aborto, maior é a possibilidade de ocorrer um trauma inerente a esse procedimento. Adler, 1979 e McDonnell, 1984, (citados por Turell *et al.*, 1990), descobriram que as mulheres que abortam no segundo trimestre sentem mais mágoa. Isto até porque no segundo trimestre, já se sentiram muitas vezes os movimentos fetais.

Também Clare e Tirell (1994), são da mesma opinião, ou seja, de que um aborto realizado no primeiro trimestre não traz normalmente consequências negativas a nível psicológico, ao contrário do que pode acontecer com um aborto mais tardio.

Esta segunda hipótese de estudo foi também confirmada, pois com uma média de 12 semanas de gravidez as mulheres que fizeram uma IVG revelaram ter o DPTS, e com uma média de 7 semanas isso não aconteceu. Esta hipótese confirma-se tendo em conta que 12 semanas é o período

do fronteira com o segundo trimestre de gravidez.

A *terceira hipótese* desta investigação, era a de que o intervalo de tempo, isto é, o tempo que passou (em anos) desde que foi interrompida a gravidez até ao momento actual, seria um factor que contribui para a existência do DPTS, tendo-se estipulado o prazo de menos de cinco anos.

A literatura revista apontava estudos que iam em dois sentidos: um revelando que após um mês desde que foi feita a interrupção podem aparecer sintomas negativos relativos a essa situação, e outro indicando que os sintomas podem estar recalcados durante muito tempo, só se manifestando muitos anos depois do acontecimento.

Speckhard (citada por Erickson, 1993), documentou efeitos adversos de longo termo numa amostra de mulheres em situação pós-aborto e Barnard (1990), apresentou informação relativa a sintomas pós-traumáticos 3 a 5 anos após o aborto.

Scandiffio (1987) defende que o síndrome pós-traumático de aborto pode aparecer apenas 7 ou 8 anos após o aborto, pois a perturbação que daí deriva pode ter estado recalcada durante muito tempo.

Wortman e Silver (citados por Russo & Zierk, 1992), defendem que as mulheres que não revelam respostas negativas severas entre um mês a um ano após o aborto, é pouco provável que o venham a fazer mais tarde, pelo menos de forma significativa.

Os resultados deste estudo indicaram que não houve diferenças entre o prazo de menos de 5 anos e de mais de 5 anos, ou seja, não se confirmou a hipótese de que as mulheres que haviam interrompido a sua gravidez há menos de 5 anos tinham DPTS e as que o haviam feito há mais de 5 anos não. Os dados revelam que ter feito à menos de 5 ou mais de 5 anos, não tem influência no diagnóstico de DPTS.

Relativamente ao *objectivo* de saber como seria o impacto que o acontecimento IVG teria nas mulheres que o experienciaram, em termos de pensamentos intrusivos e de evitamento, os resultados obtidos pelo tratamento do questionário I.E.S., revelaram que a componente de evitamento foi superior comparativamente à de intrusão, pelo que o impacto da IVG se fez sentir nas mulheres avaliadas, mais através do evitamento do que da intrusão. O evitamento da situação, atra-

vés de pensamentos, ideias e atitudes é o mecanismo de defesa que as mulheres que fizeram uma IVG utilizam como forma de se adaptarem a essa situação. Este objectivo não foi colocado em forma de hipótese por não haver literatura suficiente que relacionasse directamente estas componentes de intrusão e evitamento à questão do aborto. Por esta razão, explorou-se apenas este conteúdo para perceber como seria o seu resultado relacionado com o aborto.

De acordo com a literatura, uma das características que prevalece nos acontecimentos traumáticos que podem dar origem ao DPTS, é a evidência de memórias traumáticas do acontecimento.

De acordo com Pennebaker e Harber (1992), as vítimas de acontecimentos traumáticos experienciam repetidas e espontâneas recordações do acontecimento. Normalmente designadas de pensamentos intrusivos ou compulsivos, estas recordações ou memórias são a assinatura sintomática do DPTS. O mecanismo de defesa utilizado por essas pessoas é o evitamento. Elas evitam falar sobre o que se passou com elas e dos sentimentos a isso associados. A inibição destas lembranças pode por um lado aliviar o stress, embora possa por outro lado provocar a doença física.

Horowitz (citado por Williams, Joseph & Yule, 1994), defende que nas reacções ao stress estão envolvidas fases de evitamento e de intrusão, durante as quais o indivíduo experiencia pensamentos intrusivos acerca do acontecimento stressor, alternando com pensamentos de evitamento, que aparecem porque as emoções acerca do acontecimento são provocadoras de demasiado sofrimento e excitação. Esta alternância entre pensar o acontecimento e evitar fazê-lo, é um mecanismo de ajustamento às situações adversas.

Cremer *et al.* (citado por Williams *et al.*, 1994), revelaram que no desenvolvimento do DPTS, o evitamento é precedido pela intrusão, sendo uma resposta adaptativa de redução de ansiedade em situações de intrusão do trauma. Defendem ainda que a intrusão é mais sintomática da exposição ao trauma e o evitamento uma medida de adaptação à situação.

O ciclo de intrusão-evitamento, segundo Speckhard e Rue (1992), é um dos componentes centrais do DPTS, e por consequência do SPA.

Van der Kolk, 1987, (citado por Speckhard & Rue), explica a resposta ao trauma psicológico, como um processo libertador e de evitamento, com fases alternantes de reacções intrusivas e outras de evitamento. A componente central do SPA crónico é a capacidade que a mulher tem de reprimir e negar, usando comportamentos de evitamento como modos de defesa face às recordações intrusivas relativas ao aborto.

