DANIELE NONNENMACHER

**Abortamento: depressão e percepção das mulheres
quanto às reações e condutas do parceiro
em duas capitais brasileiras**

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: Dra. Gláucia Rosana Guerra Benute

São Paulo

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Nonnenmacher, Daniele

Abortamento : depressão e percepção das mulheres quanto às reações e condutas do
parceiro em duas capitais brasileiras / Daniele Nonnenmacher. -- São Paulo, 2013.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Obstetrícia e Ginecologia.

Orientadora: Gláucia Rosana Guerra Benute.

Descritores: 1.Aborto 2.Aborto espontâneo 3.Aborto provocado 4.Percepção
5.Homens 6.Depressão 7.Saúde da mulher 8.Mulheres/psicologia

USP/FM/DBD-111/13

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Vilmar** e **Zenira**, por estarem sempre ao meu lado, incentivando cada passo e acalutando a cada dificuldade.

À minha irmã, **Eduarda**, que me ensinou a dádiva do amor entre irmãos.

Aos meus **Avós**, pelo exemplo de luta e persistência, com os quais aprendi o verdadeiro sentido da fé.

AGRADECIMENTOS

Ao **Prof. Dr. Marcelo Zugaib**, Professor Titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP, pela oportunidade profissional e científica concedida.

À **Dra. Mara Cristina Souza de Lucia**, pelo apoio profissional.

À **Profa. Dra. Rossana Pulcineli Vieira Francisco**, pelo constante incentivo às pesquisas.

À **Profa. Dra. Gláucia Rosana Guerra Benute**, pelo acolhimento e ensinamentos compartilhados. Pela atenção nos momentos de dúvida e pela paciência diante das angústias de uma mestranda. Por ter sido orientadora, psicóloga e amiga nos momentos em que mais precisei. Minha eterna admiração!

À **Profa. Dra. Maria Lívia Tourinho Moretto**, pela disponibilidade e contribuições no exame de qualificação, em especial, pelo carinho, exemplo e pelos ensinamentos dentro da Psicologia Hospitalar, durante minha especialização e nesta nova etapa profissional. Minha grande admiração, carinho e respeito.

À **Profa. Dra. Roseli Mieko Yamamoto Nomura**, pela sabedoria acadêmica compartilhada, pelas contribuições no exame de qualificação e pela disponibilidade constante.

Ao **Prof. Dr. Adolfo Wenjaw Liao**, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação, pelo exemplo profissional e acadêmico que sempre despertaram minha admiração.

Ao **Dr. Fábio Cabar** e a **Dra. Maria Rita Bortolotto**, pela disponibilidade e contribuições à minha dissertação no exame de qualificação.

À psicóloga e amiga, **Cecília Prohaska**, pelos ensinamentos, supervisões e incentivo. Por estar sempre ao meu lado, protegendo-me com suas orações. Obrigada pela amizade e por se fazer presente em minha vida pessoal e profissional.

À amiga, **Vanessa Marques Jorge**, com quem compartilhei angústias, medos e conquistas, além de grandes momentos dentro da Obstetrícia e fora dela.

Aos **colegas da Pós-Graduação**, pelas inquietações e aprendizados compartilhados.

Aos **colegas da Divisão de Clínica Obstétrica**, pelo auxílio e constantes trocas profissionais.

Aos meus pais, **Vilmar e Zenira**, e minha irmã, **Eduarda Nonnenmacher** que sempre estiveram presentes neste percurso, toleraram minhas ausências, meus desânimos, minhas ansiedades e angústias. O meu agradecimento pelo amor, proteção e pela vida proporcionada.

À minha avó, **Odila Stragliotto**, pelas orações e pelo amor incondicional.

Ao meu avô, **Hugo Nonnenmacher** (*in memoriam*), pelo exemplo de alegria, coragem, luta e superação, servindo-me de base nos momentos difíceis.

À minha madrinha, **Sandra Nonnenmacher**, em quem vi desde pequena o amor pela vida acadêmica, servindo-me de exemplo nesta jornada.

Aos meus **amigos**, pela escuta nos momentos de desabafo, pelas ausências toleradas, pela paciência e incentivo constante.

Às **mulheres**, que compartilharam suas experiências, angústias e desejos, permitindo a realização deste estudo.

A **Deus e Nossa Senhora Aparecida**, pela proteção.

Finalmente, a **todos** aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para realização deste sonho. Muito obrigada!

“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!”

Fernando Sabino

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro do Ministério de Ciência e Tecnologia/Fundo Setorial de Saúde e do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – DECIT/SCTIE – do Ministério da Saúde, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

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

Referências: adaptado do *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. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª 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 Quadros

Lista de Figuras

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	7
3 REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 Aspectos culturais e suas influências na constituição do feminino.....	10
3.2 Abortamento.....	15
3.2.1 Abortamento Espontâneo: percurso e sentidos dentro da constituição feminina	16
3.2.1.1 Magnitude do Abortamento Espontâneo: estimativas mundiais e nacionais	19
3.2.2 Abortamento Provocado: percurso e sentidos dentro da constituição feminina	20
3.2.2.1 Magnitude do Abortamento Provocado: : estimativas mundiais e nacionais	28
3.2.3 Complicações e mortalidade pós-abortamento	32
3.3 Cultura, perda e aspectos emocionais do abortamento	36
3.3.1 Abortamento Espontâneo	39
3.3.2 Abortamento Provocado.....	42
3.3.3 Abortamento e Depressão	45
3.3.4 Gestação, Abortamento e Depressão.....	50
4 MÉTODOS	54
4.1 Coleta de dados e local.....	55
4.2 Treinamento dos pesquisadores	56
4.3 População alvo	56
4.3.1 Critérios de inclusão.....	57
4.3.2 Critérios de exclusão	57
4.3.3 Constituição da amostra	57
4.4 Instrumentos utilizados	58
4.5 Procedimentos	59
4.6 Questões éticas	60
4.7 Análise dos dados.....	60
5 RESULTADOS.....	63
5.1 Caracterização da amostra.....	64
5.1.1 Aspectos sociodemográficos.....	65
5.1.2 Aspectos religiosos	67
5.1.3 Aspectos subjetivos.....	68

5.2	Experiência e percepção das mulheres acerca do abortamento e das reações e condutas do parceiro.....	69
5.3	Depressão	76
5.3.1	Depressão e aspectos sociodemográficos.....	77
5.3.2	Depressão e aspectos religiosos	80
5.3.3	Depressão e a percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro no processo do abortamento	82
6	DISCUSSÃO	88
6.1	Natal-RN e São Paulo-SP.....	89
6.2	Natal-RN	95
6.3	São Paulo-SP.....	99
6.4	Depressão	103
7	CONCLUSÃO	108
8	ANEXOS	111
	Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do HCFMUSP - São Paulo-SP	112
	Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Hospital Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN - Natal-RN.....	115
	Anexo C - Entrevista Semidirigida.....	117
	Anexo D - Prime MD.....	119
	Anexo E - Comitê de Ética do HCFMUSP - São Paulo-SP	120
	Anexo F - Comitê de Ética do HCFMUSP - São Paulo-SP	121
	Anexo G - Comitê de Ética do Hospital M'Boi Mirim - São Paulo-SP	122
	Anexo H - Comitê de Ética do Hospital Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN - Natal-RN	123
9	REFERÊNCIAS.....	124
	APÊNDICE.....	142

LISTAS

SIGLAS

APA	<i>American Psychological Association</i>
a.C.	antes de Cristo
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSM IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (4ª edição - revisada).
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HESAP	Hospital Estadual de Sapopemba
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNA	Pesquisa Nacional de Abortamento
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
Prime-MD	<i>Primary Care Evaluation of Mental Disorders Screening Questionnaire for Depressive Symptoms</i>
RN	Rio Grande do Norte (refere-se ao estado brasileiro)
SP	São Paulo (refere-se ao estado brasileiro)
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UnB	Universidade de Brasília

TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos dados de acordo com os aspectos sociodemográficos das mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP).....	66
Tabela 2 -	Distribuição dos dados de acordo com a religião das mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP).....	67
Tabela 3 -	Distribuição dos dados de acordo com os sentimentos despertados no momento da confirmação da gestação em mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)	68
Tabela 4 -	Distribuição dos dados de acordo com a companhia no momento da confirmação da gestação em mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP).....	69
Tabela 5 -	Distribuição dos dados quanto à percepção das mulheres, diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP), sobre a reação do parceiro ao saber da gestação	70
Tabela 6 -	Distribuição dos dados quanto a(s) pessoa(s) que não poderia(m) saber do abortamento referido por mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)	71
Tabela 7 -	Distribuição dos dados de acordo com as pessoas que souberam do abortamento referido pelas mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)	72
Tabela 8 -	Distribuição dos dados acerca da reação das pessoas que souberam do abortamento referido pelas mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)	73
Tabela 9 -	Distribuição dos dados quanto à percepção das mulheres, diagnosticadas com abortamento, frente à participação do parceiro no processo do abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)	74

Tabela 10 -	Distribuição dos dados quanto à possibilidade de alguém ter evitado que o abortamento ocorresse, referido por mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP).....	75
Tabela 11 -	Distribuição dos dados quanto à associação entre o diagnóstico de depressão e o tipo de abortamento em mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP).....	76
Tabela 12 -	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre aspectos sociodemográficos e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e mulheres que provocaram o abortamento em Natal-RN	78
Tabela 13 -	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre aspectos sociodemográficos e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram o abortamento em São Paulo-SP	79
Tabela 14 -	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre os aspectos religiosos e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram o abortamento em Natal-RN	80
Tabela 15 -	Distribuição dos dados de acordo com a associação entre os aspectos religiosos e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram o abortamento em São Paulo-SP.....	81
Tabela 16 -	Distribuição dos dados referentes à associação entre a companhia no momento da confirmação da gestação e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram o abortamento em Natal-RN.....	82
Tabela 17 -	Distribuição dos dados referentes à associação entre a companhia no momento da confirmação da gestação e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram o abortamento em São Paulo-SP.....	83
Tabela 18 -	Distribuição dos dados quanto à associação entre a percepção da mulher da reação do parceiro ao saber da gestação e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram abortamento em Natal-RN	84

Tabela 19 -	Distribuição dos dados quanto a associação entre a percepção da mulher frente a reação do parceiro ao saber da gestação e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram abortamento em São Paulo-SP	85
Tabela 20 -	Distribuição dos dados quanto à associação entre a percepção da mulher quanto à participação do parceiro no processo do abortamento e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram abortamento em Natal-RN	86
Tabela 21 -	Distribuição dos dados quanto a associação entre a percepção da mulher quanto à participação do parceiro no processo do abortamento e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram abortamento em São Paulo-SP	87

QUADROS

Quadro 1 –	Critérios para a classificação do Episódio Depressivo Maior.....	48
------------	--	----

FIGURAS

Figura 1 –	Mapa indicativo da situação do abortamento no mundo.....	25
------------	--	----

RESUMO

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.

Introdução: Constante na história da civilização, o abortamento tem sido tema relevante na saúde pública, trazendo repercussões físicas e emocionais à mulher. Este trabalho abordou aspectos históricos e culturais que delinearam o percurso feminino e a maternidade, contemplou a magnitude do abortamento e aspectos emocionais, em especial, a depressão. Teve como objetivos, analisar características sociodemográficas, a percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro e o diagnóstico de depressão, em duas capitais brasileiras, associando as variáveis entre os grupos de abortamento espontâneo e provocado de cada capital. Buscou, em cada grupo, relacionar a depressão com as variáveis estudadas. **Método:** Foram realizadas entrevistas semidirigidas, com questionário previamente elaborado com 285 mulheres que sofreram abortamento espontâneo (139 em Natal-RN e 146 em São Paulo-SP) e 31 mulheres que referiram tê-lo provocado (11 em Natal-RN e 20 em São Paulo-SP). Para o diagnóstico de depressão, utilizou-se o módulo de humor do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (Prime-MD). Os dados foram analisados pela Técnica de Análise Temática, posteriormente foi utilizado o programa IBM SPSS *Statistics Standard Edition*. O nível de significância utilizado foi $p < 0,05$. **Resultados:** Encontrou-se significância estatística relacionada ao abortamento provocado, em Natal-RN e São Paulo-SP, nas variáveis: ser solteira ($p < 0,01$; $p < 0,01$) e ter menor número de gestações ($p < 0,01$; $p = 0,04$) e de abortamentos espontâneos anteriores ($p < 0,01$; $p < 0,01$). Em Natal-RN evidenciou-se ainda, mulheres com trabalho ($p = 0,03$), renda financeira ($p < 0,01$) e que residiam com familiar ($p < 0,01$) e, em São Paulo-SP, ter provocado abortamento anterior ($p = 0,01$) e residir com amigos ($p < 0,01$). Quanto à percepção das mulheres em relação às reações e condutas do parceiro, em ambas as capitais, ele foi referido como a pessoa que não poderia saber do abortamento ($p < 0,01$ em Natal-RN; $p = 0,02$ em São Paulo-SP), ao mesmo tempo, como aquele que poderia tê-lo evitado ($p < 0,01$ em Natal-RN; $p = 0,03$ em São Paulo-SP). A ausência do parceiro no momento da confirmação da gestação ($p = 0,02$) foi relevante em Natal-RN, e em São Paulo-SP, ele ter apresentado reações negativas frente à notícia da gravidez ($p = 0,04$) e não ter participado no processo do abortamento ($p < 0,01$). Constatou-se elevado índice de depressão em ambas as capitais e grupos. Sua presença, no abortamento provocado, não esteve associada às variáveis estudadas, enquanto no espontâneo, relacionou-se, em Natal-RN, a reações negativas do parceiro ao saber da gravidez ($p = 0,05$) e sua ausência no processo do abortamento ($p < 0,01$) e, em São Paulo-SP, ao desconhecimento dele sobre a gestação ($p = 0,04$). **Conclusão:** Apesar dos avanços sociais, seguem enraizados na identidade feminina princípios culturais e sociais que diante da situação de abortamento, ainda hoje, despertam na mulher conflitos e ambivalências. Mesmo com a independência feminina, a participação masculina mostra-se importante dentro do processo do abortamento, seja pelo suporte ou mesmo, pelo compartilhamento da responsabilidade.

Descritores: 1. Aborto; 2. Aborto Espontâneo; 3. Aborto Provocado; 4. Percepção; 5. Homens; 6. Depressão; 7. Saúde da mulher; 8. Mulheres/psicologia.

SUMMARY

Nonnenmacher D. *Abortion: women's depression and perception with respect to the partner's reaction and behavior in two Brazilian capitals* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2013.

Introduction: Constant in the history of civilization, abortion has been a relevant issue in public health, having physical and emotional repercussions for women. This study addressed the historical and cultural aspects outlining the female pathway and maternity and dealt with the magnitude of abortion and emotional aspects, especially depression. Its purpose was to analyze sociodemographic characteristics, women's perception as regards the partner's reactions and behavior, and depression diagnosis in two Brazilian capitals, associating the variables from the spontaneous abortion group and the induced abortion group. Within each group, the objective was to relate the variables to depression. **Method:** In two Brazilian capitals, semistructured, questionnaire-based interviews were conducted with 285 women who underwent spontaneous abortion (139 in Natal-RN and 146 in São Paulo-SP) and 31 who reported having induced the abortion (11 in Natal-RN and 20 in São Paulo-SP). For diagnosing depression, the mood module from the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) was applied. The data were analyzed by the thematic analysis technique, and, subsequently, the IBM SPSS Statistics Standard Edition program was used. The significance level was set at $p < 0.05$. **Results:** Induced abortion was statistically significant with respect to the following variables: in both Natal-RN and São Paulo-SP, being single ($p < 0.01$, $p < 0.01$), a smaller number of previous pregnancies ($p < 0.01$, $p = 0.04$), and fewer previous spontaneous abortions ($p < 0.01$, $p < 0.01$); in Natal-RN alone, having a job ($p = 0.03$), having a money income ($p < 0.01$), and living with a family member ($p < 0.01$); in São Paulo-SP only, induction of a previous abortion ($p < 0.01$) and residence with friends ($p < 0.01$). Concerning the perception the women had of their partners' reactions and behavior, in both capitals, the partner was referred to as the one person who could not know about the abortion ($p < 0.01$ in Natal-RN, $p = 0.02$ in São Paulo-SP) and, simultaneously, as the one who could have avoided it ($p < 0.01$ in Natal-RN, $p = 0.03$ in São Paulo-SP). The partner's absence at the time of the pregnancy confirmation ($p = 0.02$) was relevant in Natal-RN, and the partner's negative reaction when learning about the pregnancy ($p = 0.04$) and his not participating in the abortion process ($p < 0.01$) was relevant in São Paulo-SP. A high depression rate was found in both groups and in both capitals. Its presence in the induced abortion group was not associated with the study variables, while, in the spontaneous abortion group in Natal-RN, it was linked to the partner's negative reaction as he learned about the pregnancy ($p = 0.05$) and to his absence during the abortion process ($p < 0.01$), and in São Paulo-SP, to his not knowing about the pregnancy ($p = 0.04$). **Conclusion:** Despite social advances, the cultural and social principles rooted in the female identity to this day still engender conflicts and ambivalent feelings in women when confronted with the situation of abortion. Notwithstanding women's independence, male participation has shown to be important in the abortion process, be it for support or for sharing the responsibility.

Descriptors: 1. Abortion; 2. Abortion, Spontaneous; 3. Abortion, Induced; 4. Perception; 5. Men; 6. Depression; 7. Women's Health; 8. Women/psychology.

1 INTRODUÇÃO

O abortamento é um tema relevante em saúde pública, tendo sido alvo de estudos e debates nacionais e internacionais nos últimos anos. Repleto de estigma, desperta polêmica onde é abordado, abarcando questões de cunho ético, moral, religioso, legal e cultural. Embora tenha sido constante na história da humanidade, sua ocorrência, assim como sua história vêm se desenrolando em um contexto de frequentes alterações científicas, políticas e culturais, influenciando, assim, a vivência e a percepção dos sujeitos e das instâncias envolvidas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, considera-se abortamento a expulsão ou a extração do produto conceptual antes de sua viabilidade. A viabilidade fetal acontece a partir da 20-22ª semana de gestação ou quando o concepto pesa mais de 500 gramas. Por aborto, entende-se o produto expulso pelo processo do abortamento, ou seja, o embrião ou o feto, de acordo com o estágio de desenvolvimento em que se encontra^{2,3}.

O abortamento é denominado espontâneo quando a interrupção da gestação ocorre de forma natural e involuntária; e, provocado, quando a interrupção advém de decisão transformada em alguma ação para cessar a gestação, mediante mecanismos de indução, como a utilização de medicamentos, intervenções cirúrgicas ou manuais. Quanto à prática, o abortamento provocado pode ser realizado de forma segura ou insegura⁴. Caracteriza-se como inseguro o procedimento realizado em ambientes sem padrões médicos mínimos e/ou por pessoas não habilitadas, colocando em risco a saúde materna⁵⁻⁷.

Dados estatísticos apontam o abortamento como um fenômeno de grande amplitude e com leis restritivas em países em desenvolvimento como o Brasil. A prática insegura está associada à mortalidade materna e ao elevado número de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), atingindo principalmente mulheres jovens e de estratos sociais desfavorecidos⁸.

Complexo e multidimensional, o abortamento traz repercussões físicas e emocionais à mulher que o vivencia. Seja espontâneo ou provocado, coloca-a diante

de perdas físicas e subjetivas, fazendo com que vivencie conflitos existenciais intensos.

A experiência do abortamento está diretamente vinculada à maternidade. Independente do desejo ou não pela gestação, ele interrompe um percurso biológico natural e socialmente esperado⁹. Culturalmente construída, a maternidade consagrou-se como representativa do feminino, e por meio dela a mulher foi sendo reconhecida e valorizada socialmente. Dessa forma, a não concretização ou sua recusa passaram a ser mal vistas pela sociedade, sendo a mulher responsabilizada ou mesmo estigmatizada por isso.

Com o passar dos anos, as mudanças científicas e econômicas abriram espaço para a mulher no mercado de trabalho e trouxeram consigo alterações culturais e sociais. A luta feminina também contribuiu para tais mudanças, colocando em debate questões associadas aos direitos sexuais e reprodutivos. Mas apesar dos avanços e conquistas, conceitos e crenças sociais mantêm-se enraizados quanto ao papel da mulher e sua função reprodutiva, sendo o abortamento ainda hoje um fenômeno de difícil aceitação tanto para a gestante como para a sociedade.

Referenciados frequentemente como momentos de alegria e novos projetos, a gestação e o nascimento de uma criança remetem a um começo, à vida. O abortamento, por sua vez, representa o inverso: o fim, a morte, a perda de algo que estava se constituindo. Assim, independente da época gestacional em que ocorre, é uma vivência intensa e com amplos significados que expõe a mulher a dilemas culturais, religiosos, morais e, acima de tudo, emocionais.

