DEBORA CRISTINA NOZZELLA BORDINI

**Desesperança e depressão em mulheres com
diagnóstico de abortamento.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientadora: Profa. Dra. Glaucia Rosana Guerra
Benute

São Paulo
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Bordini, Debora Cristina Nozzella
Desesperança e depressão em mulheres com
diagnóstico de abortamento / Debora Cristina
Nozzella Bordini. -- São Paulo, 2017.
Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Obstetrícia e Ginecologia.
Orientador: Glaucia Rosana Guerra Benute.

Descritores: 1.Aborto espontâneo 2.Aborto
provocado 3.Depressão 4.Desesperança 5.Suicídio
6.Saúde mental

USP/FM/DBD-471/17

DEDICATÓRIA

Aos meus pais **Sirle e José**, por me ensinarem desde cedo a lutar contra as dificuldades, sendo meu porto seguro e meu maior exemplo de devoção.

Aos meus **irmãos**, pelo incentivo e apoio, independente da distancia que a vida nos impôs, sendo meu maior exemplo de companheirismo e união.

Ao meu marido **Thiago** por todo carinho e paciência neste trajeto, por me inspirar a ser sempre uma pessoa melhor, sendo meu maior exemplo de perseverança, força e coragem.

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Rossana Puccinelle Francisco** pela oportunidade científica concedida e constante incentivo às pesquisas.

Ao **Prof. Marcelo Zugaib**, Professor Titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP, pela oportunidade e apoio concedidos.

À **Profa. Dra. Gláucia Rosana Guerra Benute**, pelo acolhimento em tantas etapas da minha vida profissional, desde a minha entrada no Hospital das Clínicas como Psicóloga Voluntária em Pesquisa, até o momento como minha orientadora de mestrado. Pela atenção e empenho constantes e ensinamentos compartilhados. Minha eterna gratidão e admiração.

À **Profa. Dra. Roseli Mieko Yamamoto Nomura**, pela disponibilidade, confiança e acolhimento.

À **Profa. Dra. Maria de Lourdes Brizot** pelo exemplo profissional, acolhimento desde o início de meus trabalhos em pesquisa, pela sabedoria acadêmica compartilhada, pelas contribuições no exame de qualificação e disponibilidade constante.

Aos **Prof. Dr. Mário Henrique Burlacchini de Carvalho** e **Dra. Edna Maria Severino Peters Kahhale**, pela disponibilidade e valiosas contribuições no exame de qualificação.

À **FAPESP**, pela concessão de bolsa de mestrado (Processo nº 2014/ 25362-5) e pelas muitas contribuições que enriqueceram este trabalho.

À **Lucinda Cristina Pereira**, secretária do Programa de Pós-Graduação em Obstetrícia e Ginecologia, pelo constante apoio e acolhimento diante de dúvidas e angústias sempre disposta a ajudar e contribuir.

Às colegas da Pós-Graduação **Mariana Gonçalves Rebello**, **Fabiana Chaves da Silva** e **Solimar Ferrari** pelas inquietações e aprendizados compartilhados.

À **todos os profissionais da Divisão de Clínica Obstétrica** por todo apoio, auxílio e contribuições compartilhadas.

Aos meus **famíliares**, que apesar da distância, sempre se fizeram presentes através de mensagens de incentivos, reflexões apoio, sendo exemplos a serem seguidos. Cada um, a sua forma, contribuiu para que este trabalho fosse construído.

Ao meu marido **Thiago Nozzella Bordini**, com o qual escolhi compartilhar a vida, pelo seu amor e incentivo, por estar sempre disposto a ajudar, por tolerar minhas angustias e medos sempre me incentivando a crescer e nunca desistir diante dos desafios. Meu eterno amor e admiração.

Às **mulheres** que participaram desta pesquisa, sem as quais nada disso seria possível, por me ajudarem a compreender sua vivência e ser uma profissional melhor, pelo compartilhamento de suas experiências e angustias possibilitando a realização deste estudo.

Normatização adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3 a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Siglas
Lista de Tabelas
Lista de Figuras

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVOS.....	04
2.1 Primeira Fase.....	05
2.2 Segunda Fase.....	05
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	06
3.1 Os Múltiplos aspectos do abortamento.....	07
3.1.1 Definição, etiologia e epidemiologia do abortamento.....	07
3.1.1.1 Abortamento Espontâneo.....	07
3.1.1.2 Abortamento Provocado.....	08
3.1.2 Aspectos emocionais associados ao abortamento.....	12
3.1.2.1 Maternidade e emoções associadas neste processo.....	12
3.1.2.2 Aspectos emocionais associados com a vivência do abortamento espontâneo.....	14
3.1.2.3 Aspectos emocionais associados à vivência do abortamento provocado.....	17
3.2 Depressão Maior.....	19
3.2.1 Definição e incidência no período gestacional.....	19
3.2.2 Incidência de Depressão Maior e abortamento espontâneo.....	22
3.2.3 Incidência de Depressão Maior e abortamento provocado.....	26
3.3 Desesperança.....	29
3.3.1 Definição e associação com risco de suicídio.....	29
4 MÉTODOS.....	36
4.1 Aprovação Ética.....	37
4.2 Local do Estudo	37
4.3 Período do Estudo	37
4.4 População.....	37
4.4.1 Primeira Fase.....	37
4.4.2 Segunda Fase.....	38
4.5 Instrumentos.....	39
4.5.1 Primeira Fase.....	39
4.5.2 Segunda Fase.....	41
4.6 Procedimentos.....	42
4.6.1 Primeira Fase.....	42
4.6.2 Segunda Fase.....	42
4.7 Análise de dados.....	43
4.7.1 Primeira Fase.....	43
4.7.2 Segunda Fase.....	44
5 RESULTADOS.....	45
5.1 Análise Quantitativa	46
5.1.1 Primeira Fase.....	46
5.1.2 Segunda Fase.....	60
5.2 Análise Qualitativa.....	63
6 DISCUSSÃO.....	66
6.1 Primeira Fase.....	67
6.1.1 Variáveis Sociodemográficas e Obstétricas.....	67

6.1.2 Variáveis Emocionais.....	68
6.1.3 Depressão.....	71
6.2 Segunda Fase.....	73
6.2.1 Análise Descritiva.....	73
6.2.2 Análise Qualitativa dos Discursos.....	76
6.2.2.1 Categoria “O impacto emocional do Abortamento”.....	76
6.2.2.2 Categoria “Laços Sociais”.....	77
6.2.2.3 Categoria “Vivendo com a culpa”.....	79
6.2.2.4 Categoria “Retomada da Parentalidade”.....	80
7 CONCLUSÃO.....	82
8 ANEXOS.....	84
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95

LISTAS

LISTA DE SIGLAS

ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
BDI	Beck Depression Inventory
BHS	Beck Hopelessness Scale
CAPPEsq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª ed revisada)
DP	Desvio Padrão
EPDS	Edinburgh Post Natal Depression Scale
GHQ-12	General Health Questionnaire
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IC	Intervalo de confiança
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PGS	Perinatal Grief Scale
PHQ-9	Patients Health Questionary
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PRIME- MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Screening Questionnaire for depressive Symptoms
RN	Rio Grande do Norte (Brasil)
RR	Risco relativo
SD	Standard Deviation (Desvio Padrão)
SP	São Paulo (Brasil)
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Crítérios para diagnóstico do episódio depressivo maior.....	19
Tabela 2-	Distribuição dos dados de acordo com tipo de abortamento e dados sociodemográficos, religiosidade e aspectos obstétricos em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.....	47
Tabela 3-	Distribuição dos dados de acordo com dados obstétricos e histórico reprodutivo em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.....	48
Tabela 4-	Distribuição dos dados de acordo com nível de desesperança e natureza do abortamento.....	49
Tabela 5-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e dados sociodemográficos, religiosidade e aspectos obstétricos em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.....	50
Tabela 6-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e dados obstétricos e histórico reprodutivo em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.....	52
Tabela 7-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e reação à descoberta da gestação, suporte social no momento da descoberta da gestação, em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.....	54
Tabela 8-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e sentimentos durante a gravidez; culpa e merecimento de castigo em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.....	55
Tabela 9-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e fatores que influenciaram na decisão sobre a realização do abortamento e motivos que levaram ao abortamento.....	56
Tabela 10-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e violência física, sexual e/ou emocional em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.....	57
Tabela 11-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre nível de desesperança e o diagnóstico de Depressão Maior em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.....	58
Tabela 12-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre nível de desesperança e a sintomatologia depressiva em	59

	mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.....	
Tabela 13-	Distribuição dos dados de acordo com os aspectos sociodemográficos em mulheres que sofreram abortamento espontâneo.....	60
Tabela 14-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre nível de desesperança e o diagnóstico de Depressão Maior em mulheres que sofreram abortamento espontâneo.....	61
Tabela 15-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre nível de desesperança e o diagnóstico de Depressão Maior em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.....	61
Tabela 16-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre diagnóstico de Depressão maior em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado nas duas fases do estudo.....	62
Tabela 17-	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre nível de desesperança em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado nas duas fases do estudo.....	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	A legislação do abortamento provocado nas diferentes regiões do mundo.	10
Figura 2	Fluxograma das entrevistas da segunda fase da pesquisa	39

RESUMO

Bordini DCN. Desesperança e depressão em mulheres com diagnóstico de abortamento [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

Introdução: A desesperança encontra-se amplamente associada com depressão maior e risco de suicídio. O suicídio, por sua vez, é um problema de saúde pública que está associado a uma diversidade de fatores e contextos econômicos, sociais e emocionais. No Brasil, a ocorrência de suicídio parece se relacionar diretamente com situações de perda, frustrações e sofrimento emocional, como a situação de abortamento na vida da mulher. **Objetivos:** este estudo tem como objetivos identificar desesperança em mulheres que viveram/provocaram abortamento; avaliar depressão maior; verificar a associação entre ocorrência de abortamento espontâneo ou provocado e depressão e desesperança. **Método:** este estudo foi composto por duas fases. Na primeira fase, foi verificado o prontuário de 162 mulheres que tiveram diagnóstico de abortamento e participaram do projeto anterior “Culpa, ansiedade e depressão na vivência do abortamento provocado”, sendo que, destas 144 tinham vivido abortamento espontâneo e 18, abortamentos provocados. Nessa fase foram analisadas entrevista semidirigida; *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) e Escala de Desesperança de Beck (BHS). Após uma média de tempo de 95,75 meses da ocorrência do abortamento, foi realizado contato telefônico com as 162 mulheres, visando convidá-las a participar da segunda fase; 12 mulheres aceitaram retornar. Foram aplicados os seguintes instrumentos: entrevista semidirigida, o PRIME-MD e BHS. Foi realizada análise quantitativa e qualitativa dos dados, os quais foram analisados pela técnica de análise temática e posteriormente foi utilizado o programa IBM SPSS *Statistics Standard Edition*. O nível de significância utilizado foi $p < 0,05$. Também foi realizada análise qualitativa dos discursos das mulheres que compareceram na segunda fase deste estudo. **Resultados:** constatou-se que 14,6%(n=21) das mulheres que sofreram abortamento espontâneo apresentaram alto nível de desesperança (índice $\leq$ 9) e 30,6%(n=44) apresentaram diagnóstico de depressão maior. Desta forma, foi observada associação significativa entre alto nível de desesperança e diagnóstico depressivo em mulheres com abortamento

espontâneo ($p=0,03$). Entre as mulheres que relataram abortamento provocado, constatou-se que 27,8% ($n=5$) apresentaram altos índices de desesperança e 55,6% ($n=10$) foram diagnosticadas com depressão maior. Ao associar as duas variáveis, não foi encontrada significância estatística ($p=0,9$). Os resultados da segunda fase revelaram que 2 mulheres encontravam-se com alta desesperança, sendo que uma referiu abortamento espontâneo e a outra, provocado, ambas também tinham diagnóstico de depressão maior. **Conclusão:** foi constatado alto nível de sofrimento emocional e de desesperança associado com a situação do abortamento independente de sua natureza, se espontânea ou provocada. Foi observada associação estatística significativa entre depressão e desesperança entre as mulheres que vivenciaram abortamento espontâneo. Nas avaliações da segunda fase, constatou-se que o sofrimento de algumas mulheres permanecia atual, independente do tempo decorrido ou do tipo do abortamento.

Descritores: aborto espontâneo; aborto provocado; depressão; desesperança; suicídio; saúde mental.

ABSTRACT

Bordini DCN. Hopelessness and depression in women with abortion diagnosis. [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2017.

Introduction: Hopelessness is widely associated with Major Depression and suicide risk. The suicide, on the other hand, is a public health problem that may be associated with economic, social and emotional factors. In Brazil, the occurrence of suicide seems to be directly related to situations involving loss, frustrations and emotional distress, such as the abortion situation in woman's life.

Objectives: This study aims to identify hopelessness in women who have received abortions or miscarriage diagnosis; to evaluate major depression; to verify the association between miscarriage, abortion; depression and hopelessness. **Method:** This study was composed of two phases. In the first

phase, it was verified the medical records of 162 women who had a diagnosis of abortion and participated in the previous Project "Guilt, anxiety and depression in the experience of induced abortion". Of these, 144 had a miscarriage and 18 had a induced abortion. For this phase, a semidiriged interview; Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) and Beck's Hopelessness Scale (BHS) was analyzed. In the second phase, after an average time of 95,75 months from the abortion, a telephone call was made to the 162 women in order to invite them to participate at this time; twelve women agreed to return to the second phase of this study. The following instruments were applied: semi-directed interview, PRIME-MS and BHS. Quantitative and qualitative analysis was performed. The data were analyzed by the thematic analysis technique and later using the IBM SPSS *Statistics Standard Edition*. The significance level was $p < 0,05$. A qualitative analysis of the discourses of the women who attended the second phase was also performed. **Results:** It was found that 14,6% ($n=21$) of the women who suffered miscarriage had a high level of hopelessness (index ≤ 9) and 30,6% ($n=44$) presented a diagnosis of major depression. Statistical significance was observed between high level of hopelessness and depressive diagnosis in women with miscarriage ($p=0,03$). Among women reporting induced abortion, 27,8% ($n=5$) had high rates of hopelessness and 55,6% ($n=10$) were diagnosed with major depression. When the two variables were associated, no

statistical significance was found ($p=0,9$). The results of the second phase revealed that 2 women presented a high level of hopelessness, 1 that reported miscarriage and 1 that reported induced abortion. Both had a diagnosis of Major Depression. **Conclusion:** It was observed a high level of emotional distress associated with the abortion experience regardless of its natures, whether spontaneous or induced. There were There were high rates of hopelessness among women who experienced abortion, whether spontaneous or induced; and a statistically significant association was found between depression and hopelessness among women who experienced spontaneous abortion. In the evaluations of the second phase it was found that the suffering of some women remained current, regardless of the time elapsed or the type of abortion.

Descriptors: abortion, spontaneous; abortion, induced; depression; hopelessness; suicide; mental health.

1.INTRODUÇÃO

O abortamento é considerado uma questão de saúde pública importante devido a sua ampla ocorrência no Brasil, independentemente de sua natureza, quer espontânea, quer provocada. Considerando que o abortamento envolve riscos físicos - decorrente dos altos índices de mortalidade - e emocionais, como reações de luto, sensação de colo vazio, tristeza, estresse, culpa, vergonha, desamparo e medo, o estudo dessa condição e sua repercussão na mulher que a vivencia torna-se ainda de maior importância.

Um aspecto ainda não estudado na população de mulheres que sofrem abortamento é a presença de desesperança, constructo caracterizado por Beck em 1974 como um conjunto de compreensões e expectativas negativas perante a si mesmo e ao futuro, ou pessimismo. A desesperança é descrita na literatura como fator de risco para ideação e comportamentos suicidas, principalmente quando associada com depressão¹.

Diversos são os sentimentos despertados na situação de abortamento. Savage (1995)² descreve, dentre eles, o desejo de juntar-se ao bebê por meio da morte, o que, simbolicamente possibilitaria que a mulher cumprisse com a função materna². No entanto, a literatura ainda é inespecífica no que diz respeito aos índices de ideação e comportamento suicida em mulheres que viveram abortamento espontâneo ou provocado.

Alguns estudos apontam aumento de ideações e comportamento suicida após abortamento³, e associam pensamento e vivência de abortamento anterior com ideações suicidas em gestação atual e no pós-parto^{4,5,6}. Steinberg et al. (2011)⁷, apontaram ideação suicida em gestantes associada a variáveis como histórico anterior de desordem mental e vivência de abuso sexual, no entanto, enfatiza que vivência de abortamento anterior não esteve associado diretamente com risco de suicídio.

A ausência de concordância entre os estudos referentes ao risco de suicídio em mulheres que passam por processos de abortamento, e a ausência de estudos que avaliem especificamente desesperança em mulheres após abortamento - tanto espontâneo como provocado - justificam a natureza deste estudo que tem como foco avaliar desesperança e depressão em mulheres que

sofreram abortamento espontâneo e provocado, e associar desesperança com variáveis sociodemográficas, dessa forma, contribuindo para o aprimoramento da assistência em saúde a essas mulheres.

2. OBJETIVOS

O presente estudo, envolvendo mulheres que tiveram abortamento espontâneo ou provocado, teve como objetivos:

2.1 Primeira Fase

- Identificar a presença de desesperança imediatamente após vivência de abortamento;
- Avaliar presença de depressão na mulher;
- Verificar a associação entre presença de desesperança e depressão;
- Verificar associação de desesperança com variáveis sociodemográficas da população;

2.2 Segunda Fase

- Identificar, após a ocorrência do abortamento, os sentimentos auto relatados despertados com essa vivência;
- Avaliar presença de depressão e desesperança nas mulheres que vivenciaram abortamento;
- Descrever a presença de depressão e desesperança nas mulheres que participaram das duas fases do estudo.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 MÚLTIPLOS ASPECTOS DO ABORTAMENTO

Neste capítulo será realizada revisão da literatura científica quanto aos aspectos: definição, etiologia e epidemiologia do abortamento. Serão abordados abortamento espontâneo e provocado, separadamente. Posteriormente, será realizada reflexão sobre os aspectos emocionais do abortamento espontâneo e provocado.

3.1.1- Definição, etiologia e epidemiologia do abortamento

3.1.1.1 Abortamento Espontâneo

O abortamento é caracterizado pela interrupção da gravidez, tendo como resultado um conceito incompatível com a vida, com peso inferior a 500g e idade gestacional de 20 a 22 semanas⁸. Na ocorrência de um abortamento espontâneo, uma sintomatologia frequentemente associada é o sangramento vaginal acompanhado de fortes dores abdominais⁹. As causas do abortamento espontâneo são variadas e muitas vezes não podem ser determinadas com precisão¹⁰⁻¹⁴.

Os índices de abortamento espontâneo podem variar entre os estudos de acordo com a metodologia utilizada e a população estudada, no entanto, estima-se que, anualmente, cerca de 10 a 15% das gestações resultam em abortamento espontâneo⁸.

Em estudo prospectivo realizado por Louis et al. (2016)¹⁴, os autores avaliaram 344 mulheres que geraram feto único com objetivo de estimar a incidência de perda gestacional e fatores associados à perda. Os autores constataram a prevalência de 28% (n=98) de perdas gestacionais espontâneas. Destacaram que se encontram associados às perdas gestacionais: hábitos preconcepção como uso de vitaminas (RR 0.45, 95% IC 0.25-0.80) e consumo de cafeína (RR 1.74, 95% IC 1.07-2.81).

Pesquisa realizada por McPherson (2016)¹⁵, desenvolvida por meio do banco de dados dos Estados Unidos *Wisconsin Stillbirth Service Program*, objetivou estabelecer a recorrência de natimortos e perdas espontâneas no terceiro trimestre. Foram incluídas, no estudo, 3003 mulheres. A autora aponta incidência de 3,95% de mulheres que haviam passado por abortamento espontâneo anteriormente, o que correspondia a 142 que tinham perdido seus filhos em gestações anteriores e estavam em maior risco para abortamentos na gestação atual¹⁵.

Não existem dados atualizados que mostrem as taxas de abortamento considerando as diferentes regiões territoriais do Brasil. Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996¹⁶ apontam que, de forma geral, 14% das mulheres no Brasil já haviam passado por ao menos um episódio de abortamento espontâneo nos últimos cinco anos. Na mesma pesquisa, dados coletados apontam que a maior incidência de abortamentos espontâneos encontrada foi na região Nordeste- de 16%- e a menor incidência foi de 11,5% na região Sul. Especificamente, no estado de São Paulo, foi encontrada prevalência de 13,7% de mulheres que relataram ocorrência de abortamento espontâneo.

3.1.1.2 Abortamento provocado

Caracteriza-se como abortamento provocado um ato voluntário com intenção de interromper uma gestação. Pode ser realizado de forma segura, em ambientes adequados por profissionais treinados; ou insegura, em ambientes irregulares, não regulamentados, sem condições de higiene adequadas e realizado por pessoas não habilitadas^{17,18}. Normalmente, as condições para a realização do abortamento provocado relacionam-se à permissividade ou não da legislação vigente no país.

Estima-se que um total de 22 milhões de abortamentos inseguros são realizados por ano em todo o mundo, sendo 98% destes em países em

desenvolvimento, como o Brasil. Cerca de 47 mil mulheres morrem por ano por complicações relacionadas ao abortamento inseguro e 5 milhões sofrem com sequelas físicas ou mentais derivadas de um abortamento inseguro¹⁸.

Dados da OMS (2015)¹⁹ apontam que 830 mulheres morrem por dia devido a complicações relacionadas à gestação, sendo que 99% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento, devido à grande desigualdade social e deficiências no acesso à saúde pré-natal. O abortamento inseguro figura como causa de 8 a 18% de todas as mortes maternas ocorridas no mundo^{20,21}.