De acordo com os resultados do presente estudo, no caso das mulheres que realizaram um aborto, não houve alternância entre a utilização de tipo de pensamentos intrusivos e de evitamento, estas componentes não estavam presentes da mesma forma, havendo uma diferença significativa entre a frequência de aparecimento de uma e de outra, salientando-se a de evitamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreassen, N. (1985). Posttraumatic stress disorder. In H. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4.^a ed., pp. 918-924). Baltimore, London: Williams & Wilkins.
- Ann (1996). *Recognizing post abortion syndrome online*. Available: [http:// www. abort./ psych./ ohio right to life. htm](http://www.abort./psych./ohio right to life. htm).
- Associação Psiquiátrica Americana (1989). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais*, 3.^a ed., rev (DSM III-R). São Paulo: Manole.
- Associação Psiquiátrica Americana (1996). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais – versão internacional com códigos CID-10*, 4.^a ed. (DSM-IV). Lisboa: Climepsi.
- Atwood, M. (1996). *Post-abortion syndrome*. [Http://www.abort./consequ./PAS.htm](http://www.abort./consequ./PAS.htm).
- Barnard, C. A. (1990). *The long term psychosocial effects of abortion*. Portsmouth, N. H.: Institute for Pregnancy Loss.
- Barroso, C. (1983). Aborto. In C. Barroso, & C. Bruschini (Eds.), *Sexo e juventude: Um programa educacional*. São Paulo: Brasiliense, S.A.
- Clare, A. W., & Tyrell, J. (1994). Psychiatric aspects of abortion. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 11, 92-98.
- David, H. (1996). The myth of post-abortion trauma. In R. Porter, & M. O'Connor (Eds.), *Abortion: Medical progress and social implications*. *Cyba Symposium*, 45, 150-161.
- Erickson, C. R. (1993). Abortion trauma: Application of a conflict model. *Pre and Perinatal Journal*, 8, 33-42.
- Franz, W., & Reardon, D. (1992). Differential impact of abortion on adolescents and adults. *Adolescence*, 27, 161-172.
- Harber, D. K., & Pennebaker, W. J. (1992). Overcoming traumatic memories. In S. A. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory – Research and theory*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Jamieson, L. J., & Stein, H. M. (1986). The most stressful events in women's lives. *The Oregonian*, 28 Dec, 5-10.
- Loader, B. (1995). Unplanned pregnancies and abortion counselling: Some thoughts on unconscious motivations. *Psychodynamic Counselling*, 1, 363-376.
- Ney, G. P., & Wickett, A. R. (1989). Mental health and abortion. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 14, 506-516.
- Ney, G. P., Fung, T., Wickett, A. R., & Beaman, D. C. (1994). The effects of pregnancy loss on women's health. *Social Science and Medicine*, 38, 1193-1200.
- Russo, N. F., & Zierk, K. L. (1992). Abortion, child-bearing and women's well-being. *Professional Psychology Research and Practice*, 23, 269-280.
- Senay, C. E. (1974). The psychology of abortion. In S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry - The foundation of psychiatry* (Vol. 1, chap. 26). New York: Basic Books, Inc.
- Speckard, A. (1987). *Psycho-social stress following abortion*. Kansas City, Missouri: Sheed and Ward.
- Speckard, A., & Rue, V. (1992). Post-abortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48, 95-119.
- Speckard, A., & Rue, V. (1993). Complicated mourning: Dynamics of impacted post abortion grief. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 8, 5-32.
- Turell, C. S., Armsworth, W. M., & Gaa, P. J. (1990). Emotional response to abortion: A critical review of the literature. CD-ROM. *Women and Therapy*, 9, 49-68. Abstract from Silver Plater File: Psyclit item: 1/90-9/96.
- Williams, M. R., Joseph, S., & Yule, W. (1994). The role of avoidance in coping with disasters: A study of the capsid of the «Herald of Free Enterprise». *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1, 87-94.

RESUMO

O estudo apresentado neste artigo pretendeu averiguar da existência do Distúrbio Pós-Traumático de Stress (DPTS) em mulheres que tivessem realizado uma Interrupção Voluntária de Gravidez, tendo em conta que certas condições contribuem para a existência deste distúrbio.

De acordo com as hipóteses de investigação erigidas a partir de uma extensa revisão de literatura, verificou-se que de um modo geral, das 30 mulheres da amostra, 6, ou seja, 20%, possuíam o referido distúrbio. Descobriu-se também que o ser adolescente é um factor que contribui para a existência deste distúrbio,

bem como o número de semanas que tinha a gravidez no momento da sua interrupção, que quanto maior, a partir do 2.º trimestre, mais perigoso se revela. Demonstrou-se ainda que as mulheres na referida situação, ou seja, após a realização de um aborto, utilizam como mecanismo de defesa comportamentos essencialmente de evitamento, para evitar a intrusão de memórias traumáticas do acontecimento.

Palavras-chave: Aborto, stress, trauma.

ABSTRACT

The study presented in this article intended to find out if the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) existed in a sample of women who had experienced a

situation of abortion, knowing that certain conditions contribute to the existence of such a disorder.

In compliance with the hypothesis that was raised from an extensive literature review, we verified that from a total of 30 women, 6 of them, 20%, had the PTSD. We also discovered that being an adolescent was a factor that contributed to the existence of the disorder. The number of weeks of the pregnancy by the time it was terminated was also important, becoming increasingly dangerous after the second trimester. It was also demonstrated that the women in the referred situation, having had an abortion, made more use of an avoidance mechanism of defense, trying to avoid the traumatic memories of the event.

Key words: Abortion, stress, trauma.