A mulher que tem a gravidez interrompida espontaneamente busca justificativas e, muitas vezes, se responsabiliza pelo ocorrido. A dificuldade de lidar com a perda, por vezes, é tão intensa que, em muitos momentos, a dor e a tristeza são negadas e o luto acaba não podendo ser elaborado. Quando provocado, o conflito vivido está pautado na controvérsia entre o início de uma vida humana e, a liberdade de escolha e o direito de decisão sobre seu próprio corpo¹⁰.

A gestação e o abortamento levam a mulher a viver a dicotomia entre o mito da maternidade enquanto realização plena do “ser mulher” e as condições reais de

vida, que incluem projetos profissionais, condição socioeconômica, relação parental, expectativas pessoais quanto às condições físicas e psicológicas implícitas no ideal materno e a própria relação com o parceiro e o seu apoio ou não.

Independente dos motivos que levam à ocorrência ou à escolha pelo abortamento, este frequentemente é lamentado reservadamente, evitando assim o julgamento social. Todo esse processo envolve sentimentos de ansiedade, angústia e culpa que deixam a mulher suscetível a transtornos emocionais como a depressão^{11,12}. Estudos¹³⁻¹⁶ apontam que as repercussões emocionais devido ao abortamento estão intimamente relacionadas ao contexto no qual a gestação ocorre e ao suporte disponibilizado ou não pelo parceiro diante da gravidez e do abortamento.

Apesar de constar nas comunicações científicas, ainda são escassos os estudos brasileiros com base empírica, que sejam passíveis de comparação, que permitam inferir particularidades regionais ou mesmo que investiguem os aspectos emocionais de mulheres que vivenciaram a interrupção de uma gestação, seja de forma espontânea ou provocada. De acordo com o Ministério da Saúde¹⁷, entre 2004 e 2005, houve aumento nas publicações sobre o tema, porém muitas estavam vinculadas à área jurídica, abordando questões sobre abortamento em casos de anomalia fetal.

O contato com mulheres que passaram pela experiência do abortamento, por meio dos atendimentos psicológicos desenvolvidos na Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) despertou interesse pelo assunto, pois a escuta, a prática clínica e as diferentes culturas encontradas durante os atendimentos levaram a questionamentos ainda não respondidos: qual a percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro no processo do abortamento, quer seja espontâneo ou provocado, mais do que isso, quais as particularidades em regiões distintas do Brasil? Aspectos sociodemográficos e a percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro no processo do abortamento estão relacionados de forma significativa com a presença de depressão?

Preocupados com a repercussão física e psíquica do abortamento, e em se tratando de tema de saúde pública, o Conselho Nacional de Desenvolvimento

Científico e Tecnológico (CNPq) propôs, em 2007, o edital nº 22 que visava apoiar financeiramente projetos que buscassem suprir lacunas do conhecimento no tema Saúde da Mulher. Tal edital contemplava como linha específica de apoio o estudo do abortamento. Em 2008, foi iniciado o projeto de pesquisa “Culpa, Ansiedade e Depressão na Vivência do Abortamento Provocado”, com financiamento do CNPq.

Assim, considerando as diversidades brasileiras e pensando na relevância de pesquisas multicêntricas que permitissem compreender o abortamento em diferentes regiões, foi realizado um recorte deste projeto de pesquisa, originando esta dissertação, que contemplou mulheres com abortamento espontâneo e mulheres com abortamento provocado de duas capitais brasileiras (Natal - Rio Grande do Norte/RN e São Paulo - São Paulo/SP).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde¹⁷ evidenciou que no Brasil, Nordeste e Sudeste são regiões com elevados índices de internações por abortamento. Apesar disso, a região Nordeste contempla apenas 14% dos estudos realizados sobre o tema, o que remete à relevância da pesquisa nessa região.

Para responder as questões propostas, este estudo parte das observações clínicas, seguindo o pressuposto de que a constituição do sujeito respalda-se nas suas experiências primárias e na sua interação com o meio externo e as condições por ele proporcionadas. Portanto, não seria possível retratar o abortamento e os aspectos emocionais nele envolvidos sem primeiramente compreender o percurso histórico da mulher e de seu papel dentro da família, da sociedade e fundamentalmente na criação de seus filhos e sua importância na construção cultural do “modelo” de mulher.

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: primeiramente foram descritos os objetivos propostos pelo estudo. Posteriormente, por meio da revisão de literatura, subdividida em três capítulos principais, foram retratados os aspectos históricos e culturais que delinearam o percurso feminino e a questão da maternidade dentro da sociedade. Em seguida, foram abordadas questões ligadas ao abortamento espontâneo e provocado, sua magnitude e as implicações na saúde feminina. E por fim, foram apresentados os aspectos emocionais decorrentes do abortamento, em especial, a depressão, evidenciando os estudos realizados e a ausência de um consenso quanto aos prejuízos psíquicos decorrentes desta vivência.

Os capítulos que seguem a revisão teórica apresentam respectivamente: o método utilizado, os resultados encontrados e sua discussão e as conclusões.

Este estudo não pretende esgotar o tema e suas reflexões, mas busca ressaltar a importância da problemática que afeta o dia-a-dia da saúde feminina, refletindo sobre o princípio da equidade^{I,18} e, conseqüentemente, sobre as intervenções da saúde pública, propondo um olhar mais amplo diante da complexidade do abortamento.

^I Assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, até o limite do que o Sistema puder oferecer para todos.

2 OBJETIVOS

- ✓ Descrever e relacionar os aspectos sociodemográficos de mulheres que sofreram abortamento espontâneo e das que o provocaram na cidade de Natal-RN;
- ✓ Descrever e relacionar os aspectos sociodemográficos de mulheres que sofreram abortamento espontâneo e das que o provocaram na cidade de São Paulo-SP;
- ✓ Descrever e relacionar a percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro no processo do abortamento, entre mulheres que sofreram abortamento espontâneo e aquelas que o provocaram na cidade de Natal-RN;
- ✓ Descrever e relacionar a percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro no processo do abortamento, entre mulheres que sofreram abortamento espontâneo e aquelas que o provocaram na cidade de São Paulo-SP;
- ✓ Diagnosticar e relacionar a depressão entre mulheres que sofreram abortamento espontâneo e aquelas que o provocaram em cada capital (Natal-RN e São Paulo-SP);
- ✓ Relacionar em cada capital: aspectos sociodemográficos e a percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro no processo do abortamento com o diagnóstico de depressão, em mulheres que sofreram abortamento espontâneo;
- ✓ Relacionar em cada capital: aspectos sociodemográficos e a percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro no processo do abortamento com o diagnóstico de depressão, em mulheres que provocaram o abortamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Há séculos, a maternidade tem dado sentido à definição de mulher. Considerada como a realização plena, “ser mãe” tem sido visto culturalmente como algo essencial e constitutivo da mulher. Dessa forma, quando não tem filhos, seja devido à infertilidade ou esterilidade, ou por uma escolha pessoal, a mulher é vista como uma pessoa “incompleta” sendo, muitas vezes, marginalizada por agir contra seus instintos¹⁶.

Dentro dessa perspectiva, o abortamento, seja ele espontâneo ou provocado, representa não apenas a interrupção da gestação, mas também o rompimento de ideais sociais e culturais que caracterizam o papel feminino e a maternidade, sendo, portanto, alvo de estigma atrelado a diversos aspectos emocionais.

Este capítulo busca, por meio do resgate histórico, compreender o percurso da mulher, ao longo dos anos, e os significados relacionados à maternidade, bem como suas influências na constituição do feminino.

3.1 ASPECTOS CULTURAIS E SUAS INFLUÊNCIAS NA CONSTITUIÇÃO DO FEMININO

*“O amor materno é apenas um sentimento humano.
E como todo sentimento, é incerto, frágil e imperfeito”.*

(Badinter¹⁹, p.22)

Símbolo de dedicação e cuidado, a maternidade vem ao longo dos anos sendo transmitida como algo inerente à condição feminina. No entanto, revisões históricas¹⁹⁻²¹ sugerem que a exaltação do amor materno, enquanto algo “instintivo” e “natural” decorre de um mito construído pelos discursos filosófico, médico e

político, tendo sido inserido na cultura, com o transcorrer dos séculos, visando, especificamente, a preservação da espécie.

Na Antiguidade e na Idade Média, tanto a figura feminina como a maternidade eram desvalorizadas. Na Europa, por exemplo, o período paternalista destinava à mulher um espaço secundário e de submissão ao marido e à sociedade. O homem era visto como superior, ocupando o lugar central na família, tendo o direito de julgar e punir²². Essa posição, reforçada por filósofos e religiosos, fazia com que a família fosse regida por um pátrio poder em que as ligações afetivas eram inibidas e os casamentos estabelecidos, segundo as necessidades econômicas e as alianças políticas das famílias.

Em relação aos filhos, eles não cresciam ao lado da família biológica, e nem recebiam os primeiros cuidados de suas mães. Após o nascimento, eram encaminhados para as amas-de-leite, com as quais permaneciam durante quatro ou cinco anos, quando, então, voltavam para as famílias de origem. Nas classes mais nobres, mesmo após retornarem para suas casas, os contatos com a mãe biológica mantinham-se restritos e os cuidados seguiam sendo realizados por terceiros. Posteriormente, os filhos eram encaminhados a internatos para que pudessem aperfeiçoar a sua educação. O exercício da função materna, nesse período, não conferia nenhum olhar de reconhecimento, sendo o cuidado dos filhos considerado “um encargo constrangedor”¹⁹.

A atenção e a dedicação exigidas por um bebê dificultavam a vida social e trabalhista. Encaminhar os filhos para as amas-de-leite era uma alternativa mais favorável do que contratar um funcionário. Assim, a indiferença, o infanticídio e o abortamento tornaram-se práticas frequentes e utilizadas por casais que não desejavam assumir essa responsabilidade. Tais condutas eram reforçadas pela desvalorização da infância, cultura existente na época. Mas a alta mortalidade infantil, a inexistência da crença de um amor inato e a ausência do desejo reprodutivo começaram a ameaçar a sociedade europeia e seu desenvolvimento, passando a ser instituída, gradativamente, a percepção da maternidade como algo desejado e inerente à condição feminina²³. Iniciou-se uma transição da autoridade paterna para o “amor materno”. O amor pelos filhos passou a ser exaltado como um valor ao mesmo

tempo natural e social, favorável à espécie e à população. O cuidado e a dedicação à prole, pela própria mulher, passaram a ser incentivados e vistos como essência feminina, sendo inaceitável qualquer atitude de desamor em relação aos filhos.

Por meio da publicação de *Émile*, em 1762, Rousseau²⁴ cristalizou os novos ideais, dando o impulso inicial para que as famílias passassem por um processo de transformação calcado no amor materno. A vida íntima passou a ser preservada e as relações familiares sofreram alterações. A felicidade familiar ganhou espaço e novas relações foram estabelecidas entre marido-esposa e entre pais-filhos, imperando o discurso:

“Sedes boas mães, e sereis felizes e respeitadas. Tornai-vos indispensáveis na família e obtereis o direito de cidadania.”

(Badinter¹⁹, p.146).

A psicologia, juntamente com a sociologia, teve grandes contribuições para a idealização e o reforço do papel materno, ao enfatizar a importância da relação mãe-bebê para o desenvolvimento infantil²³. Autores como Freud, Melanie Klein, Bowlby e Donald Winnicott estudaram tanto as relações objetais como a influência do ambiente no desenvolvimento infantil, reforçando a importância da figura materna para a integração e organização subjetiva do bebê.

Assim, em meados do século XIX, a figura da mulher recebeu um novo olhar, alterando sua relação com a maternidade. Os filhos ganharam relevância na atenção feminina e com isso a mulher adquiriu novas responsabilidades, passando a ser valorizada, conquistando respeito e poder social²⁵.

Como na Europa, no Brasil, as alterações relacionadas à maternidade também foram influenciadas pela ascensão burguesa do século XVIII e XIX, e foram revestidas de características específicas da condição de País-Colônia, submetido à exploração e ao governo português. Os registros referentes ao início da colonização são escassos, pouco precisos e retratam a imagem dos europeus sobre as sociedades indígenas radicadas no País quando esses descobriram o Novo Mundo. Essas imagens baseiam-se na perspectiva de suas tradições, fundamentadas no

Cristianismo, pouco interessando as particularidades dos habitantes aqui encontrados. Portanto, a cultura nativa da Colônia brasileira foi descrita de acordo com as tradições e o imaginário do colonizador europeu, estando repleta de valores bem distantes da realidade brasileira da época²⁶.

As tradições indígenas atreladas com modos de viver importados da imigração europeia, somados a comportamentos e mentalidades africanas, delinearam, no Brasil, condição feminina influenciada por múltiplas características, culturas, hábitos e crenças. Consideradas de extrema sensualidade e sexualidade aflorada, as mulheres brasileiras foram alvo de processos de “adestramento”, pregados pela Igreja e pelos colonizadores, com o intuito de reduzir a prostituição e os relacionamentos extraconjugais frequentes no País, bem como as uniões baseadas no concubinato (prática comum nas relações interpessoais da época). Tais medidas foram implantadas com o objetivo de incentivar a ampliação das famílias, povoando as terras descobertas e assim disseminando os ideais católicos vigentes na metrópole. “Adestrar” a mulher fazia parte de um processo civilizatório, uma vez que, na visão dos europeus, tudo o que se distanciava dos seus padrões culturais era tido como algo primitivo a ser “corrigido”²⁷.

Os comportamentos femininos foram associados a uma rede de tabus, interditos e constrangimentos. A espontaneidade e a sexualidade foram recalçadas, interiorizando-se a vida social. Um modelo de mulher submissa, pura e casta baseada na imagem da “Virgem Maria”, passou a ser difundida pela Igreja. De maneira semelhante, o discurso médico sobre o funcionamento do corpo feminino e sua natural função reprodutiva enfatizou ainda mais os propósitos católicos da época¹⁹.

O casamento passou a ser visto como uma forma de segurança diante das instabilidades da Colônia, sendo a presença de filhos legítimos uma maneira de ser diferenciada das mulheres vulgares e “perigosas”, vinculadas à imagem de “Eva”. Casada, boa esposa, dedicada à vida privada, devota, obediente e dessexualizada, esse era o modelo de mãe idealizado pela Igreja. No entanto, tal modelo enfrentou resistências e algumas dificuldades, de forma que foi implantado gradualmente dentro da Colônia^{26,27}.

Segundo os preceitos religiosos da época, a formação/educação dos filhos era tarefa materna, e sustento, responsabilidade paterna. Mas as diversidades do Novo Mundo dificultavam a implantação de tais preceitos, pois, diante da situação econômica e da realidade de exploração do País, eram frequentes mulheres chefiando a família e trabalhando continuamente para garantir a sobrevivência da prole, enquanto os parceiros se ausentavam (seja por questões do trabalho ou por não desejarem assumir os filhos de relacionamentos considerados ilícitos). Frente essa realidade, muitas mulheres também se viam diante da necessidade de abandonar os filhos²⁶. Prática frequente na cidade, na zona rural, isso quase não ocorria, pois as crianças auxiliavam no trabalho familiar, exercendo funções produtivas e contribuindo para o sustento do lar.

Portanto, a escravidão, a miséria, as gestações advindas da exploração sexual ou mesmo das relações ilegítimas fragilizavam a estrutura familiar, exigindo que fossem improvisadas formas de amor e de criação da prole, sendo o abandono e o abortamento estratégias encontradas para controlar a natalidade, preservar os filhos já existente ou mesmo para evitar a condenação moral e familiar frente a relacionamentos proibidos. Embora o primeiro fosse visto com complacência pelas autoridades, os demais eram repudiados e criminalizados²⁸.

No século XIX, a instabilidade política vivenciada na Europa e a consequente vinda da família real portuguesa e sua corte para o Brasil causaram mudanças no modo de vida da população colonial brasileira, atingindo especialmente a elite. Houve a inserção de hábitos da cultura europeia, aliada à valorização da família, da mulher e da criança. No entanto, essa valorização, na verdade, foi uma redução da mulher à figura de mãe. Tais condições se deram mediante a vinculação da família ao poder médico e no ataque ao cuidado e convivência com amas e escravos, como na Europa²³. A recusa ao aleitamento foi considerada como uma infração às “leis da natureza” materna e a insistência diante dela acabou confinando a mulher ao ambiente doméstico, destinando sua atenção ao cuidado dos filhos e da família. Essa valorização do cuidado dos filhos instituiu o “amor materno” como algo desejável e feminino. Não houve alternativa para a mulher, sua vocação materna passou a ser considerada instintiva, natural e, acima de tudo, obrigatória.

A postura feminina passou a ser avaliada socialmente, exigindo-se bons modos e costumes, representando um modelo ideal de esposa e mãe. Tais exigências foram atribuíveis às classes altas, uma vez que as mulheres da classe baixa estavam envoltas no sustento familiar. Mas os imperativos religiosos e as cobranças sociais foram tão significativos que inevitavelmente foram internalizados por todas as mulheres da época. Afinal, a maternidade tornou-se uma forma de reconhecimento, ao mesmo tempo em que distinguia as “boas” das “más” mulheres¹⁹.

Com os avanços econômicos, a industrialização e a independência do País, ocorreram mudanças ainda mais significativas à situação da mulher e da maternidade no Brasil. Houve a transição da mulher enquanto mãe com proles numerosas, dedicada aos cuidados da família e devota aos filhos, para uma mulher que começa a se inserir no mercado de trabalho fora do lar, tendo que associá-lo aos cuidados anteriormente realizados²⁵.

No final do século XX, a “dupla jornada de trabalho”, o maior acesso à educação formal e à qualificação profissional fizeram com que a maternidade começasse a ser repensada, tornando-se uma decisão mais racional, influenciada por fatores econômicos, sociais e, principalmente, subjetivos da mulher e do casal, fazendo emergir um novo dilema: “ser ou não ser mãe”²⁵, evidenciando novas questões diante de uma gestação não planejada ou mesmo não desejada.

3.2 ABORTAMENTO

A temática do abortamento segue um curso em que cultura, interesses político-sociais, questões morais, éticas e jurídicas foram e vêm sofrendo alterações juntamente com os conhecimentos teórico-práticos da Medicina, sendo difícil, em sua história, delimitar um começo e tão pouco um fim, por ser um fenômeno presente desde sempre, mas em constantes mudanças de sentido dentro da sociedade. Mas não são apenas aspectos histórico-culturais que interferem no percurso do abortamento, suas causas, motivações e consequências também estão relacionadas à subjetividade

da mulher, e ao contexto e sentido atribuídos a essa gestação por ela ou pelo casal. Portanto, este capítulo retrata o percurso histórico do abortamento e sua magnitude, articulando aspectos multifatoriais que influenciam a sua vivência.

3.2.1 ABORTAMENTO ESPONTÂNEO: PERCURSO E SENTIDOS DENTRO DA CONSTITUIÇÃO FEMININA

O abortamento espontâneo é um processo inerente à questão reprodutiva e ao ciclo gravídico-puerperal, bastando estar grávida para que se possa correr o risco de vivenciá-lo. Frequente e de etiologia controversa, sua temática tem poucos estudos quando comparada ao abortamento provocado. As vivências emocionais, físicas e sociais relacionadas à incapacidade de tornar-se efetivamente mãe/pai, quando esta não é uma escolha consciente do casal, mas lhe é imposta por um evento espontâneo, têm tido pouco espaço na sociedade atual, principalmente diante da mobilização que ocorre em torno do controle da natalidade, incluindo questões referentes ao abortamento provocado e às técnicas de reprodução assistida que visam “combater” a infertilidade.

Desde as sociedades antigas, o abortamento espontâneo é referido, seja com maior ou menor ênfase, dentro de um contexto de perda e “fracasso”, que escapa às regras e códigos que norteiam a vida em sociedade, e que se referem à capacidade de efetivação da maternidade. É como se todo o abortamento fosse um crime a ser escondido e silenciado²⁹.

Enquanto o nascimento pertence à vida, o abortamento pertence à morte, aquilo que não se desenvolveu, que não sobreviveu. Assim, por muitos séculos, foi analisado sob a ótica da monstruosidade, do castigo e das deformidades. O estigma associado à falha e à incapacidade de gerar e exercer seu “destino”, entendendo a maternidade como norma cultural, evidencia o caráter “destrutivo” e marginal enraizado no abortamento espontâneo e refletido sobre as mulheres que o vivenciam^{29,30}.

Até meados do século XVIII a compreensão da gravidez como algo de competência exclusivamente feminina e do feto, enquanto parte integrante da mulher, concebeu o corpo feminino como algo constituído apenas para desempenhar a função materna, sendo, então, identificado com o útero. Descrito como órgão onde o feto está contido e protegido, o útero foi designado como “matriz” feminina. Portanto, nessa concepção, a fertilidade valorizava a mulher, pois apenas ela permitiria deixar uma marca, efetivando o cumprimento de sua tarefa: ter um filho. Perder tal capacidade ou não conseguir exercê-la representava um dano relevante dentro da sociedade. Vista como um campo a semear, quando a infertilidade se fazia presente na relação do casal, a responsabilidade recaía sobre a mulher³¹.