A OMS^{18,19} destaca que as mortes derivadas do abortamento inseguro poderiam ser evitadas por meio do acesso universal à contracepção, ao planejamento familiar adequado, à educação sexual, e à melhora na assistência em saúde no pós-abortamento.

Na maioria dos países desenvolvidos, o abortamento é legalizado, o que confere a possibilidade de realização, a partir da solicitação da mulher, em condições seguras, dentro de serviços de saúde. Nos países onde a legislação é restritiva, o acesso ao abortamento seguro é limitado, aumentando a vulnerabilidade das mulheres com menor poder aquisitivo, já que se encontram mais propensas a buscar um abortamento inseguro e, portanto, mais expostas aos riscos de mortes e sequelas relacionados ao abortamento inseguro, gerando *“responsabilidade social e financeira para o sistema de saúde pública”*¹⁸.

A legislação restritiva não está diretamente associada à menor ocorrência do abortamento, mas sim à maior quantidade de abortamentos inseguros²⁰. Em estudo realizado, em 2015, por *Alan Guttmacher Institute*²⁰ com objetivo de avaliar e comparar a estimativa de abortamentos provocados em países com legislação restritiva e liberal, constatou-se elevados índices de abortamentos inseguros em mulheres em idade fértil na África (29 por 1000 mulheres) e na América Latina (32 por 1000 mulheres), locais onde o abortamento provocado é ilegal na maior parte dos casos e regiões dos países, e índices menores na Europa Ocidental (12 por 1000 mulheres), onde o abortamento é amplamente legalizado.

No mapa elaborado pelo *Center for Reproductive Rights* (figura 1)²², é possível observar as condições de legalização do abortamento provocado globalmente. Constatase que as áreas em vermelho no mapa (I), como o Brasil, mantêm leis bastante restritivas em relação à prática do abortamento, sendo permitido apenas para preservar a vida da mulher, enquanto nas áreas indicadas pela cor laranja (II), como Argentina e Nigéria, o abortamento é legalizado para preservação da saúde da mulher, sendo que saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Em países como a Índia, e o Japão (áreas em amarelo- III), o abortamento pode ser realizado por motivos socioeconômicos e na área verde do mapa (IV), representada por regiões como Estados Unidos e Austrália, o abortamento é amplamente permitido, desde que observada a idade gestacional limite para sua realização de 12 semanas. O *Center for Reproductive Rights*²² destaca que, mesmo em países onde as leis para o abortamento são menos restritivas, é preciso assegurar que a mulher tenha acesso a um abortamento seguro por meio de um serviço de saúde adequado e financeiramente acessível.

Fonte: <http://worldabortionlaws.com/map/>

Figura 1: A legislação do abortamento provocado nas diferentes regiões do mundo.

No Brasil o abortamento provocado é considerado crime, segundo o Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, nos artigos 124, 125, 126 e 127 do Código Penal²³, sendo considerado excludente de ilicitude apenas quando não há outro meio de salvar a vida da mãe, ou quando é fruto de estupro, segundo o artigo 128²³. No caso da mulher que é vítima de estupro, o abortamento depende de seu próprio consentimento ou, quando for considerada incapaz, de seu representante legal. A legislação encontra amparo na Constituição Federal de 88²⁴ em seu artigo 5º que prevê que todos os seres humanos são iguais perante a lei, tendo garantidos a inviolabilidade do seu direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal, a partir da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 (ADPF 54)²⁵, permitiu a realização de abortamento de feto anencéfalo, por meio de parto antecipado, para fim terapêutico.

Apesar da criminalização do abortamento no Brasil, estudos^{26,27} indicam que seu número permanece elevado. Segundo Vieira (2012)²⁶, 1.000.000 de abortamentos clandestinos são realizados por ano no Brasil. Machado et al. (2013)²⁷ em estudo realizado com 1838 puérperas investigando presença de perdas fetais anteriores a gravidez de referência, encontraram que 31% das perdas anteriores relatadas tinham sido provocadas.

A Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 (PNA 2016)²⁸ desenvolvida por meio de inquérito domiciliar, com 2002 mulheres em idade reprodutiva (18-39 anos), alfabetizadas, que moravam em ambientes urbanos, teve como objetivo principal estimar a magnitude do abortamento provocado no Brasil. Seus resultados destacaram que 13% das mulheres entrevistadas realizaram ao menos um abortamento provocado alguma vez na vida. Destas, 48% referiram ter necessitado de internação após o abortamento. Destaca-se, entretanto, que esse número pode ser maior, pois mulheres que residiam em regiões rurais ou eram analfabetas não foram incluídas no estudo. Os autores concluem que ao completar 40 anos, uma a cada 5 mulheres terá provocado um abortamento²⁸.

A divergência entre os dados de epidemiologia do abortamento provocado nos diferentes estudos citados ocorre devido aos diferentes métodos de coleta

de dados^{11,28} e a frequente omissão do abortamento pela mulher²⁷. Além disso, aspectos culturais, religiosos e legais podem inibir a declaração sobre a ocorrência do abortamento ou mesmo impossibilitar a busca por assistência de saúde adequada⁸.

Entre os fatores que podem estar associados a maiores números de abortamentos provocados estão: a mulher ter mais de 35 anos; maior número de gravidezes; morar em área urbana; ter cor não branca^{11,27}; ausência de religiosidade; condições socioeconômicas e afetivas precárias; vivência de coerção sexual; falta de apoio social; abuso de drogas; prostituição; idade precoce na ocasião da primeira relação sexual; estilo de vida e função social da mulher^{29,30}.

3.1.2 ASPECTOS EMOCIONAIS ASSOCIADOS AO ABORTAMENTO.

Neste capítulo, discorre-se exclusivamente sobre os impactos emocionais da vivência do abortamento espontâneo e provocado na vida da mulher.

3.1.2.1 Maternidade e as emoções associadas nesse processo

Anterior ao abortamento, houve um tempo de gravidez e, desse modo, um contato com a maternidade. A forma como ela é vivida - se desejada, planejada, sonhada, temida... impactará profundamente a vivência de sua perda. Assim, torna-se necessária a reflexão sobre as emoções associadas à gestação, anterior à discussão sobre as emoções associadas à sua interrupção com o abortamento espontâneo ou provocado.

A história social da mulher sempre teve um vínculo bastante forte com a função de constituição familiar e a maternidade. No entanto, após os anos 60,

movimentos feministas iniciaram questionamentos sobre a função da mulher, em que se discutiam a predominante passividade feminina da época, diante de uma sociedade machista. Com essa discussão, pretendia-se tornar possíveis novos caminhos às mulheres, para além da maternidade, tais como estudar e trabalhar. Tais mudanças sociais foram bastante lentas e instalaram uma contradição entre os desejos femininos e os valores sociais que imperavam na época, em uma sociedade essencialmente patriarcal³¹.

A forma de viver a feminilidade e a sociedade onde a mulher está inserida impactam muito em como a maternidade será vivenciada. Assim, não há uma única forma de ser mãe, mas várias maneiras de viver este momento subjetivamente e socialmente. Atualmente, ser mãe transformou-se em um dos muitos desejos que uma mulher pode ter, uma das muitas funções sociais que pode executar em sua vida³¹.

A gravidez na vida da mulher representa um momento de transformações intensas que vão muito além das transformações biológicas que ocorrem no seu corpo. Interna e emocionalmente, também há um tornar-se grávida, uma ressignificação de sua função social, e essa experiência é muito particular para cada mulher. O momento de tornar-se mãe pode ser de alegria plena, de construção de sonhos e vivência de prazeres, mas pode ser também um período de muitas dúvidas, profunda ambivalência, regressão, dor, insegurança e, até mesmo, tristeza diante de todas as mudanças corporais, emocionais e sociais. Esse processo inclui ganhos, mas também perdas, sendo justificável momentos de tristeza e elaboração em alguns casos³².

O início da constituição do vínculo entre mãe e bebê, quer seja positivo, quer seja negativo, ocorre durante a gestação. No momento em que a mulher se descobre grávida, inicia-se uma relação imaginária com um bebê que, quando desejado, pode ser idealizado e, então, será criada uma representação do filho com a qual se relaciona. A partir de então, pode-se iniciar uma relação de apego com a projeção de sonhos e expectativas nesse filho. Essa representação de filho ideal pode ser amada, mas também temida, repleta de sentimentos ambivalentes. Na ocorrência de um abortamento espontâneo ou provocado,

essa relação é rompida e essa interrupção não será livre de sofrimento emocional^{2,33}.

Dessa forma, muitos são os aspectos emocionais associados à maternidade, sendo ela mesma um estado subjetivo que se inicia ainda na gestação e muito singular de cada mulher³². Diante de tantas transformações, o abortamento figura como um limite, algo que interrompe esse processo, às vezes, de forma abrupta e inesperada, outras vezes, pela ação da mulher, provocando-o.

3.1.2.2 Aspectos emocionais associados à vivência do Abortamento

Espontâneo

A vivência de um abortamento espontâneo concretiza a quebra de um vínculo estabelecido entre a gestante e o feto em desenvolvimento e pode gerar abalos significativos. A forma como a experiência do abortamento espontâneo é vivida é própria de cada mulher e pode ter significados diversos como: a morte de uma parte de si mesma; a destruição de um sonho; o fracasso de capacidade de procriação³²; colocando em suspenso sonhos, esperanças e expectativas que os pais haviam depositado no nascimento da criança^{2,34}.

Na ocorrência da perda gestacional espontânea, além do intenso sofrimento pela morte do filho, vive-se a mudança no planejamento da estrutura familiar, agora com a ausência de um de seus membros, perda da possibilidade de ser mãe, mudança na identidade social, perda da segurança e controle sobre sua vida e seu corpo³⁵. Se havia uma transformação interna iniciando-se como preparação para tornar-se mãe, agora o caminho inverso tem de ser feito e ele pode ser carregado de muito sofrimento.

A condição emocional da mulher que sofre uma perda espontânea pode ser brevemente ilustrada pelo seguinte relato:

Chorava, me lamentava. Sentia culpa e procurava por uma causa. Saía em busca dos que haviam estado comigo. Lembrava-me do meu filho e tentava desesperadamente conservar- lhe viva a imagem, tanto na minha vida como na dos outros. Nos vários dias que se seguiram, só queria dar tudo por encerrado, ir dormir e... sim, até mesmo morrer. Buscava uma perspectiva que me pudesse ajudar a entender o sentido da minha perda².

Dessa forma, a situação da perda gestacional espontânea pode ser caracterizada como traumatizante e temida, marcada por reações como choque, negação, humor deprimido, desmotivação, autoestima baixa e medo de novos abortamentos³⁴.

A interrupção de uma gravidez desejada pode despertar sentimentos negativos como sensação de fracasso pessoal, desamparo, culpa, dor, tristeza, impulsos de autodestruição, revolta e inveja de outras mães que conseguiram finalizar a gestação e esses sentimentos são vividos de forma muito desorganizada até que seja possível uma elaboração interior^{2,36}.

Assim, a mulher que vive a perda gestacional espontânea necessita elaborar diversos lutos do bebê idealizado e de tudo que esse representava em sua vida³⁵.

Dentre as reações emocionais do luto comumente apresentadas diante da perda espontânea, encontram-se tristeza, solidão, culpa, raiva, irritabilidade, sentimento de vazio, ansiedade, choque, desespero, desamparo, desilusão, inadequação, fracasso. Quanto às reações cognitivas, podem ser observadas: baixa autoestima, confusão, dificuldade de concentração e de memória, preocupação com o bebê falecido. Entre as reações comportamentais estão: agitação, fadiga, choro, isolamento, procura ou fuga de estímulos associados ao bebê. Entre as reações somáticas observadas, notam-se: sensação de aperto no peito, nó na garganta, dificuldade de respiração, palpitação, tensão muscular, náusea, dormência, falta de energia, insônia e pesadelos. Muitas dessas reações são comuns a sintomas depressivos, dificultando a diferenciação entre um processo de luto e um transtorno depressivo³⁵.

A interrupção espontânea da gestação e o luto vivenciado, frequentemente, não são reconhecidos pela sociedade e rede social do casal de

pais como um acontecimento significativo, visto a dificuldade na percepção de que o vínculo com o bebê já se iniciou, ou mesmo já está formado, antes de seu nascimento, associado à percepção social da morte como um tabu, algo que precisa ser rapidamente superado e não deve ser lembrado^{2, 36}.

A associação da vivência da perda com a demanda social de que a mulher seja mãe e gere filhos saudáveis também pode mobilizar um processo interno de culpabilização na mulher, visto que ela passa a acreditar que tem uma função materna- gerar filhos perfeitos, proteger, alimentar- e quando isso não ocorre, desencadeia-se uma reação somática de culpa²⁹. A dificuldade de encontrar motivos para que uma gestação termine em abortamento também pode despertar reações como desconfiança sobre sua capacidade de gerar um bebê saudável e fantasias persecutórias em relação a o que poderia ter feito que ocasionou o abortamento³⁷.

Outro importante fator de impacto emocional na vivência do abortamento espontâneo é a conduta médica diante da mulher que está sofrendo o abortamento. Estudo na Austrália, avaliando o impacto clínico e emocional do tratamento médico realizado para evacuação do útero, constatou que mulheres com intervenção médica ativa tiveram menor chance de desenvolver transtorno pós-traumático³⁸. Esse estudo traz uma reflexão sobre como a transmissão de informações e a inclusão do desejo da mulher, nesse momento, podem refletir em maior sucesso emocional após o tratamento médico do abortamento espontâneo.

A literatura científica apresenta como fatores de risco para sofrimento emocional, após abortamento espontâneo: o adoecimento psíquico anterior à gestação, baixa percepção de suporte social, dificuldade na relação conjugal, perdas fetais anteriores^{39,40}, ausência de filhos³⁷ e sentimentos ambivalentes frente a gestação⁴¹.

A presença do companheiro no momento da perda também é percebida como importante e impactante na saúde mental da mulher na medida em que aumenta o suporte social e possibilita o *“compartilhamento da responsabilidade”*⁴².

Em contrapartida, a vivência de violência por parceiro íntimo aumenta o risco para abortamento espontâneo, sofrimento emocional e risco de suicídio na mulher⁴³.

Reconhecendo a experiência do abortamento espontâneo como dolorosa e emocionalmente traumática, devido ao seu caráter inesperado, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, elaborada pelo Ministério da Saúde Brasileiro, em 2011⁸, prega que a atenção ao abortamento deve englobar atitudes como acolhimento e orientação às necessidades emocionais e físicas da mulher, além da atenção clínica adequada ao abortamento, oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, integração com serviços de promoção à saúde da mulher e de inclusão social feminina.

3.1.2.3 Aspectos emocionais associados a vivencia do Abortamento Provocado

Para muitas mulheres que praticam o abortamento, ele pode ser representado como uma falha no planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldade de acesso ou falha no uso no método contraceptivo, ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde ou ser resultante de violência sexual⁸. No entanto, teóricos como Pattis (2000)⁴⁴ pontuam sobre os diferentes sentidos e significados que uma gestação indesejada e o próprio abortamento provocado podem adquirir na vida da mulher. A autora destaca a possibilidade de uma gravidez não planejada ocorrer na vida da mulher como forma de comprovar sua fertilidade, mudar sua vida com o status de tornar-se grávida, uni-la ao parceiro, torná-la adulta e feminina, mudar sua identidade social, entre outros sentidos, visto que isto é particular e frequentemente não é totalmente consciente. Mas uma vez que não há condições afetivas ou socioeconômicas de ter o filho em suas vidas, a gestação indesejada pode culminar em um abortamento provocado. Este, por sua vez, adquire um aspecto de marco transformador na vida da mulher, na medida em que representa um limite, uma situação em que teve que se posicionar e,

portanto, ocupará um lugar de referência em sua vida⁴⁴. Para uma reflexão sobre os impactos emocionais do abortamento provocado na vida da mulher, é necessário considerar as motivações que levaram à essa decisão.

Motivações que levam a um abortamento provocado podem estar vinculadas a questões econômicas, sociais e subjetivas: como complicações financeiras, alto número de filhos, vivência de violência conjugal, medo da perda da autonomia⁴⁵ e expectativas com relação à profissão ou realização de um projeto diferente do que diz respeito à maternidade⁴⁴. A escolha pelo encerramento da gestação frequentemente é solitária, visto que, muitas vezes, a mulher não encontra apoio social ou orientação⁴⁶.

Sentimentos frequentemente relatados pelas mulheres, após a vivência de abortamento provocado, podem ser muito ambivalentes e vão desde o medo da morte, do desconhecido e dos procedimentos que serão realizados na hospitalização, ansiedade, tristeza, desamparo, solidão, abandono, sentimento de culpa, vergonha, arrependimento, até alívio, necessidade de compartilhar sua experiência e sensação de colo vazio. Esses sentimentos não se originam no momento do abortamento, mas estão presentes desde a descoberta de uma gestação não planejada e indesejada e as dificuldades que ela suscita⁴⁵⁻⁵⁰.

O cotidiano das mulheres que passam por abortamento provocado, frequentemente, também é marcado por vivências de violência doméstica, tanto na fase adulta, através da violência conjugal, quanto quando criança e adolescente por histórias de abandono, negligência e rejeição. A desvinculação precoce da infância e a vivência de uma sexualidade sem informação e desprotegida podem vulnerabilizá-la para uma gestação precoce e/ou indesejada e a um abortamento⁵¹.

A vivência de violência e coerção sexual e sua relação íntima com a ocorrência do abortamento provocado retratam a vulnerabilidade feminina na sociedade brasileira atual. Segundo Pilecco et al. (2011)³⁰, maior incidência de gravidez indesejada e abortamento provocado em mulheres que sofreram violência física evidenciou um quadro de grande vulnerabilidade de gênero e precariedade das negociações em termos de sexualidade e reprodução entre o

casal. O baixo suporte social visto na ausência do parceiro e seu descompromisso com a gestação ressalta a natureza frágil das relações afetivo-sexuais e está associada a aumento do sofrimento psicossocial na mulher e terminalidade da gestação em abortamento provocado. Dessa forma, torna-se importante a análise do contexto socioeconômico e afetivo na assistência em saúde à mulher que sofre abortamento⁵².

3.2. DEPRESSÃO MAIOR

Será realizada exposição sobre Depressão Maior, segundo os resultados de estudos da literatura científica atual, no que se refere ao período reprodutivo, abortamento espontâneo e abortamento provocado.

3.2.1 Definição e incidência no período gestacional

Atualmente, encontra-se elevada a prevalência de depressão maior nos pacientes que se encontram em atendimento nos serviços de saúde. Trata-se de uma doença de diagnóstico complexo. Na literatura^{42,53-55} encontram-se referendados diferentes métodos para avaliação da sintomatologia e do diagnóstico de depressão^{56,57}.

Neste estudo, o critério utilizado para diagnóstico de Depressão Maior será o descrito no DSM V (2014)⁵⁷, elencados na tabela 1:

Tabela 1 – Critérios para diagnóstico do episódio depressivo maior

Critérios para episódio depressivo maior
A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; sendo que um dos sintomas deve ser (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer em fazer as coisas. <i>Nota:</i> Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral. (1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex: sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex: chora muito). <i>Nota:</i> Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.

(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades, na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).

(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex: mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.

(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias.

(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).

(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias.

(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto recriminação ou culpa por estar doente).

(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).

(9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C. O episódio não pode ser atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica (por ex., hipotireoidismo).

Nota: Os critérios A-C representam um episódio depressivo maior.

Nota: Respostas a uma perda significativa ou a um trauma (p. ex., luto, adoecimento, perdas) podem conter intensos sentimentos de tristeza, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no critério A, assemelhando-se a um episódio depressivo. No entanto, esses sintomas são considerados como apropriados à perda, à presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser avaliada com cuidado por meio do julgamento clínico, baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão do sofrimento no contexto da perda.

D. Não é possível confundir a ocorrência de episódio depressivo maior com transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante, ou outros transtornos psicóticos não especificados.

E. Nunca houve um episódio maníaco ou episódio hipomaniaco.

Nota: Essa exclusão não se aplica se os episódios do tipo maníaco ou hipomaniaco tiverem sido induzidos por substâncias ou forem atribuíveis a uma condição médica.

Fonte: DSMV, 2014⁵⁷

No caso de uma situação de perda, característica da população que passa por um abortamento, é necessária especial atenção à diferenciação entre a vivência de uma experiência de luto e de um transtorno depressivo. O DSM V (2014)⁵⁷ caracteriza que na vivência do luto há ampla presença de sentimento de vazio e perda, mas esse mal-estar tende a diminuir com o passar do tempo.

O conteúdo de pensamento associado à vivência do luto envolve preocupação e lembranças do ser perdido, a autoestima normalmente permanece preservada e pensamentos sobre morrer comumente relacionam-se com um desejo de encontrar-se com o objeto da perda. Em contraposição, na vivência da Depressão Maior, tipicamente o humor deprimido é persistente, o conteúdo de pensamento associado à depressão envolve ruminatórias autocríticas e pessimistas, sentimentos de desvalia são mais comuns e normalmente relacionam-se com o pensamento de morte decorrente de sentimentos como não merecer estar vivo ou incapacidade de enfrentar esse momento de dor.

Estima-se que 350 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de depressão. Na população geral, há um risco de 15% de ocorrência de depressão, em algum momento da vida, sendo que, em mulheres, esse risco aumenta para 18,6%^{58,59}.

No que diz respeito, especificamente, ao período gestacional, o relato de incidência de depressão maior é variável na literatura, indo de 9%⁶⁰ à 21,1%⁶¹. Tal variação ocorre devido aos diferentes métodos adotados nos estudos para avaliar a depressão. Além disso, o diagnóstico de depressão maior durante a gestação torna-se complexo devido à sobreposição de sintomas comuns a gestação, como por exemplo, alterações de sono, apetite e fadiga e os correspondentes a um quadro de depressão⁶².

A literatura científica aponta como fatores de risco associados ao diagnóstico de depressão no período gestacional: dificuldades socioeconômicas, desemprego, ausência de suporte do parceiro e familiares, ausência de relação afetiva estável, antecedentes psiquiátricos, abortamentos anteriores, pensamento sobre abortamento, dificuldades em partos anteriores, gestação não planejada ou de alto-risco, baixa escolaridade, uso de álcool e drogas⁵⁸, maior idade, ser multipara⁵, ausência de relação afetiva estável, tabagismo, vivência de eventos estressantes durante a gestação⁶³, vivência de violência por parceiro íntimo⁶².

Existem muitos efeitos adversos da depressão maior na gestação, tanto para a mulher – como alterações na qualidade de vida, complicações na gestação, depressão puerperal, pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro e

dificuldade no exercício da função materna- como para o feto, que sofre complicações como maior risco de baixo peso e menor idade gestacional ao nascimento, distúrbios do sono e prejuízo no desenvolvimento até os 3 anos de idade. Desse modo, o reconhecimento precoce da sintomatologia depressiva pode facilitar a adesão ao tratamento e prevenir a deterioração da condição psíquica da mulher, da criança e de todo seu meio social^{58, 61,62, 64}.

3.2.2 Incidência de Depressão Maior e abortamento espontâneo

Após a vivência de uma perda gestacional espontânea, não há consenso, na literatura atual, sobre a prevalência de transtorno depressivo, sendo que os dados apresentados na literatura são divergentes^{29,41,65-69}. Tais diferenças podem ser atribuídas às particularidades da reação de cada mulher à perda espontânea, às metodologias diferentes propostas em cada um dos estudos, à coexistência de sintomas de luto e à sobreposição de sintomas específicos da gravidez⁴¹.

Lok e Neugelaue (2007)⁴¹ em estudo de revisão de literatura, encontraram resultados em que o relato da incidência de depressão maior em mulheres, após abortamento espontâneo, variava entre 10 e 50%. Os autores constataram, no entanto, que quando essas mulheres eram comparadas com grupos controles observava-se que os sintomas persistiam por um período de 6 meses e normalizavam após 1 ano. O estudo concluiu que a ampla variação entre os resultados se devia à escassez de pesquisas randômicas que tivessem como objetivo avaliar presença de depressão na população que sofreu perdas espontâneas.

Estudo longitudinal realizado por Lok et al. (2010)⁶⁵, com 280 mulheres que tiveram abortamento espontâneo e com 150 mulheres não grávidas, teve como objetivo avaliar estado psicológico em um período de até um ano após o abortamento, utilizando os instrumentos Inventário de depressão de Beck (BDI) e o Questionário Geral de Saúde (*General Health Questionnaire*- GHQ-12). Os resultados da avaliação por meio do instrumento BDI retrataram variação na

incidência de depressão, dependendo do momento em que a avaliação foi realizada, sendo: 26,8% nos pós-abortamento imediato; 18,4% 3 meses após a ocorrência do abortamento; 16,4% após um período de 6 meses e 9,3% um ano após a ocorrência do abortamento espontâneo. O grupo de controle não grávidas foi avaliado apenas uma vez nesse período e esse resultado foi comparado ao do grupo de abortamento espontâneo em todos os momentos em que foram avaliadas. Os autores concluíram que, comparado com grupo controle de mulheres não grávidas, aquelas que vivenciaram abortamento espontâneo mostraram-se significativamente mais deprimidas. Essa diferença decresceu com o tempo e mostrou-se estatisticamente não significante, um ano após a ocorrência do abortamento.

Estudo desenvolvido por Francisco et al. (2014)⁶⁶ com 105 mulheres, das quais 55 sofreram abortamento espontâneo de repetição, e 50 primigestas compunham o grupo controle, desenvolvido com objetivo de comparar incidência de depressão entre ambos os grupos, avaliadas por meio do Inventário de Depressão de Beck (BDI), constatou presença de depressão em 19,9% em mulheres que apresentaram abortamento, enquanto que nas primíparas essa incidência foi de 10%. Os autores concluíram que mulheres que tiveram abortamento espontâneo de repetição apresentaram frequência de diagnóstico de depressão duas vezes maior, comparado com o grupo controle e o sentimento de obrigatoriedade de engravidar novamente esteve associado com maiores índices depressivos (Francisco, 2014).

Em estudo realizado por Nonnenmacher (2013)⁶⁷ com objetivo de analisar, em mulheres com diagnóstico recente de abortamento, suas características sociodemográficas, percepção quanto às reações, condutas do parceiro diante da vivência do abortamento e o diagnóstico de depressão em duas capitais brasileiras (Natal e São Paulo), foram avaliadas 285 mulheres que haviam vivido abortamento, (139 em Natal (RN) e 146, em São Paulo (SP) por meio de entrevista semiestruturada e o *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) para avaliação de depressão maior. O estudo encontrou índices de depressão que variavam entre 48,2% em Natal a 30,8% em São Paulo. As variáveis sociodemográficas que se associaram positivamente a

diagnóstico de depressão no RN foram residir com familiares ($p=0,04$), estarem acompanhadas do parceiro na descoberta da gestação ($p=0,03$) e reação negativa do mesmo no diagnóstico gestacional ($p=0,05$). Em São Paulo, variáveis sociodemográficas associadas com o diagnóstico depressivo foram ter relacionamento estável ($p=0,01$), residir com amigos ($p=0,03$) e desconhecimento do parceiro sobre a gestação. Nesse estudo, os resultados evidenciaram a importância do apoio social do parceiro, no momento da confirmação da gestação e do abortamento para a saúde mental da mulher.

Estudo realizado no Sri Lanka por Kulathilaka et al. (2016)⁵³ traz reflexão sobre dados da literatura anterior, que apontavam para uma associação moderada- alta entre ocorrência de abortamento espontâneo e diagnóstico de depressão e ansiedade, aumento do uso de álcool e drogas e comportamentos suicidas. Esse estudo teve como objetivo avaliar incidência de depressão, fatores de risco para a patologia e presença de luto patológico em pacientes que vivenciaram abortamento espontâneo em um período entre 6 e 10 semanas anteriores. Foram avaliadas 137 mulheres que viveram abortamento espontâneo, tendo sido utilizado grupo controle de 137 mulheres grávidas. As pacientes foram avaliadas para depressão por meio do *Patients Health Questionary* (PHQ-9) e para luto por meio do *Perinatal Grief Scale*. Os autores indicam que entre mulheres com abortamento espontâneo, 18,6% (95% IC 11,51- 25,77) apresentaram diagnóstico depressivo, contra uma incidência de 9,5% (95% IC 4,52-14,46) entre mulheres grávidas. Entre aquelas com abortamento espontâneo, 54,74% (95%IC 46.3-63.18) apresentaram luto e, dessas 26,6%, diagnóstico de depressão. Apesar da alta incidência de diagnóstico de depressão entre mulheres com abortamento espontâneo, e inicialmente ter sido constatado risco relativo para desenvolvimento de depressão de 1,96% (95%IC, 1,04-3,73) após abortamento espontâneo comparado com grupo controle, os autores apontam que esse risco diminuiu e não foi significativamente mais alto, comparado com mulheres gestantes após serem inseridas as variáveis de ajuste idade e período de amenorreia (RR 1.42%, 95%IC 0.65-3.07, $p=0,38$).

Estudo retrospectivo com população alemã (Jacob et al., 2017)⁶⁹ avaliou presença de depressão, ansiedade e distúrbios de ajustamento em mulheres que tinham passado por uma primeira gestação e primeiro abortamento espontâneo (n=12158) e mulheres grávidas com ausência de abortamento (n=12158) com idades entre 16 e 45 anos. Os autores apontam que, um ano após avaliação, 3,1% das mulheres com abortamento e 1,2% do grupo controle tinham diagnóstico de depressão (RR 1.66, 95%IC 1.46-1.89, $p<0.001$). Os autores destacam que o grupo de mulheres que sofreu abortamento espontâneo esteve mais predisposto a desenvolver uma das distúrbios avaliadas no estudo (OR=1.53, 95%IC 1.42-1.64).

Estudo desenvolvido no Brasil por Carvalho et al. (2016)⁶⁸ com o objetivo de investigar incidência de depressão, presença de violência e uso de substâncias em gestantes com histórico de abortamentos espontâneos de repetição (n=46), avaliou depressão por meio do *Edinburgh Post Natal Depression Scale* (EPDS) e encontrou uma prevalência de 41,3% (95%IC 28.3%- 55.7%); 32,6% do total da amostra havia sofrido violência anteriormente e não houve significância estatística entre depressão e vivência de violência ($p=0,073$) e depressão e número de abortamentos ($p=0,071$). Houve associação significativa entre adoecimento psíquico anterior e depressão em mulheres com abortamento de repetição ($p=0,005$).

A variação do diagnóstico depressivo na população de mulheres que sofrem abortamento espontâneo aponta a necessidade de adequação de intervenções em saúde e demanda de maior número de estudos com populações de diferentes regiões do país^{29,42}.

Os estudos científicos apontaram como fatores de risco para depressão maior após abortamento espontâneo: menor idade da mulher, adoecimento psíquico prévio, histórico de infertilidade⁷⁰, ausência de filhos, baixa percepção de suporte social, perdas fetais anteriores, sentimentos ambivalentes diante da descoberta da gestação⁶⁵, maior número de abortamentos e histórico de infertilidade⁴⁰, relação conjugal instável ou ausente⁴², existência de gravidez viável⁵³.

3.2.3 Incidência de Depressão Maior e abortamento provocado

Não há consenso na literatura atual, sobre o impacto na saúde mental da mulher após a vivência de abortamento provocado^{54,71}. Embora seja constatado índice de depressão após o abortamento, muitos autores apontam para a necessidade de uma avaliação mais criteriosa, pois quando ela é realizada, o número de quadros depressivos mostra-se menor e relacionado a outras variáveis como vivência de violência na relação conjugal^{7,49,72-74}.

Estudo de revisão de literatura de Bellieni e Buonocore (2013)⁷¹ encontrou, entre os resultados dos estudos analisados, que a depressão maior é uma das desordens mentais mais relatadas após abortamento provocado. Os estudos que contemplaram a revisão apontam, em seus resultados, um risco aumentado para depressão maior após abortamento provocado, sendo que índices encontrados variaram entre 26% e 60%. Alguns estudos contemplados na revisão apontam que o abortamento provocado seria um fator de risco mais relevante para desordens mentais do que abortamento espontâneo, no entanto, os autores indicam necessidade de maiores estudos sobre o tema visto a ausência de consenso entre os resultados.

Estudo comparativo realizado em duas capitais brasileiras, avaliou depressão maior em 31 mulheres, sendo 11 na cidade de Natal (RN) e 20 em de São Paulo, encontrou incidência de depressão maior, imediatamente após o diagnóstico de abortamento provocado, em 72,7% mulheres em Natal-RN e 50% em São Paulo- SP⁶⁷.

Em estudo de revisão de literatura de Casey (2010)⁴⁹, o autor concluiu que não é possível observar consenso entre dados apontados na literatura, devido aos diferentes métodos utilizados e a presença de lacunas nos conhecimentos relacionados à associação entre abortamento provocado e adoecimento mental. Uma dessas lacunas é especialmente levantada pelos autores ao questionar se o abortamento por si só pode estar relacionado diretamente a prejuízo na saúde mental, ou se outros fatores de risco, anteriores e durante à gestação, estariam correlacionados ao quadro de depressão. Entre os fatores de risco mencionados encontram-se diagnóstico de depressão

anterior à gestação e vivência de violência, fatores, muitas vezes, não considerados nos estudos.

Estudo de Coleman (2009)⁷² aponta que a vivência de abortamento provocado esteve associado com a incidência de desordens ansiosas, de humor e abuso de substâncias, tendo uma incidência de 4,3% a 16,6%. No entanto, o estudo também destaca a necessidade de investigação dessas pacientes para a consideração sobre outras variáveis que podem impactar na decisão pelo abortamento e no ajustamento mental após abortamento provocado.

Revisão de literatura de Coleman (2011)⁷³ aponta que mulheres que sofreram abortamento provocado apresentaram risco aumentado em 81% para prejuízo na saúde mental, sendo que 10% de incidência de desordens mentais estiveram associadas diretamente com abortamento provocado. No entanto, a autora pontua sobre os problemas de limitação metodológica encontrados nas publicações mais recentes, influenciando os altos resultados observados na literatura.

Estudo desenvolvido na Espanha por Ridaura et al. (2017)⁵⁴ teve como objetivo avaliar a progressão do processo de luto e de sintomatologia depressiva em um período de até um ano após a perda gestacional. Uma população de 70 mulheres que haviam sofrido um abortamento provocado (n=50) ou haviam tido uma perda espontânea (n=20) foram avaliadas por meio do *Perinatal Grief Scale* (PGS) e O Inventário de Depressão de Beck (BDI) em 3 momentos após a perda: um mês depois, 6 meses depois e um ano após a perda. Os autores apontam que sintomas de luto e depressão foram observados na primeira avaliação em ambos os grupos, e que essa incidência decresce de acordo com o tempo de avaliação. Não foram observadas diferenças significativamente estatísticas entre os grupos com perdas espontâneas e provocada. As incidências quanto à depressão nos 3 momentos, para perdas espontâneas foram: 16.55 (SD 9.91); 10.55 (SD 7.19); 9.18 (SD 8.68); enquanto que as mesmas incidências para o grupo de mulheres com abortamento provocado foram: 12.56 (SD 7.36); 9.20 (SD 8.25); 7.40 (SD 6.54).

É possível observar, no estudo de Ridaura et al. (2017)⁵⁴, um grande número de mulheres que não responde mais aos questionários enviados, após

o período de 6 meses, sendo que 41 responderam no segundo momento e 36, no terceiro momento. Os autores justificam essa perda com a reflexão de que, muitas vezes, é difícil para a mulher relembrar certos aspectos de suas perdas.

Em estudo de coorte de Steinberg et al. (2014)⁷⁴, com uma população de 259 mulheres após abortamento e 677 após nascimento de filho vivo, avaliou por meio do *National Comorbidity Survey Replication*, os seguintes aspectos: saúde mental antes da gestação, fatores sociais adversos e ocorrência de desordens mentais. O objetivo foi examinar o impacto de um primeiro abortamento no aumento de riscos de desordens mentais, ao comparar com nascimento de primeiro filho. Os resultados apontaram que mulheres com abortamento apresentaram maior número de desordens mentais anteriores à gestação do que no grupo controle ($p < 0,001$). No entanto, os autores apontam que, embora inicialmente tenha sido encontrado grandes diferenças na incidência de adoecimento nos dois grupos, essa associação diminuiu e tornou-se estatisticamente não significativa, após ajustamento com variáveis controle, destacando-se os resultados para desordens de humor entre mulheres com abortamento que variaram de 1.56 RR (95%IC1.23-1.98) para 1.18 RR (95%IC 0.88-1.56).

Os autores⁷⁴ concluíram que, após ajustamento com variáveis confundidoras, como desordem de humor anterior a gestação, a vivência de abortamento provocado não esteve significativamente associada com desordens mentais posteriores e apontam que desordens mentais anteriores à gravidez tiveram associação estatística com maior número de abortamentos provocados, desordem mental posterior e comportamento suicida após o abortamento provocado. A autora aponta lacuna de evidências em estudos anteriores que associam desordens mentais diretamente com a ocorrência de abortamento.

Os fatores de risco para adoecimento mental, após abortamento provocado, encontrados na literatura foram: menor suporte social; abortamento tardio; abortamento de feto anormal; religião da mulher ser contra o abortamento; ambivalência sobre o abortamento; vivência de violência com parceiro; desejo de ser mãe; menor idade⁴⁹; condições socioeconômicas e afetivas precárias; uso de drogas; prostituição; falta de apoio familiar e social⁵². Destacam-se entre

fatores protetores para o desenvolvimento de depressão após abortamento: condição socioeconômica favorável; presença de filhos vivos; apoio familiar e social; ter uma profissão⁵².

3.3. DESESPERANÇA

Este capítulo versa sobre desesperança e os principais estudos da literatura atual que se referem ao suicídio durante o período reprodutivo.

3.3.1 DEFINIÇÃO E ASSOCIAÇÃO COM RISCO DE SUICÍDIO

Neste estudo utilizamos o conceito de desesperança proposto por Beck et al. (1974)¹. Esse autor define desesperança como compreensão e expectativas negativas perante a si mesmo e ao futuro, ou pessimismo.

O conceito de desesperança opõe-se ao conceito de esperança que, por sua vez, relaciona-se com a vida e com expectativas positivas perante o futuro⁷⁵.

Quando o indivíduo não acredita em qualquer chance de melhora, cura, ou mudança positiva na vida, ficam menores seus desejos e impulsos de vida, crescendo sua desesperança. Nessa condição, observa-se uma vida em que o indivíduo desacredita da possibilidade de alívio de sintomas e há ausência de crenças positivas. Nessas circunstâncias de alta desesperança, há um risco elevado do indivíduo experimentar o desejo de interromper o que se vive, como única forma percebida por ele de solucionar o problema, o que pode desencadear um impulso suicida como resposta a uma realidade sentida como extremamente negativa e para a qual não encontra formas de resolver, melhorar e ter alívio. Assim, para Hillman (2011)⁷⁵ esse momento marca o desespero como desencadeador de uma experiência da morte na vida psíquica.

Estudo de Beck (1976)⁷⁶ propôs uma tríade cognitiva que se encontra associada à depressão e da qual a desesperança é um dos pilares. Essa tríade consiste na visão negativa e inadequada de si mesmo (1), na visão negativa do

mundo, envolvendo relações, trabalhos e atividades (2) e na visão negativa sobre o futuro (3). Quando essas percepções negativas diante do futuro associam-se com a ideação suicida, a morte pode adquirir contornos de alívio da dor e do sofrimento e passa então a ser vista como a única saída de uma situação percebida como impossível de se resolver ou suportar.

A literatura atual^{77,78} lista a desesperança como um importante fator de risco para ideações e comportamentos suicidas. Tal associação torna-se mais intensa quando se encontra associada com outras desordens mentais ou com tentativas anteriores de suicídio. Estudo de Wang et al., 2015⁷⁹, destacou que pacientes que tem uma expectativa mais negativa em relação ao futuro estão mais predispostos a terem depressão e ideações suicidas.

A desesperança também está amplamente associada com outras condições clínicas, tais como esquizofrenia, alcoolismo, sociopatia e doenças físicas^{1,80}, com dificuldades emocionais e com baixa autoestima entre adolescentes do sexo feminino⁸¹.

Assim, a desesperança é considerada como uma importante medida para avaliação de risco de suicídio. Em estudo prospectivo desenvolvido por Beck et al (1990)⁸² com pacientes ambulatoriais avaliados com a Escala de Desesperança de Beck (BHS) o autor indicou que pacientes que tiveram nível de desesperança igual ou maior que 9 tinham risco de suicídio aumentado em 11 vezes. Referida pontuação no BHS passaria a ser utilizada como parâmetro para risco de suicídio em outros estudos^{77,83}.

Em estudo de Argimon et al. (2013)⁷⁷, com 156 pacientes internados por tentativa de suicídio, foi encontrado alto índice de Depressão, 23,2%, entre os pacientes e alta desesperança, confirmando uma associação entre alto níveis de depressão e desesperança com tentativa de suicídio ($p=0,0003$). Por meio de análise de regressão logística, os autores destacam que indivíduos com alta desesperança referiram 3,37 vezes mais chance de recorrer à fuga de problemas como motivo para o ato suicida. A alta desesperança esteve negativamente associada com competência emocional e resolução de problemas.

Dessa forma, um tratamento focado no pensamento, nas crenças e ideias relacionadas à desesperança, indo além do tratamento dos sintomas psiquiátricos, pode ser mais eficaz e prevenir novas tentativas de suicídio⁷⁷.

O Brasil está entre os dez países com maior número absoluto de suicídio. Apenas no ano de 2011, foram registradas 9852 mortes por suicídio, cerca de 27 mortes por dia^{78,84}.

Na população feminina, um fator de risco frequentemente relatado para o comportamento suicida é a vivência de violência por parceiro íntimo⁸⁵. Especificamente o estudo de Ishida et al. (2010)⁸⁵ demonstrou que ao associar as variáveis condições socioeconômicas, status conjugal, histórico de abuso na infância, desemprego e abuso de álcool do companheiro, a variável violência por parceiro íntimo (emocional, física e sexual) esteve associada com aumento de risco de desordem mental e ideação suicida. Outros problemas de relacionamento como separações e relações afetivas conflituosas podem estar vinculados a pensamentos e comportamentos suicidas e são gatilhos para tentativas de suicídio⁸⁶.

Desesperança, depressão e impulsividade são preditores para o comportamento suicida em pacientes com Depressão Maior, no entanto, ainda há discordância entre os estudos sobre o grau de associação desses fatores com o suicídio^{79,87}.

Entre principais fatores protetores para a ocorrência de suicídio estão relações interpessoais positivas e fortes, presença de crença de fé, ausência de problemas de saúde, melhor nível educacional e econômico e estratégias de coping positivas, auxiliando na resolução de situações-problema⁷⁸.

Referente ao período gestacional, estudos recentes mostram-se contraditórios quanto à vulnerabilidade ao risco de suicídio, presente no período gestacional^{6,88}. Alguns estudos⁴⁻⁶ associam *pensamento sobre abortamento e vivência de abortamento anterior* com ideação suicida na gravidez e no pós-parto.

Estudo de Samandari et al. (2011)⁸⁸, com mulheres em idade reprodutiva, avaliou gestantes e não gestantes e concluiu que aquelas que não estavam grávidas ou, no período pós-parto, apresentavam maior risco para mortes

violentas como homicídio e suicídio. O aumento do suporte social durante a gestação e maior busca por tratamentos de saúde mostraram-se como fatores protetores a mulheres gestantes e no pós-parto. No entanto, estudo de revisão de literatura de Gentile (2011)⁶, com foco no estudo do suicídio entre mulheres no período gestacional, aponta que a ideação suicida é uma complicação relativamente frequente da gestação, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. O autor destaca que, embora a ocorrência da tentativa de suicídio seja rara, sua consequência emocional e psíquica para a relação mãe/bebê pode ser devastadora e conclui que dificuldades relacionadas a maternidade, como gravidez indesejada e dificuldades de adaptação às normas sociais e um histórico de experiências traumáticas- como vivência de abuso, violência e abortamentos, aumentam a vulnerabilidade da gestante.