Nas sociedades primitivas, o abortamento espontâneo era associado a situações de punição, culpa ou vulnerabilidade feminina. Entre as causas que tentavam explicar sua ocorrência estavam o adultério feminino, a desobediência, o mau comportamento, a fragilidade e a impotência da mulher diante dos espíritos ruins (seres capazes de interromper a vida no ventre materno)^{29,31}.

A malignidade do abortamento espontâneo era tamanha que, para algumas civilizações, sua ocorrência era preditora de epidemias e inundações, gerando medidas de caráter profilático, como a morte da mulher que sofrera o abortamento para se evitar a catástrofe²⁹.

Com o passar dos anos e os avanços da medicina e da tecnologia, muitas crenças até então presentes foram sendo desmistificadas e o abortamento espontâneo ganhou justificativas e parâmetros mais científicos, os quais ainda não estão bem definidos devido à diversidade de fatores que parecem influenciar em sua ocorrência. Aspectos físicos, socioculturais e psicológicos são interdependentes e têm forte influência no abortamento espontâneo.

Os medos das mulheres contemporâneas voltam-se, atualmente, muito mais para as questões vinculadas a falha e a culpa do que aos misticismos de antigamente. Apesar dos anos que se passaram, ainda hoje a incapacidade de concretizar a maternidade é um fantasma que assombra o cotidiano de muitas mulheres e casais. Embora os valores culturais tenham sofrido algumas alterações, ao longo dos anos, conceitos mais enraizados ainda se fazem presente no inconsciente social, sem a

mesma relevância ou pressão cultural explícita antigamente, mas implícita subjetivamente em cada mulher e novo casal que se constitui, sendo o abortamento espontâneo uma ocorrência ainda sentida como possível maldição ou castigo, principalmente nos casos que ele se repete.

No Brasil, no período colonial, o conhecimento médico do corpo feminino era restrito e limitado, reforçando o mistério que a mulher representava para a sociedade. Todos os estudos do corpo feminino voltavam-se para a fecundidade, para o útero e seu funcionamento. Para muitos, a mulher era um mecanismo criado por Deus para servir à reprodução e ao contrariar esse “destino”, acreditava-se que o útero lançaria à mulher as enfermidades como a melancolia, a loucura ou mesmo a ninfomania^{26,27}.

Na Colônia, o abortamento espontâneo era foco do olhar médico, sendo algo que devia ser mapeado, controlado e, então, evitado. Tolerado pela Igreja era visto como algo passível de cura, devendo, portanto, ser tratado com medicamentos, soluções e compreensão²⁷.

A dificuldade da época é que muitos dos medicamentos utilizados para tratar os problemas de saúde maternos acabavam por induzir o abortamento e, assim, também passaram a ser usados para interromper voluntariamente a gestação. A ciência médica aplicada no abortamento imprimia característica dúbia, dificultando o diagnóstico e, conseqüentemente, despertando julgamentos e censuras^{26,27}.

Embora aceito pela medicina, o abortamento espontâneo era anunciado por sinais difíceis de serem identificados, tanto pela gestante quanto pelo médico. Diversos sintomas (enrugamento das mamas, estremecimentos dos membros, calafrios, etc.) eram tidos como preditores de sua ocorrência. Do ponto de vista médico, o corpo feminino deveria expressar a tristeza do abortamento, representado por um corpo sem vida, destituído da presença do que lhe animava (o feto). Assim, quando a função reprodutiva não se efetivava com sucesso, a imagem feminina era personificada na imagem da árvore seca, desfolhada e sem frutos²⁷.

Ainda hoje, as imposições sociais e culturais relativas à maternidade negam à mulher uma escolha singular e subjetiva. Sua individualidade e desejos ficam

restritos às conveniências sociais, ampliando a ambivalência e, muitas vezes despertando sentimentos de culpa pela incapacidade de manter a gestação ou mesmo pelo sentimento de tranquilidade, após a ocorrência de um abortamento nas ocasiões em que a gravidez não era desejada ou esperada.

3.2.1.1 Magnitude do Abortamento Espontâneo: estimativas mundiais e nacionais

O abortamento espontâneo é uma das complicações mais comuns da gravidez. Ocorre em cerca de 10 a 20% das gestações, sendo mais frequente no primeiro trimestre gestacional³². De cada dez gestações, uma é interrompida inesperadamente por complicações na saúde da mulher ou do feto. O número de gestações, de perdas anteriores e a idade materna são diretamente proporcionais à possibilidade de ocorrência do abortamento espontâneo. O risco de perda aumenta, de forma gradativa, quando o abortamento se repete. Mulheres que já sofreram dois abortamentos sucessivos têm entre 17-35% de chance de recorrência na terceira gestação. Histórico acima de três abortamentos tem probabilidade de 25-46% de recorrência³³.

As causas que levam ao abortamento espontâneo são variadas e muitas vezes incertas, estando, na maior parte das vezes, relacionadas à interação de mais de um fator etiológico. As malformações cromossômicas do produto conceptual contemplam cerca de 50% a 60% dos abortamentos, sendo as trissomias dos cromossomos 13, 16, 18, 21 e 22 as mais encontradas. Antecedentes obstétricos desfavoráveis, fatores ambientais, genéticos, infecciosos, endócrinos, anatômicos e psicológicos também estão relacionados à etiologia do abortamento espontâneo. Agentes externos, como o uso de álcool, tabaco e exposição a radiações, predis põem a mulher ao risco da perda gestacional^{32,34}.

Estudo³⁵ enfatizou a dificuldade em estabelecer a verdadeira parcela dos abortamentos espontâneos, uma vez que muitos não necessitam de cuidados hospitalares específicos e não chegam a ser diagnosticados. Estima-se que de 12 a

15% dos abortamentos espontâneos ocorram antes da 12ª semana gestacional entre as gestações clinicamente reconhecidas e não necessitam de internação, outros ocorrem antes mesmo da gestação ser descoberta, favorecendo a subnotificação dos dados³⁶.

A análise secundária do banco de dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, com amostra representativa de 12.612 mulheres, estimou a prevalência do abortamento espontâneo e do provocado no Brasil e regiões, estimando em 14% o abortamento espontâneo em todo o país. Os maiores índices foram encontrados no Nordeste (16%) e os menores, na região Sul (11,3%). Os dados mostram ainda que residentes da zona rural fizeram maior menção ao abortamento espontâneo (16,1%)³⁷.

Em 2005, o número de abortamentos espontâneos relatados chegou a 127.295 casos, no entanto, nestes dados não se encontram incluídos os números relativos às mulheres que não necessitaram de internação. Outro fator importante é que nos dados relativos ao abortamento espontâneo, podem estar incluídos dados referentes a abortamentos provocados que não foram diagnosticados como tal³⁶.

3.2.2 ABORTAMENTO PROVOCADO: PERCURSO E SENTIDOS DENTRO DA CONSTITUIÇÃO FEMININA

Diagnosticar o abortamento provocado é uma tarefa difícil, uma vez que o exame clínico ou anatomopatológico nem sempre possibilita distinguir a natureza do evento, ficando a equipe médica, muitas vezes, limitada às informações da paciente, familiares ou de quem o realizou.

Os motivos que levam as mulheres a provocar o abortamento estão frequentemente vinculados às questões sociais, econômicas e subjetivas, sendo diversos os mecanismos utilizados para a sua efetivação. Podem ser por via oral ou vaginal e vão desde a utilização de medicamentos até a penetração de objetos. Traumas voluntários (quedas, socos, atividades físicas excessivas) e a utilização de substâncias cáusticas na vagina também são relatados, na literatura, como práticas realizadas na tentativa de encerrar a gestação³⁸⁻⁴⁰.

O abortamento provocado pode ser considerado juridicamente como “legal” ou “ilegal”, de acordo com código penal e as normas vigentes que regulamentam o exercício médico de cada país. Devido à sua ilegalidade, em alguns países, muitas mulheres negam ter provocado o abortamento⁴¹, seja por medo de punição, crítica ou mesmo pelos preconceitos das pessoas que a cercam e da equipe que a atende.

Independente de a maternidade conter uma perspectiva positiva ou negativa, a mulher terá que lidar com questões da perda, voluntária ou não, do feto. Assim, o abortamento pode ser compreendido como um desvio dos padrões de comportamento estabelecidos social e culturalmente, sendo um conflito de dever moral, em especial, no Brasil, onde a legislação é restritiva e a autorização se dá somente em casos bem específicos. Portanto, é uma situação complexa, com conflitos, contradições, medos e incertezas¹⁰.

O abortamento provocado é uma realidade sobre a qual é impossível definir quando começou e quando terminará. Presente em diferentes culturas, seus registros mais antigos são provenientes da China e datam do terceiro milênio antes de Cristo (a.C.). Civilizações egípcias, assírias e babilônicas também contemplam relatos de sua prática, no segundo e primeiro milênio a.C., sendo considerada crime em algumas civilizações, como na Assíria e na Babilônia^{28,42} e legalizado, e até incentivado, em outras, como na Grécia. Para Aristóteles, por exemplo, o abortamento era visto como método eficaz para o controle da natalidade. Platão, por sua vez, defendia-o por motivos eugênicos, e acreditava que deveria ser obrigatório para todas as mulheres acima dos 40 anos. Já Sócrates, direcionava seu olhar para o desejo da mulher e aconselhava a facilitação do abortamento para as que não desejassem prosseguir com a gestação. Hipócrates, no entanto, era contrário a sua prática e presumia o compromisso de não tratar as mulheres que o provocassem ou desejassem interromper voluntariamente a gravidez²⁸.

Na civilização gaulesa, a decisão de vida ou morte dos filhos era direito incontestável da figura paterna, assim como o abortamento. Da mesma forma, na antiga Roma, embora moral e legalmente aceito, o abortamento era passível de punição quando realizado sem o consentimento paterno. Porém, com o declínio da natalidade ocorrido no período Imperial, a atitude permissiva de Roma mudou e a

prática do abortamento provocado passou a ser considerada crime sendo severamente punida²⁸.

Foi o advento do Cristianismo que trouxe a alteração nas crenças e conceitos até então seguidos. Adotou-se, nesse período, concepção sagrada da vida humana, e o abortamento passou a ser considerado crime contra a vida, estando associado ao homicídio, salvo em circunstâncias de risco materno⁴³. Tal concepção fez emergir reflexões sobre o momento a partir do qual o feto passaria a ser considerado vida: seria desde a concepção, a partir da sua formação completa ou no seu nascimento?

Mas tais reflexões e punições não foram suficientes para cessar sua prática. Assim, nos tempos medievais e na Renascença, ele continuou sendo realizado clandestinamente, devido às condenações aplicadas pela Igreja²⁸. As péssimas condições de parto e a baixa sobrevivência dos recém-nascidos afetavam o índice populacional e econômico da sociedade, motivando a punição do abortamento devido às necessidades de se manter o índice de natalidade equilibrado.

Para Galeotti³¹, a Revolução Francesa (século XVIII) foi um marco divisório na história do abortamento, pois o feto antes caracterizado como integrante do corpo materno passou a ser contemplado como entidade política relevante, sendo visto como um futuro cidadão, trabalhador e soldado. Tais mudanças se deram não apenas pelas necessidades sociais, mas também pelos avanços científicos que tornaram possível a visualização do feto, que passou a ser compreendido na sua individualidade. A gravidez, antes entendida como uma transformação misteriosa do corpo feminino, passou a configurar fenômeno caracterizado por uma relação entre duas entidades distintas: a gestante e o nascituro. Assim, o abortamento ganhou um dilema ético: vale mais a vida da mãe ou do feto?

Até a segunda metade do século XVIII, a decisão de interromper a gestação era exclusiva da mulher, pois havia desinteresse em termos sociais pelo que se sucedia entre a concepção e o parto. No entanto, o fruto do nascimento não era indiferente para o pai e para a comunidade, não sendo a escolha da mulher completamente livre. Porém, se fosse necessário escolher entre a vida da gestante e a do nascituro, o último não seria colocado no mesmo plano, pois consideravam

inadequada a comparação entre um ser formado e um ainda não considerado como tal³¹.

A interrupção da gestação, nesse período, era problema de foro privado, identificado em situações de pobreza, prostituição, adultérios ou como prática de vingança (privando o marido de uma descendência). Os avanços do corpo feminino, da reprodução e do próprio desenvolvimento fetal delinearam novas definições ao feto, à mulher e à gestação. Tais conhecimentos contribuíram para a determinação do feto como entidade autônoma, desde que foi concebido e não apenas quando separado do corpo materno (embora, durante o período gestacional, seja dependente dele). Estas mudanças despertaram novas discussões e reposicionamentos por parte da Igreja, das legislações e das civilizações como um todo³¹.

Até então, as legislações não eram específicas e baseavam-se nas tradições e práticas religiosas. O marco da Revolução e os avanços científicos, ao longo dos anos, fizeram com que o século XX fosse marcado por alterações importantes nas legislações do abortamento, que diferiram de país para país. A Rússia, por exemplo, após a Revolução de 1917, concedeu às mulheres o direito ao abortamento (até então considerado crime) mediante um decreto estabelecido em 1920, buscando assim dar garantias à saúde da mulher trabalhadora. Já, na França, nesse mesmo período, a legislação passou a reprimir não somente a prática do abortamento como propagandas que retratassem métodos ou técnicas contraceptivas. O enrijecimento nas regras do abortamento foram mais intensas em alguns países da Europa Ocidental devido ao número elevado de mortes ocorridas com a Primeira Guerra Mundial e consequente redução populacional^{28,31}.

A ascensão das ideologias fascista e nazista em relação à natalidade (“criar filhos para a pátria”) trouxe ainda mais rigor e punição para as questões do abortamento, considerando-o um crime como no Império Romano. As restrições em relação ao abortamento seguiram mesmo após a Segunda Guerra Mundial, embora muitos dos exageros nazifascistas tenham sido eliminados nesse período. Apenas países socialistas, escandinavos e o Japão mantiveram leis mais favoráveis ao abortamento. Nos países escandinavos (Dinamarca, Islândia e Suécia), a legalização do abortamento se deu devido à forte tradição protestante luterana que os tornou mais

abertos a uma reforma sexual. Já, no Japão, a crise econômica no período pós-guerra fez com que o abortamento fosse legalizado como prática de controle da natalidade, evitando-se assim, o agravamento do quadro de miséria do país. No entanto, atualmente, tal legalização tem reduzido drasticamente as taxas de natalidade, tendo, em sua população, um elevado número de pessoas idosas²⁸.

A chegada dos anos 60 trouxe a evolução dos costumes sexuais e uma nova posição passou a ser adquirida pela mulher na sociedade moderna. Os movimentos feministas foram colocando em questionamento as políticas em torno do abortamento, conduzindo os debates para sua maior liberação. Na década de 70, tais ideias foram acentuadas e a evolução pôde ser percebida com o transcorrer dos anos. Em 1971, apenas 38% da população mundial residia em locais onde a legislação legalizava o abortamento passando para 64% da população em apenas cinco anos²⁸.

Entre os países que liberaram o abortamento, encontram-se os Estados Unidos que, na década de 70, legalizou-o na maior parte de seus Estados, pois, segundo a Suprema Corte Americana, as leis que o proibiam violavam o direito constitucional da mulher de decidir sobre o próprio corpo^{44,45}.

De acordo com o mapa elaborado pelo *Center for Reproductive Rights*⁴⁶, o abortamento é permitido sem restrições quanto à razão em 58 países, sendo o Brasil pertencente ao grupo de 68 países que não permitem o abortamento provocado ou o permitem em condições específicas.

- = Proíbe o abortamento totalmente ou parcialmente (permite para salvar a vida da mulher).
- = Permite o abortamento para preservar a saúde (física, mental ou social) da mulher.
- = Permite o abortamento por razões socioeconômicas ou para salvar a vida da mulher.
- = Permite o abortamento sem restrição quanto à razão.

FONTE: *Center for Reproductive Rights*⁴⁶.

Figura 1 - Mapa indicativo da situação do abortamento no mundo

No Brasil, o abortamento provocado também é uma prática antiga, já realizada pelos indígenas devido à frequente dissolução de suas famílias, o abuso sexual dos colonizadores e a ausência do apoio dos parceiros.

A prática do abortamento no Brasil foi marcada pelas relações entre a Igreja Católica e a Coroa Portuguesa, que, na época, colaborava com a resistência à Reforma Protestante que ameaçava o domínio católico no continente europeu⁴⁷. Até meados de 1830, a prática consentida do abortamento não era punida no País, mas sua elevada ocorrência fez com que surgisse, nesse ano, uma legislação restritiva com o intuito de evitá-lo. A primeira legislação específica foi contemplada no Código Criminal do Império⁴⁸, em que era passível de pena:

Art. 199. Occasionar aborto por qualquer meio empregado interior, ou exteriormente com consentimento da mulher pejada. Penas - de prisão com trabalho por um a cinco annos. Se este crime fôr commettido sem consentimento da mulher pejada. Penas - dobradas.

Art. 200. Fornecer com conhecimento de causa drogas, ou quaisquer meios para produzir o aborto, ainda que este se não verifique. Penas - de prisão com trabalho por dous a seis annos. Se este crime fôr commettido por medico, boticario, cirurgião, ou praticante de taes artes. Penas – dobradas.

(Brasil)⁴⁸.

Com a chegada da República e a implantação do Código Penal de 1890, manteve-se a punição das mulheres que praticassem o abortamento, sendo atenuada em casos de gravidez decorrente de estupro (justificado por visar à ocultação da “desonra própria”). A proposta de abortamento legal e necessário foi introduzida para justificar o abortamento nos casos em que não houvesse outro meio de salvar a vida da gestante⁴⁷.

O atual Código Penal⁴⁹ brasileiro mantém proposta semelhante ao código de 1890. Elaborado durante o período do Estado Novo (em 1940, entrando em vigor efetivamente em 1942), pelo então Presidente Getúlio Vargas, dispõe no artigo 128 (incisos I e II) que o abortamento é crime contra a vida, não sendo punido quando a

gravidez resulta de estupro ou quando não há outra forma de salvar a vida da gestante.

Mas restrições e a ilegalidade do código vigente não impediram que as práticas abortivas prosseguissem. A clandestinidade tornou-se um cotidiano “secreto” entre as mulheres. Sendo o abortamento considerado um desregramento moral pela sociedade e pela Igreja Católica durante muitos anos, a legislação brasileira seguiu sem contestações até emergência do movimento feminista contemporâneo que, em consonância com os movimentos americano e europeu, tornou o abortamento um tema público, caracterizando-o como fato social⁴⁷.

Em 1983, ocorreu a primeira tentativa de reforma legal do abortamento mediante a apresentação de um projeto de lei à Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, que foi rejeitado. De lá para cá, muitas tentativas têm sido realizadas a fim de flexibilizar as leis referentes ao abortamento. Apesar da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo- 1994) e da Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing-1995) terem reconhecido como um grave problema de saúde pública e sugerido que os países revissem as leis que punem as mulheres que recorrem à interrupção voluntária da gravidez, a descriminalização do abortamento no Brasil ainda enfrenta resistência da sociedade⁴⁷.

Após tentativas, em 2012, ressalvas foram feitas quanto à proposta definida pelo Código Penal. Em 12 de abril desse ano, foi concluído o julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54 (ADPF-54) de 17 de junho de 2004, tendo o Supremo Tribunal Federal decidido, com base na Constituição Federal, que a interrupção da gestação (ou antecipação terapêutica do parto) de fetos anencéfalos não tipifica o crime de abortamento previsto no Código Penal, dispensando, assim, a autorização prévia do Poder Judiciário ou do Ministério Público. Com essas mudanças, a interrupção da gestação de fetos anencéfalos saiu do âmbito de uma decisão jurídica e tornou-se parte dos programas de atenção à saúde da mulher⁵⁰.

Embora o abortamento seja uma prática em diferentes classes sociais no Brasil, sabe-se que complicações pós-abortamento têm implicações socioeconômicas

dependentes. Assim, mulheres de classes sociais privilegiadas tendem a realizá-lo em clínicas privadas com procedimentos mais seguros, enquanto as de classes sociais menos favorecidas são expostas a procedimentos inseguros, com profissionais não especializados e com técnicas arriscadas, estando sujeitas a maior risco de vida ou mesmo a sequelas irreversíveis⁵¹.

Observa-se, portanto, que a prática do abortamento é uma constante, influenciada pelo contexto cultural e econômico da sociedade em questão. Quando espontâneo foi por muitos conceitualizado como uma incapacidade feminina, um castigo por sua maleficidade. Quando provocado, recebeu diferentes olhares, indo do “aceitável” para o “inaceitável”, tendo sido utilizado por muitas civilizações como medida contraceptiva, na ausência de outras possibilidades.

3.2.2.1 Magnitude do Abortamento Provocado: estimativas mundiais e nacionais

Estudo⁵² publicado em 2007 apresentou as taxas globais de abortamento, entre o período de 1995 e 2003, e identificou um índice de 26 abortamentos para cada 1000 mulheres, nos países desenvolvidos, e de 29 para cada 1000, nos países em desenvolvimento.