Estudo de Gavin et al. (2011)⁸⁹ com 2159 gestantes constatou que 2,7% da população reportou ideação suicida, dentre elas, 50% tiveram diagnóstico de depressão maior. O diagnóstico de depressão maior (OR = 11.50; 95% IC 5.40, 24.48) e estresse psicossocial durante a gestação (OR=3.19; 95% IC 1.44, 7.05) estiveram positivamente associados com risco de ideação suicida.

Em estudo de Silva et al. (2012)⁵, avaliando risco de suicídio durante a gestação e fatores de risco, encontrou que 8,1% das gestantes tinham potencial suicida, sendo as adaptações físicas e mentais da gestação vistas como eventos estressores. Em gestantes depressivas, os fatores de risco observados foram: ausência de relacionamento estável, pensamento sobre aborto e sintomas ansiosos. Em gestantes não depressivas, os fatores de risco mencionados foram: menor idade, baixa escolaridade, menor nível socioeconômico, pensamentos sobre abortamento e sintomas ansiosos. Assim, pensamentos sobre abortamento e sintomas ansiosos mostraram-se como fatores de risco para o suicídio, independentes de sintomas depressivos.

Estudo de Pinheiros et al. (2012)⁹⁰ objetivando avaliar comportamento suicida em adolescentes gestantes brasileiras e correlacionar esse índice com variáveis sociais, obstétricas e psiquiátricas contou com uma população de 871 adolescentes e avaliou comportamento suicida e variáveis psiquiátricas por meio do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Os autores constataram

que entre as gestantes adolescentes 13,3% estiveram em risco de comportamento suicida, sendo que 7,4% delas relataram tentativa de suicídio anterior à gestação. Fatores de risco associados foram: menor nível educacional, abortamento prévio, diagnóstico de Depressão Maior prévio e vivência de abuso físicos nos últimos 12 meses.

Estudo de Farias et al. (2013)⁹¹ registrou índice de risco suicida ainda maior, de 18,4%, em estudo que visava investigar prevalência de desordens psiquiátricas no primeiro trimestre gestacional. Segundo os autores, o comportamento suicida mostrou-se mais frequente em gestantes com Depressão Maior, Ansiedade Generalizada ou Agorafobia. Entre outros fatores de risco encontrados para o risco de suicídio, durante o período gestacional, estão ter dois ou mais partos anteriores, uso de álcool na gestação, ausência de relação estável e presença de violência física.

Estudo de Fonseca-Machado et al. (2015)⁹², visando investigar a presença de ideação suicida e sua associação com vivência de violência por parceiro íntimo, durante a gestação, encontrou prevalência de 7,8% de gestantes com ideação suicida, sendo que, entre todas as gestantes, 17,6% relataram ocorrência de situação de violência. As gestantes que foram vítimas de violência tiveram 6,29 vezes mais chance de apresentar ideação suicida, sendo, então, a violência por parceiro íntimo um fator de risco para ideação suicida na gestação.

Estudo de Alhusen et al. (2015)⁹³, envolvendo gestantes que sofreram violência por parceiro íntimo, encontrou 22,89% de mulheres com ideação suicida. Depressão e vivência de violência por parceiro íntimo estiveram associadas com esse risco. O alto índice de ideação suicida verificado nesse estudo foi justificado pelos autores devido às características da população estudada, predominantemente solteira, com menores condições socioeconômicas e 19% tinham sofrido violência durante a gestação.

Em estudo com mulheres, desde o terceiro trimestre gestacional até 12 meses após o parto, Mauri et al. (2012)⁹⁴ identificaram prevalência de suicídio em 26,4% das gestantes com transtorno depressivo menor e em 18,4% de mulheres no período pós-parto. No estudo, níveis de suicídio foram mais altos durante a gestação do que no pós-parto.

Estudo de Benute et al. (2011)⁹⁵, avaliando risco de suicídio em gestantes de alto-risco por meio do PRIME-MD constatou risco de 5% para comportamento suicida, sendo este negativamente correlacionado com religiosidade. Dessa forma, os autores concluem que a religião mostra-se como um fator protetor contra o comportamento suicida para a população de gestantes de alto-risco.

Os autores Kim et al. (2015)⁹⁶, em estudo com 22.118 mulheres no período perinatal (24 a 28 semanas de gestação e 6 semanas pós parto) avaliadas para depressão com o EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) encontraram prevalência de ideação suicida em 3,8% (842 mulheres), mas apenas um subgrupo de 1,1% foi considerado em alto risco para o suicídio, visto que tinham planejamento, intenção e acesso aos meios para a realização do suicídio. Fatores associados positivamente com ideação suicida, em mulheres no período perinatal, foram: menor idade materna, ausência de parceiro, mulheres serem não caucasianas, falarem língua não inglesa, dependência de seguro do estado e desordens psiquiátricas anteriores à gestação.

Especificamente relacionado às mulheres que sofreram abortamento, estudo finlandês de Gissler et al. (2015)³ utilizando-se de registros nacionais de abortamento provocado e um registro nacional de causas de morte, visando observar modificações no que se refere à ocorrência de suicídio e vivência de abortamento provocado recente, aponta que a incidência de suicídio, após abortamento provocado, nessa população, decaiu nas últimas décadas (1987-2012), no entanto, essa mudança não se mostrou estatisticamente significativa. De acordo com os dados analisados pelos autores, mulheres que sofreram abortamento provocado recente continuam com risco de suicídio duas vezes maior, comparado com a população geral. Segundo os autores, mulheres solteiras e com menor condição socioeconômica estiveram em maior risco para suicídio após abortamento provocado.

Em discordância, estudo de Steinberg et al. (2011)⁷ sobre a associação entre o resultado da primeira gestação (abortamento x nascimento) e presença de depressão, ideação suicida e menor autoestima, por meio de um Inquérito Nacional de Comorbidade, apontou que o abortamento esteve associado com subsequente depressão (OR = 1.53, IC 1.05-2.22) e ideação suicida (OR = 2.02,

IC 1.40-2.92) apenas quando não eram utilizadas variáveis controle. Quando utilizadas a relação entre vivência de abortamento provocado e depressão (OR = .87, IC .54-1.37) e ideação suicida (OR = 1.19, IC .70-2.02) decaiu. Assim, os autores concluem que o abortamento não esteve associado diretamente com ideação suicida. Outras variáveis, como histórico anterior de desordem mental e abuso sexual, estiveram associadas positivamente com o risco de suicídio.

No período pós-parto, estudo de Tavares et al., 2012⁴, avaliando risco de suicídio em 919 mulheres, por meio do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), apontou que 11,5% das mulheres tinham algum risco para comportamento suicida, sendo que menor nível educacional (IC de 95% 2,45; 8,73) e desordens psiquiátricas como depressão (IC 95% 2,27; 19,96) estiveram associadas ao risco de suicídio. Entre variáveis que também estiveram associadas com risco de suicídio, porém, em menor grau, foram: pensamento sobre abortamento, eventos estressores durante a gravidez e ausência de suporte social.

Na revisão de literatura elaborada para este estudo, o único trabalho que abordava especificamente o aspecto desesperança, no período reprodutivo foi o de Girardi et al. (2011)⁹⁷ que visava avaliar desesperança, risco de suicídio e depressão, no período pós-parto, em uma população de 92 mulheres. Nesse estudo, os autores apontam que mulheres que apresentaram humor disfórico também tiveram maior nível de desesperança e 1,23 vezes mais sintomas depressivos. Do total da amostra, 4% apresentou desesperança severa e 10%, depressão. Nenhuma mulher apresentou tentativa de suicídio, recentemente, embora 3% delas tenham feito tentativas anteriores. Os autores apontam a necessidade de mais estudos sobre o tema e a importância da avaliação da saúde mental da mulher no período reprodutivo.

4. MÉTODOS

4.1 APROVAÇÃO ÉTICA

Trata-se de estudo longitudinal retrospectivo e prospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Instituição (CAPPesq nº1.392.147; anexo A)

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na Divisão de Clínica Obstétrica do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

4.3 PERÍODO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no período entre setembro de 2015 e julho de 2017.

4.4 POPULAÇÃO:

4.4.1 Primeira Fase:

Para a primeira fase deste estudo foram analisadas informações obtidas em um estudo intitulado “Culpa, ansiedade e depressão na vivência do abortamento provocado” (Projeto nº 0075/08, aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição - CAPPesq em 23/04/2008). O referido estudo foi desenvolvido no período compreendido entre julho de 2008 e maio de 2010 com 162 mulheres que tiveram diagnóstico de abortamento, sendo 144 com abortamento espontâneo e 18 abortamento provocado.

Os critérios de inclusão do estudo “Culpa, ansiedade e depressão na vivência do abortamento provocado” foram: receber o diagnóstico de abortamento (interrupção da gravidez até a 22ª semana de gestação) na Divisão

de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP); concordar em conceder entrevista 1 (um) dia após o procedimento médico e consentir em participar deste estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido antes da entrevista (Anexo B).

4.4.2 Segunda Fase:

Todas as mulheres (n=162) que participaram do estudo na primeira fase foram contatadas por telefone, e convidadas a participar desta fase do estudo. Não houve como estipular, no início deste projeto, o número de mulheres que aceitariam participar desta fase da pesquisa.

As ligações foram realizadas no período entre janeiro e abril de 2016. Um total de 12 mulheres aceitaram participar desta fase do estudo sendo 10 mulheres que haviam sofrido abortamento espontâneo e 2 que o haviam provocado. Conforme ilustrado na figura 2, mais de 85% da amostra da primeira fase não foi encontrada no telefone deixado na entrevista da primeira fase ou no contato que constava no seu cadastro no Hospital das Clínicas.

Figura 2- Fluxograma das entrevistas da segunda fase da pesquisa

4.5 INSTRUMENTOS

4.5.1 Primeira Fase:

Foram analisados os seguintes dados:

- Entrevista semidirigida (Anexo C)

A entrevista semidirigida foi composta por questões fechadas - que abordavam dados sociodemográficos - e abertas - que investigavam questões como sentimentos frente à gestação e à ocorrência do abortamento e vivência de violência.

A entrevista foi elaborada de forma que a mulher pudesse se expressar logo após seu abortamento. Principais focos das questões incluíam aspectos sociais, econômicos, religiosos, familiares e emocionais, permitindo, assim, maiores subsídios para a análise dos dados. Durante a entrevista, através de seu auto relato, era possível a mulher direcionar a entrevista, identificando o tipo de abortamento, se espontâneo ou provocado, e, assim, possibilitar uma análise tanto qualitativa como quantitativa dos dados.

- Escala de Desesperança de Beck- BHS (Anexo D)

A BHS foi desenvolvida como medida de dimensão de pessimismo ou “da extensão das atitudes negativas frente ao futuro”. É uma escala dicotômica de 20 itens com afirmações que envolvem a cognição sobre desesperança. Ao concordar (CERTO) ou discordar (ERRADO), em cada uma delas, o sujeito descreve sua atitude. O escore total é a soma dos itens individuais quando a resposta é crítica para desesperança, variando de 0 a 20. A escala foi inicialmente desenvolvida para ser aplicada em pacientes previamente diagnosticados como deprimidos, mas vem se mostrando útil como complementação de avaliações nas populações gerais. Seu tempo de aplicação varia de 5 a 10 minutos em média. Esse inventário foi validado, no Brasil, em 2001⁹⁸.

Foi utilizada como medida para quantificação de desesperança: 0-9: baixa desesperança, 9-20: alta desesperança, conforme utilizado anteriormente em diversos estudos^{77,82,83}.

- “*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*” - PRIME- MD (Anexo E)

O PRIME-MD foi utilizado para avaliação de Depressão Maior. Esse instrumento foi validado para ser utilizado com gestantes por Spitzer⁹⁹ e permite o reconhecimento rápido e acurado dos diagnósticos de transtornos mentais. É composto por 05 módulos (transtornos de humor, transtornos ansiosos, transtornos alimentares, transtornos somatoformes e abuso de álcool ou transtornos de dependência) que podem ser utilizados de forma integral ou parcial (escolhendo o módulo de particular interesse). Para este estudo, utilizou-se a Guia de Avaliação Clínica, módulo destinado a avaliar transtornos de humor.

O PRIME-MD foi traduzido para o português por Fráguas Jr. et al. (2006)¹⁰⁰, retraduzido para o inglês e sua revisão foi realizada pelo autor do Prime-MD, Dr. Spitzer.

4.5.2 Segunda Fase:

Nesta fase do estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Entrevista semidirigida (Anexo F)

Foi idealizada nova entrevista semidirigida composta de perguntas abertas e fechadas. As questões fechadas visavam obter informações sociodemográficas como histórico de novas gestações, presença de filhos e novos abortamentos. As abertas investigavam aspectos subjetivos como sentimentos negativos envolvidos com o episódio do abortamento, culpa, desesperança, suporte social da mulher.

- Escala de Desesperança de Beck (anexo D)

Foi utilizada visando avaliar a presença de desesperança em mulheres que haviam participado da primeira fase e que, portanto, tinham diagnóstico de abortamento espontâneo ou provocado.

- PRIME-MD (Anexo E)

Foi utilizado para o diagnóstico de depressão Maior na população de mulheres que tinham histórico de abortamento espontâneo ou provocado, participaram da primeira fase do estudo e concordaram em participar da segunda fase.

4.6 PROCEDIMENTOS

4.6.1 Primeira Fase:

Foram utilizados os dados da entrevista semidirigida e o *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) a partir do banco de dados realizado no estudo que visou investigar culpa, ansiedade e depressão em mulheres que realizaram abortamento provocado (Projeto nº 0075/08), aprovado pela CAPPesq em 23/04/2008.

Os dados da Escala de Desesperança de Beck foram obtidos a partir dos prontuários de assistência psicológica das mulheres que tiveram diagnóstico de abortamento.

4.6.2 Segunda Fase:

A partir dos dados de identificação e dos telefones que constavam no banco de dados da primeira fase, foi realizado contato telefônico e explicado os propósitos do contato e da nova fase do estudo.

Quando identificado o óbito da mulher, foi explicitado ao informante os propósitos deste estudo e solicitado que informe, caso esteja de acordo que os dados sejam incluídos neste trabalho, o motivo do óbito ocorrido.

Nos casos em que a paciente aceitou participar voluntariamente foram agendados dia e horário para realizar a entrevista, a Escala de Desesperança de Beck e o PRIME-MD. As entrevistas foram realizadas em uma sala privada no ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica do HCFMUSP.

4.7 ANÁLISE DE DADOS

4.7.1 FASE 1

A análise dos dados foi realizada com vistas a identificar as associações intragrupo, ou seja, inicialmente no grupo de abortamento espontâneo e posteriormente no grupo de abortamento provocado.

O discurso das entrevistadas foi submetido à análise qualitativa e posteriormente realizou-se análise quantitativa destes dados.

Foi realizada análise qualitativa dos discursos por meio da Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin¹⁰¹ com o objetivo de interpretar o conteúdo manifesto pelas mulheres na entrevista de forma objetiva e sistemática. O conteúdo manifesto, após análise transversal, era codificado em categorias. Assim, as respostas das entrevistadas eram centralizadas em unidades de significado, que simbolizavam o que foi expresso na entrevista. Após essas unidades de significado serem encontradas foram realizados recortes e os conteúdos foram categorizados.

Os resultados obtidos com a categorização foram, posteriormente, analisados com técnicas quantitativas.

Os dados quantitativos foram analisados por meio do programa IBM *SPSS for Windows* versão 20.0. As variáveis quantitativas são demonstradas por meio das medidas resumo: média, mediana, desvio-padrão (DP) e valores mínimos e máximos. As variáveis qualitativas são apresentadas por frequências absolutas e relativas (%).

Para a associação entre duas variáveis qualitativas, foi utilizado o teste de qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, quando apropriado. Com o intuito de comparar dois grupos em relação a variáveis numéricas, o teste não paramétrico Mann-Whitney foi considerado.

O nível de significância adotado teve o valor de 0,05 (alfa = 5%). Com isso, níveis descritivos (p) inferiores a 5% serão considerados significantes ($p < 0,05$).

4.7.2 FASE 2

Os dados desta fase foram analisados por meio de estatística descritiva com apresentação de frequência simples. Foi realizada também análise qualitativa por meio da utilização da técnica de Análise de Conteúdo, que consiste em uma análise de significados, uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído do discurso e sua respectiva interpretação.

Na análise de conteúdo, após a leitura das respostas as entrevistas foram classificadas, agrupadas e categorizadas em unidades de registro, simbolizadas por uma palavra. Elementos em comum nos discursos das mulheres possibilitaram seu agrupamento em categorias que consistiam em uma forma de pensamento e refletiam uma realidade de forma resumida, em determinado momento¹⁰¹.

Foi realizada, ainda, comparação entre os resultados do diagnóstico de depressão e desesperança coletados nas duas fases deste estudo e os resultados foram descritos por meio de estatística simples.

5. RESULTADOS

5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

5.1.1 PRIMEIRA FASE

A tabela 2 apresenta os resultados descritivos da população estudada. Constatou-se que a média de idade no grupo de abortamento espontâneo foi de 28,24 anos (DP= 7,4), e no grupo de abortamento provocado foi de 27,28 (DP=6,9).

Tabela 2 –Distribuição dos dados de acordo com tipo de abortamento e dados sociodemográficos, religiosidade e aspectos obstétricos em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.

Variáveis sociodemográficas	Espontâneo	Provocado
	n% (n=144)	n% (n=18)
Idade		
Média (DP)	28,24(7,4) ^a	27,28(6,9) ^a
Mediana (Min-Max)	28(13-45) ^a	27,50(16-40) ^a
Escolaridade		
Fundamental completo/incompleto	44(30,6) ^a	8(44,4) ^a
Médio completo/incompleto	86(59,7) ^a	8(44,4) ^a
Ensino superior completo/incompleto	14(9,7) ^a	2(11,1) ^a
Estado civil		
Relacionamento estável	126(87,5) ^a	11(61,1) ^a
Solteira	18(12,5) ^a	7(38,9) ^a
Tempo de relacionamento (em meses)		
Média (DP)	57,33(50,9) ^a	37,83(41,2) ^a
Mediana (Min-Max)	36(1-192) ^a	22(4-120) ^a
Ocupação		
Trabalha	108(75) ^a	13(72,2) ^a
Não trabalha	36(25) ^a	5(27,8) ^a
Pessoas com quem vive^a		
Companheiro	93(64,6) ^a	8(44,4) ^a
Pais/ Familiares	37(25,7) ^a	4(22,2) ^a
Amigos	2(1,4) ^a	4(22,2) ^a
Filhos	8(5,6) ^a	2(11,1) ^a
Sozinha	4(2,8) ^a	0
Renda per capita		
Média (DP)	510,3(449,8) ^a	474,3(439,8) ^a
Mediana (Min/Max)	366,6(0-2500) ^a	290(0-1500) ^a
Presença de crença de fé		
Sim	135(93,8) ^a	18(100) ^a
Não	9(6,3) ^a	0
Religião		
Católica	75(52,1) ^a	12(66,7) ^a
Evangélica	47(32,6) ^a	1(5,6) ^a
Não tem religião	7(4,9) ^a	2(11,1) ^a
Outras	6(4,2) ^a	3(16,7) ^a
Não se aplica	9(6,3) ^a	0

^a Estatística Simples

Os dados referentes ao histórico obstétrico das mulheres que realizaram abortamento espontâneo ou provocado encontram-se apresentados na tabela 3. No que diz respeito ao número de gestações, observou-se que a média no grupo de abortamento espontâneo foi de 2,51 (DP=1,6) e no grupo de abortamento provocado foi de 2,44 (DP=1,5).

Tabela 3– Distribuição dos dados de acordo com dados obstétricos e histórico reprodutivo em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.

Variáveis	Espontâneo	Provocado
	n(%)	n(%)
	(n=144)	(n=18)
Número de gestações		
Média (DP)	2,51(1,6) ^a	2,44(1,5) ^a
Mediana (Min/Max)	2(1-10) ^a	2(1-6) ^a
Número de filhos vivos		
Média (DP)	1,07(1,3) ^a	0,89(1,1) ^a
Mediana (Min/Max)	1(0-8) ^a	0,5(0-4) ^a
Ocorrência de abortamento espontâneo anterior		
Sim	141(97,9) ^a	4(22,2) ^a
Não	3(2,1) ^a	14(77,8) ^a
Ocorrência de abortamento provocado anterior		
Sim	9(6,3) ^a	18(100) ^a
Não	135(93,8) ^a	0
Idade gestacional na ocorrência do abortamento		
Sim	11,1(3,6) ^a	12,5(4,5) ^a
Não	11(4-20) ^a	12(6,20) ^a
Presença de adoecimento materno na gravidez		
Sim	14(9,7) ^a	8(44,4) ^a
Não	130(90,3) ^a	10(55,6) ^a
Uso de medicamentos na gravidez		
Sim	49(34) ^a	8(44,4) ^a
Não	95(66) ^a	10(55,6) ^a
Exposição a raio x na gravidez		
Sim	12(8,3) ^a	1(5,6) ^a
Não	132(91,7) ^a	17(94,4) ^a

^a Estatística simples

Na avaliação de desesperança realizada entre as mulheres que vivenciaram o abortamento espontâneo (n=144), constatou-se alta desesperança em 14,6% (n=21); entre mulheres que provocaram o abortamento

(n=18), o índice de alta desesperança foi de 27,8% (n=5), conforme apresentado na tabela 4.

Tabela 4 –Distribuição dos dados de acordo com nível de desesperança e natureza do abortamento.

Desesperança	Espontâneo	Provocado
	n (%) (n=144)	n (%) (n=18)
Baixa	123 (85,4) ^a	13 (72,2) ^a
Alta	21(14,6) ^a	5 (27,8) ^a

^a Estatística Simples

Foi realizada análise dos dados sociodemográficos e sua associação com desesperança. Quando associada presença de desesperança com os dados sociodemográficos, dentre o grupo de mulheres que viveu abortamento espontâneo, constatou-se significância estatística entre escolaridade ($p<0,01$), ocupação ($p=0,05$), pessoas com quem vive ($p=0,02$) e renda *per capita* (0,02).

Na associação entre presença de desesperança e dados sociodemográficos em mulheres que relataram abortamento provocado não foi observada significância estatística, conforme os dados apresentados na tabela 5.

Tabela 5 –Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e dados sociodemográficos, religiosidade e aspectos obstétricos em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.

em mulheres que relataram abertamente desesperança espontânea e provocada.						
Variáveis Sociodemog.	Desesperança					p
	Espontâneo		p	Provocado		
	Baixa n (%) (n=123)	Alta n (%) (n=21)		Baixa n (%) (n=13)	Alta n (%) (n=5)	
Escolaridade						
Fundamental completo/incompleto	30(24,4)	14(66,7)		<u>6(46,1)</u>	2(40)	
Médio completo/incompleto	79(64,2)	7(33,3)	0,01^a	<u>5(38,5)</u>	3(60)	0,99 ^a
Ensino superior completo/incompleto	14(11,4)	0		<u>2(15,4)</u>	0	
Estado civil						
Relacionamento estável	110 (89,4)	16 (76,2)	0,14 ^a	9(69,2)	2(40)	0,58 ^a
Solteira	13(10,6)	5(23,8)		4(30,8)	3(60)	
Tempo de relacionamento (em meses)						
Média (DP)	56,0(48,7)	65,1(63,9)	0,92 ^b	42,2(44,1)	16,0(5,6)	0,60 ^b
Mediana (Min-Max)	39(2-192)	30(1-192)		24 (4-120)	16 (12-20)	
Ocupação						
Trabalha	96(78)	12(57,1)	0,05^a	8(61,5)	5(100)	0,25 ^a
Não trabalha	27(22)	9(42,9)		5(38,5)	0	
Pessoas com quem vive						
Companheiro	79(64,2)	14(66,7)		7(53,8)	1(20)	
Pais/ Familiares	35(28,5)	2(9,5)		3(23,1)	1(20)	
Amigos	1(0,8)	1(4,8)	0,02^a	1(7,7)	3(60)	0,17 ^a
Filhos	4(3,3)	4(19)		2(15,4)	0	
Sozinha	4(3,3)	0		0	0	
Renda per capita						
Média (DP)	541,0 (469,89)	316,2 (213,78)	0,02^b	528,5 (477,9)	333,3 (320,3)	0,24 ^b
Mediana (Min/Max)	400 (60-2500)	300 (0-1000)		333,33 (0-1500)	200 (150-900)	
Presença de crença de fé						
Sim	116 (94,3)	19 (90,5)	0,62 ^a	13(100)	5(100)	**
Não	7(5,7)	2(9,5)		0	0	
Religião						
Católica	64(52)	11(52,4)		7(53,8)	5(100)	
Evangélica	41(33,3)	6(28,6)		1(7,7)	0	
Não tem religião	7(5,7)	0	0,44 ^a	2(15,4)	0	0,56 ^a
Outras	4(3,3)	2(9,5)		3(23,1)	0	
Não se aplica	7(5,7)	2(9,5)		0	0	

** A análise estatística não foi possível neste caso devido ao caráter constante da variável.

^a Teste exato de Fisher

^b Teste não paramétrico Mann-Whitney

Quando associadas as variáveis relacionadas ao histórico obstétrico e reprodutivo com desesperança, entre o grupo de mulheres que tiveram abortamento espontâneo, constatou-se significância estatística entre desesperança e número de gestações ($<0,01$) e número de filhos vivos ($<0,01$).

Dentre o grupo de mulheres que provocaram abortamento, constatou-se significância estatística entre desesperança e uso de medicamentos na gravidez ($<0,01$), a tabela 6 apresenta os resultados destas associações.

Tabela 6— Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e dados obstétricos e histórico reprodutivo em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.

Variáveis	Desesperança					
	Espontâneo		p	Provocado		p
	Baixa	Alta		Baixa	Alta	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
	(n=123)	(n=21)		(n=13)	(n=5)	
Número de gestações						
Média (DP)	2,3(1,4)	3,6(2,2)	<0,01 ^a	2,4(1,6)	2,4(1,1)	0,84 ^a
Mediana (Min/Max)	2(1-7)	3(1-10)		2(1-6)	2(1-4)	
Número de filhos vivos						
Média (DP)	0,9(1,0)	2(2,2)	<0,01 ^a	1(1,3)	0,6(0,5)	0,77 ^a
Mediana (Min/Max)	1(0-5)	1(0-8)		0(0-4)	1(0-1)	
Ocorrência de abortamento espontâneo anterior						
Sim	121 (98,4)	20 (95,2)	0,38 ^b	4 (30,8)	0	0,28 ^b
Não	2(1,6)	1(4,8)		9(69,2)	5(100)	
Ocorrência de abortamento provocado anterior						
Sim	6(4,9)	3(14,3)	0,22 ^b	13(100)	5(100)	**
Não	117 (95,1)	18 (85,7)		0	0	
Idade gestacional na ocorrência do abortamento						
Média (DP)	11,2 (3,5)	10,1(3,9)	0,29 ^a	11,9(4,8)	14,2(3,3)	0,33 ^a
Mediana (Min/Max)	11(4-20)	11(4-20)		11(6-20)	15(11-19)	
Presença de adoecimento materno na gravidez						
Sim	14(11,4)	0	0,22 ^a	13(100)	5(100)	**
Não	109 (88,6)	21 (100)		0	0	
Uso de medicamentos na gravidez						
Sim	38(30,9)	11(52,4)	0,06 ^b	3(23,1)	5(100)	<0,01 ^b
Não	85(69,1)	10(47,6)		10(76,9)	0	
Exposição a raio X na gravidez						
Sim	9(7,3)	3(14,3)	0,38 ^b	0	1(20)	0,28 ^b
Não	114 (92,7)	18 (85,7)		13(100)	4(80)	

****** A análise estatística não foi possível neste caso devido ao caráter constante da variável.

^aTeste não paramétrico Mann-Whitney

^b Teste exato de Fisher

As questões qualitativas foram transformadas em categorias para a realização da análise dos dados.

A categoria das respostas e seus respectivos significados, sobre a reação da mulher no momento da confirmação da gravidez e a descrição da mulher

acerca da compreensão sobre a reação do parceiro no momento da confirmação da gestação, nos grupos de abortamento espontâneo e de abortamento provocado, encontram-se apresentados a seguir.

Para reação no momento da confirmação da gravidez, as categorias utilizadas foram: **Positiva** – que dizia respeito às respostas que versavam sobre situação emocional de alegria e ou satisfação com a descoberta da gravidez; a categoria denominada de **Negativa** incluiu respostas que versavam sobre insatisfação e tristeza com a gestação; as respostas denominadas de **Ambivalentes** incluíram discursos que traziam um misto de satisfação e angústia ao descobrir-se grávida; as respostas categorizadas como **Não Específica** incluíram respostas em que a emoção não ficou clara no discurso da mulher.

No que se refere às categorias da questão reações do parceiro, tem-se que a categoria denominada **Positiva** englobou discursos com reações de alegria e satisfação do parceiro com a descoberta; na categoria **Negativa**, foram incluídos discursos que representavam reações de insatisfação, rejeição e tristeza com a gravidez; na categoria denominada **reações ambivalentes** foram incluídas respostas que expressavam satisfação e, ao mesmo tempo, insatisfação como reações concomitantes de alegria e medo; na categoria **não especificados/ não sabe** foram incluídos discursos que expressavam indefinição quanto aos sentimentos ou o desconhecimento do parceiro quanto à gravidez.

Quando associado desesperança com reação no momento da confirmação da gravidez; acompanhante na confirmação da gestação; acompanhada de quem na confirmação da gestação e com reação do parceiro no momento da confirmação da gestação, no grupo de abortamento espontâneo, constatou-se significância estatística na associação entre desesperança e quem era o acompanhante no momento da confirmação da gestação ($p=0,03$) e reação do parceiro no momento da confirmação da gestação ($p=0,02$).

No grupo de abortamento provocado, não foram encontradas significâncias estatísticas entre nenhuma das variáveis estudadas, conforme os dados apresentados na tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e reação à descoberta da gestação, suporte social no momento da descoberta da gestação, em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado

Variáveis	Desesperança					
	Espontâneo		p	Provocado		p
	Baixa	Alta		Baixa	Alta	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
	(n=123)	(n=21)		(n=13)	(n=5)	
Reação no momento da confirmação da gravidez						
Positiva	57(46,3)	7(33,3)	0,14 ^a	2(15,4)	0(0)	0,32 ^a
Negativa	23(18,7)	5(23,8)		8(61,5)	2(40)	
Ambivalente	20(16,3)	1(4,8)		0	0	
Não especifica	23(18,7)	8(38,1)		3(23,1)	3(60)	
Acompanhante na confirmação da gestação						
Sozinha	68(55,3)	15(71,4)	0,23 ^a	8(61,5)	3(60)	1,0 ^a
Acompanhada	55(44,7)	6(28,6)		5(38,5)	2(40)	
Acompanhada de quem na confirmação da gestação						
Companheiro	30(24,4)	0(0)	0,03 ^a	2(15,4)	0(0)	0,58 ^a
Familiar	16(13)	4(19)		0(0)	1(20)	
Amigo	9(7,3)	2(9,5)		3(23,1)	1(20)	
Não se aplica	68(55,3)	15(71,4)		8(61,5)	3(60)	
Reação do parceiro no momento da confirmação da gestação						
Positiva	75(62,5)	10(50)	0,02 ^a	3(23,1)	1(25)	0,99 ^a
Negativa	20(16,7)	3(15)		5(38,5)	2(50)	
Ambivalente	14(11,7)	0(0)		1(7,7)	0	
Não específica	8(6,7)	4(20)		2(15,4)	0	
Não sabe	3(2,5)	3(15)		2(15,4)	1(25)	

^aTeste exato de Fisher

No que diz respeito à categoria dos sentimentos despertados durante a gravidez, entre as mulheres que viveram o abortamento espontâneo, foram denominadas de **Positivas** as respostas que versavam sobre felicidade, satisfação em estar grávida. Com relação à categoria **Negativos** foram incluídos os discursos que falavam sobre preocupação, tristeza e angústia. Para a categoria **Ambivalentes** foram inseridas as respostas que traziam sentimentos positivos e negativos misturados, tais como “fiquei feliz, mas tive muito medo”. A categoria denominada **Não Especificado** foi formada por discursos que não relataram os sentimentos envolvidos na situação, como soube da gravidez junto com o aborto. Foi denominado de **Aspectos Físicos** a categoria em que o discurso de mulheres se resumiram a falar sobre aspectos físicos da gestação, por exemplo, “senti dores nos últimos dias”.

A mesma denominação das categorias foi utilizada para o discurso das mulheres que provocaram o abortamento. No entanto, só houveram respostas enquadradas nas categorias **Negativos** e **Ambivalentes**. Para a categoria **Negativos**, as respostas versavam sobre medo de morrer, sentindo-se mal consigo mesma e preocupação extrema. Os discursos colocados na categoria **Ambivalentes** versavam sobre dúvida em realizar o aborto, e sentimentos de satisfação com a possibilidade da gravidez, associados a medos diversos.

Quando associados os dados de desesperança e sentimentos despertados durante a gravidez, como ocorreu o abortamento, existência de sentimentos de culpa e desejo de mudança, não foram constatadas significâncias estatísticas com o grupo de mulheres que viveram abortamento espontâneo. Também não foram identificadas significâncias estatísticas entre as variáveis no grupo de abortamento provocado. Os dados encontram-se apresentados na tabela 8.

Tabela 8 –Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e sentimentos durante a gravidez; culpa e merecimento de castigo em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado

Desesperança						
Variáveis	Espontâneo		p	Provocado		p
	Baixa	Alta		Baixa	Alta	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
	(n=123)	(n=21)		(n=13)	(n=5)	
Sentimentos durante a gravidez						
Positivos	75(61)	9(42,9)	0,07 ^a	0	0	1,0 ^a
Negativos	13(10,6)	7(33,3)		10(76,9)	4(80)	
Ambivalentes	8(6,5)	0(0)		3(23,1)	1(20)	
Não especificado	13(10,6)	2(9,5)		0	0	
Aspectos Físicos	14(11,4)	3(14,3)		0	0	
Culpa em relação ao abortamento vivido						
Sim	30(24,4)	5(23,8)	0,99 ^a	5(38,5)	4(80)	0,29 ^a
Não	93(75,3)	16(76,2)		8(61,5)	1(20)	
Sentimento de merecimento de castigo						
Sim	35(28,5)	5(23,8)	0,79 ^a	4(30,8)	2(40)	0,99 ^a
Não	88(71,5)	16(76,2)		9(69,2)	3(60)	
Mudaria alguma coisa nos acontecimentos vividos						
Sim	61(49,6)	12(57,1)	0,77 ^a	7(53,8)	2(40)	0,79 ^a
Não	56(45,5)	9(42,9)		5(38,5)	2(40)	
Não sabe	6(4,9)	0		1(7,7)	1(20)	

^aTeste exato de Fisher

Foi questionado apenas ao grupo de mulheres que provocaram o abortamento sobre fatores que influenciaram na decisão sobre a realização do abortamento e os motivos que a levaram ao abortamento. Na associação entre desesperança e fatores que influenciaram na decisão sobre a realização do abortamento e motivos que levaram ao abortamento, houve significância estatística entre desesperança e motivos que a levaram ao abortamento ($p=0,01$), conforme demonstrado na tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e fatores que influenciaram na decisão sobre a realização do abortamento e motivos que levaram ao abortamento

Realização do abortamento e motivos que levaram ao abortamento			
Variáveis	Desesperança		p
	Provocado		
	Baixa n (%) (n=13)	Alta n (%) (n=5)	
Fatores que influenciaram na decisão sobre a realização do abortamento.			
Ausência de parceiro	5(38,5)	2(40)	0,52 ^a
Gestação indesejada	3(23,1)	3(60)	
Financeiro/apoio	2(15,4)	0(0)	
Interrupção judicial	3(23,1)	0(0)	
Motivos que a levaram ao abortamento			
Ausência do parceiro	1(7,7)	1(20)	0,01 ^a
Gravidez indesejada	5(38,5)	0(0)	
Problemas Financeiros	0(0)	3(60)	
Não especifica	3(23,1)	1(20)	
Malformação fetal letal	3(23,1)	0(0)	
Motivos Sociais	1(7,7)	0(0)	

^aTeste exato de Fisher

Foi indagado entre as mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado sobre a vivência de algum tipo de violência. Não houve significância estatística na associação entre desesperança e violência em nenhum dos grupos estudados, conforme demonstrado na tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos dados de acordo com a associação entre desesperança e violência física, sexual e/ou emocional em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado

Variáveis	Desesperança					
	Espontâneo		p	Provocado		p
	Baixa	Alta		Baixa	Alta	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
	(n=123)	(n=21)		(n=13)	(n=5)	
Vivência de Violência						
Sim	29(23,6)	8(38,1)	0,18 ^a	2(15,4)	2(40)	0,53 ^a
Não	94(76,4)	13(61,9)		11(84,6)	3(60)	
Violência física						
Sim	17(13,8)	7(33,3)	0,10 ^a	1(7,7)	2(40)	0,41 ^a
Não	12(9,8)	1(4,8)		1(7,7)	0	
Não se aplica	94(76,4)	13(61,9)		11(84,6)	3(60)	
Violência sexual						
Sim	10(8,1)	1(4,8)	0,14 ^a	1(7,7)	1(20)	0,29 ^a
Não	19(15,4)	7(33,3)		1(7,7)	1(20)	
Não se aplica	94(76,4)	13(61,9)		11(84,6)	3(60)	
Violência emocional						
Sim	15(12,2)	2(9,5)	0,14 ^a	2(15,4)	0	0,12 ^a
Não	14(11,4)	6(28,6)		0	2(40)	
Não se aplica	94(76,4)	13(61,9)		11(84,6)	3(60)	
Relação entre violência sofrida e abortamento espontâneo						
Sim	8(6,5)	2(9,5)	0,36 ^a	1(7,7)	0	0,41 ^a
Não	14(11,4)	4(19)		1(7,7)	2(40)	
Não sabe/não respondeu	7(5,7)	2(9,6)		0	0	
Não se aplica	94(76,4)	13(61,9)		11(84,6)	3(60)	

^a Teste exato de Fisher

Das mulheres que viveram abortamento espontâneo, 30,6% (n=44) apresentaram diagnóstico de depressão maior, já entre as que passaram pela experiência do abortamento provocado, 55,6% (n=10) tiveram diagnóstico de depressão maior.

Constatou-se significância estatística na associação entre presença de depressão maior e desesperança entre mulheres que viveram abortamento espontâneo (p=0,03). Não foi observada associação entre essas variáveis nas mulheres com abortamento provocado (p=0,99), conforme os dados apresentados na tabela 11.

Tabela 11- Distribuição dos dados de acordo com a associação entre nível de desesperança e o diagnóstico de Depressão Maior em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.

Depressão	Desesperança					
	Espontâneo		p	Provocado		p
	Baixa n (%) (n=123)	Alta n (%) (n=21)		Baixa n (%) (n=13)	Alta n (%) (n=5)	
Sim	33(26,8)	11(52,4)	0,03^a	7(53,8)	3(60)	0,99 ^a
Não	90(73,2)	10(47,6)		6(46,2)	2(40)	

^aTeste exato de Fisher

Quando associados sintomatologia depressiva e presença de desesperança no grupo de mulheres com abortamento espontâneo, constatou-se significância estatística entre desesperança e os sintomas: sentir-se cansado ou com pouca energia ($p=0,02$); pouco interesse ou prazer em fazer as coisas ($p=0,01$); sentir-se para baixo ou deprimido ($p=0,02$); pensamentos de morte ou de se ferir ($p<0,01$).

Dentre o grupo de mulheres que provocaram abortamento constatou-se significância estatística entre desesperança e sentimento de culpa ($p=0,03$) e pensamentos de morte ou de se ferir ($p=0,04$). A tabela 12 apresenta os resultados.

Tabela 12-Distribuição dos dados de acordo com a associação entre nível de desesperança e a sintomatologia depressiva em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.

Desesperança						
Sintomatologia depressiva	Espontâneo		p	Provocado		p
	Baixa	Alta		Baixa	Alta	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
	(n=123)	(n=21)		(n=13)	(n=5)	
Insônia ou Hipersonia						
Sim	66(53,7)	13(61,9)	0,63 ^a	10(76,9)	3(60)	0,58 ^a
Não	57(46,3)	8(38,1)		3(23,1)	2(40)	
Fadiga ou perda de energia						
Sim	51(41,5)	15(71,4)	0,02 ^a	9(69,2)	2(40)	0,32 ^a
Não	72(58,5)	6(28,6)		4(30,8)	3(60)	
Aumento ou diminuição de apetite						
Sim	60(48,8)	13(61,9)	0,34 ^a	7(53,8)	2(40)	0,99 ^a
Não	63(51,2)	8(38,1)		6(46,2)	3(60)	
Menor interesse pelas coisas do dia-a-dia						
Sim	46(37,4)	14(66,7)	0,01 ^a	6(46,2)	3(60)	0,99 ^a
Não	77(62,6)	7(3,3)		7(53,8)	2(40)	
Humor deprimido						
Sim	37(30,1)	12(57,1)	0,02 ^a	7(53,8)	5(100)	0,11 ^a
Não	86(69,9)	9(42,9)		6(46,2)	0	
Sentimento de culpa						
Sim	34(27,6)	7(33,3)	0,60 ^a	5(38,5)	5(100)	0,03 ^a
Não	89(72,4)	14(66,7)		8(61,5)	0	
Dificuldade de concentração						
Sim	30(24,4)	8(38,1)	0,19 ^a	3(23,1)	0	0,52 ^a
Não	93(75,6)	13(61,9)		10(76,9)	5(100)	
Agitação ou retardo psicomotor						
Sim	36(29,3)	8(38,1)	0,44 ^a	5(38,5)	3(60)	0,6 ^a
Não	87(70,7)	13(61,9)		8(61,5)	2(40)	
Pensamentos recorrentes de morte						
Sim	6(4,9)	6(28,6)	<0,01 ^a	1(7,7)	3(60)	0,04 ^a
Não	117(95,1)	15(71,4)		12(92,3)	2(40)	

^aTeste exato de Fisher

5.1.2 SEGUNDA FASE

Participaram da segunda fase deste estudo, 12 mulheres, sendo 10 que haviam passado por abortamento espontâneo e 2 o haviam provocado. A média de tempo entre a entrevista da primeira fase do estudo e as entrevistas da segunda fase foi de 95,75 meses.

Os dados de caracterização da amostra da segunda fase podem ser observados na tabela 13.

Tabela 13-Distribuição dos dados de acordo com os aspectos sociodemográficos em mulheres que sofreram abortamento espontâneo.