De acordo com dados publicados pelo “*Alan Guttmacher Institute*”^{53,54}, em 2008, das 208 milhões de gravidezes que ocorreram no mundo, estima-se que 33 milhões (16%) resultaram em nascimentos indesejados e 41 milhões terminaram em abortamentos provocados (20%), sendo que 21,6 milhões foram realizados de forma insegura. Entre 2003 e 2008, houve aumento de 1,9 milhões de abortamentos inseguros⁵⁵, no entanto, o índice geral permaneceu inalterado em cerca de 14 abortamentos inseguros por cada 1000 mulheres com idades entre 15 – 44 anos.

Atualmente, uma média de 1.550 bilhões de mulheres (61%) entre 15 e 44 anos de idade vivem em países onde o abortamento é amplamente legal e as 40% restantes naqueles onde é altamente restrito. A proporção de abortamentos varia de acordo com a situação do país e da legislação que rege as questões referentes ao mesmo. Nos diferentes países, o abortamento pode assumir diferentes contextos: há

países onde sua restrição é total (exemplo: Chile e Colômbia); onde é permitida em situações específicas (exemplo: Brasil) e onde a prática é legalizada (exemplo: Estados Unidos)⁴⁰.

Nos países onde o abortamento provocado é legal e permitido por motivos amplos, costuma ser praticado de forma segura e adequada, apenas 8% ocorre de forma insegura⁵². No entanto, onde a legislação é restritiva e punitiva, a prática do abortamento frequentemente ocorre em clínicas clandestinas, com profissionais desqualificados e com práticas muitas vezes inadequadas, ou são realizados pela própria mulher por meio de técnicas diversificadas. Nesses países, o índice de abortamentos inseguros corresponde a mais de 55% dos casos. Na África e na América Latina, por exemplo, correspondem a quase 95% de todos os abortamentos provocados.

Na PNDS realizada no Brasil, em 1996, das 12.612 mulheres em idade fértil entrevistadas, 2,4% referiram ter induzido (provocado) pelo menos um abortamento. O relato de abortamento provocado foi maior no Rio de Janeiro (6,5%) e no Nordeste (3,1%) e menor nos estados do Centro-Leste (1,2%), em SP (1,3%) e na região Centro-Oeste (1,3%). A referência ao abortamento provocado foi mais frequente entre entrevistadas da área urbana. Também as entrevistadas casadas ou que viviam junto com o parceiro, bem como as mulheres que referiam não ter escolaridade declararam mais frequentemente eventos provocados e espontâneos. O relato de abortamento provocado, entretanto, foi maior entre mulheres que consideravam como ideal ter apenas um filho (3,2%)³⁷.

Estima-se que, no Brasil, ocorram anualmente cerca de um milhão de abortamentos⁵⁶. Estudos^{57,58} utilizando o número de internações por abortamento, registrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, estimaram a ocorrência de 1.054.242 abortamentos induzidos no Brasil no ano de 2005. Sendo que três em cada quatro internações por abortamento provocado ocorreram nas regiões Nordeste e Sudeste. Nesse mesmo ano, a taxa de abortamento provocado anual foi de 2,07 a cada 100 mulheres entre 15-49 anos de idade. O Nordeste foi a região de maior risco para abortamento provocado, com uma taxa média de 2,73, já o Sul teve a menor taxa: 1,28 para cada 100 mulheres.

Aspectos morais, sociais e a legislação restritiva e punitiva do Código Penal brasileiro, referente ao abortamento, dificultam a coleta de informações sobre o tema, impedindo a precisa identificação da magnitude do abortamento e de sua prática no país^{59,60}. A maior parte das mulheres sente-se constrangida e teme declarar a indução do abortamento nos serviços de saúde, o que resulta no elevado índice de subnotificações⁵⁹.

Estudo¹⁷ financiado pelo Ministério da Saúde e realizado pela Universidade de Brasília (UnB) e pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) sistematizou 20 anos de publicações sobre o tema do abortamento no Brasil com mulheres que buscaram o serviço público de saúde para hospitalizações. Foram mantidas para análise as pesquisas com base empírica. Por meio desse estudo, os pesquisadores traçaram o perfil das mulheres que se submeteram ao abortamento, nesse período, indicando a maior ocorrência em mulheres na faixa dos 20-29 anos (51 a 82%), católicas (44,9% a 91,6%), unidas maritalmente (70%) e com pelo menos um filho (70,8 a 90,5%). Houve, portanto, o predomínio de mulheres jovens, trabalhadoras, católicas e usuárias de métodos contraceptivos. O uso do medicamento misoprostol foi a técnica mais utilizada para a interrupção da gravidez.

Em 2010, buscando identificar dados sobre o abortamento no Brasil, foi realizada a Pesquisa Nacional de Abortamento (PNA)⁸ que abrangeu as regiões urbanas do país. Com um levantamento por amostragem aleatória estratificada de domicílios, a pesquisa combinou duas técnicas de sondagem: a técnica de urna e questionários preenchidos por entrevistadores. As técnicas foram combinadas sequencialmente. Foram entrevistadas 2.002 mulheres alfabetizadas, com idades entre 18 e 39 anos e residentes nas áreas urbanas brasileiras. As estimativas encontradas pelo estudo referem-se a abortamentos realizados em qualquer período da vida das entrevistadas e não apenas aos ocorridos em 2010. Foi evidenciado que, até o ano de 2010, no Brasil urbano, 15% das mulheres entrevistadas já haviam realizado pelo menos um abortamento ao longo da vida, tendo a proporção aumentado de acordo com a idade (6% para faixa etária de 18-19 anos e 22%, para a de 35-39 anos); 60% das mulheres o realizaram entre 18-29 anos, estando a maior incidência na faixa dos 20-24 anos (24%). O maior número de abortamentos

ocorreram em mulheres com menor escolaridade e o método mais utilizado para a indução foi o medicamentoso (48% das mulheres), corroborando os dados encontrados pelo estudo realizado pela Unb-UERJ¹⁷. Por não contemplar as áreas rurais do País e nem as mulheres sem alfabetização, o estudo supôs que os índices de abortamento são mais amplos do que os evidenciados aqui. A PNA concluiu que o abortamento é prática comum no Brasil urbano e que, ao atingir 40 anos, mais de uma em cada cinco mulheres já terão realizado pelo menos um abortamento⁸.

No Brasil, as taxas de abortamento variam regionalmente, sendo maiores nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e menores na região Sul^{47,61}. De acordo com o Ipas/Brasil^{II,61}, os riscos de abortamentos por Unidades da Federação brasileira possuem uma desigualdade marcante. Os estados das regiões Sudeste (menos Rio de Janeiro), Sul e Centro-Oeste (menos o Distrito Federal) apresentam taxas inferiores a 20,4 abortamentos por cada 1000 mulheres entre 10-49 anos de idade. Já, os Estados do Norte (exceto Rondônia) e Nordeste (excluindo RN e Paraíba) têm taxas superiores a 21,1 para cada 1000 mulheres (incluindo Rio de Janeiro), chegando a mais de 40 abortamentos por 1000 mulheres de 10-49 anos nos estados do Acre e Amapá.

Em 2000, a taxa de internações no Nordeste que tiveram como causa o abortamento (espontâneo e provocado) foi de 5,60 por 1000 mulheres, sendo 4,06 no RN. Em relação à mortalidade materna, dados do comitê estadual para redução da mortalidade materna, revelam que é de cerca de 130 óbitos por 100 mil habitantes, sendo 13% resultantes de práticas de abortamento inseguro⁶².

Em 2005, a média de abortamentos na região Nordeste foi de 2,73 casos para cada 100 mulheres entre 15-49 anos de idade. No RN, dados da Maternidade Escola Januário Cicco estimam que ocorram entre 8 a 10 abortamentos por dia, chegando a 200, por mês, em mulheres na faixa dos 18-30 anos de idade, sendo a maior parte constituída por abortamentos espontâneos^{62,63}. De acordo com Rebouças⁶³, o baixo número de abortamentos provocados no RN quando comparado às altas taxas do

^{II} Organização nacional de saúde e direitos reprodutivos para as mulheres. Atualmente Organização Não Governamental independente denominada Ações Afirmativas em Direitos e Saúde | Ipas Brasil (AADS | Ipas Brasil).

Nordeste, pode estar vinculado à falta de leitos hospitalares e não necessariamente ao menor número de abortamentos na região. Além disso, a omissão e o número de pessoas que não buscam atendimento médico são elevados.

Já em SP, estudos realizados, em 1995, utilizando como base as 53.861 internações por abortamento registradas pelo SUS, encontraram uma média estadual de uma internação por abortamento para cada dez internações para parto. As internações por abortamento dividiram-se em: 57,4% espontâneos; 20,6%, retidos; 19,3%, não especificados; 1,1% dos casos, em gravidez do tipo mola ou ectópica; e apenas 1,7% foi classificado como “abortamento sem indicação legal” - o abortamento realizado ou iniciado clandestinamente⁶⁴.

Pesquisa⁶⁵ realizada, em 2005, com 375 mulheres residentes em periferia de São Paulo-SP, identificou que, da amostra estudada, 93 mulheres (24,%) sofreram ou provocaram abortamento. Dos 144 abortamentos referidos, 82 foram declarados como provocados (56,9%), referentes a 51 mulheres, correspondendo a 13,6% da amostra total e 54,8% das mulheres que sofreram abortamento, seja ele espontâneo ou provocado.

3.2.3 COMPLICAÇÕES E MORTALIDADE PÓS-ABORTAMENTO

O abortamento inseguro é uma prática extremamente arriscada e prejudicial à vida e à saúde feminina. A morte materna, compreendida como uma tragédia no que se refere à equidade e justiça social, também é considerada como risco recorrente e representa a ponta de um *iceberg*, quando se considera a morbidade materna e os sofrimentos crônicos dela advindos. Esse tipo de morte atinge mulheres em momentos primordiais de suas vidas, tanto do ponto de vista produtivo quanto reprodutivo, gerando impactos sociais e familiares.

De acordo com a OMS, uma em cada oito mortes relacionadas à gravidez entre mulheres são causadas por práticas de abortamento inseguro, o que representaria cerca de 47 mil mortes por ano (13%)^{55,66}. Não obstante, quando não causam óbito, as práticas inseguras são responsáveis por complicações pós-

abortamento que podem levar a consequências, a curto ou longo prazo, que vão desde anemia e infecções até a infertilidade secundária. Aproximadamente oito milhões de mulheres anualmente são afetadas por tais complicações, mas apenas cinco milhões acabam hospitalizadas, sendo hemorragia e sepse as complicações mais frequentes^{40,66}.

O fato de estar violando a lei, o receio de ser descoberta, de ser julgada moralmente faz com que, muitas mulheres, optem pelo sigilo como proteção, deixando de procurar os serviços de saúde mesmo diante de intercorrências⁵⁴. Portanto, as restrições ao abortamento não evitam sua efetivação. O que difere são as formas pelas quais as mulheres irão se submeter para concretizá-lo.

“Leis restritivas têm menor impacto em impedir mulheres de interromper a gestação indesejada do que em forçar aquelas que estão determinadas a fazê-la, a buscar meios clandestinos”.

(Cohen⁴⁰, p.3)

O efeito do estigma do abortamento associado às suas restrições, reflete-se nos índices de internação por complicações pós-abortamento e na elevada taxa de mortalidade feminina. Embora 40% das mulheres que têm uma experiência de abortamento clandestino necessitem de tratamento, em consequência de complicações, o sistema de saúde de muitos países em desenvolvimento acabam não tendo condições adequadas para prestarem os cuidados necessários. Nos países desenvolvidos onde a prática do abortamento é legal, as mulheres têm acesso a serviços de saúde qualificados, o que reduz a mortalidade que varia de 0,2 a 1,2 mortes para cada 1000 abortamentos. Na África do Sul, por exemplo, seis anos após a liberalização do abortamento (em 2002), as mortes em consequência de práticas inseguras caíram em pelo menos 50%, assim como as complicações pós-abortamento⁴⁰.

Em contrapartida, países onde o abortamento tem extensas restrições ou é completamente proibido, o índice de mortalidade eleva-se drasticamente, tendo por vezes 330 mortes para cada 1.000 abortamentos⁶¹. A fraca infraestrutura é reforçada

pela escassez de materiais e pela falta de profissionais treinados e aptos a cuidarem dessas mulheres sem fazerem uso de implicações e julgamentos pessoais. Mas, questões referentes à prestação dos serviços de saúde também podem ser evidenciadas em alguns países onde o abortamento é legalizado, pois os elevados custos do serviço privado acabam dificultando o acesso e contribuindo para a prática insegura, mesmo sem as restrições legislativas do país.

Dados do Ministério da Saúde apontam que o SUS realiza cerca de 240 internações anuais para tratamentos de complicações decorrentes do abortamento inseguro, gerando gastos anuais da ordem de 45 milhões de reais⁶⁷.

Em termos de mortalidade, o abortamento no Brasil oscila entre a terceira e a quarta causa. Entre 2000 e 2007, foram registrados, no DATASUS, 1.121 óbitos de mulheres entre 10 e 69 anos que tiveram como causa o abortamento, sendo 77% na faixa entre 20 e 39 anos. O abortamento representa 10 a 15% dos óbitos maternos brasileiros e cerca de 25% das esterilidades por causa tubária^{37,68}, estando intimamente relacionado às desigualdades sociais brasileiras⁶⁹.

Em Recife (Brasil), estudo que avaliou 1039 declarações de óbito de mulheres, com idades entre 10 e 49 anos, ocorridos entre os anos de 1992 e 1993, identificou que o abortamento provocado foi a terceira causa de morte materna por questões obstétricas, atingindo cerca de 11,9%, estando atrás apenas da hipertensão (23,8%) e dos processos de infecção (19%). No entanto, se considera que as infecções também podem ser resultados de processos abortivos, o índice encontrado pode ser ainda maior⁷⁰. Em Salvador (Brasil), em período semelhante (1990-1994), o abortamento foi a primeira causa de morte materna³⁴.

Um estudo exploratório-descritivo realizado em Santa Catarina (Brasil) buscou identificar o perfil das mulheres que tiveram a morte associada ao abortamento, entre os anos de 1996 e 2005, por meio de dados coletados no Sistema de Informações sobre Mortalidade e Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos, do Ministério da Saúde, evidenciando 31 mortes maternas, sendo que 51,6% ocorreram em mulheres casadas⁷¹. Outro estudo realizado no Paraná (Brasil), com o mesmo objetivo, entre 2003 e 2005, por meio de dados do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, em 17 casos, identificou que 88% dos óbitos

poderiam ter sido evitados. As principais causas das mortes foram o abortamento seguido de infecção (59%), sendo mais atingidas as mulheres jovens, casadas e com baixo status econômico e reprodutivo⁷².

Apesar dessas taxas, observou-se que nos últimos treze anos os abortamentos clandestinos no País tiveram redução estimada em 28%. Em 2005, o abortamento provocado foi praticado por cerca de 1,054 milhões de mulheres em contraste com 1,455 milhões em 1992. Para cada 100 nascimentos ocorridos em 1992, 43 abortamentos eram realizados. Em 2005, esse valor foi para 29 abortamentos a cada 100^{17,73}.

Síntese de dados levantados em estudos de meados dos anos 1990 e 2000 atesta a redução da morbimortalidade por abortamento induzido no Brasil. Várias pesquisas correlacionam tal redução ao uso do misoprostol em substituição aos métodos perfurantes ou cáusticos e a busca por pessoas leigas e despreparadas¹⁷. Um dos consensos nesses estudos é que o uso desse medicamento, em domicílio, e o acesso à assistência hospitalar imediata para curetagem por abortamento incompleto, reduziram a gravidade das sequelas. Também aponta que mais da metade das mulheres que declaram ter feito um abortamento, fizeram-no usando o misoprostol. Em algumas pesquisas, essa proporção sobe para 85%. A maior prevalência está no Nordeste e Sudeste¹⁷.

A descoberta da efetividade do misoprostol para a interrupção da gestação, evidenciada na década de 80, também contribuiu para a redução das taxas de mortalidade e morbidade decorrentes do abortamento e, conseqüentemente, para o maior encobrimento dos índices de indução⁷⁴. Considerado mais “seguro” e de certa forma menos “invasivo” pelas mulheres, passou a ser utilizado amplamente como métodos de abortamento clandestino, principalmente em países com leis restritivas. Buscando evitar ou reduzir sua utilização, em muitos países da América Latina, inclusive no Brasil, sua comercialização sofreu inúmeras interrupções e proibições⁷⁴. Dessa maneira, uma das principais preocupações relacionadas ao abortamento provocado diz respeito à morbidade, mortalidade e às complicações decorrentes da prática clandestina.

O predomínio do uso de misoprostol aparece nos últimos 15 anos, atestando que ele modificou o cenário do abortamento induzido no País. Porém, ainda é amplo e traz importantes consequências para a saúde da população feminina e para a própria economia brasileira, sendo de grande relevância a formulação e a implementação de políticas públicas que contemplem a complexidade das questões reprodutivas e principalmente do abortamento, independente de sua modalidade^{47,75}.

3.3 CULTURA, PERDA E ASPECTOS EMOCIONAIS DO ABORTAMENTO

A mulher aproxima-se da possibilidade de ser mãe antes que a gestação seja interrompida pelo abortamento, ainda que este seja escolha sua¹⁰. A interrupção, portanto, só é possível a partir da iminência da maternidade. Assim, compreender os aspectos emocionais do abortamento exige o resgate histórico e subjetivo do significado daquela gravidez para a mulher e/ou casal, bem como do momento de vida no qual ela aconteceu e se encerrou.

A organização biológica e psíquica do sujeito é perpassada por crises vitais que são responsáveis pelo desenvolvimento humano. Estas se caracterizam por momentos em que um conflito específico se faz presente e precisa ser resolvido. São períodos em que o equilíbrio emocional é afetado por instabilidade temporária que emerge devido às adaptações, reajustamentos intrapsíquicos e as alterações nas questões interpessoais e nos papéis a serem desempenhados socialmente⁷⁶. Algumas dessas mudanças requerem períodos maiores e abrangem todos os sujeitos (infância, adolescência, fase adulta e velhice). Outras são específicas de cada gênero. A organização psíquica feminina, por exemplo, vai se constituindo, ao longo do seu desenvolvimento, por meio da identificação da menina com a figura materna. Tal relação atrelada a conflitos conscientes e inconscientes irá predispor ou não, a mulher ao desejo de ser mãe. A maturação feminina, portanto, ocorre gradualmente pelos processos fisiológicos e subjetivos que correspondem à infância, à puberdade, à

gestação (ciclo gravídico-puerperal) e à menopausa, incluindo aos processos emocionais vivenciados nessas fases.

Momento de transição na vida da mulher, a gravidez pode ser vivenciada de diferentes maneiras. Para algumas, é um estado altamente desejado, repleto de planos e expectativas. Para outras, no entanto (ou até para as mesmas, mas em outro momento da vida), pode ser sentida como algo extremamente árduo e invasivo, trazendo conflitos e, muitas vezes, desorganizando planos e projetos futuros.

Entender a gestação como um fenômeno almejado e como um período de plenitude feminina, torna-se, portanto, um equívoco, pois se atrelarmos o mito da maternidade (como possibilidade de realização feminina) às condições reais de vida da mulher (relação com o pai da criança, momento profissional, aspectos econômicos, expectativas físicas e emocionais implícitas no ideal de boa mãe) é cabível que haja dúvidas sobre os ganhos e perdas, afinal, ela implica em profundas mudanças, seja devido às responsabilidades a serem assumidas com o novo papel ou mesmo às alterações biológicas que dela decorrem¹⁶.

Esse momento caracteriza-se como um período de regressão emocional, em que a mulher resgata sua história e depara-se com conflitos de identificação em relação às figuras femininas, em especial, a materna. Envolve desde sentimentos prazerosos em relação à vida e ao bebê, como sentimentos de angústia, medo, insegurança e dúvidas^{13,16}. E é neste momento de extremos sentimentos que, na maior parte das vezes, se dá a ocorrência do abortamento, seja ele espontâneo ou provocado.

A relação estabelecida com a gestação e com o feto é absolutamente pessoal, e assume diferentes formas e significados, de acordo com o imaginário de cada mulher. Entregue a pensamentos e sentimentos contraditórios, a mulher enfrenta uma situação de perda complexa em ambos os tipos de abortamento: seja pelo filho com o qual sonhou e por quem fez planos antes mesmo de ele existir; ou pela difícil situação de ter que decidir se quer ou não este filho que está por vir, colocando em questão outras perdas: a perda da maternidade, da profissão, dos projetos pessoais, entre outras⁷⁷. Mesmo nos casos em que o abortamento é provocado, há mulheres que imaginam e idealizam o filho, mas por diferentes motivos e justificativas, ainda

assim, optam por interromper a gestação, não sendo, portanto, uma atitude fria e sem sentimentos ou dúvidas, como por muitos é socialmente caracterizada.

Toda perda envolve um luto. Entendido como uma reação normal é esperado sempre que um vínculo é rompido, pois toda relação é investida por diferentes sentimentos que carregam consigo o medo e a insegurança da finitude. O luto tem como função proporcionar a reconstrução de recursos que viabilizem o processo de adaptação diante da perda e seu processo é influenciado pela estrutura psíquica do sujeito, histórico pessoal e familiar, perdas anteriores, crenças, cultura, religião e suporte existente. O luto aparece em diversas condutas e sentimentos (choro, desânimo, agitação) devendo ser expresso e reconhecido, pois sua repressão dificulta a elaboração, manifestando-se por meio de sintomas como falta de motivação ou mesmo depressão⁶⁸. Sua intensidade e o tempo de elaboração dependem da relação estabelecida com aquilo que foi perdido.

Quando se refere à perda de um filho, o luto implica processos adaptativos no âmbito individual, familiar, conjugal e social, podendo ser marcado por culpa e revolta. Nos casos de abortamento, ele torna-se ainda mais complexo na medida em que o nascimento não ocorreu e também não houve uma morte convencional, sendo a relação com o filho que está sendo gestado contemplada por aspectos diferentes da relação com um filho nascido¹⁶.

Desejada ou não a gravidez, a perda do filho, seja pela ocorrência ou prática do abortamento, coloca a mulher diante de questões subjetivas e cobranças sociais que desencadeiam momentos de conflitos, constituindo-se como uma experiência delicada e complexa do ponto de vista emocional daquela que a vivencia³⁴, sendo relevante compreender os aspectos envolvidos em cada um dos abortamentos para que se possa prestar assistência direcionada e qualificada diante das questões presentes, auxiliando no processo e na elaboração do luto.

Os aspectos emocionais decorrentes da perda fetal encontram-se intrinsecamente relacionados aos aspectos culturais e a construção do feminino vinculado à maternidade. Esse capítulo apresenta as reações emocionais decorrentes do abortamento, associadas às expectativas culturais apresentadas.

3.3.1 ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

O abortamento espontâneo é uma interrupção tão brusca quanto o parto, produzindo na mulher uma perda tanto física quanto emocional ao retirar inesperadamente todas as expectativas depositadas na gestação (boas ou más), no filho e na própria maternidade³⁴. É uma experiência única e singular que ocorre dentro de um período de crise normativa do ciclo de desenvolvimento feminino, que é o período gravídico-puerperal. Ampla e complexa, envolve além dos aspectos físicos e genéticos, expectativas, desejos, crenças e fantasias em relação à maternidade e ao papel feminino⁷⁸.

Embora a imprevisibilidade do abortamento espontâneo lhe permita atribuir um caráter acidental, ele é considerado um fenômeno disruptivo na medida em que ocorre dentro de um período do ciclo vital em que a mulher encontra-se extremamente vulnerável²⁹. Enquanto algumas mulheres se mostram aliviadas com a situação ameaçadora que vivenciavam diante da notícia da gravidez e do processo de abortamento, outras se apresentam com um profundo sentimento de perda do filho esperado, demonstrando tristeza, preocupação e, muitas vezes, o desejo imediato de uma nova gestação³⁴.

O rompimento abrupto do ciclo gravídico-puerperal por abortamento repentino desencadeia um processo de luto pela perda do filho idealizado e do filho real, o que ocasiona um período de crise emocional de difícil elaboração. A mulher que em algum momento desejou a gestação, vê muito dos seus sonhos e esperanças desaparecerem. Misturam-se sentimentos de culpa, raiva e desespero. No entanto, até as mulheres que tendem a ver o abortamento como um alívio, são tocadas por sentimentos ambivalentes quanto ao fenômeno ocorrido, principalmente quando há sua recorrência.

A ausência do filho real coloca a mulher diante de sua vulnerabilidade, despertando medos e incertezas quanto a sua capacidade de gerar uma vida. Além dos sentimentos de solidão e culpa associados ao insucesso da gestação, fantasias de uma interioridade estragada e ruim podem ser despertadas^{34,78}. Afinal, ainda hoje a

experiência feminina é transpassada por crenças antigas sobre o abortamento, vinculado a punições e maldições. Não obstante, a mulher que não consegue manter uma gestação e efetivamente gerar seu filho se vê diante de um lugar incompleto, onde não consegue obter o “status social” da maternidade⁷⁹.

Reações depressivas e de luto são frequentemente observadas diante da perda. Não ter filhos implica não realizar o potencial feminino, desviando-se da norma social e cultural para então instaurar-se diferença entre as “mulheres” e as “mulheres-mães”⁷⁸.

O peso social e cultural da maternidade e do abortamento espontâneo contribui para a intensificação das reações emocionais. Além disso, essas variam de acordo com o contexto gestacional e as particularidades da personalidade da gestante que os vivencia.

Estudos^{29,30} evidenciaram algumas das reações emocionais e dos sentimentos vivenciados pelas mulheres frente à impossibilidade da maternidade, quando esta lhe é imposta e não decorre de uma escolha consciente ou mesmo circunstancial. Observaram que, mesmo diante das repetições do abortamento, as lembranças do evento são nítidas e detalhadas, o que denota o forte impacto emocional. Apesar de ser um fenômeno “natural” dentro da gestação, apenas 11% das mulheres assim o consideraram ou aliviaram-se pela sua ocorrência devido às circunstâncias complicadas em que a gestação prosseguia. As demais consideraram o abortamento a perda efetiva de um filho e não de uma gestação ou mesmo de um feto. O significado da perda e as reações variaram de acordo com as características pessoais e do investimento depositado na gestação. Gestações idealizadas e planejadas tiveram sentimentos mais intensos descritos, especialmente em casos de abortamento de repetição.

A crença de que a dor é proporcional ao tempo de gestação faz com que, muitas vezes, as reações emocionais desencadeadas pelo processo do abortamento espontâneo sejam desconsideradas, no entanto, a interrupção repentina é um evento para o qual as mulheres não estão preparadas⁷⁹. De acordo com estudo²⁹, ter filhos não ameniza o sentimento de perda e de luto, rompendo com a idéia de que a prole anterior amenizaria os sentimentos decorrentes do abortamento.

No entanto, não é apenas a perda da gravidez ou do filho que é vivenciada e temida, a mulher frequentemente teme pela sua saúde e pela própria vida. O desconhecimento quanto aos procedimentos médicos envolvidos, a internação, o profissionalismo da equipe de saúde, associados a experiência do sofrimento e da perda, tornam o abortamento espontâneo um fenômeno traumático que deixa marcas e cicatrizes emocionais^{29,79}.

Estudo realizado em um hospital público de São Paulo-SP¹¹ evidenciou a presença de sentimentos de culpa em mulheres que sofreram abortamento espontâneo. Tais sentimentos estariam vinculados à dificuldade de corresponder às expectativas sociais da maternidade e as próprias exigências internas. Da mesma forma, pesquisa realizada em uma maternidade pública nordestina buscou compreender a vivência da mulher em situação de abortamento espontâneo. Esta evidenciou a presença de sentimentos de tristeza, desejo de ter o filho vivo, preocupações, medo, alívio, culpa, além de relatos sobre a falta de apoio emocional³⁴.

A imprevisibilidade do fenômeno e a ausência da concretude do bebê limitam a assimilação e o processo de elaboração do luto. Este é dificultado pela autocrítica e desesperança em relação a gravidezes futuras e por sentimentos de inadequação que costumam se fazer presentes quando o abortamento não consegue ser justificado clinicamente, ou quando a mulher acredita ter feito algo que possa o ter ocasionado.

Considerando as diversidades de sentimentos e as cobranças pessoais e culturais, autores como Boyce et al.⁸⁰, mencionam que os riscos de transtornos psicológicos pós abortamento têm aumentado, entre eles, o transtorno obsessivo compulsivo, transtorno do estresse pós-traumático e a depressão. Nesse momento, o suporte emocional e social torna-se fundamental. O apoio familiar, em especial do cônjuge auxilia no ajustamento emocional, estando sua ausência associada a manifestações depressivas e ansiosas^{81,82}.

3.3.2 ABORTAMENTO PROVOCADO

Diferente do abortamento espontâneo, no qual a mulher é tomada por um fenômeno inesperado, o provocado advém de uma decisão e de uma ação. Embora ambos tenham implicações psicológicas, subjetivamente fatalidade e escolha têm pesos diferenciados, o que permite compreender algumas diferenças, mesmo que sutis, nos aspectos emocionais de quem sofreu o abortamento espontâneo e de quem optou pelo abortamento provocado.

Apesar de o abortamento provocado ser visto, muitas vezes, como uma decisão fria e egoísta⁸³, relatos evidenciam que, do momento da gravidez até a decisão, a mulher enfrenta conflitos entre crenças e valores pessoais, além das questões morais implícitas na sociedade^{15,68}.

Ao decidir abortar, toda a expectativa reprodutiva que a sociedade deposita nessa mulher é negada e ela passa a ser vista como insensível e até mesmo como criminosa pelas diversas questões bioéticas envolvidas no estatuto do embrião o que torna o percurso ainda mais difícil por implicar julgamentos e críticas⁶.

Embora caracterizado por muitos como uma forma de “solucionar facilmente um problema”, sabe-se que a mulher que o pratica, frequentemente, o faz em situação desesperadora de medo e insegurança. A decisão, na grande maioria das vezes, envolve dúvidas e angústias, por mais indesejada que tenha sido a gestação e por mais livre que a mulher se sinta em relação aos padrões morais e religiosos. Além das consequências físicas, o abortamento costuma provocar crises de arrependimento, sentimentos de remorso, oscilações de humor, choro imotivado, medos, pesadelos e sentimentos de culpa que podem estar vinculados tanto à questão religiosa, social quanto às expectativas pessoais e subjetivas^{84,85}.

A mulher que aborta assiste à execução do próprio filho, portanto, o abortamento viola algo profundo na natureza feminina sendo contrario à realidade biológica e à ordem natural dos processos, induzindo a uma sensação de culpa⁸⁵. No entanto, existem pensadores que acreditam que a culpa seja algo “colocado” na mulher socialmente. Já as integrantes do movimento de Mulheres Vitimadas pelo

Abortamento mencionam que ela resulta da experiência abortiva não sendo infundida por outras pessoas.

Estudo¹⁵ realizado na unidade obstétrica de um hospital público, em João Pessoa (Brasil), buscou identificar os significados que as mulheres que induziram o abortamento atribuíram à sua conduta e o impacto desta experiência no autoconceito. Os relatos evidenciaram sentimentos de culpa, arrependimento, remorso, medo e solidão. A preocupação com a gravidez foi emergindo à medida que o tempo de atraso menstrual foi aumentando, iniciando-se, então, a análise sobre as possíveis consequências que a gestação indesejada poderia trazer à vida pessoal e interpessoal. Sentimentos desconfortáveis devido à sensação de ter transgredindo normas sociais e ensinamentos morais fizeram com que muitas negassem inicialmente a realidade da gravidez. Da confirmação da gestação até o momento da decisão do abortamento, foram relatados sentimentos de ansiedade e medo, além da insegurança quanto à reação dos parceiros em relação à gestação, sendo que algumas optaram por omitirem a notícia, decidindo sozinhas pelo abortamento. Após a sua prática, enfrentaram ansiedade, medo e desespero devido aos riscos de vida, ao castigo de não poder ter mais filhos e principalmente do julgamento moral e consequente falta de assistência e maus-tratos que poderiam receber das pessoas que iriam lhe atender¹⁵. Sentimentos de culpa pela prática realizada se fizeram presentes estando vinculados ao significado social do ser mulher. No entanto, os pesquisadores observaram antes mesmo do abortamento, por terem engravidado em circunstâncias contrárias ao que era socialmente aceito.

Embora escassos no Brasil e com metodologias deficitárias, a maior parte dos estudos realizados nos últimos 20 anos identificou que o abortamento por si só não constitui um indutor de distúrbios psicológicos graves na mulher que o pratica, pois muitas apresentam sentimentos de alívio, após o abortamento por não ter que enfrentar os estigmas sociais e descréditos diante de uma gestação indesejada e por vezes inoportuna¹³. O que denota que as respostas pós-abortamento dependem das múltiplas vivências do sujeito bem como dos motivos que o levaram a tal atitude.

No estudo de Pinto e Tocci⁸⁵, embora algumas mulheres tenham desenvolvido reações emocionais negativas (remorso, arrependimento e sensação de

perda) a decisão pelo abortamento foi baseada em reflexões acerca da moralidade prescrita, da falta de condições ideais de cuidado e das consequências psicossociais da maternidade.

Pesquisa¹¹ realizada em um hospital público de São Paulo-SP, também identificou, nas mulheres que provocaram o abortamento, o conflito entre as questões culturais enraizadas e as exigências atuais. Identificando que questões culturais e emocionais colocam-se tão importantes quanto às questões financeiras.

Tanto Pedrosa e Garcia¹⁵ como Benute et al.¹¹ evidenciaram relacionamentos frágeis, instáveis e a preocupação da mulher diante da reação masculina, sendo muitas vezes a realização do abortamento embasada na insegurança do relacionamento e no sentimento de abandono e descaso por parte do parceiro. Estudo realizado por Nader et al.⁸⁶ também encontrou somada a questão financeira, a falta de apoio do pai do conceito e a relação conjugal instável como justificativas à prática do abortamento.

De acordo com Pinto⁸⁷, ao se referirem às reações dos homens diante de uma gravidez indesejada, as falas femininas já “emolduram” um comportamento de rejeição e abandono, o que, por vezes, as fazem recuar diante do compartilhamento da notícia e da responsabilidade da gestação descoberta. Assim, a percepção que a mulher tem sobre a reação e a conduta do parceiro pode predizer a forma com ela enfrentará a gestação e a própria questão do abortamento.

A implicação masculina no abortamento depende do tipo e da qualidade estabelecida com a mulher. Quando a gestação é resultado de um relacionamento ocasional ou recente, a participação do parceiro frente ao abortamento é praticamente nula. Ou seja, quanto maior o equilíbrio da relação entre o casal e quanto mais duradoura for a relação, maior será a possibilidade do homem se perceber como protagonista, auxiliando assim na decisão pelo abortamento⁸⁸.

No entanto, ainda são poucos os estudos que contemplam e buscam compreender como os homens vivenciam essa experiência e como as mulheres percebem sua participação. Uma pesquisa⁸⁸ buscou compreender a perspectiva masculina acerca do abortamento provocado e verificou que quando confrontados

com uma situação concreta, os homens foram muito mais favoráveis à sua realização do que quando questionados de forma genérica. Apresentaram uma opinião favorável em casos respaldados socialmente (como risco de vida materno e estupro) e em casos da mulher não ter condições emocionais para levar a gestação adiante, ou não desejar a gestação.

As questões reprodutivas e parentais assumem lugares diferenciados no imaginário masculino e feminino, estando para o homem mais relacionado ao campo social e a esfera pública. Ter filhos significa portanto, assumir a responsabilidade familiar, o que os torna respeitáveis socialmente e legitima seu papel de provedor. Assim, compreender o que a indução do abortamento representa para os homens é de extrema relevância podendo auxiliar no entendimento das condutas realizadas por eles diante da iminência do mesmo. O abortamento para o homem pode tanto representar a liberdade por um vínculo não almejado que seria estabelecido pela paternidade como a perda de um projeto familiar, gerando-lhe frustração ou ressentimento quando a gestação se torna desejável e a mulher opta pelo abortamento ou quando é “obrigado” a assumir uma responsabilidade que não quer⁸⁸.

Entender estes aspectos e significados permite compreender algumas posturas assumidas pelos homens e, conseqüentemente, pelas mulheres, diante da notícia inesperada de uma gestação e frente à possibilidade do abortamento, sendo fundamental maiores estudos nesse campo.

3.3.3 ABORTAMENTO E DEPRESSÃO

Considerado um transtorno multifatorial, a depressão é um dos distúrbios mais frequentes na prática clínica. Diversas variáveis podem desencadear ou mesmo manter a sintomatologia da depressão, que tem como fatores de risco, aspectos biológicos, comportamentais, sociais e familiares⁸⁹.

Devido à complexidade e à universalidade, e por atingir todas as classes sociais, a depressão tem sido alvo de estudo de diferentes disciplinas científicas que em busca de prevenir, diagnosticar e tratar, apresentam definições complementares.

Na psicologia, mais precisamente, na linha psicanalítica, o diagnóstico não é definido apenas pela conduta do paciente, mas também pela posição subjetiva assumida pelo indivíduo diante de seus conflitos e sintomas. Considera-se não apenas o que é dito pelo sujeito, mas também o que é evidenciado pelo não dito, pelas posições que assume, diante dos fenômenos, e das representações atribuídas a eles. Assim, a depressão pode ser entendida como a representação do corpo de um estado angustiado e dolorido pela perda do objeto de satisfação, evidenciando sensação de desamparo⁹⁰.

Fédida⁹¹ afirma que a depressão representa um estado variável, sendo um recurso que emerge frente às ameaças à vida psíquica, como as ocasionadas pelo abortamento.

A psiquiatria define a depressão como um distúrbio de humor (afetivo) que compromete o sujeito em termos físicos e emocionais, alterando além do humor, o pensamento e a forma como a pessoa percebe o mundo e se inter-relaciona com ele. Acarreta inibição global do indivíduo, afetando a parte psíquica e importantes funções cognitivas como pensamento, memória, raciocínio e atenção⁹². Entre os distúrbios psiquiátricos, é um dos mais comuns, atingindo cerca de 25% dos adultos. Atualmente é considerado um problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de incapacidade e de suicídios^{12,93}.

Visando estabelecer um sistema de classificação para as doenças mentais, a “*American Psychological Association*” (APA) tem publicado, desde 1952, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) estando em sua IV edição revisada (DSM-IV-TR). A OMS propõe outro Manual com a mesma atribuição “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde” (CID-10). Nesses manuais, o diagnóstico da depressão está sistematizado como um transtorno de humor, não havendo discordâncias maiores entre eles, exceto quanto às categorias classificatórias.

As classificações alavancaram o desenvolvimento das pesquisas, na área da saúde mental, com especial atenção para o diagnóstico e a comunicação entre profissionais de diferentes especialidades na área da saúde – psiquiatras,

psicoterapeutas e psicólogos – estabelecendo parceria entre a psiquiatria clínica e as psicoterapias, propiciando grande melhoria da qualidade de vida oferecida aos pacientes⁹⁴.

O instrumento utilizado neste estudo, o “*Primary Care Evaluation of Mental Disorders Screening Questionnaire for Depressive Symptoms*” (Prime-MD), foi elaborado segundo os critérios diagnósticos do DSM, que é a principal referência dos profissionais da área da saúde mental.

Na classificação estabelecida pelo DSM-IV-TR⁹⁵, os Transtornos de Humor estão divididos em três partes. A primeira corresponde aos Episódios de Humor, que não podem ser diagnosticados de formas distintas e servem para a construção e a identificação dos transtornos. A segunda parte descreve os Transtornos de Humor (Transtorno Depressivo; Transtorno Bipolar; Transtorno de Humor devido a uma Condição Médica Específica; Transtorno de Humor Induzido por Substância; Transtorno de Humor Sem Outra Especificação) e a última parte menciona os especificadores, ou seja, o status clínico do episódio de humor atual (Remissão, Gravidade, Psicótico) ou mesmo características do episódio atual ou do mais recente (crônico com características atípicas, com início no pós-parto, com características catatônicas ou com características melancólicas) e o curso de episódios recorrentes (longitudinal, sazonal, rápido).

Os Transtornos Depressivos podem ser classificados de três formas: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação⁹⁵.

O Episódio Depressivo Maior caracteriza-se pelo humor deprimido e pela perda de interesse e/ou prazer em quase todas as atividades, durante a maior parte do dia, praticamente todos os dias. Esses sintomas devem estar presentes por, no mínimo, duas semanas e serem acompanhados de sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou de outras áreas importantes da vida. Além desses critérios, o sujeito deve contemplar pelo menos quatro sintomas adicionais que incluem: alterações no sono, apetite/peso e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de culpa ou desvalia; alteração da

concentração, pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio⁹⁵.

No quadro a seguir, encontram-se descritos os critérios utilizados pelo DSM-IV-TR para o diagnóstico do Episódio Depressivo Maior.

Quadro 1 - Critérios para a classificação do Episódio Depressivo Maio

A	<p>No mínimo cinco (ou mais) dos seguintes sintomas devem estar presentes durante o mesmo período de 2 semanas, representando uma alteração a partir do funcionamento anterior. Pelo menos um dos sintomas deve ser:</p> <p>(1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.</p> <p>Nota: Não incluir sintomas devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.</p> <p>(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).</p> <p>Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.</p> <p>(2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros).</p> <p>(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.</p> <p>Nota: Em crianças, considerar a incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperado.</p> <p>(4) insônia ou hipersonia, quase todos os dias.</p> <p>(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não).</p> <p>(6) fadiga ou perda de energia, quase todos os dias.</p> <p>(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).</p> <p>(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).</p> <p>(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.</p>
B	Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto.
C	Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
D	Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex. hipotireoidismo).
E	Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

FONTE: DSM-IV-TR⁹⁵.