Dados sociodemográficos	Espontâneo	Provocado
	(n=10)	(n=2)
Escolaridade		
Fundamental completo/inc.	1(10) ^a	0
Médio completo/inc.	6(60) ^a	2(100) ^a
Superior completo/inc.	3(30) ^a	0
Estado civil atual		
Relação estável	7(70) ^a	0
Solteira	3(30) ^a	2(100) ^a
Alteração do parceiro em relação a 1ª fase		
Não	7(70) ^a	1(50) ^a
Sim	3(30) ^a	1(50) ^a
Filhos após o abortamento		
Sim	4(40) ^a	1(50) ^a
Não	6(60) ^a	1(50) ^a
Realização de curetagem		
Sim	7(70) ^a	1(50) ^a
Não	3(30) ^a	1(50) ^a

^a Estatística simples

Na avaliação com o instrumento BHS, foi constatada alta desesperança em 1 das mulheres da amostra que havia passado por abortamento espontâneo, e em 1 das mulheres que havia referido abortamento provocado, conforme os dados apresentados na tabela 14.

Tabela 14-Distribuição dos dados de acordo com a associação entre nível de desesperança e o diagnóstico de Depressão Maior em mulheres que sofreram abortamento espontâneo.

Tipo de aborto	Desesperança	
	Baixa n(%)	Alta n(%)
	(n=10)	(n=2)
Espontâneo	9(90) ^a	1(10) ^a
Provocado	1(50) ^a	1(50) ^a

^aEstatística simples

Ao verificar a associação entre as variáveis depressão e desesperança em mulheres com abortamento espontâneo e provocado, foi possível observar que as pacientes que alcançaram pontuação de desesperança alta no BHS (n=2) também encontravam-se deprimidas. A tabela 15 apresenta os resultados.

Tabela 15-Distribuição dos dados de acordo com a associação entre nível de desesperança e o diagnóstico de Depressão Maior em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado.

Depressão	Desesperança	
	Baixa n (%)	Alta n (%)
	(n=10)	(n=2)
Sim	4(40) ^a	2(100) ^a
Não	6(60) ^a	0

^aEstatística simples

Foi realizada uma comparação entre as mulheres que aceitaram participar dos dois momentos da pesquisa quanto ao diagnóstico de depressão maior e desesperança.

Dentre a amostra que participou das duas fases do estudo (n=12), 50% (n=6) tinham tido diagnóstico de depressão, na primeira fase do estudo, e 41,6%

(n=5) tinham diagnóstico de depressão, na segunda fase do estudo, como demonstram os dados na tabela 16.

Tabela 16-Distribuição dos dados de acordo com a associação entre diagnóstico de Depressão maior em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado nas duas fases do estudo.

	Depressão 2ª Etapa	
	Sim n (%)	Não n (%)
	(n=5)	(n=7)
Depressão 1ª Etapa		
Sim (n=6)	1(16,67) ^a	5(83,33) ^a
Não (n=6)	4(66,67) ^a	2(33,33) ^a

^a Estatística simples

Quando avaliada a variável desesperança entre as duas fases do estudo, pode se observar que, na primeira fase, 1 das mulheres encontrava-se com nível alto de desesperança, enquanto que, na segunda fase duas mulheres encontraram-se desesperançosas, conforme demonstrado na tabela 17.

Tabela 17-Distribuição dos dados de acordo com a associação entre nível de desesperança em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e provocado nas duas fases do estudo.

	Desesperança 2ª Etapa	
	Baixa n (%)	Alta n (%)
	(n=10)	(n=2)
Desesperança 1ª Etapa		
Baixa (n=11)	9(81,8) ^a	2(18,2) ^a
Alta (n=1)	1(100) ^a	0

^a Estatística simples

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Foi realizada análise temática do discurso das mulheres que retornaram ao serviço, e subdividido em categorias para melhor compreensão dos sentimentos despertados pela vivência do abortamento espontâneo e seu significado em suas vidas. Objetivando manter sigilo, as mulheres serão identificadas por nomes fictícios escolhidos de forma aleatória.

Os discursos das pacientes foram categorizados em: O impacto emocional do Abortamento, Vivendo com a culpa, Retomada da parentalidade e Laços sociais.

Na categoria **“O impacto emocional do Abortamento”** encontram-se discursos que versavam sobre o sofrimento passado e atual associado ao abortamento, dentre esses discursos destacaram-se entre as mulheres que abortaram espontaneamente:

“Quando perdi foi muito traumatizante, difícil pra mim, meu marido ficou ainda mais traumatizado”. (Cibelle)

“Fiquei impotente no momento da perda, achava que o feto não estava bem...” (Ana Maria)

“... chorava muito, ficava questionando por que comigo, triste, chorando, com receio de que acontecesse novamente.” (Carolina)

“Aquele momento não dá pra esquecer. Tive depressão... com a perda parei minha vida totalmente, só queria morrer...” (Júlia)

“Fiquei triste, confusa, sem saber o por que perdi, fico lembrando, pensando como seria...” (Manuella)

“...quando lembro fico triste...” (Aparecida)

Na mesma categoria, entre os discursos das mulheres que relataram abortamento provocado, destaca-se:

“Fui muito maltratada no hospital, eu disse aos médicos que tinha sido espontâneo, me colocaram numa sala e disseram que eu ia ter que ter sozinha, e fiz sozinha, olhei depois que saiu, peguei, deu pra ver que era menina, coisa mais linda, me arrependi na hora, tinha bastante cabelo, fiquei olhando os dedinhos. Fiquei traumatizada.” (Luíza)

“Meus pais disseram que eu não precisava ter feito aquilo, que eles iam me ajudar, mas fiquei com medo, estava sozinha.” (Luíza)

“Todo dia lembro do rostinho dela, fiquei confusa, pensei muito em morrer na época, queria que Deus me levasse...” (Luíza)

“As vezes ainda me sinto mal, mas não posso parar por que tenho minhas filhas”. (Luíza)

Na categoria **“Vivendo com a culpa”**, foram elencados os discursos de mulheres que se sentiam culpadas, de algum modo, pelo abortamento ocorrido. Entre as mulheres que abortaram espontaneamente observa-se os discursos:

“...não sabia que estava grávida, fiquei assustada quando soube, pois, veio numa situação difícil, prejudicaria situação da família, depois que perdi senti culpa por não desejar a gestação.” (Patrícia)

“... hoje não mais, Deus sabe o que faz e não sinto mais culpa por que não fiz nada pra perder. (Patrícia)

“Fiquei triste, confusa, sem saber o porquê, fico lembrando, pensando como seria, [na época me senti culpada] mas hoje sem culpa.” (Manuella)

Entre as mulheres que abortaram de forma induzida, observa-se:

“... até hoje sinto muita culpa e revolta, acho que ela sofreu.” (Luíza)

“Sempre carrego uma culpa, hoje penso diferente, não faria o mesmo que eu fiz, me arrependo muito, mas isso não influencia no meu dia.” (Rose)

A categoria **“Retomada da parentalidade”** foi criada diante da percepção no autorelato das pacientes de sentimentos mistos de desejo por uma nova gestação, esperança de melhora emocional com o nascimento de um filho, associado com um medo extremo de novos abortamentos e, em alguns casos, impossibilidade de engravidar novamente.

“... fiquei preocupada de não ficar mais grávida... única preocupação era não poder engravidar novamente” (Solange)

“Tive um filho após o aborto...tinha receio de que acontecesse novamente [o abortamento].” (Carolina)

“... não consegui engravidar novamente... Sempre sonhei em ter uma filha de cabelos cacheados, poder dar tudo o que não tive. Não consigo me conformar que não vou ser mãe.” (Júlia)

“Fiquei bem, tive outro filho de 5 anos, achava que não engravidaria mais... o filho me ajudou a melhorar.” (Diana)

“No momento lá sim foi triste, mas hoje tive outro menino, uma gestação de risco, e a gente conseguiu superar.” (Bernadeth)

“... foi super desejado, após essa perda tive mais uma, hoje tenho medo de engravidar...” (Aparecida)

Entre as mulheres que abortaram de maneira provocada, único discurso que se refere à temática pode ser observado abaixo:

“... tenho duas filhas de 3 e 2 anos que são minha vida. As vezes me sinto mal (emocionalmente), mas não posso parar por que tenho elas.” (*Luíza*)

A categoria “**Laços sociais**” foi inserida no contexto de mulheres com abortamento provocado, diante da percepção da ausência de suporte social, em ambos os casos, sendo o evento do abortamento uma situação dolorosamente solitária, como pode ser visto nos discursos:

“nunca mais vi ele (parceiro na época), não tínhamos uma relação... foi apenas uma vez...” (*Rose*)

“Na época era sozinha, tinha filha mas na época ela morava na Bahia com a minha mãe. Não falo disso com ninguém...” (*Rose*)

“Namorava há 2 anos, quando engravidei meu namorado fugiu e nunca mais vi. Meus pais ameaçavam me colocar pra fora caso engravidasse, sabe? Então tive que fazer, morava com eles, e se ficasse grávida na rua ?” (*Luíza*)

“Meus pais não souberam da gestação, amigas me falaram sobre uma mulher que fazia, decidi sozinha, estava com 6 meses na época...mas fiquei com muita dor, tive que ir pro hospital, fui sozinha, não ia contar pros meus pais, de lá liguei pra uma amiga e mandei dizer que tinha viajado.” (*Luíza*)

Entre as mulheres que abortaram espontaneamente, a temática laços sociais surge, mas de forma diferenciada, como pode ser observado:

“Hoje estou bem no profissional, bem com companheiro, mas foi um processo, uma construção... tive acompanhamento de psicólogo e suporte no trabalho.” (*Carolina*)

“Todos da família souberam do ocorrido e me deram apoio...” (*Solange*)

“Tive muito suporte do marido e médicos bons.” (*Ana Maria*)

6. DISCUSSÃO

6.1 PRIMEIRA FASE

6.1.1 Variáveis sociodemográficas e obstétricas

Este estudo considerou como indivíduos com alta desesperança sujeitos que pontuaram maior ou igual a 9 no teste BHS, seguindo critérios propostos por Beck et al. (1990)⁸². Foram constatados índices elevados de alta desesperança entre mulheres que viveram abortamento espontâneo e provocado (14,6%; n=21 e 27,8%; n=44, respectivamente). Essa incidência traz preocupações relevantes acerca da saúde mental das mulheres que vivenciam abortamento, independentemente de sua natureza, provocada ou espontânea. A preocupação se dá, pois, diversos estudos^{75,79,82} destacam a associação positiva entre desesperança e comportamentos suicidas; assim como com crenças negativas e distorcidas em relação ao futuro^{1,77,78}. Além disso, Coronel e Werlang (2011)¹⁰² e Kattimani et al. (2015)¹⁰³ apontam que altos índices de desesperança relacionam-se com mecanismos de enfrentamento mais empobrecidos, ou seja, com deficiência no conjunto de estratégias comportamentais e emocionais que são utilizadas para adaptação diante de situações fortemente estressoras.

Soma-se às características já destacadas na literatura científica sobre a vivência emocional do abortamento provocado^{45-50,84} como um evento repleto de dúvidas e ambivalências, desde a descoberta de uma gravidez inesperada, à necessidade de tomada de decisões, frequentemente com total ausência de suporte social à mulher - a possibilidade de sentimento de desesperança. Da mesma forma, no abortamento espontâneo, caracterizado como evento de caráter repentino, associado aos fatores relacionados à cobrança cultural da maternidade, a perda sofrida e o luto desencadeado, somados ao receio de não poder gerar outros filhos^{2,8,31,36} a vivência de sentimento de desesperança.

A desesperança foi associada entre as mulheres que abortaram espontaneamente com menor escolaridade, ausência de trabalho remunerado e menor renda *per capita*. Desse modo, tais fatores contribuem para o

desenvolvimento de crenças negativas em relação ao futuro, tornando essa população mais vulnerável ao sentimento de desesperança.

Em estudo realizado por Tavares et al. (2012)⁴ com 919 mulheres no período pós-parto com objetivo de avaliar o risco de suicídio e as variáveis associadas a esse risco foi encontrado que menor nível educacional esteve associado com comportamentos suicidas nessa população. Outros estudos^{78,90} apontam o menor nível educacional entre um dos fatores de risco para suicídio, desta forma, a associação encontrada nesse estudo entre mulheres com abortamento espontâneo não pode ser ignorada.

Não foram constatadas significâncias estatísticas entre desesperança e variáveis sociodemográficas nas mulheres que abortaram de forma provocada, ou seja, o evento do abortamento provocado por si só não se demonstrou um desencadeador de sentimento de desesperança na mulher.

Quando observadas as variáveis relacionadas aos aspectos obstétricos e histórico reprodutivo das mulheres, foi possível constatar que as variáveis maior número de gestações e maior número de filhos vivos tiveram associação positiva com desesperança em mulheres com abortamento espontâneo. Esse dado difere do encontrado nos estudos de Kagami et al. (2012)³⁷ que investigaram o ajustamento psicológico e fatores estressores em 76 casais, após histórico de perdas recorrentes; e de Lok et al. (2007)⁴¹ que visava examinar a repercussão emocional em 280 mulheres que sofreram abortamento espontâneo, até um ano depois da recorrência. Ambos os estudos apontaram que a variável menor número de filhos esteve associado com maiores chances de adoecimento psíquico.

6.1.2 Variáveis emocionais

Quando avaliadas variáveis emocionais em mulheres que enfrentaram abortamento espontâneo, foi constatado que as variáveis pessoa que acompanhava a mulher no momento do diagnóstico gestacional e reação do parceiro no momento da confirmação da gestação, obtiveram relação

estatisticamente significativa com alta desesperança. Dentre as mulheres com maior desesperança, nenhuma esteve acompanhada do parceiro no momento da confirmação da gestação e 71,4% encontravam-se completamente sozinhas nesse momento. No que se refere às emoções do companheiro, nota-se que uma alta porcentagem de mulheres não especifica e não sabe das emoções do companheiro.

Destaca-se a falta de apoio do parceiro, que, por vezes, estavam ausentes concretamente, através da figura isolada da mulher no momento do diagnóstico, ou afetivamente, quando a mulher relata que não sabe das emoções do parceiro em relação à gestação no momento em que esta já se encerrava, o que pode revelar uma ausência prolongada deste parceiro.

Estudos científicos anteriores^{4,39-42}, também apontaram para importância do suporte social neste processo de reestabelecimento psíquico pós abortamento. No entanto, não foram encontrados estudos específicos que associassem desesperança, suporte social e abortamento, deste modo, novos estudos que aprofundem as relações entre estas variáveis estão indicados.

Estudo de Nonnenmacher (2013)⁶⁷, com mulheres que apresentaram abortamento na cidade de São Paulo, associou ausência de suporte social do parceiro com desenvolvimento de depressão em mulheres que vivenciaram abortamento espontâneo e provocado. Segundo a autora, os resultados indicam que, apesar de toda a emancipação e independência feminina observada na sociedade brasileira, a presença masculina em uma situação de abortamento espontâneo e provocado mostrou-se importante para suporte e/ou compartilhamento de responsabilidades.

Não foram encontradas associações das variáveis acima citadas com abortamento provocado e desesperança. No entanto, quando observados os resultados relacionados aos motivos que levaram ao abortamento provocado e a associação com alta desesperança, constatou-se que a ausência de um parceiro que assumisse a gestação junto com a mulher e problemas financeiros foram associados à desesperança. Reforça-se a tese de que tanto o suporte financeiro como o afetivo do parceiro podem ser fatores protetores para

desesperança na mulher que provoca o abortamento. Tais dados corroboram resultados de estudo de Mariutti et al., 2010⁵², que ressalta o impacto negativo de relações afetivo-sexuais frágeis no maior número de abortamentos e maior sofrimento psíquico da mulher que o provoca.

Quanto à variável vivência de violência e a associação com desesperança, não foram encontradas significâncias estatísticas em nenhum dos grupos avaliados. No entanto, o elevado índice de vivência de violência, tanto em mulheres com abortamento espontâneo quanto em abortamento provocado, é preocupante, podendo indicar um quadro de vulnerabilidade de gênero, e a vivência de violência e a coerção sexual figuram como reflexo da fragilidade feminina na sociedade brasileira atual³⁰.

Pouco se fala na literatura sobre violência entre mulheres com abortamento espontâneo, apesar de a vivência de violência ser apontada pela OMS (2005)⁴³ como indicador de risco para aumento de números de abortamentos espontâneos e de índice de suicídio.

Entre mulheres com abortamento provocado, o tema da violência é discutido mais abertamente. Destaca-se que, o abortamento mostra-se, muitas vezes, como mais uma das muitas violências a que a mulher é submetida ao longo de sua vida. Couto et al. (2015)⁵¹ ressaltam que a mulher passa por um conjunto de múltiplas violências ao longo da vida, destacando o abandono, a negligência e a rejeição na infância, a falta de orientação e o descaso na adolescência, resultando em uma mulher que se desvincula, de forma muito precoce, de sua infância, vivendo uma sexualidade sem informação ou empoderamento, fortemente vulnerabilizada para uma gestação precoce, não planejada e/ou indesejada e um possível abortamento.

Este estudo apresenta índices elevados de violência, embora não tenham sido associados com altos índices de desesperança, indica-se novos e detalhados estudos sobre o tema, visando a compreensão melhor do assunto e a possibilidade de propor medidas preventivas para a condição de violência a que as mulheres encontram-se expostas.

6.1.3 Depressão

Todas as mulheres que participaram do estudo também foram avaliadas por meio do PRIME-MD para a investigação de diagnóstico de depressão maior. Foram constatados índices elevados de depressão maior, tanto entre mulheres que viveram abortamento espontâneo (30,6%; n=44), quanto em mulheres que viveram abortamento provocado (55,6%; n=10).

As taxas de depressão maior entre mulheres com abortamento espontâneo apontadas na literatura encontram variação ampla, conforme apontado por Lok e Neugelauer (2007)⁴¹ entre 10 e 50%. Tal variação se deve ao método e os instrumentos utilizados para avaliação de depressão. Neste estudo, optou-se por utilizar a entrevista clínica estruturada do PRIME-MD, que além de ser um instrumento amplamente utilizado para avaliar gestantes, ainda se propõe a observar a sobreposição de sintomas, descartando sintomatologia pertinente à gestação ou a outros sintomas que podem coexistir no momento do abortamento como luto, culpa, tristeza intensa e ansiedade, alcançando maior precisão no diagnóstico de Depressão Maior.

Foi encontrada associação positiva entre desesperança e depressão maior entre mulheres que sofreram abortamento espontâneo ($p=0,03$). Sintomas depressivos que se associaram com alto nível de desesperança nessas mulheres foram: sentir-se cansada ou com pouca energia; pouco interesse ou prazer em fazer as coisas; sentir-se para baixo ou deprimida; pensamentos de morte ou de se ferir.

Foi encontrada elevada incidência de depressão maior entre mulheres que vivenciaram abortamento provocado, (55,6% n=10), corroborando os achados da literatura. Nonnenmacher (2013)⁶⁷, avaliando por meio do PRIME-MD 31 mulheres que tinham sofrido abortamento provocado em duas capitais brasileiras, constatou que os níveis de depressão variavam de acordo com a região do país (72,7% em Natal e 50% em São Paulo). Bellieni e Buonocore (2013)⁷¹, em revisão de literatura, também destacam entre os resultados, maior incidência de depressão em mulheres após abortamento provocado quando

comparado com mulheres que levaram a termo uma gestação ou sofreram um abortamento espontâneo. Os autores destacam que estes eventos são frequentemente subestimados nos estudos e na assistência em saúde à mulher que provoca abortamento.

Não foi encontrada associação positiva entre as variáveis depressão e alta desesperança em mulheres que provocaram abortamento. No entanto, o elevado número de mulheres com depressão e alta desesperança (60%) remetem a uma preocupação relacionada à vulnerabilidade psíquica delas.

Com relação ao abortamento provocado, os sintomas depressivos que se associaram significativamente com desesperança foram sentimentos de culpa; e pensamentos de morte ou de se ferir.

O sentimento de desesperança é fortemente associado ao risco de suicídio^{75,77,78,79,82,83,87}, pois, diante de uma situação em que o indivíduo não encontra uma saída satisfatória para sua vida e não acredita em chances de melhora, ficam menores seus desejos de continuar vivendo, aumentando sua tendência à desesperança⁷⁵. Na situação do abortamento espontâneo, uma situação de perda e luto, Savage (1995)² destaca que a tristeza e o sofrimento da perda podem desencadear sentimentos de união com o bebê falecido em busca de uma forma de resolver o problema da perda, do sofrimento e tristeza desencadeados a partir da morte do bebê. Assim, a avaliação de desesperança assim como os pensamentos de morte encontram-se preeminentes nesse momento.

Não foram encontrados estudos que avaliassem desesperança e depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo. No entanto, os estudos que avaliaram desesperança e depressão em diferentes populações, destacam a frequente associação entre as variáveis desesperança e depressão, vinculando essa associação com maior risco de ideação e comportamento suicida⁷⁶⁻⁷⁸.

Embora não existam estudos com desesperança e abortamento provocado, o achado, neste estudo, sobre a associação entre sentimento de culpa e desesperança nesta população, torna-se preocupante devido à

constante presença de culpa relatada na literatura em mulheres após abortamento provocado^{45-47,50}.

Torna-se extremamente importante a realização de novos estudos que avaliem desesperança entre mulheres que viveram abortamento, para que seja possível incluir, dentro das políticas públicas de saúde, uma assistência específica, voltada para a prevenção/tratamento dessa condição psíquica nas situações citadas.

6.2 SEGUNDA FASE

6.2.1 Análise Descritiva

A segunda fase deste estudo teve uma população amostral de 12 mulheres, sendo 10 que passaram por abortamento espontâneo e 2 que passaram por abortamento provocado.

É importante destacar que foi realizado grande empenho em encontrá-las, no entanto, devido ao tempo decorrido entre o abortamento e o contato para a entrevista, muitos dos telefones e endereços existentes nos dados cadastrais do hospital não eram mais pertencentes às mulheres participantes do estudo. Uma delas realizou o agendamento da entrevista, mas não compareceu na data agendada, e sete recusaram-se a participar na ocasião do convite ao telefone por não desejarem relembrar aquele momento do abortamento.

Estudo realizado por Ridauro et al., (2017)⁵⁴, com objetivo de descrever a progressão de um processo de tristeza profunda e de depressão em mulheres que tiveram abortamento provocado, avaliou as gestantes em diferentes períodos (1 mês, 6 meses e 1 ano após o abortamento). Os autores relataram diminuição progressiva do número amostral, de acordo com o tempo passado, as recusas em participar da reavaliação foram identificadas como uma maior dificuldade das mulheres em reviver aquele momento.

Pode-se observar que, entre as mulheres que tiveram abortamento espontâneo e compareceram à entrevista, houve predominância daquelas com escolaridade médio completo/incompleto, e com relações estáveis com o mesmo parceiro da primeira fase desta pesquisa. Já, entre as mulheres que realizaram o abortamento, a escolaridade permaneceu a mesma, e todas declararam estarem solteiras no momento da entrevista.

Foi constatado o mesmo número de mulheres com alta desesperança nos dois grupos ($n=1$), embora a porcentagem não seja a mesma devido à diferença amostral (10% e 50%). E todas as mulheres que tiveram alta desesperança na segunda fase da pesquisa também apresentaram diagnóstico de depressão maior.

Destaca-se o fato de, decorrido cerca de 8 anos da ocorrência do abortamento, o evento permanece repercutindo de forma negativa na vida de algumas mulheres. Savage J. (1989)², em seu livro “Vidas não vividas” fala sobre o apego à criança idealizada antes do nascimento, e a perda real e simbólica diante da vivência de um abortamento. E de como nem sempre é possível para a mulher apreender o sentido das perdas simbólicas e reais, como a perda do filho idealizado ou do sonho de tornar-se mãe, tornando-se confusa e talvez insolúvel o processo de lamentação após a perda. Esse mecanismo é melhor exemplificado durante as análises qualitativas realizadas com as mulheres da segunda fase.

Ao compararmos os dois momentos da pesquisa, pode-se verificar que 1 mulher permanecia em depressão desde a primeira fase da entrevista até o momento. Constatou-se, ainda, que 5 mulheres apresentaram melhora de sintomas depressivos constatados na primeira fase da entrevista. Estudo de Lok et al., 2010⁶⁵, destaca a normalização dos sintomas de depressão até um ano após o abortamento. Porém não há como precisar a duração de um processo de tristeza e luto visto que, para cada uma das mulheres, isso é vivido de forma muito particular. A melhora do aspecto depressão em algumas mulheres pode ser embasada seu no relato de maior suporte familiar e facilidade de acesso à rede de saúde mental.

Observou-se que 4 mulheres apresentaram piora em relação à primeira fase da entrevista sendo diagnosticadas com depressão na segunda fase. Pode-se pensar que o tabu social que ainda circunda a temática do abortamento, tanto espontâneo quanto provocado, pode predispor as mulheres a não ter com quem compartilhar possíveis sentimentos negativos como tristeza e luto e esses sentimentos, a longo prazo, e sem ajuda de um profissional de saúde, poderiam levar a um quadro de depressão.

Observa-se diante dos resultados de depressão, que a vulnerabilidade emocional não é condição necessária para todas as mulheres que vivem o abortamento. Algumas delas encontram recursos internos adequados para superarem as dificuldades emocionais vivenciadas nesse período.

Referente à variável desesperança, 1 das mulheres que se encontrava com alta desesperança na primeira fase do estudo, demonstrava-se mais esperançosa, na segunda fase, enquanto 2 mulheres que relataram maior esperança, na primeira fase, demonstraram-se mais desesperançosas na segunda fase do estudo.

O nível de desesperança pode variar ao longo da vida e relaciona-se muito com a saúde mental da mulher. Diversos são os fatores que podem interferir nos índices de desesperança, tais como vivência de perdas, dificuldades financeiras extremas, conflitos familiares, entre outros, e fatores protetores como presença de suporte familiar, fortalecimento de mecanismos de defesa e melhora da saúde mental⁷⁵⁻⁷⁹. Dessa forma, abortamento e desesperança não são variáveis às quais se possa atribuir causa e efeito diretamente. No entanto, faz-se necessário compreender a associação entre essas variáveis para que se possa propor assistência adequada às mulheres que passam por essas condições.

Desse modo, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos durante os retornos das pacientes, à sintomatologia e à existência ou não de dificuldades ao lidar com o tema do abortamento. Nas situações em que são detectadas dificuldades, estimule-a a procurar a assistência em saúde mental, evitando maiores problemas emocionais a curto e a longo prazo.

6.2.2- ANÁLISE QUALITATIVA DOS DISCURSOS

6.2.2.1 Categoria “*O impacto emocional do Abortamento*”

Foi observado, nos discursos das mulheres que tiveram abortamento espontâneo e participaram da segunda fase deste estudo, que o impacto emocional do abortamento associou-se predominantemente com a ideia de trauma, sentimento de impotência por não poder gerar e proteger seu bebê, medo de que acontecesse novamente, sentimento de luto e tristeza profunda e dúvida sobre o porquê do abortamento. Destaca-se o discurso de “Júlia” no qual pode-se observar que ela decide parar sua vida naquele momento, não dando seguimento a antigos projetos ou outras coisas que lhe pudessem dar prazer e felicidade, e é notório até mesmo o desejo de juntar-se ao bebê- traduzido por sua verbalização de desejo de morrer naquele momento.

É possível perceber que para todas as mulheres desta pesquisa a perda espontânea da gestação figurou como uma perda real de um ente querido, confirmando o que diz a literatura sobre a constituição do vínculo mãe-bebê ainda na gestação^{2,33} e sobre o sofrimento envolvido com a quebra desse vínculo, e com a perda simbólica, gerando abalos significativos à mãe, e também à família, com a perda de um de seus membros^{2,32,34,36}.

Na mesma categoria, em mulheres que relataram abortamento provocado, somente “Luíza” desejou falar mais abertamente sobre o assunto. Os impactos emocionais que podem ser destacados em seu discurso vão desde o sofrimento e o medo ao decidir e viver todo o processo do abortamento completamente sozinha, o trauma de um abortamento malsucedido, o medo na vivência de maus tratos em ambiente hospitalar onde não lhe deram assistência adequada e, finalmente, o arrependimento pelo abortamento.

Nota-se que houveram muitos sentimentos ambivalentes para “Luíza”, desde a descoberta de uma gestação não planejada, o abandono do companheiro, o medo intenso dos pais mobilizando uma decisão para a qual não

estava preparada e não desejava, pois, em muitos momentos, pode-se verificar que ela queria o bebê, e estava insegura pela decisão do abortamento (que foi realizado em período bastante avançado da gestação). Em seu discurso, predominam reações de medo, confusão e a ausência de suporte adequado levando-a à decisão pelo abortamento.

É comum entre mulheres que realizam abortamentos provocados terem sentimentos ambíguos, visto que, muitas vezes, há o desejo de ser mãe, mas há a impossibilidade de ter o bebê, naquele momento, por diversas questões como planos financeiros, educacionais, profissionais, ou falta de apoio familiar⁴⁴. A tomada de decisão sozinha, aliada a múltiplos abandonos que sofreu, e as perdas simbólicas e reais sofridas com o abortamento despertaram sofrimento intenso que “Luiza” ainda hoje não conseguiu elaborar. Essa situação se torna mais evidente, pois ela apresentou sintomas de depressão e desesperança nas duas fases do estudo.

6.2.2.2 Categoria “**Laços sociais**”

Durante as entrevistas da segunda fase desta pesquisa, constatou-se que, principalmente entre as mulheres que relataram abortamento provocado, havia ausência de suporte tanto familiar quanto do parceiro, no momento da perda, e mesmo após anos do abortamento, a experiência persiste como uma vivência dolorosamente solitária.

Em especial, pode-se analisar a situação de “Luíza”, que na ocasião de seu abortamento estava com 22 anos. Em seus relatos, percebe-se que o abandono familiar desde criança, ao não se sentir aceita pelo pai em um ambiente hostil e predominantemente assustador para ela, quando engravidou, de forma não planejada, seu namorado a abandonou, e dessa forma, ela percebeu como única alternativa encerrar esta gestação, mas sem contar aos familiares. Diante de um abortamento malsucedido, houve a procura por auxílio médico, onde novamente não se sentiu aceita, diante da ordem dos médicos de

que terminasse sozinha o que tinha começado. São evidentes as múltiplas violências e abandonos sofridos por ela.

A história dessa mulher é um exemplo do que foi citado na revisão de literatura sobre os múltiplos abandonos^{30,51,52} traduzidos pela negligência familiar, a falta de orientação e acolhimento pelos pais e mesmo vivência de violência na relação familiar, podendo resultar em uma erotização precoce e desinformada como forma de busca por afeto e atenção, resultando em uma mulher que não está preparada para sua sexualidade, não tem bons modelos de relações em que se apoiar ao procurar um parceiro afetivo, e acaba repetindo o mesmo ciclo de violências, sendo o abortamento provocado apenas mais uma de muitas que ela sofrerá.

A segunda mulher que relatou abortamento provocado nessa fase do estudo, embora tenha expressado de forma mais superficial, também revela muitos abandonos sociais ao perceber-se sozinha na cidade grande – “Rose” teria vindo do Nordeste para o Sudeste do Brasil sem os familiares em busca de oportunidades de emprego. Sem conseguir construir vínculos afetivos sólidos, a gestação é fruto de uma relação casual, frente a qual novamente a escolha pelo abortamento é solitária e o abortamento algo que não poderá ser compartilhado socialmente.

É significativo que para ambas as mulheres a experiência de poder ter alguém com quem falar sobre isso, após anos de silêncio e solidão, demonstrou-se como libertadora, expressa por meio de agradecimentos ao final do encontro, ou por meio da solicitação de realização de atendimentos psicológicos para si.

A realidade dessa categoria para as pacientes que passaram por abortamento espontâneo, revela-se bastante diferente. Todas relataram suporte adequado tanto familiar, quanto do parceiro e do sistema de saúde, embora a perda do filho continue sendo um assunto pouco ou nada abordado entre os familiares e amigos.

6.2.2.3 Categoria “*Vivendo com a culpa*”

Sentimentos de culpa foram mencionados em ambos os grupos de mulheres que viveram abortamentos espontâneos e provocados. Porém, esse sentimento teve contornos diferentes para as mulheres que viveram essas condições.

Entre as mulheres que viveram abortamento espontâneo é possível verificar, em seus discursos, que o sentimento de culpa esteve fortemente associado com sentimentos ambíguos e negativos frente à descoberta da gestação e dúvidas sobre o que teria causado o abortamento.

Visto a dificuldade em precisar as causas do abortamento 10-14 é muito frequente que as mulheres fantasiem que algo que elas fizeram - como fazer esforço físico, passar por situações de nervosismo, ou comer algo - possa ter sido a causa do abortamento; somado a isso, há a crença de que a mulher deva ser capaz de proteger seu bebê e gerar filhos saudáveis. Quando isso não ocorre pode resultar em sentimentos de fracasso diante da “função materna” estabelecida socialmente como condição natural da mulher²⁹.

Em contraposição ao que foi crença social por muito tempo, de que a mulher deveria ter apenas sentimentos positivos em relação aos seus filhos³¹, os discursos das mulheres entrevistadas mostram que o bebê que era gerado não era investido apenas de sentimentos positivos, mas frequentemente era indesejado e não planejado, dificultando os planos financeiros e de outros setores de vida da mulher. Dessa forma, o não desejo e as preocupações desencadeadas, a partir da constatação da gravidez, geram culpa e podem desencadear sentimento de autocondenação e estigmatização.

Entre as mulheres que abortaram de forma induzida a culpa está relacionada com sentimentos como revolta e arrependimento. Embora uma delas relatasse que esse sentimento existisse, mas não a abalava atualmente, a segunda relatou uma culpa bastante presente, independente de todo o tempo passado desde o abortamento, e ela é mobilizadora de muito sofrimento psíquico.

A situação demonstra o quanto a vivência da tristeza e luto após abortamento é individual, e há casos como o citado anteriormente, em que não será possível a elaboração da perda. O encaminhamento ao psicólogo e psiquiatra, nessas condições, é essencial na medida em que esse profissional é o mais preparado a auxiliar essas mulheres a elaborar todo o sofrimento desencadeado.

Muitos autores já mencionaram a presença de culpa após abortamento provocado, em conjunto com outros sentimentos como luto, arrependimento e alívio, ou seja, sentimentos predominantemente ambivalentes após o abortamento provocado⁴⁵⁻⁵⁰.

Ressalta-se que os discursos de ambas as pacientes retratam uma interrupção da gestação que foi bastante conflituosa, em circunstâncias em que ambas não tinham apoio suficiente e sentiam que não podiam ser mães naquele momento, embora pudessem ou não desejar aquele bebê, e isso lhes trouxe intensa culpa.

6.2.2.4 Categoria ***“Retomada da parentalidade”***

Esta categoria foi criada diante da percepção, no relato das mulheres que abortaram espontaneamente, de sentimentos mistos de desejo por uma nova gestação, esperança de melhora emocional com o nascimento de um filho, associado com um medo extremo de novos abortamentos e, em alguns casos, impossibilidade de engravidar novamente.

A esperança de que um novo filho possa ajudar na superação da perda de um filho morto pode ser considerada uma crença cultural de nossa sociedade. E muitas mulheres associaram a melhora com a chegada do novo filho, quando foi possível fazer novos investimentos e solucionar a perda anterior, enquanto que as mulheres que estavam incapacitadas de engravidar novamente mantiveram-se em luto e frustradas pelo seu fracasso ao não poder ser mãe, como é o exemplo de “Júlia”. Esse anseio por um novo filho pode estar

vinculado a um desejo de afirmação sobre sua capacidade de poder gerar e proteger uma criança, encerrando uma gestação que foi anteriormente “fracassada”.

Estudos anteriores associaram a melhora de um quadro de sofrimento psíquico após abortamento espontâneo com a concretização de uma futura gestação³⁶ reforçando a ideia de que, ao tornar-se mãe, a mulher cumpra sua função social, podendo dar continuidade ao seu sonho que foi interrompido com a perda da gestação. Nos discursos das pacientes, é possível observar que muitas mulheres que perderam seus bebês buscaram uma nova gestação como forma de reparar a ferida deixada com a perda gestacional.

Enquanto que entre mulheres que abortaram de maneira provocada, o único discurso que se refere à temática da parentalidade traduz o desejo da mulher de reparar aquele momento, e a busca nos filhos de uma nova força para viver. Essa foi a mulher que também expressou maior arrependimento e culpa em relação ao abortamento provocado, sendo as filhas uma possibilidade de reparar o ocorrido no passado.

Este estudo permitiu lançar um olhar diferenciado sobre a mulher que passa pelo processo de abortamento, observando não apenas seu sofrimento no pós-abortamento imediato, mas dando-lhe a possibilidade de se expressarem e pedir ajuda, mesmo depois de muito tempo do ocorrido.

7. CONCLUSÃO

Na primeira fase do estudo, constatou-se altos índices de desesperança entre as mulheres que vivenciaram abortamento, quer seja espontâneo (14,6%) quer seja provocado (30,4%). Foi constatada associação estatística significativa entre depressão e desesperança nas mulheres que vivenciaram o abortamento espontâneo, no entanto, tal associação não se fez presente entre as mulheres que provocaram o abortamento.

Entre mulheres que viveram abortamento espontâneo, foi identificada associação entre desesperança e as variáveis sociodemográficas escolaridade ($p < 0,01$), ocupação ($p = 0,05$), pessoas com quem vive ($p = 0,02$), número de gestações ($< 0,01$) e número de filhos vivos ($< 0,01$) e renda *per capita* (0,02), e com as variáveis emocionais acompanhante no momento da confirmação da gestação ($p = 0,03$) e reação do parceiro no momento da confirmação da gestação ($p = 0,02$).

Entre mulheres que provocaram o abortamento, as variáveis que estiveram associadas com alta desesperança foram: uso de medicamentos na gravidez ($< 0,01$); motivos que a levaram ao abortamento ($p = 0,01$), sendo que entre os motivos mais relatados estiveram problemas financeiros e ausência do parceiro.

Com relação à segunda fase do estudo, os sentimentos mais relatados pelas mulheres foram: sentimento de impotência por não poder gerar e proteger seu bebê, medo de que acontecesse novamente, sentimento de luto; tristeza profunda; sentimentos de culpa; desejo de ter outra gestação associado com um medo extremo de novos abortamentos.

Nesse momento, foi constatada presença de desesperança e de depressão concomitante em uma das mulheres que provocou o abortamento e em uma mulher que viveu o abortamento espontâneo. No entanto, a depressão também foi identificada em outras quatro mulheres que vivenciaram abortamento espontâneo.

8. *ANEXOS*

ANEXO A

COMITÊ DE ÉTICA DO HCFMUSP

Hospital das Clínicas da FMUSP

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: RISCO DE SUICÍDIO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE ABORTAMENTO ATENDIDAS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador Responsável: Gláucia Rosana Guerra Benute **Versão:** 2

Pesquisador Executante: Débora Cristina Nozzella Bordini **CAAE:** 43960215.8.0000.0068

Coautores: Roseli Miekio Yamamoto Nomura; Mara Cristina Souza de Lucia; Rossana Pulcinelli Vieira Francisco

Finalidade Acadêmica: Mestrado

Orientador: Gláucia Rosana Guerra Benute

Instituição: HCFMUSP

Departamento: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Registro on-line: 12935

Número do Parecer: 1.392.147

Data da Relatoria: 20/01/16

Apresentação do Projeto: O protocolo trata da avaliação de risco de suicídio e depressão maior em mulheres que receberam o diagnóstico de abortamento.

Objetivo da Pesquisa: Trata-se de recorte de uma pesquisa mais ampla já aprovada pela CAPPesq ("Culpa, ansiedade e depressão na vivência do abortamento provocado" (Projeto nº 0075/08, aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição - CAPPesq em 23/04/2008).

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Risco mínimo, pois aplicará escalas (a partir de questionários estruturados) e serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com as mulheres participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Trata-se de desdobramento de projeto aprovado, mas com inclusão de novos objetivos, produção de dados empíricos e novas análises.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Projeto bem delineado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.

Situação do Parecer: Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP: Não.

São Paulo, 20 de Janeiro de 2016

Prof. Dr. Alfredo José Mansur

Coordenador

Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

ANEXO B**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do HCFMUSP**

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
(Instruções para preenchimento no verso)

**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO PACIENTE
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº
BAIRRO: CIDADE.....
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....).....

2. RESPONSÁVEL LEGAL.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO.:/...../.....
ENDEREÇO: Nº
BAIRRO: CIDADE:
CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: CULPA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO
NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO PROVOCADO

2. PESQUISADOR: ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA

CARGO/FUNÇÃO: MÉDICA SUPERVISORA

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 59590

UNIDADE DO HCFMUSP: OBSTETRÍCIA

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ☐ RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa ;2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconfortos e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

Esta pesquisa está sendo realizada com o objetivo de estudar os problemas relacionados ao aborto, comparando com os casos de aborto não provocado. Estamos procurando saber quais os aspectos relacionados ao aborto, se ele foi provocado ou não e se todo esse processo está trazendo algum problema de depressão ou ansiedade para você. Se você concordar em participar desta pesquisa, será feito o seguinte: sem nenhuma outra pessoa ou acompanhante, uma psicóloga irá conversar com você sobre o aborto e fará perguntas sobre sintomas que possam estar relacionados com depressão e ansiedade. A entrevista pode demorar cerca de trinta minutos. Se você sentir-se desconfortável, podemos suspender a entrevista e continuar em outro momento se você assim desejar, ou mesmo deixar de realizá-la sem prejuízo nenhum ao seu atendimento ou a qualquer orientação que possamos te dar. Caso seja verificado algum problema, será providenciado o acompanhamento psicológico.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

Em qualquer momento você pode ter os dados e os resultados dos exames realizados nesta pesquisa e tirar dúvidas que restarem. O laudo com o resultado dos exames realizados será entregue a você e uma cópia ficará no seu prontuário. Todos os seus dados vão ser guardados em segredo, seu nome e as informações sobre o seu caso serão mantidas em sigilo conforme as normas de proteção do direito à privacidade da legislação brasileira vigente. Você também pode desistir a qualquer momento do seu consentimento sem prejudicar o seu atendimento neste hospital. Se acontecer algum prejuízo na sua saúde por causa da pesquisa, você terá garantido o tratamento e acompanhamento médico nesta instituição.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA –Tel: 11.30696209 – 11.99373001

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador

(carimbo ou nome Legível)

ANEXO C

Entrevista Semidirigida

Mulheres que viveram abortamento

Data da entrevista : ____/____/____

Protocolo no. ____

Identificação:

Nome _____

Registro do Hospital _____

Telefone contato _____

Data de nasc.: ____/____/____

Idade: _____ anos

Escolaridade: () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto

() Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo

Estado civil: () casada / amasiada () solteira sem namorado

() solteira com namorado () viúva

() desquitada / separada divorciada

Tempo de relacionamento com parceiro atual: _____

Renda familiar: _____

Quantas pessoas vivem com essa renda? _____

Com quem vive atualmente? _____

Número de gestações _____ Filhos vivos _____

Número de partos anteriores _____ Quantos partos vaginais _____

Abortamentos espontâneo? () sim () não Quantos _____

Abortamentos provocado? () sim () não Quantos _____

Doença materna associada a essa gravidez (que terminou em aborto?)