Os sintomas referentes a um Episódio Depressivo Maior geralmente se desenvolvem ao longo de dias ou semanas. Mas sintomas depressivos leves e ansiosos podem se fazer presentes durante algumas semanas ou meses antes do início completo do episódio depressivo maior. A duração é variável, no entanto, cerca de 5% a 10% dos sujeitos, após dois anos, permanecem com os sintomas, sendo definida então sua cronicidade. O número de episódios depressivos anteriores prediz a probabilidade de recorrência. Aproximadamente 50% a 60% dos indivíduos apresentam um segundo episódio⁹⁵.

Por tratar da depressão sem associação com outra característica patológica, este estudo respaldou-se na identificação do Episódio Depressivo Maior. A Depressão Maior caracteriza-se pela ocorrência de um ou mais Episódios Depressivos Maiores.

Nos últimos anos, o índice de depressão tem ampliado, atingindo, segundo a OMS, cerca de 240 milhões de pessoas, sendo responsável por aproximadamente 80 mil suicídios por ano. No Brasil, estima-se que 10% da população seja afetada pela depressão⁹⁶. Sabe-se, no entanto, que tais valores são estimativos, uma vez que é um transtorno de difícil diagnóstico por apresentar sintomas físicos aliados aos emocionais, podendo ser confundido com outras patologias, nem sempre diagnosticado corretamente ou muitas vezes identificado tardiamente.

Quanto ao risco ao longo da vida, a depressão (episódio único ou recorrente) é duas vezes mais frequente no gênero feminino (10% a 25%) do que no masculino (5 a 12%). Atingindo, de forma mais elevada, adultos na faixa dos 25 aos 44 anos, sendo menores para homens e mulheres com mais de 65 anos. Quanto a sua prevalência em adultos, amostras comunitárias evidenciaram que a depressão varia de 5 a 9% para as mulheres e 2 a 3% para os homens. Em crianças, não foram identificadas diferenças quanto à prevalência do gênero⁹⁵.

Entre as diversas variáveis que propiciam o aparecimento da depressão, na mulher, estão dois fenômenos tipicamente femininos: a maternidade e o abortamento.

3.3.4 GESTAÇÃO, ABORTAMENTO E DEPRESSÃO

A gestação representa uma fase do ciclo de vida da mulher que implica diversas mudanças, principalmente, na sociedade moderna em que a mulher, assim como o homem, está inserida no mercado de trabalho, envolta com desejos profissionais e sociais diversos. As alterações propiciadas pela gestação despertam diversos sentimentos e muitas vezes momentos de estresse e tensão. Toda a rotina sofre alterações, bem como o corpo, o emocional e as relações interpessoais. Portanto, nem sempre a gestação é marcada por alegrias e realizações.

A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, sendo o período reprodutivo o de maior risco. Estima-se que a depressão, durante a gestação, seja de 7,4% no primeiro trimestre, 12,8% no segundo trimestre e 12%, no terceiro, grande indicativo, quando não tratado, de depressão no puerpério, tal índice é duplicado quando as gestações ocorrem em adolescentes⁹⁷.

A complexidade da gestação associada à multifatorialidade da depressão dificulta seu estudo, durante o período gestacional, pela dificuldade de se diferenciar a sintomatologia da gestação da sintomatologia depressiva, uma vez que, em muitos momentos elas se assemelham^{89,98}.

Revisão bibliográfica⁸² compreendendo o período de 1997 e 2007, identificou prevalência de depressão gestacional oscilando entre 5% a 30% nos países desenvolvidos, sendo frequentes as taxas entre 10% e 15%. O mesmo estudo identificou taxa de depressão gestacional em torno dos 20%, nos países em desenvolvimento, entre eles, o Brasil. Os fatores de risco evidenciados foram além de antecedentes psiquiátricos, o uso de substâncias, falta de suporte social, vida solitária, abortamentos anteriores, eventos de vida estressantes, conflitos conjugais e atitudes negativas em relação à gestação. Esses foram semelhantes tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento⁹⁹. Cabe ressaltar, no entanto, que a maior parte dos estudos identificados na pesquisa utilizou instrumentos que avaliavam apenas a sintomatologia depressiva e não forneciam o diagnóstico da depressão, além de serem estudos de prevalência e não de incidência. Índices

menores são encontrados quando são utilizadas entrevistas padronizadas, seguindo os critérios mais rígidos do CID-10 ou DSM-IV-TR, em comparação com estudos que utilizaram escalas ou inventários de sintomatologia, uma vez que a prevalência de sintomatologia depressiva é maior do que a prevalência do transtorno⁸².

Estudo¹⁰⁰ realizado em São Paulo-SP utilizou o instrumento IDS-C^{III} (considera a intensidade dos sintomas depressivos) e o Prime-MD (proporciona o diagnóstico da depressão com base nos critérios do DSM) com intuito de avaliar a depressão em gestantes hipertensas internadas em um hospital público. Os autores encontraram resultados concordantes com a literatura quanto à prevalência de depressão em 10% das gestantes hipertensas e confirmaram a semelhança entre os dois instrumentos quanto aos resultados apresentados, ressaltando a importância dos mesmos e de uma avaliação cuidadosa quanto à depressão na gestação.

Buscando identificar fatores de risco para a depressão entre mulheres grávidas com desordens médicas e a sua influência nos resultados perinatais, Benute et al.⁹⁸ entrevistaram 326 mulheres e, embora não tenham encontrado diferenças significativas quanto à depressão e os resultados perinatais, identificaram correlação positiva entre a depressão e a gravidez não planejada em mulheres com desordens médicas.

As alterações da vida que exigem reajustamentos, por vezes, são desencadeadores de estresse, o qual se associa a sintomas depressivos e à ansiedade durante a gestação. Da mesma forma, pode-se pensar no abortamento espontâneo ou provocado. O abortamento é um evento dentro do ciclo feminino que foge aos padrões socialmente esperados. Na gestação planejada e desejada, o abortamento espontâneo pode ser visto como um fenômeno que rompe com os investimentos da mulher e do casal. Quando ele é provocado, desperta angústias, receios e questionamentos, até a efetiva decisão e o momento de realização, colocando a mulher diante de questões subjetivas e ambivalentes.

Ativistas contra o abortamento afirmam que a sua prática, além de ser errada, é prejudicial à mulher, tanto do ponto de vista físico quanto emocional, sendo

^{III} Inventário de sintomatologia depressiva.

responsável pela instabilidade mental, podendo levar ao suicídio. No entanto, não há evidências científicas e nem práticas de que o abortamento seja mais prejudicial à saúde feminina do que o fato de levar adiante uma gestação muitas vezes indesejada ou ter que deixar o filho para adoção¹⁰¹.

Revisões realizadas pela APA determinaram que o abortamento legal de uma gravidez indesejada não representaria um risco para a maioria das mulheres. Em 2006, por meio da publicação do “*Abortion in Women’s Lives*”¹⁰² a APA referiu que as mulheres que interrompem uma gestação desejada ou carecem de apoio do parceiro ou dos pais tendem a desenvolver sentimentos de perda e ansiedade. Porém, para a maioria das mulheres, esses sentimentos são mais intensos antes do abortamento. Depois dele, elas frequentemente relatam sentimentos de alívio e felicidade.

Um estudo longitudinal¹⁰³ de 30 anos concluiu que o abortamento está associado a um pequeno aumento no risco de transtornos mentais. No entanto, os autores consideram a variabilidade de suas consequências, ou seja, para algumas mulheres, a exposição ao abortamento pode realmente ser evento estressante e traumático, para outras, pode ser neutro ou mesmo benéfico emocionalmente, como nos casos de gestações indesejadas.

Major et al.¹⁰⁴ referem a importância de se considerar a particularidade de cada mulher diante do abortamento. Uma revisão sistemática de estudos sobre efeitos do abortamento na saúde mental indicou que as pesquisas com maiores rigores metodológicos não sustentam a hipótese de que o abortamento levaria a problemas emocionais a longo prazo. Referem que sentimentos como culpa, remorso, depressão ocorrem na minoria das mulheres¹⁰⁵.

Em estudo realizado na Nova Zelândia, o abortamento foi relatado por 15% das mulheres que engravidaram pelo menos uma vez antes dos 25 anos, e as que praticaram o abortamento apresentaram elevadas taxas de depressão, ansiedade, pensamentos suicidas e uso de drogas¹⁰⁶. Da mesma forma, uma pesquisa realizada na Noruega com 768 mulheres, entre 15 e 27 anos, identificou maior predisposição à depressão nas que referiram pelo menos um abortamento, quando comparadas à população geral¹⁰⁷. Estudo realizado por Fergusson et al.¹⁰³ com 500 mulheres

buscou identificar as influências da gestação na saúde mental. Evidenciou que mulheres com história de abortamento tiveram taxas de transtornos mentais 30% maiores em comparação com as demais participantes.

Segundo Cohen¹⁰¹, os estudos sobre o abortamento e a saúde mental carecem de metodologia adequada, não sendo capazes de evidenciar relações causais. Uma pesquisa realizada no Reino Unido pelo “*Royal Colleges of Obstetricians and Gynaecologists*” e pela “*Gynaecologists and of General Practitioners*” acompanhou 13 mil mulheres na Inglaterra e no País de Gales por um período de 11 anos (o estudo se encerrou em 1990), separando-as em dois grupos: mulheres que tiveram uma gestação indesejada e provocaram o abortamento e mulheres que seguiram com a gestação indesejada. Os autores concluíram que as mulheres que abortaram não apresentaram um risco maior para problemas mentais quando comparadas as que continuaram a gestação.

Pode-se observar, a partir desses estudos, que não há consenso nos resultados encontrados. É possível que a metodologia utilizada, a cultura vigente e a legislação dos países contribuam para essas diferenças.

4 MÉTODOS

O presente estudo, prospectivo, transversal, descritivo, é um desdobramento do projeto multicêntrico “Culpa, Ansiedade e Depressão na Vivência do Abortamento Provocado” realizado no Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em parceria com o Departamento de Morfologia do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

O termo de consentimento livre e esclarecido (anexo A e B) e o protocolo de pesquisa (anexo C e D) foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições participantes (anexos E; F; G e H).

Na Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP, esse estudo foi aprovado sob o número 0801/10 (anexo F).

4.1 COLETA DE DADOS E LOCAL

A coleta de dados foi probabilística por conveniência, realizada nos seguintes hospitais do Serviço Público de Saúde (SUS):

- ✓ Hospital Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN – Natal-RN
- ✓ Hospital das Clínicas da FMUSP – São Paulo-SP
- ✓ Hospital Estadual de Sapopemba (HESAP) – São Paulo-SP^{IV}
- ✓ Hospital Municipal Dr. Moysés Deustch – M’Boi Mirim – São Paulo-SP

A escolha dos hospitais e o perfil das pacientes foram compreendidos por meio do princípio da equidade, utilizando-se os seguintes critérios: ser hospital de referência, na capital, na realização de atendimento pelo SUS para pacientes que

^{IV} O HESAP foi administrado pelo HCFMUP e pela Fundação Faculdade de Medicina até 31 de dezembro de 2008. O período de coleta nesta instituição se deu durante esta administração, estando a mesma contemplada pelo mesmo termo de aprovação do Comitê de Ética do HCFMUSP.

procuram o pronto atendimento em caráter de urgência e/ou por encaminhamento de outros hospitais.

4.2 TREINAMENTO DOS PESQUISADORES

Participaram da coleta de dados três psicólogas devidamente treinadas para aplicação dos instrumentos. O treinamento foi realizado na cidade de Natal-RN, na Faculdade de Medicina da UFRN, por uma psicóloga de São Paulo-SP, que devido ao financiamento da pesquisa pelo CNPq, deslocou-se duas vezes até a referida cidade para efetivação do mesmo. A mesma psicóloga também o realizou na cidade de São Paulo-SP, no HCFMUSP. No primeiro encontro, foram realizados treinos com os instrumentos para aplicação e avaliação. No segundo encontro, foi realizado o treino de coleta de dados e foram sanadas eventuais dúvidas e confirmado o modo de aplicação. O tempo total do treinamento foi de 4 horas em cada capital.

4.3 POPULAÇÃO ALVO

Foram convidadas a participar deste estudo as mulheres que receberam o diagnóstico de abortamento e que foram internadas no Hospital Maternidade Escola Januário Cicco da UFRN, em Natal-RN, e nos Hospitais HCFMUSP, HESAP e M'Boi Mirim, na cidade de São Paulo-SP, no período compreendido entre julho de 2008 e maio de 2010.

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas no estudo as mulheres que deram entrada nos hospitais participantes da pesquisa e que tiveram:

- ✓ Diagnóstico de abortamento (até 22ª semana de gestação);
- ✓ Que realizaram o procedimento de curetagem e ficaram internadas por no mínimo 24 horas na enfermaria;
- ✓ Consentiram em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre-esclarecido.

4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas do estudo:

- ✓ Adolescentes que não estavam com o acompanhante legal;
- ✓ Mulheres que não compreenderam as perguntas realizadas pela pesquisadora.

4.3.3 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi constituída por:

- ✓ 285 mulheres que sofreram abortamento espontâneo, sendo 139 atendidas em Natal-RN e 146 em São Paulo-SP;
- ✓ 31 mulheres que referiram ter provocado o abortamento, sendo 11 atendidas em Natal-RN e 20 em São Paulo-SP.

4.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os instrumentos utilizados para atingir os objetivos propostos foram:

- ✓ Entrevista semidirigida, com protocolo previamente elaborado, para coleta de dados (anexo C);
- ✓ Prime-MD, para avaliar transtorno de humor (anexo D).

Com o intuito de compreender melhor o evento vivenciado pelas mulheres entrevistadas, optou-se por utilizar como instrumento inicial, a entrevista semidirigida, composta por questões fechadas e abertas. As questões fechadas abordaram aspectos sociodemográficos, enquanto as questões abertas contemplaram aspectos como: os sentimentos frente à descoberta da gestação e a percepção da mulher quanto às reações e condutas do parceiro.

Elaborado previamente, este instrumento possibilitou que a mulher falasse livremente sobre o tema da investigação, respondendo a questões amplas, incluindo aspectos sociais, econômicos, religiosos, familiares e emocionais, permitindo assim, maiores subsídios para a análise dos dados. A identificação quanto ao abortamento ter sido espontâneo ou provocado foi baseada no autorrelato da mulher. As perguntas foram elaboradas de forma que orientassem o assunto para uma ou outra direção, possibilitando uma análise tanto qualitativa como quantitativa dos dados obtidos.

Em seguida, foi aplicado o Prime-MD, que permite o reconhecimento rápido e acurado dos diagnósticos de transtornos mentais¹⁰⁸. Este instrumento é composto por cinco 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 (todos os módulos) ou parcial (escolhendo o módulo de particular interesse). Para este estudo utilizou-se o Guia de Avaliação Clínica (anexo D), módulo destinado a avaliar os transtornos de humor. O Prime-MD foi traduzido para o português por Fráguas Junior e Henriques Junior, retraduzido para o inglês e sua revisão foi realizada pelo autor do Prime-MD, Dr. Spitzer. O instrumento demonstrou boa acurácia (sensibilidade e especificidade)

para os grupos diagnósticos quando aplicado por profissionais da saúde em serviços de atenção primária¹⁰⁹.

Devido a sua utilidade e facilidade de aplicação, o Prime-MD é considerado um instrumento adequado para avaliar a relevância dos transtornos psiquiátricos em pacientes ambulatoriais, sendo portanto, indicado para avaliar transtornos mentais no período gestacional¹¹⁰.

4.5 PROCEDIMENTOS

As mulheres que cumpriram os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo no dia seguinte a realização da curetagem. As entrevistas foram realizadas por três psicólogas treinadas para a aplicação dos instrumentos, sendo uma no Hospital Maternidade Escola Januário Cicco em Natal-RN, uma no HCFMUSP e uma pesquisadora nos Hospitais HESAP e M'Boi Mirim, ambos em São Paulo-SP, no período compreendido entre julho de 2008 a maio de 2010.

Ao abordar a paciente, a pesquisadora lhe informava que estava sendo desenvolvida uma pesquisa com mulheres diagnosticadas com abortamento, seja espontâneo ou provocado, com o intuito de conhecer melhor os aspectos deste fenômeno, buscando através desta compreensão auxiliar de forma mais íntegra mulheres que futuramente viessem a ser atendidas e que estivessem passando pela mesma situação.

Após a explicação do estudo, era realizada a leitura do termo de consentimento livre-esclarecido, que mencionava os objetivos da pesquisa e ressaltava a não obrigatoriedade na participação da mesma, sua independência com relação ao atendimento médico e a possibilidade de desistir em qualquer momento da entrevista. Após a leitura, a pesquisadora verificava se havia alguma dúvida e a paciente confirmava ou não o seu consentimento na participação do estudo. O termo de consentimento livre-esclarecido era então assinado pela mesma e pela

pesquisadora, e dava-se início a aplicação do protocolo. As respostas da paciente eram anotadas na íntegra, pela pesquisadora, no próprio protocolo, buscando manter a fidedignidade do relato.

Embora as abordagens fossem realizadas no leito, ao consentir a participação no estudo, a paciente sempre que possível, era direcionada para um ambiente reservado – que garantisse sua privacidade - onde era realizada a entrevista.

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

A participação na entrevista foi considerada de risco mínimo, podendo ter como consequências reações emocionais mais intensas, sendo então, oferecido suporte, proporcionando o restabelecimento do equilíbrio emocional. As mulheres que consentiram em participar do estudo após serem esclarecidas sobre o mesmo, conforme previsto no projeto principal, tiveram a confidencialidade dos dados garantida e assegurada à possibilidade de seguirem os atendimentos psicológicos (caso desejassem) nos respectivos serviços dos hospitais participantes (não sendo tais atendimentos parte deste estudo).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados deste estudo foram submetidos a uma análise tanto qualitativa como quantitativa. Primeiramente, utilizou-se a Técnica de Análise Temática ou de Conteúdo, que tem como objetivo descrever, interpretar e compreender os dados. Bardin¹¹¹ definiu essa técnica como:

um conjunto de técnicas de análise da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que

permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção destas mensagens.

(Bardin¹¹¹, p.42).

A técnica foi utilizada para interpretar a comunicação de forma objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das entrevistas, não tendo sido o foco descrever os conteúdos, mas sim verificar o que eles poderiam revelar após o tratamento dos dados, ou seja, codificá-los, transformando os dados brutos do texto em categorias por meio de uma análise transversal.

As respostas fornecidas foram, portanto, recortadas ao redor de cada tema-eixo ou unidade de significação de interesse desta pesquisa. Os núcleos de sentido que compõem a comunicação de cada paciente foram encontrados e, então, realizados os recortes, categorizando os conteúdos.

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

Os dados quantitativos, quer seja os obtidos por meio da Análise Temática ou, com os demais instrumentos aplicados, foram analisados de acordo com a capital (Natal-RN e São Paulo-SP).

Aspectos sociodemográficos, as percepções das mulheres acerca das reações e condutas do parceiro no processo do abortamento e o diagnóstico de depressão foram analisados com o intuito de verificar as diferenças significativas entre as mulheres que sofreram abortamento espontâneo e aquelas que o provocaram.

Posteriormente, buscou-se identificar em cada grupo de abortamento (espontâneo e provocado) se os aspectos sociodemográficos e as percepções das mulheres acerca das reações e condutas do parceiro no processo do abortamento, estariam associados, de forma significativa, ao diagnóstico de depressão.

Os dados foram então analisados por meio do programa *IBM SPSS Statistics Standard Edition* (versão 19). As variáveis foram examinadas calculando-se medianas e desvios-padrão.

Os dados categóricos e quantitativos foram avaliados pelo teste de associação Qui-Quadrado de Pearson (*Chi-Square de Pearson*) ou teste exato de Fisher (*Fisher's Exact Test*) quando a amostra foi insuficiente para a aplicação do teste Qui-Quadrado.

Quando necessário, houve partição ou redução das matrizes de contingência para proporções com casela reduzidas tipo 2 x2 ou 2 x3 para maior confiabilidade na determinação causalidade do evento analisado.

Foi considerado para todo o estudo, risco alfa menor ou igual a 5% de cometer erro tipo I ou de 1ª espécie e, risco Beta menor ou igual a 20% de cometer erro tipo II ou de 2º espécie.

5 RESULTADOS

Este capítulo contemplará os resultados encontrados neste estudo. Os dados foram apresentados em tabelas e separados de acordo com a capital e o tipo de abortamento (espontâneo ou provocado).

Inicialmente, foram delineadas as características sociodemográficas da amostra pesquisada e aspectos da vivência diante da gestação e do abortamento, associando-se as variáveis entre os grupos de abortamento (espontâneo e provocado) em cada capital.

Posteriormente, foram elucidados os resultados obtidos em cada grupo de abortamento referentes à associação do diagnóstico de depressão com os aspectos sociodemográficos e as percepções das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro no processo do abortamento.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Na análise das idades das mulheres entrevistadas, em Natal-RN, encontrou-se a mediana de 25 anos (DP=6,9) no grupo do abortamento espontâneo e de 26 (DP=6,0) no grupo do abortamento provocado. Em São Paulo-SP, a mediana foi de 27,5 anos (DP=7,5) no grupo do abortamento espontâneo e de 26,5 (DP=6,6) no grupo do abortamento provocado. A relação entre os grupos de abortamento e a idade não apresentou significância estatística em nenhuma das capitais (Natal-RN: $p=0,76$ e São Paulo-SP: $p=0,60$).

Quanto ao tempo de estudo, em Natal-RN, o grupo do abortamento espontâneo apresentou a mediana de 10 anos (DP=3,3) e o grupo do abortamento provocado, de 11 (DP=3,6). Em São Paulo-SP, a mediana quanto aos anos de estudo foi de 11 anos (DP=3,1) e 10 (DP=3,1) respectivamente. A relação entre os grupos

de abortamento e os anos de estudo também não apresentou significância estatística nas capitais Natal-RN ($p=0,25$) e São Paulo-SP ($p=0,30$).

5.1.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, na relação entre os grupos de abortamento espontâneo e provocado com os aspectos sociodemográficos, em Natal-RN, as variáveis que apresentaram diferenças estatísticas significativas foram: atividade remunerada/estudantil ($p=0,03$); renda ($p<0,01$); estado civil ($p<0,01$); número de gestações ($p<0,01$); abortamento espontâneo anterior ($p<0,01$) e residir com parceiro ($p<0,01$) ou familiar ($p<0,01$). Em São Paulo-SP, as variáveis que apresentaram significância estatística foram: estado civil ($p<0,01$); número de gestações ($p=0,04$); abortamento espontâneo anterior ($p<0,01$); abortamento provocado anterior ($p=0,01$) e residir com amigos ($p<0,01$).

Tabela 1 - Distribuição dos dados de acordo com os aspectos sociodemográficos das mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)

	Natal-RN		p	São Paulo-SP		p
	Espontâneo	Provocado		Espontâneo	Provocado	
	(n=139)	(n=11)		(n=146)	(n=20)	
Atividade remunerada/estudantil						
Trabalha	69(49,6)	10(90,9)	0,03	110(75,3)	14(70,0)	0,52
Não trabalha	54(38,8)	01(9,1)		25(17,1)	03(15,0)	
Estuda	16(11,5)	00(0,0)		11(7,5)	03(15,0)	
Renda						
Tem renda	69(49,6)	10(90,9)	<0,01	110(75,3)	14(70,0)	0,61
Não tem renda	70(50,4)	01(9,1)		36(24,7)	06(30,0)	
Estado Civil						
Com parceiro	126(90,6)	05(45,5)	<0,01	128(87,7)	13(65,0)	<0,01
Sem parceiro	13(9,4)	06(54,5)		18(12,3)	07(35,0)	
Tempo de relacionamento (meses)						
Mediana (DP)	48,0(55,0)	26,5(48,5)	0,29	36,0(50,7)	24,0(39,9)	0,29
Min/Max	01-240	05-132		01-192	04-120	
Número de gestações						
Mediana (DP)	03,0(1,3)	02,0(1,0)	<0,01	03,0(1,5)	02,5(1,4)	0,04
Min/Max	02-08	01-04		01-10	01-06	
Número de filhos vivos						
Mediana (DP)	01,0(1,2)	00,0(0,7)	0,07	01,0(1,4)	01,0(1,1)	0,87
Min/Max	00-06	00-02		00-08	00-04	
Abortamento espontâneo anterior						
Sim	138(99,3)	04(36,4)	<0,01	143(97,9)	05(25,0)	<0,01
Abortamento provocado anterior						
Sim	05(3,6)	01(9,1)	0,37	07(4,8)	04(20,0)	0,01
Tempo gestacional do abortamento atual (semanas)						
Mediana (DP)	12,0(4,7)	15,0(5,2)	0,86	11,0(3,6)	12,0(4,7)	0,24
Min/Max	02-22	05-21		04-20	06-20	
Com quem reside						
Parceiro	100(71,9)	02(18,2)	<0,01	95(65,1)	10(50,0)	0,19
Familiar	33(23,7)	07(63,6)	<0,01	37(25,3)	04(20,0)	0,60
Amigos	02(1,4)	00(0,0)	0,69	02(1,4)	04(20,0)	<0,01
Filhos	02(1,4)	01(9,1)	0,08	08(5,5)	02(10,0)	0,43
Sozinha	02(1,4)	01(9,1)	0,08	04(2,7)	00(0,0)	0,45

5.1.2 ASPECTOS RELIGIOSOS

Quanto à crença, em Natal-RN e em São Paulo-SP, a maior parte das mulheres referiu o catolicismo como religião. Em ambas as capitais, a relação entre os grupos de abortamento (espontâneo e provocado) e a religião não apresentou diferença estatística significativa, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos dados de acordo com a religião das mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)

	Natal-RN		p	São Paulo-SP		p
	Espontâneo	Provocado		Espontâneo	Provocado	
	(n=139)	(n=11)		(n=146)	(n=20)	
Religião						
Católica	89(64,0)	06(54,5)		77(52,7)	12(60,0)	
Evangélica	29(20,9)	02(18,2)		47(32,2)	02(10,0)	
Outras religiões	04(2,9)	01(9,1)	0,65	06(4,1)	03(15,0)	0,09
Não tem religião*	17(12,2)	02(18,2)		07(4,8)	02(10,0)	
Não tem crença de fé	00(0,0)	00(0,0)		09(6,2)	01(5,0)	

* Tem crença de fé, porém não segue uma religião específica.

5.1.3 ASPECTOS SUBJETIVOS

Quando associados os sentimentos despertados no momento da confirmação da gestação, encontrou-se significância estatística entre o tipo de abortamento (espontâneo ou provocado) e sentimentos positivos ($p<0,01$) e negativos ($p<0,01$) nas mulheres de Natal-RN e nos sentimentos positivos ($p<0,01$), negativos ($p<0,01$) e não especificados ($p=0,01$) nas mulheres de São Paulo-SP, conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos dados de acordo com os sentimentos despertados no momento da confirmação da gestação em mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)

	Natal-RN			São Paulo-SP		
	Espontâneo	Provocado	p	Espontâneo	Provocado	p
	(n=139)	(n=11)		(n=146)	(n=20)	
Sentimentos despertados no momento da confirmação da gestação						
Positivos	70(50,4)	00(0,0)	<0,01	66(45,2)	02(10,0)	<0,01
Negativos	21(15,1)	10(90,9)	<0,01	28(19,2)	11(55,0)	<0,01
Ambivalentes	21(15,1)	01(9,1)	0,59	21(14,4)	00(0,0)	0,07
Não especificou	09(6,5)	00(0,0)	0,38	20(13,7)	07(35,0)	0,01
Soube da gestação no momento do abortamento	18(12,9)	00(0,0)	0,20	11(7,5)	00(0,0)	0,20

5.2 EXPERIÊNCIA E PERCEPÇÃO DAS MULHERES ACERCA DO ABORTAMENTO E DAS REAÇÕES E CONDUTAS DO PARCEIRO

De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, a associação entre estar sozinha ou acompanhada, no momento da confirmação da gestação, e o tipo de abortamento (espontâneo ou provocado) não apresentou significância estatística em nenhuma das capitais.

Ao serem indagadas quanto à pessoa pela qual estavam sendo acompanhadas, evidenciou-se significância estatística entre os tipos de abortamento (espontâneo ou provocado) em Natal-RN, nas mulheres que referiram estarem acompanhadas pelo parceiro ($p=0,02$), por amigos ($p<0,01$) ou por outras pessoas ($p=0,03$). Em São Paulo-SP, observou-se diferença estatística significativa entre os tipos de abortamento (espontâneo ou provocado) nas mulheres que estavam acompanhadas por amigos ($p<0,01$).

Tabela 4 - Distribuição dos dados de acordo com a companhia no momento da confirmação da gestação em mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)

	Natal-RN		p	São Paulo-SP		p
	Espontâneo	Provocado		Espontâneo	Provocado	
Momento da confirmação da gestação						
	(n= 139)	(n= 11)		(n=146)	(n=20)	
Sozinha	69(49,6)	07(63,6)	0,37	85(58,2)	13(65,0)	0,56
Acompanhada	70(50,4)	04(36,4)		61(41,8)	07(35,0)	
Acompanhada de quem						
	(n= 70)	(n= 04)		(n=61)	(n=07)	
Parceiro	41(58,6)	00(0,0)	0,02	30(49,2)	02(28,6)	0,30
Familiar	20(28,6)	00(0,0)	0,21	20(32,8)	01(14,3)	0,32
Amigos	07(10,0)	03(75,0)	<0,01	07(11,5)	04(57,1)	<0,01
Outros	02(2,8)	01(25,0)	0,03	04(6,5)	00(0,0)	0,48

Quando questionadas sobre a reação do parceiro ao saber da gestação, tanto em Natal-RN quanto em São Paulo-SP, diferenças estatísticas entre os grupos de abortamento (espontâneo e provocado) foram observadas nas mulheres que referiram o desconhecimento do parceiro acerca da gestação ($p=0,02$ e $p=0,04$). Em São Paulo-SP, também foram encontradas significâncias estatísticas nas reações referidas como positivas ($p<0,01$) e negativas ($p=0,04$), conforme dados apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos dados quanto à percepção das mulheres, diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP), sobre a reação do parceiro ao saber da gestação

	Natal-RN		p	São Paulo-SP		p
	Espontâneo	Provocado		Espontâneo	Provocado	
	(n=139)	(n=11)		(n=146)	(n=20)	
Reação do parceiro ao saber da gestação						
Positivas	91(65,5)	05(45,5)	0,18	87(59,6)	05(25,0)	<0,01
Negativas	17(12,2)	02(18,1)	0,57	23(15,8)	07(35,0)	0,04
Ambivalentes	10(7,2)	00(0,0)	0,36	14(9,6)	01(5,0)	0,50
Não especificou	11(7,9)	01(9,1)	0,89	16(10,9)	04(20,0)	0,24
Não soube da gestação	10(7,2)	03(27,3)	0,02	06(4,1)	03(15,0)	0,04

Ao se investigar se alguém não poderia saber da ocorrência do abortamento, diferenças estatísticas significativas foram encontradas na associação com o tipo de abortamento (espontâneo e provocado) tanto em Natal-RN ($p<0,01$), como em São Paulo-SP ($p<0,01$).

Quando relacionadas às pessoas que não poderiam saber do abortamento, em Natal-RN, as variáveis “parceiro” ($p<0,01$) e “familiares” ($p=0,04$) apresentaram significância estatística. Em São Paulo-SP, constatou-se significância estatística apenas na variável “parceiro” ($p=0,02$), conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos dados quanto a(s) pessoa(s) que não poderia(m) saber do abortamento referido por mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)

	Natal-RN		p	São Paulo-SP		p
	Espontâneo	Provocado		Espontâneo	Provocado	
Tem alguém que não pode saber do abortamento?						
	(n=139)	(n=11)		(n=146)	(n=20)	
Sim	13(9,4)	09(81,8)	<0,01	24(16,4)	12(60,0)	<0,01
Não	126(90,6)	02(18,2)		122(83,6)	08(40,0)	
Quem não pode saber do abortamento						
	(n=13)	(n=09)		(n=24)	(n=12)	
Parceiro	00(0,0)	04(44,4)	<0,01	02(8,3)	05(41,7)	0,02
Familiares	10(76,9)	03(33,3)	0,04	17(70,8)	05(41,7)	0,09
Outros	03(23,1)	02(22,2)	0,97	05(20,8)	02(16,7)	0,77

A Tabela 7 contempla os dados referentes à associação entre o tipo de abortamento (espontâneo e provocado) e as pessoas que souberam da ocorrência do abortamento. Diferença estatística foi evidenciada apenas em São Paulo-SP nas mulheres que referiram não terem contado sobre o abortamento ($p=0,03$).

Tabela 7 - Distribuição dos dados de acordo com as pessoas que souberam do abortamento referido pelas mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)

	Natal-RN		p	São Paulo-SP		p
	Espontâneo	Provocado		Espontâneo	Provocado	
	(n=139)	(n=11)		(n=146)	(n=20)	
Quem soube do abortamento						
Parceiro	35(25,2)	02(18,2)	0,60	44(30,1)	10(50,0)	0,75
Familiares	51(36,7)	04(36,4)	0,98	16(11,0)	02(10,0)	0,90
Amigos	03(2,2)	00(0,0)	0,62	09(6,2)	02(10,0)	0,51
Todos	44(31,7)	04(36,4)	0,75	76(52,1)	04(20,0)	0,07
Ninguém	06(4,3)	01(9,1)	0,47	01(0,7)	02(10,0)	0,03

Quando indagadas sobre a reação das pessoas que souberam do abortamento, encontrou-se significância estatística entre os grupos de abortamento (espontâneo e provocado), em Natal-RN, nas respostas que referiram reações de julgamento ($p=0,01$). Em São Paulo-SP, além das reações de julgamento ($p<0,01$), também foi evidenciada significância estatística nas reações de tristeza ($p<0,01$).

Tabela 8 - Distribuição dos dados acerca da reação das pessoas que souberam do abortamento referido pelas mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)

	Natal-RN		p	São Paulo-SP		p
	Espontâneo	Provocado		Espontâneo	Provocado	
	(n=133)	(n=10)		(n=145)	(n=18)	
Reação das pessoas que souberam do abortamento						
Apoio	68(51,1)	05(50,0)	0,94	66(45,5)	07(38,9)	0,59
Julgamento	04(3,0)	02(20,0)	0,01	06(4,1)	06(33,3)	<0,01
Tristeza	41(30,8)	02(20,0)	0,47	46(31,7)	00(0,0)	<0,01
Surpresa/Susto	00(0,0)	00(0,0)	-	10(6,9)	02(11,1)	0,52
Não apoiaram	01(0,8)	00(0,0)	0,78	01(0,7)	01(5,6)	0,07
Não especificou	19(14,3)	01(10,0)	0,70	16(11,0)	02(11,1)	0,99

Ao se investigar a percepção das mulheres acerca da participação do parceiro no processo do abortamento, em Natal-RN, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os grupos de abortamento (espontâneo e provocado). Já, em São Paulo-SP, observou-se significância estatística quanto a não participação do parceiro ($p < 0,01$) no processo do abortamento (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos dados quanto à percepção das mulheres, diagnosticadas com abortamento, frente à participação do parceiro no processo do abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)

	Natal-RN		p	São Paulo-SP		p
	Espontâneo	Provocado		Espontâneo	Provocado	
	(n=139)	(n=11)		(n=146)	(n=20)	
Percepção da mulher acerca da participação do parceiro no processo do abortamento						
Apoiou	87(62,6)	06(54,5)	0,60	89(61,0)	09(45,0)	0,17
Não apoiou	08(5,8)	01(9,1)	0,65	13(8,9)	02(10,0)	0,87
Não participou	25(18,0)	04(36,4)	0,14	27(18,5)	09(45,0)	<0,01
Não especificou	19(13,7)	00(0,0)	0,19	17(11,6)	00(0,0)	0,10

Quando questionadas se alguém poderia ter evitado que o abortamento ocorresse, entre os grupos de abortamento (espontâneo e provocado), diferenças estatísticas significativas foram encontradas em relação ao parceiro, em Natal-RN ($p<0,01$) e em São Paulo-SP ($p=0,03$). Em São Paulo-SP, a variável “outras pessoas” também foi estatisticamente significativa ($p=0,05$), conforme Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos dados quanto à possibilidade de alguém ter evitado que o abortamento ocorresse, referido por mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)

	Natal-RN		p	São Paulo-SP		p
	Espontâneo	Provocado		Espontâneo	Provocado	
Alguém poderia ter evitado que o abortamento ocorresse						
	(n=139)	(n=11)		(n=146)	(n=20)	
Sim	51(36,7)	06(54,5)	0,47	53(36,3)	08(40,0)	0,65
Não	85(61,2)	05(45,5)		85(58,2)	10(50,0)	
Não sabe	03(2,2)	00(0,0)		08(5,5)	02(10,0)	
Quem poderia ter evitado que o abortamento ocorresse						
	(n=51)	(n=06)		(n=53)	(n=08)	
Parceiro	02(3,9)	04(66,7)	<0,01	05(9,4)	03(37,5)	0,03
Deus	02(3,9)	00(0,0)	0,62	05(9,4)	02(25,0)	0,20
Eu	36(70,6)	02(33,3)	0,07	25(47,2)	03(37,5)	0,61
Outros	11(21,6)	00(0,0)	0,20	18(34,0)	00(0,0)	0,05

5.3 DEPRESSÃO

A Tabela 11 retrata os resultados referentes à associação entre o diagnóstico de depressão e o tipo de abortamento em cada capital, não tendo sido encontradas diferenças estatísticas significativas.

Tabela 11 - Distribuição dos dados quanto à associação entre o diagnóstico de depressão e o tipo de abortamento em mulheres diagnosticadas com abortamento em duas capitais brasileiras (Natal-RN e São Paulo-SP)

	Natal-RN		p	São Paulo-SP		p
	Espontâneo	Provocado		Espontâneo	Provocado	
	(n=139)	(n=11)		(n=146)	(n=20)	
Depressão						
Presença	67(48,2)	08(72,7)	0,12	45(30,8)	10(50,0)	0,09
Ausência	72(51,8)	03(27,3)		101(69,2)	10(50,0)	

5.3.1 DEPRESSÃO E ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Em Natal-RN, quando relacionados os aspectos sociodemográficos e o diagnóstico de depressão em cada grupo de abortamento (espontâneo e provocado), observou-se significância estatística quanto a residir com familiar ($p=0,04$) no grupo de mulheres que sofreu abortamento espontâneo e quanto a residir com o parceiro ($p=0,05$) no grupo de mulheres que provocou o abortamento. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatísticas significativas. A Tabela 12 apresenta os resultados.

Tabela 12 - Distribuição dos dados de acordo com a associação entre aspectos sociodemográficos e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e mulheres que provocaram o abortamento em Natal-RN

Natal-RN						
Depressão	Espontâneo		p	Provocado		p
	Presença	Ausência		Presença	Ausência	
	(n=67)	(n=72)		(n=08)	(n=03)	
Atividade remunerada/estudantil						
Trabalha	31(46,3)	38(52,8)	0,45	08(100)	02(66,7)	0,27
Não trabalha	26(38,8)	28(38,9)		00(0,0)	01(33,3)	
Estuda	10(14,9)	06(8,3)		00(0,0)	00(0,0)	
Renda						
Tem renda	31(46,3)	38(52,8)	0,44	08(100)	02(66,7)	0,27
Não tem renda	36(53,7)	34(47,2)		00(0,0)	01(33,3)	
Estado Civil						
Com parceiro	58(86,6)	68(94,4)	0,11	03(37,5)	02(66,7)	0,54
Sem parceiro	09(13,4)	04(5,6)		05(62,5)	01(33,3)	
Abortamento espontâneo anterior						
Sim	67(100)	71(98,6)	0,33	03(37,5)	01(33,3)	1,00
Abortamento provocado anterior						
Sim	02(3,0)	03(4,2)	0,70	01(12,5)	00(0,0)	1,00
Com quem reside						
Parceiro	44(65,7)	56(77,8)	0,11	00(0,0)	02(66,7)	0,05
Familiar	21(31,3)	12(16,7)	0,04	06(75,0)	01(33,3)	0,49
Amigos	01(1,5)	01(1,4)	0,96	00(0,0)	00(0,0)	-
Filhos	01(1,5)	01(1,4)	0,96	01(12,5)	00(0,0)	1,00
Sozinha	00(0,0)	02(2,8)	0,17	01(12,5)	00(0,0)	1,00

Em São Paulo-SP, a associação entre os aspectos sociodemográficos e o diagnóstico de depressão em cada grupo de abortamento (espontâneo e provocado) evidenciou significância estatística apenas no grupo de mulheres que sofreu abortamento espontâneo, quanto ao estado civil ($p=0,01$) e residir com “amigos” ($p=0,03$), conforme Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos dados de acordo com a associação entre aspectos sociodemográficos e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram o abortamento em São Paulo-SP

São Paulo-SP						
Depressão	Espontâneo		p	Provocado		p
	Presença	Ausência		Presença	Ausência	
	(n=45)	(n=101)		(n=10)	(n=10)	
Atividade remunerada/estudantil						
Trabalha	33(73,3)	77(76,2)	0,90	08(80,0)	06(60,0)	0,61
Não trabalha	08(17,8)	17(16,8)		01(10,0)	02(20,0)	
Estuda	04(8,9)	07(6,9)		01(10,0)	02(20,0)	
Renda						
Tem renda	33(73,3)	77(76,2)	0,71	08(80,0)	06(60,0)	0,63
Não tem renda	12(26,7)	24(23,8)		02(20,0)	04(40,0)	
Estado Civil						
Com parceiro	35(77,8)	93(92,1)	0,01	06(60,0)	07(70,0)	1,00
Sem parceiro	10(22,2)	08(7,9)		04(40,0)	03(30,0)	
Ab. espontâneo anterior						
Sim	43(95,6)	100(99,0)	0,17	03(30,0)	01(10,0)	0,30
Ab. provocado anterior						
Sim	03(6,7)	04(4,0)	0,48	02(20,0)	02(20,0)	1,00
Com quem reside						
Parceiro	25(55,6)	70(69,3)	0,11	06(60,0)	04(40,0)	0,66
Familiar	14(31,1)	23(22,8)	0,28	01(10,0)	03(30,0)	0,58
Amigos	02(4,4)	00(0,0)	0,03	02(20,0)	02(20,0)	1,00
Filhos	03(6,7)	05(5,0)	0,67	01(10,0)	01(10,0)	1,00
Sozinha	01(2,2)	03(3,0)	0,80	00(0,0)	00(0,0)	-

5.3.2 DEPRESSÃO E ASPECTOS RELIGIOSOS

As Tabelas 14 e 15 apresentam os dados referentes à associação entre a religião e o diagnóstico de depressão de acordo com o tipo de abortamento (espontâneo ou provocado) em cada capital. Em Natal-RN não foram encontradas significâncias estatísticas (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição dos dados de acordo com a associação entre os aspectos religiosos e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram o abortamento em Natal-RN

Natal-RN						
Depressão	Espontâneo		p	Provocado		p
	Presença	Ausência		Presença	Ausência	
	(n=67)	(n=72)		(n=08)	(n=03)	
Religião						
Católica	45(67,2)	44(61,1)	0,62	04(50,0)	02(66,7)	0,62
Evangélica	12(17,9)	17(23,6)		02(25,0)	00(0,0)	
Outras religiões	01(1,5)	03(4,2)		01(12,5)	00(0,0)	
Não tem religião*	09(13,4)	08(11,1)		01(12,5)	01(33,3)	
Não tem crença de fé	00(0,0)	00(0,0)		00(0,0)	00(0,0)	

* Tem crença de fé, porém não segue uma religião específica.