() não () sim Quais? _____

Medicamentos recente? () não () sim Qual(is) _____

Exposição a RX, tomografia, outros () não () sim Qual(is) _____

Crença de fé? () sim () não

Religião: () católica () espírita/kardecista () não tem religião

() evangélica/ crente/ protestante () não respondeu

() outras _____

Idade gestacional da ocorrência do aborto _____

I. Concepção

3 Quando você suspeitou da gravidez, qual foi a sua reação? _____

4 Quando confirmou a gravidez estava sozinha ou acompanhada?

() sozinha () acompanhada De quem? _____

5 O que você sentiu no momento da confirmação da gravidez? _____

6 Qual foi a reação do companheiro / pai da criança ao saber da gravidez? _____

II. Abortamento Provocado

(perguntas somente para as mulheres que provocaram o abortamento)

7 Depois que soube da gravidez, quanto tempo levou para decidir pelo abortamento? _____

8 Como se sentiu durante estes dias? _____

9Gostaria que você me contasse como foi tomar a decisão de provocar o aborto. O que você pensou e como tudo aconteceu

10 Você precisou de apoio de alguém para realizar o abortamento?
() sim () não

10.1 Explique

11 Conte como foi a participação do parceiro no processo de decisão do aborto

12 Quais os motivos que levaram você a fazer o aborto?

13 Em algum momento teve dúvidas quanto a fazer o abortamento? Algo lhe deixou indecisa?
() sim () não

III. Abortamento Espontâneo

(perguntas somente para as mulheres que vivenciaram o abortamento espontâneo)

14. Como se sentiu durante estes dias em que estava grávida?

15. Gostaria que você me contasse como que o aborto aconteceu.

16. Você teve o apoio de alguém? Explique

17. Conte como foi a participação do parceiro no processo do aborto, até esse momento.

IV. Culpa

(perguntas para todas as mulheres)

18. Neste momento, pensando no aborto, você tem algum sentimento de culpa?
() não () sim

18.1 Explique

19. Você acredita ser merecedora de um “castigo”? Explique

20. Se o tempo voltasse atrás e você se encontrasse na mesma situação vivida você acredita que faria tudo exatamente como fez ou faria algo diferente?
() igual () diferente () não sabe

V. Violência física, emocional e sexual

Agressão

21. Você já sofreu algum tipo de violência?
() não () sim

22. Qual o motivo da última agressão sofrida?

24. A agressão produziu algum tipo de lesão? () não () sim

24.1 Acredita que a agressão sofrida se relaciona, de algum modo, à gravidez ou ao aborto vivido?

() não () sim () não sabe dizer

Violência Física

1. Alguma vez na vida você já sofreu algum tipo de violência física?

() não () sim

Violência Sexual

2. Alguma vez na vida você já sofreu algum tipo de violência sexual/estupro?

() não () sim

Violência Emocional

27. Alguma vez na vida você já sofreu algum tipo de violência emocional?

() não () sim

ANEXO D

Beck Hopelessness Scale (BHS)

Este questionário consiste em 20 afirmações. Por favor, leia as afirmações cuidadosamente, uma por uma. Se a afirmação descreve a sua atitude na última semana, incluindo hoje, escureça o círculo com “**C**”, indicando **CERTO**, na mesma linha da afirmação. Se a afirmação não descreve a sua atitude, escureça o círculo com “**E**”, indicando **ERRADO**, na mesma linha da afirmação. Por favor, procure ler cuidadosamente cada afirmação.

1	Penso no futuro com esperança e entusiasmo.	C	E
2	Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tornar as coisas melhores para mim.	C	E
3	Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar assim para sempre.	C	E
4	Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos.	C	E
5	Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.	C	E
6	No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.	C	E
7	Meu futuro me parece negro.	C	E
8	Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir mais coisas boas da vida do que uma pessoa comum.	C	E
9	Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.	C	E
10	Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro.	C	E
11	Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.	C	E
12	Não espero conseguir o que realmente quero.	C	E
13	Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.	C	E
14	As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.	C	E
15	Tenho uma grande fé no futuro.	C	E
16	Nunca consigo o que quero. Assim, é tolice querer qualquer coisa.	C	E
17	É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro.	C	E
18	O futuro me parece vago e incerto.	C	E
19	Posso esperar mais tempos bons do que maus.	C	E
20	Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.	C	E

ANEXO E

PRIME-MD

Módulo de Humor

Depressão Maior Nas últimas 2 semanas, você teve algum dos seguintes problemas <u>quase todos os dias</u> ?		
1. Dificuldade para começar a dormir ou continuar dormindo, ou dormindo demais?	Sim	Não
2. Sentindo-se cansado ou tendo pouca energia?	Sim	Não
3. Pouco apetite ou comendo demais?	Sim	Não
4. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	Sim	Não
5. Sentindo-se “para baixo”, deprimido ou sem esperanças?	Sim	Não
6. Sentindo-se mal em relação a você mesmo – ou que você é um fracasso ou tem estado ou deixado sua família “para baixo”?	Sim	Não
7. Dificuldade em se concentrar em coisas, como ler um jornal ou assistir televisão?	Sim	Não
8. Estar mais inquieto do que você era movimentando-se além do usual? Se não: E o oposto – movimentando-se ou falando tão lentamente que outras pessoas poderiam ter notado? Considere Sim se Sim à uma das questões ou se durante a entrevista foi observado retardo ou agitação psicomotora.	Sim	Não
9. Nas últimas 2 semanas, você tem pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira? Se sim, fale-me a respeito	Sim	Não
10. Existem 5 ou mais respostas Sim de ≠1 a ≠9 (um dos quais para ≠4 ou ≠5)	Sim	Não

ANEXO F**Entrevista semidirigida (2ª fase)****I. Dados de Identificação:**

Escolaridade _____

Estado civil _____

Tempo de relacionamento com parceiro atual: _____

verificar se o parceiro é o mesmo da gestação perdida () sim () não

Número de gestações _____ Filhos vivos _____

Abortamentos espontâneo? () sim () não Quantos _____

Abortamentos provocado? () sim () não Quantos _____

Quantas curetagens? _____

II. Gostaria que você pudesse me contar as coisas que aconteceram na sua vida após a ocorrência do abortamento e que você acredita que teve influência direta com o aborto vivido.

(caso a paciente não refira espontaneamente será investigado sobre culpa, desesperança, ideação suicida, dificuldades na relação conjugal, nas relações familiares e na vida profissional, existência ou não de planos para reprodução).

9.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimismo: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1974; 42(6):861-5.
2. Savage JA. *Vidas não vividas: O sentido psicológico da perda simbólica e da perda real da morte de um filho*. Tradução Alípio Correia de Franca Neto. 10 ed. São Paulo: Cultrix, 1995.
3. Gissler M, Karalis E, Ulander V. Decreased suicides rate after induced abortion, after the Current Care Guidelines in Finland 1987-2012. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015; 43: 99-101.
4. Tavares D, Quevedo L, Jansen K, Souza L, Pinheiro R, Silva R. Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34: 270-6.
5. Silva RA, Ores LC, Janses K, Moraes IGS, Souza LDM, Magalhães P, Pinheiro RT. Suicidality and associated factors in pregnant women in Brazil. *Community Ment Health J*. 2012; 48: 392-5.
6. Gentile S. Suicidal mothers. *J Inj Violence Res*. 2011; 3(2):90-7.
7. Steinberg JR, Becker D, Henderson JT. Does the outcome of first pregnancy predict depression, suicidal ideation or lower self-esteem? Data from the National Comorbidity Survey. *Am J Orthopsychiatry*. 2011; 81(2): 193-201.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*/ Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher- 2.ed.-Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
9. Sapra KJ, Louis GM, Sundaram R, Joseph KS, Bates LM, Galea S, Ananth CV. Signs and symptoms associated with early pregnancy loss: findings from a population-based preconception cohort. *Human Reproduction*. 2016; 31(4): 887-896.
10. Pereira PP. Abortamento. In: Zugaib M, Bittar RE, Francisco RPV. *Protocolos Assistenciais- Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP*. 5a ed. São Paulo: Ateneu; 2015. p. 427-33.
11. Cecatti JG, Queiroz GV, Sousa MH, Menezes GM. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(3):105-11.
12. Costa OLN, Santos EMF, Netto EM. Aspectos epidemiológicos e obstétricos de mulheres com perdas recorrentes da gravidez em uma maternidade pública do Nordeste do Brasil. *RBGO*. 2014; 36(11): 514-518.

13. Huan Z, Yongping L, Lu L, Min Z, Xingzhi C, Yulong Q. Maternal pre-pregnancy risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a cohort study in China. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and reproductive Biology*. 2016; 2016: 57-63.
14. Louis GMB, Sapra KJ, Schisterman EF, Lynch CD, Maisog JM, Grantz KL, Sundaram R. Lifestyle and pregnancy loss in a contemporary cohort of women recruited before conception: The LIFE Study. *Fertility and Sterility*. 2016;106(1): 180-8.
15. McPherson E. Recurrence of stillbirth and second Trimester Pregnancy Loss. *Am J MedGenet*. 2016; Part A 170A:1174-1180.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS 1996. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 1997. p. 296.
17. Souza ZCSN, Diniz NMF, Couto TM, Gesteira SMA. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(6):732-6.
18. Organização Mundial da Saúde (OMS) *Abortamento seguro: Orientações técnicas e de políticas para sistemas de saúde*. 2.ed. Genebra: 2013. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf
19. World Health Organization (WHO). Media Centre- Maternal deaths fell 44% since 1990- UN; 2015. Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternalmortality/en/>
20. Alan Guttmacher Institute. Facts on induced Abortion Worldwide. [Internet]. 2015 [cited 2015 nov]. Available from:
https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb_iaw.pdf
21. Say L, Chou D, Gemmil A, Tunçalp O, Moller A, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet*. 2014; 2: e323-33.
22. Center for Reproductive Rights. *The World's Abortion Laws Map 2016* [Internet]. Center for Reproductive Rights [cited]. Available from:
<http://worldabortionlaws.com/map/>
23. Brasil. Código Penal Tradicional. Constituição Federal – Legislação Penal. [Internet]. 1940. Available from:

- <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>
24. Brasil. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. [Internet] 1988. Available from:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
25. Brasil. Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54-8 Distrito Federal. 2012. [Internet]. Available from:
<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.pdf>
26. Vieira EM. Aborto legal: o conhecimento dos profissionais de saúde e as implicações das políticas públicas. *RBGO* (2012); 34(1):1-3.
27. Machado CJ, Lobato ACL, Guimarães MDC. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000. Um estudo de fatores associados. *Rev Bras. Epidemiol.* 2013;16(1):18-29.
28. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2017; 22(2): 653-660.
29. Nomura RMY, Benute GRG, Azevedo GD, Dutra SEM, Borsari CG, Rebouças MSS, Lucia MCS, Zugaib M. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. *Rev Assoc. Med. Bras.* (2011); 57(6):644-650.
30. Pilecco FB, Knauth DR, Vigo A. Aborto e coerção sexual: o contexto da vulnerabilidade entre mulheres jovens. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(3):427-39.
31. Badinter E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
32. Freire TCG e Chatelard DS. O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Rev. Mal-estar e Subjetividade.* 2009; IX(3):1007-22.
33. Mathelin C. *O sorriso de Gioconda. Clínica Psicanalítica com os bebês prematuros*. Tradução Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
34. Lemos LFS, Cunha ACB. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicol: Ciencia e Profissão.* 2015; 35(4): 1120-1138.
35. Nazaré B, Fonseca A, Pedrosa AA e Canavarro MC. Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Peritia.* 2010; 3: 37-46.
36. Camarinho APF, Maciel JCSC, Silveira RMG. Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência.* 2015;IV(5):109-117.

-
37. Kagami M, Maruyama T, Koizumi T, Miyazaki K, Nishikawa-Uchida S, Oda H, Uchida H, Fujisawa D, Ozawa N, Schmidt L, Yoshimura Y. Psychological adjustment and psychosocial stress among Japanese couples with a history of recurrent pregnancy loss. *Human Reproduction*. 2012; 27(3): 787-94.
 38. Kong GWS, Lok IH, Yiu AKW, Hui AS, Lai BPY, Chung TKH. Clinical and psychological impact after surgical, medical or expectant management of first-trimester miscarriage- a randomised controlled trial. *Australian and New Zealand journal of obst. And Gynaecology*. 2013; 53:170-177.
 39. Couglan C, Walters S, Ledger W. A comparison of psychological stress among women with and without reproductive failure. *Intern. Journal of Gynaecology*. 2014; 124:143-147.
 40. Toffol E, Koponem P, Partonem T. Miscarriage and mental health of two population based studies. *Psychiatry Research*. 2013; 205: 151-158.
 41. Lok H, Neugelaue R. Psychology morbidity following miscarriage. *Best Prac t& Res Clin Obst and Gin*. 2007; 21(2): 229-247
 42. Nonnenmacher D, BenuteGRG, Nomura RMY, Azevedo GD, Dutra EMS, Rebouças MSS, Lucia MCS, Francisco RPV. Abortion: a review of women's perception in relation to their partner's in two Brazilians cities. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(4): 327-334.
 43. World Health Organization (WHO). *The world health report: 2005: make every mother and child count*. Geneva: World Health Organization; 2005. Available from: <http://www.who.int/whr/2005/en/>
 44. Pattis E. *Aborto: perda e renovação: um paradoxo na busca da identidade feminina*. Tradução João Paixão Neto. São Paulo: Paulus, 2000.
 45. Pereira VN, Oliveira FA, Gomes NP, Couto TM, Paixão GPN. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. *Saúde Soc. São Paulo*. 2012; 21(4): 1056-62.
 46. Rebouças MSS, Dutra SEM. O aborto provocado como uma possibilidade de existência da mulher: reflexões fenomenológicas existenciais. *Nat Human*. 2012; 14(2):192-219.
 47. Borsari CMG, Nomura RMY, Benute GRG, Lucia MCS, Francisco RPV, Zugaib M. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(1): 27-32.

-
48. Vieira L, Goldberg TBL, Saes SO, Doria AAB. Abortamento na adolescência: da vida a experiência do colo vazio- um estudo qualitativo. *Ciencia& Saúde Coletiva*. (2010); 15(2):3149-3156.
49. Casey PR. Abortion among women and subsequent life outcomes. *Best practice & research clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2010; 24: 491-502.
50. Carneiro MF, IriartJab, Menezes CMS. “Largada sozinha mas tudo bem” paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface*. 2013;17(45):405-418.
51. Couto TM, Nitschke RG, Lopes RLM, Gomes NP, Diniz NMF. Cotidiano de mulheres com história de violência domestica e aborto provocado. *Text. Context. Enferm*. 2015; 24(1): 263-9.
52. Mariutti MG, Furigato ARF. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após aborto. *Rev Bras. Enferm*. 2010;63(2):183-189.
53. Kulathilaka, S., Hanwella, R., de Silva, V.A. Depressive disorders and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry*. 2016;16:100
54. Ridaura I., Penelo E., Raich RM. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*. 2017; 29(1): 43-48.
55. deMontigny F., Verdon C., Meunier S., Dubeau D. Women’s persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services. *Arch Women Ment Health*. 2017; 20: 655-662.
56. Costa MC e Medeiros CP. Um percurso freudiano das depressões. *Psicol. Em revista*. 2015; 21(1):126-140.
57. American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V-TR)*. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
58. Borges DA, Ferreira FR, Mariutti MG, Almeida DA. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. *Rev de Iniciação Científica da Libertas*. 2011; 1(1): 85-99.
59. World Health Organization (WHO). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGS, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from:
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf?ua=1
60. Juhas TR, Benute GRG, Lucia MCS, Francisco RPV. Major depression in high-risk obstetric inpatients and outpatients. *Medical Express (São Paulo, online)* [online] 2014; 1(2):87-90.

-
61. Silva RA, Jansen K, Souza LDM, Moraes IGS, Tomasi E, Silva GDG, Dias MS, Pinheiro RT. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 32(2): 139-44.
 62. Pearlstein T. Depression during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2015; 29: 754-64.
 63. Thiengo DL, Santos JFC, Fonseca DL, Abelha L, Lovisi GM. Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cad. Saúde Colet*. 2012; 20(4):416-26.
 64. Silva HC e Donelli TMS (2016) Depressão e maternidade à luz da psicanálise: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol. Clin*; 28 (1): 83-103.
 65. Lok IH, Yip AS, Sahota D, Chung TK. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertility and Sterility*. 2010; 93(6):1966-1975.
 66. Francisco MFR, Mattar R, Bortoletti FF, Nakamura MU. Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. *Rev Bras. Ginecol. Obstet*. (2014); 36(4):152-156.
 67. Nonnenmacher D. *Abortamento: depressão e percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro em duas capitais brasileiras*[dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.
 68. Carvalho AC., Silva ME., Matos BM, Bottino CMC, Abrahão AR, Cohrs FM, Bottino SMB. Depression in women with recurrent miscarriages- um estudo investigativo. *RBGO*. 2016; 38: 609-614.
 69. Jacob L., Polly I., Kalder M., Kostev, K. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with spontaneous abortion in Germany - A retrospective cohort study. *Psychiatry Research*. 2017; In Press.
 70. Sham A, Yiu M, Ho W. Psychiatric morbidity following miscarriage in Hong Kong. *General Hospital Psychiatry*. 2010; 32: 284-93.
 71. Bellieni CV e Buonocore G. Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2013; 67: 301-310.
 72. Coleman PK, Coyle CT, Schuping M, Rue VM. Induced abortion and anxiety, mood and substance disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. *Journal of psychiatric research*. 2009; 43: 770-6.
 73. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *BJP*. 2011; 199:180-6.

-
74. Steinberg JR, McCulloch CE, Adler NE. Abortion and mental health: findings from The National Comorbidity Survey-Replication. *Obst. and Gyn.* 2014; 123(2): 263-70.
75. Hillman, J. *Suicídio e Alma*. Tradução de Sonia Maria Caluby Labate. 4ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
76. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press. 1976.
77. Argimon ILL, Lopes RMF, Terroso LB, Farina M, Coutinho A. Considerações sobre a desesperança na avaliação do potencial suicida. *Bol. Acad. Paul. Psicol.* 2013; 33 (84): 53-63.
78. World Health Organization (WHO). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-revention/world_report_2014/en/
79. Wang Y, Jiang N, Cheung E, Sun H, Chan RCK. Role of depression severity and impulsivity in the relationship between hopelessness and suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal os Affective Disorders*. 2015; 183: 83-9.
80. McMillan D, Gilbody S, Beresford E, Neilly L. Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2007; 37:769-78.
81. Fanaj N, Melonashi E, Shkëmbi F. Self-esteem and hopelessness as predictors of emotional difficulties: A cross-sectional study among adolescents in Kosovo. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*. 2015; 165: 222-33.
82. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL & Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*. 1990; 147 (2): 190-5.
83. Brito MEM, Goes LSP, Costa VB, Gurgel MGI, Alves MDS, Timbó MA, Filho JGB. Tentativa de suicídio por queimadura: ideação suicida e desesperança. *Rev Bras Queimaduras*. 2013; 12(1): 30-6.
84. Brasil. Ministério de Saúde. (2011). Estatísticas vitais, mortalidade. Recuperado em 30 de julho de 2016 Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>
85. Ishida K Stupp P, Melian M, Serbanescu F, Goodwin M. Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health:

- Evidence form a population- based study in Paraguay. *Social Science & Medicine*. 2010; 71: 1653-1661.
86. Kazan D, Calear AL, Batterham PJ. The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviors: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2016; 190: 585-598.
87. Zhang J, Li Z. The association between depression and suicide when hopelessness is controlled for. *Comprehensive Psychiatry*. 2013; 54:790-6.
88. Samandari G, Matin SL, Kupper LL, Schiro S, Norwood T, Abery M. Are pregnant and postpartum women: at increased risk for violent death? Suicide and Homicide Findings from North Carolina. *Maternal Child Health J*. 2011; 15: 660-69.
89. Gavin AR, Tabb KM, Melville JL, Guo Y, Katon W. Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2011; 14: 239-246.
90. Pinheiro RT, Coelho FMC, Silva RA, Quevedo LA, Souza LDM, Castelli RD, Matos MB, Pinheiro KAT. Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: Social, obstetric and psychiatric correlates. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 136: 520-5.
91. Farias DR, Pinto TJ, Teofilo MMA, Vilela AAF, Vaz JS, Nardi AE, Kac G. Prevalence of psychiatric disorders and factors associated with current suicide risk. *Psychiatric Research* (2013) 210:962-968.
92. Fonseca-Machado MO, Alvez LC, Haas VJ, Monteiro JCS, Sponholz FG. Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. *Rev. Panam. Salud. Publica* (2015); 37(4/5):258-264
93. Alhusen JL, Frohman N, Purcell G. Intimate Partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Arch Women Ment Health*. 2015;18: 573-8.
94. Mauri M, Oppo A, Borri C, Banti S. Suicidality in the perinatal period: comparison of two self-report instruments. Results from PND RescU. *Arch Womens Ment. Health*. 2012; 15: 39-47.
95. Benute GRG, Nomura RMY, Nonnenmacher D, Fráguas Jr. R, Lucia MCS, Zugaib M. Risk of suicide in high risk pregnancy: An exploratory study. *Rev Assoc Med Bras.*(2011)57(5):583-587.
96. Kim JJ, La Porte LM, Saleh MP, Allweiss S, Adams MG, Zhou Y, Silver RK. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstetrics & Gynecology*. 2015; 125(4): 885-93.

97. Girardi P, Pompili M, Innamorati M, Serafini G, Berretoni C, Angeletti G, Koukopoulos A, Tatarelli R, Lester D, Roselli D, Primiero FM. Temperament, post-partum depression, hopelessness, and suicide risk among women soon after delivering. *Women & Health*. 2011;51: 511-524.
98. Cunha, JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: casa do psicólogo, 2001.
99. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2000 Sep;183(3):759-69.
100. Fráguas Jr.R, Henriques Jr. SG, Lucia MCS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, Gattaz WF, Martins MA. The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD. *Journal of Affective Disorders*. (2006); 91: 11-7.
101. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. 3. reimp." Lisboa: Edições 70 (2011).
102. Coronel MK e Werlang BSG. Resolução de problemas em tentadores de suicídio. *Bol. de Psicologia*. 2011; LXI(134):103-116.
103. Kattimani S, Sarkar S, Rajkumar RP, Menon V. Stressfullife events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2015; 6(2): 171-6.