A associação entre religião e o diagnóstico de depressão em São Paulo-SP também não apresentou diferenças estatísticas significativas nos grupos de abortamento espontâneo e provocado (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição dos dados de acordo com a associação entre os aspectos religiosos e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram o abortamento em São Paulo-SP

São Paulo-SP						
Depressão	Espontâneo		p	Provocado		p
	Presença	Ausência		Presença	Ausência	
	(n=45)	(n=101)		(n=10)	(n=10)	
Religião						
Católica	22(48,9)	55(54,5)	0,67	07(70,0)	05(50,0)	0,08
Evangélica	16(35,6)	31(30,7)		00(0,0)	02(20,0)	
Outras religiões	03(6,7)	03(3,0)		03(30,0)	00(0,0)	
Não tem religião*	01(2,2)	06(5,9)		00(0,0)	02(20,0)	
Não tem crença de fé	03(6,7)	06(5,9)		00(0,0)	01(10,0)	

* Tem crença de fé, porém não segue uma religião específica.

5.3.3 DEPRESSÃO E A PERCEPÇÃO DAS MULHERES QUANTO ÀS REAÇÕES E CONDUTAS DO PARCEIRO NO PROCESSO DO ABORTAMENTO

Em Natal-RN, não foram constatadas significâncias estatísticas nos grupos de abortamento (espontâneo e provocado) quando associados à presença de depressão e o fato da mulher estar ou não acompanhada no momento da confirmação da gestação. No entanto, ao serem relacionadas apenas as mulheres que estavam acompanhadas, a pessoa pela qual estavam acompanhadas e o diagnóstico de depressão, observou-se diferença significativa nas mulheres que sofreram abortamento espontâneo e estavam acompanhadas pelo parceiro ($p=0,03$). No grupo de mulheres que provocou o abortamento, não foram evidenciadas diferenças estatísticas significativas, conforme Tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição dos dados referentes à associação entre a companhia no momento da confirmação da gestação e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram o abortamento em Natal-RN

Natal-RN						
Depressão	Espontâneo		p	Provocado		p
	Presença	Ausência		Presença	Ausência	
Momento da confirmação da gestação						
	(n=67)	(n=72)		(n=08)	(n=03)	
Sozinha	32(47,8)	37(51,4)	0,67	05(62,5)	02(66,7)	1,00
Acompanhada	35(52,2)	35(48,6)		03(37,5)	01(33,3)	
Acompanhada de quem						
	(n=35)	(n=35)		(n=03)	(n=01)	
Parceiro	16(45,7)	25(71,4)	0,03	00(0,0)	00(0,0)	-
Familiar	13(37,1)	07(20,0)	0,11	00(0,0)	00(0,0)	-
Amigo	05(14,3)	02(5,7)	0,23	02(66,7)	01(100)	1,00
Outro	01(2,9)	01(2,9)	1,00	01(33,3)	00(0,0)	1,00

Em São Paulo-SP, não foram evidenciadas significâncias estatísticas nos grupos de abortamento (espontâneo e provocado) quando relacionados à presença de depressão e o fato da mulher estar ou não acompanhada no momento da confirmação da gestação. Na associação entre as mulheres que estavam acompanhadas, a pessoa pela qual estavam acompanhadas e o diagnóstico de depressão também não foram encontradas diferenças estatísticas significativas, conforme demonstrado no Tabela 17.

Tabela 17 - Distribuição dos dados referentes à associação entre a companhia no momento da confirmação da gestação e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram o abortamento em São Paulo-SP

São Paulo-SP						
Depressão	Espontâneo		p	Provocado		p
	Presença	Ausência		Presença	Ausência	
Momento da confirmação da gestação						
	(n=45)	(n=101)		(n=10)	(n=10)	
Sozinha	29(64,4)	56(55,4)	0,30	05(50,0)	08(80,0)	0,35
Acompanhada	16(35,6)	45(44,6)		05(50,0)	02(20,0)	
Acompanhada de quem						
	(n=16)	(n=45)	p	(n=05)	(n=02)	p
Parceiro	08(50,0)	22(48,9)	0,94	02(40,0)	00(0,0)	1,00
Familiar	05(31,3)	15(33,3)	0,88	01(20,0)	00(0,0)	1,00
Amigo	03(18,8)	04(8,9)	0,29	02(40,0)	02(100)	0,43
Outro	00(0,0)	04(8,9)	0,22	00(0,0)	00(0,0)	-

Quanto à percepção da mulher da reação do parceiro ao saber da gestação, no grupo do abortamento espontâneo, em Natal-RN, mulheres que apresentaram depressão referiram reações negativas do parceiro ($p=0,05$). No grupo do abortamento provocado, não houve diferença estatística significativa nas variáveis (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição dos dados quanto à associação entre a percepção da mulher da reação do parceiro ao saber da gestação e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram abortamento em Natal-RN

Natal-RN						
Depressão	Espontâneo		p	Provocado		p
	Presença	Ausência		Presença	Ausência	
	(n=67)	(n=72)		(n=08)	(n=03)	
Reação do parceiro ao saber da gestação						
Positivas	42(62,7)	49(68,1)	0,51	04(50,0)	01(33,3)	1,00
Negativas	12(17,9)	05(6,9)	0,05	01(12,5)	01(33,3)	0,49
Ambivalentes	05(7,5)	05(6,9)	0,91	00(0,0)	00(0,0)	-
Não especificou	03(4,5)	08(11,1)	0,15	01(12,5)	00(0,0)	1,00
Não soube da gestação	05(7,5)	05(6,9)	0,90	02(25,0)	01(33,3)	1,00

Em São Paulo-SP, nas mulheres pertencentes ao grupo do abortamento espontâneo, o desconhecimento do parceiro acerca da gestação, foi estatisticamente significativo ($p=0,04$) em relação à presença de depressão, conforme Tabela 19, não sendo constatadas diferenças estatísticas significativas no grupo do abortamento provocado.

Tabela 19 - Distribuição dos dados quanto a associação entre a percepção da mulher frente à reação do parceiro ao saber da gestação e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram abortamento em São Paulo-SP

São Paulo-SP						
Depressão	Espontâneo		p	Provocado		p
	Presença	Ausência		Presença	Ausência	
	(n=45)	(n=101)		(n=10)	(n=10)	
Reação do parceiro ao saber da gestação						
Positivas	22(48,9)	65(64,4)	0,08	03(30,0)	02(20,0)	1,00
Negativas	07(15,6)	16(15,8)	0,96	04(40,0)	03(30,0)	1,00
Ambivalentes	07(15,6)	07(6,9)	0,10	01(10,0)	00(00,0)	1,00
Não especificou	04(8,9)	12(11,9)	0,59	01(10,0)	03(30,0)	0,58
Não soube da gestação	05(11,1)	01(1,0)	0,04	01(10,0)	02(20,0)	1,00

Em Natal-RN, ao se relacionar o diagnóstico de depressão e a percepção da mulher quanto à participação do parceiro no processo do abortamento, constatou-se significância estatística no grupo de mulheres que sofreu o abortamento espontâneo nas variáveis “apoiou” ($p=0,01$) e “não participou” ($p<0,01$). No grupo de mulheres que provocou o abortamento, a associação não apresentou significância estatística, conforme Tabela 20.

Tabela 20 - Distribuição dos dados quanto à associação entre a percepção da mulher quanto à participação do parceiro no processo do abortamento e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram abortamento em Natal-RN

Natal-RN						
Depressão	Espontâneo		p	Provocado		p
	Presença	Ausência		Presença	Ausência	
	(n=67)	(n= 72)		(n=08)	(n=03)	
Percepção da mulher sobre a participação do parceiro no processo do abortamento						
Apoiou	35(52,2)	52(72,2)	0,01	04(50,0)	02(66,7)	1,00
Não apoiou	04(6,0)	04(5,6)	0,92	01(12,5)	00(0,0)	1,00
Não participou	18(26,9)	07(9,7)	<0,01	03(37,5)	01(33,3)	1,00
Não especificou	10(14,9)	09(12,5)	0,68	00(0,0)	00(0,0)	1,00

Em São Paulo-SP, não foram constatadas diferenças estatísticas significativas em nenhum dos grupos de abortamento (espontâneo e provocado) quando relacionados o diagnóstico de depressão e a percepção das mulheres quanto à participação do parceiro no processo do abortamento.

Tabela 21 - Distribuição dos dados quanto a associação entre a percepção da mulher quanto à participação do parceiro no processo do abortamento e o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo e em mulheres que provocaram abortamento em São Paulo-SP

São Paulo-SP						
Depressão	Espontâneo		p	Provocado		p
	Presença	Ausência		Presença	Ausência	
	(n=45)	(n= 101)		(n=10)	(n=10)	
Percepção da mulher sobre a participação do parceiro no processo do abortamento						
Apoiou	23 (51,1)	66 (65,3)	0,10	04 (40,0)	05 (50,0)	1,00
Não apoiou	06 (13,3)	07 (6,9)	0,21	00 (0,0)	02 (20,0)	0,47
Não participou	12 (26,7)	15 (14,9)	0,09	06 (60,0)	03 (30,0)	0,37
Não especificou	04 (8,9)	13 (12,9)	0,49	00 (0,0)	00 (0,0)	-

6 DISCUSSÃO

“A vida só pode ser compreendida olhando-se para trás, mas
só pode ser vivida olhando-se para frente”

(Soren Kierkegaard).

A realização de pesquisas sobre o abortamento, em diferentes regiões, torna-se relevante, na medida em que possibilita seu melhor dimensionamento, permitindo compreender os fatores que o predispõe bem como as consequências para a saúde feminina.

Considerando as diversidades brasileiras e o princípio da equidade, este estudo buscou analisar o fenômeno do abortamento espontâneo e do provocado em duas capitais distintas do País, Natal-RN e São Paulo-SP. Não se propôs a compreender relações de causa e efeito, ou seja, definir os motivos que levam ao abortamento, mas sim, compreender os aspectos que se relacionam com ele.

Dessa maneira, por questão didática, a discussão encontra-se apresentada em quatro sessões específicas: a primeira, em que se propõe análise dos dados comuns nas duas capitais; a segunda, em que se apresentam os dados específicos de Natal-RN; a terceira, onde são referenciados os dados de São Paulo-SP e, por fim, a quarta sessão, onde são analisados os dados de ambas as capitais associados à depressão.

6.1 NATAL-RN E SÃO PAULO-SP

Os aspectos sociodemográficos, idade e escolaridade não apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos de abortamento espontâneo e provocado. Tanto em Natal-RN como em São Paulo-SP, o abortamento foi evidenciado em mulheres jovens, corroborando estudos que o apontam como um fenômeno que ocorre frequentemente na faixa dos 20 aos 29 anos de idade¹⁷.

Embora esteja no centro da vida reprodutiva¹⁷, portanto, com maiores chances de engravidar, a mulher também se encontra no momento de efetivação de seus projetos profissionais. Em geral, é nesse período da vida que ela passa a ter decisões mais claras e específicas quanto ao trabalho, desejos e planos futuros. Portanto, uma gestação nesse momento pode colocá-la diante do conflito entre efetivar a maternidade ou desenvolver-se profissionalmente. Para muitas mulheres, uma gravidez pode ser uma forma de se posicionar e ser reconhecida socialmente, porém, para outras, pode representar um obstáculo para seus projetos profissionais, intensificando assim, as angústias relacionadas ao abortamento.

Quanto à escolaridade, embora alguns registros apontem que mais da metade das mulheres com experiência de abortamento provocado têm até oito anos de estudo^{8,51,112}, evidenciou-se, nesta amostra, aquelas com nível educacional entre dez e onze anos. De acordo com o Ministério da Saúde¹⁷, houve variação no perfil educacional das mulheres nos últimos anos, com acréscimo no número de anos de estudo e significativa redução na quantidade de mulheres analfabetas, o que denota as mudanças sociais brasileiras e justifica os achados deste trabalho. Outras pesquisas^{11,113} também não evidenciaram diferenças significativas quanto à educação.

Em relação à crença religiosa, independente do grupo de abortamento, os resultados ratificam as estatísticas brasileiras que referem o catolicismo como religião preponderante no País¹¹⁴⁻¹¹⁶. A associação da crença religiosa com o tipo de abortamento (espontâneo ou provocado), em ambas as capitais, denota que dogmas e princípios religiosos podem até permitir uma reflexão maior sobre o abortamento, mas, nos casos provocados, não impedem que ele seja realizado.

Apresentaram significância estatística em ambas as capitais as variáveis sociodemográficas: “estado civil”, “número de gestações” e “abortamento espontâneo anterior”.

Embora algumas pesquisas¹⁷ mencionem o abortamento provocado como uma prática de mulheres com relacionamento conjugal, neste estudo evidenciou-se sua ocorrência, em maior proporção, em mulheres solteiras, corroborando os dados encontrados na literatura científica^{10,112,117,118}. Pode-se pensar que a ausência de

relacionamento conjugal ou mesmo a não legitimação da gestação pelo parceiro seja fator preponderante para a decisão pelo abortamento¹¹⁹.

Retomando o percurso cultural da sociedade brasileira, na época da colonização, tem-se que, com a chegada dos portugueses e da Igreja Católica, houve um processo de disseminação dos ideais europeus com o incentivo ao matrimônio e a reprodução dentro dele. O casamento passou a ser visto como segurança e os filhos dessa união uma forma de diferenciar as “boas” das “más” mulheres. Apesar do transcorrer dos anos, observa-se que tais princípios encontram-se enraizados na cultura brasileira, sendo o relacionamento conjugal ainda visto com uma forma de segurança, seja emocional, financeira ou social.

Quanto ao número médio de gestações e a vivência de abortamento espontâneo anterior, os achados vão de encontro a outros estudos^{10,120}. De acordo com a literatura³², o risco de que uma gestação termine em perda, aumenta de forma gradativa, na medida em que há repetição do abortamento.

As constantes perdas espontâneas despertam sentimentos de tristeza, incapacidade e desvalia, reforçados pela crença de que uma mulher que não é capaz de gerar filhos perfeitos foge aos padrões culturais e ao ideal feminino¹⁶. A recorrência do abortamento e a cobrança social podem levar a mulher a diversas tentativas de engravidar para responder a essa demanda. Assim, em muitos momentos, essas tentativas vão além do desejo de ser mãe, tornando-se apenas necessidade de provar socialmente e subjetivamente sua capacidade enquanto mulher.

Quando analisados os aspectos vinculados à gestação e ao abortamento, em ambas as capitais, a relação entre os grupos de abortamento espontâneo e provocado apresentou significância estatística nas variáveis que corresponderam a “sentimentos despertados na confirmação da gestação”, a “companhia no momento da confirmação da gestação”, a “reação do parceiro diante da notícia da gestação”, se teria “alguém que não poderia saber do abortamento”, a “reação das pessoas que souberam do abortamento” e quanto à possibilidade de “alguém ter evitado que o abortamento ocorresse”.

Os sentimentos despertados na confirmação da gestação podem remeter ao desejo ou não da gravidez. Sentimentos positivos e negativos são aspectos intrínsecos à maternidade¹⁰, pois o desejo relacionado à capacidade de doação, de cuidado e amor altera-se em diversos momentos com os medos e as responsabilidades exigidos pelo papel de mãe. Assim, nas mulheres que desejaram a gravidez sobressaem os aspectos positivos, que as colocam diante de novos projetos, remetendo a identificações positivas e à construção da sua própria família. Já para as mulheres que não imaginaram, mais do que isso, não desejaram ter filho naquele determinado momento, predominam os sentimentos negativos que são extremamente penosos, podendo a gestação ser sentida como uma invasão ao seu corpo e ao seu espaço, colocando a mulher diante de conflitos intensos e identificações negativas¹³. Tais sentimentos, e consequentemente o destino da gestação, são influenciados, portanto, pelas circunstâncias em que a gravidez ocorre e pelo momento de vida em que a mulher se encontra.

Estudo¹²¹ aponta que mulheres que conversaram somente com amigos sobre a gravidez e a possibilidade do abortamento efetivaram a interrupção da gestação mais do que as que contataram outras pessoas. A hipótese dos autores é que, enquanto os amigos tendem a apoiar outros projetos de vida, a família, mais próxima, tende a valorizar a maternidade e influenciar para a manutenção da gestação.

Ao se constatar que, no momento da confirmação da gravidez, a companhia de amigos foi significativa, pode-se pensar que, contando com a cumplicidade de um amigo, torna-se mais fácil a opção por interromper a gestação. Já um familiar poderia dificultar tal decisão, dada a importância cultural da gravidez e a legislação vigente no País.

Considerada socialmente como a base da educação do ser humano, a família tem como responsabilidade o ensinamento de valores, princípios, normas e condutas a seus membros. Dessa maneira, ao abortar, a mulher não transgredie apenas as normas legais e morais de seu País, mas também princípios e expectativas familiares quanto ao cumprimento do seu papel de mãe, garantindo a continuidade das tradições com as novas gerações. Assim, laços familiares somados às projeções e desejos depositados em seus membros fazem com que, ao desviar dos seus padrões, o olhar

punitivo e, por vezes, acusatório se faça mais presente e constante do que o olhar de um amigo, cujas expectativas diferem daquelas da família, tendendo a opinião pautada na alteridade diante daquele momento de vida e não a padrões estabelecidos dentro dos sistemas familiares.

Embora ocorra a procura por amigos diante da descoberta da gestação, a decisão da mulher sobre o futuro da gravidez varia conforme as reações do parceiro ou mesmo de como ela imagina que ele reagiria¹²¹⁻¹²³. O desconhecimento do parceiro acerca da gestação associou-se ao abortamento provocado. Esse dado pode indicar tanto a sua falta de implicação, como predizer a escolha da mulher em não incluí-lo neste momento. A pressuposição do comportamento de rejeição e abandono dos homens diante da gravidez não planejada ou não desejada, faz com que muitas mulheres optem por não comunicá-la, assumindo elas mesmas as responsabilidades e as decisões^{88,122}.

Tal distanciamento da figura masculina é reforçado pelo fortalecimento da figura feminina na modernidade, levando a mulher a assumir responsabilidades até então destinadas ao homem, excluindo-o de muitas decisões. A partir do momento em que “ser mãe” tornou-se apenas mais um evento na vida feminina, em meio a trabalho e aspirações pessoais, a mulher passou a ter não só novas tarefas, mas também novas posturas e atitudes.

Com as conquistas femininas, o avanço da tecnologia e o surgimento dos métodos contraceptivos, a mulher passou a ter maior poder de decisão sobre sua sexualidade e reprodução. Apesar disso, gestações não desejadas ou não planejadas, seguem ocorrendo, assim como a prática do abortamento. Como então compreender essa dualidade?

A ocorrência da gestação, e posteriormente a indução do abortamento, diante de tantas possibilidades contraceptivas, pode ser, além de um teste à sua fertilidade, a busca inconsciente de uma identificação e reconhecimento social. Ou seja, em alguns casos, a gravidez pode não representar o desejo de ter um filho, mas o anseio de viver a transformação subjetiva e social que acredita estar contemplada na gestação, como se essa fosse isenta de conflitos e problemas, um momento divinizado e pleno. Tais situações remetem a reflexão de que diante de valores tão enraizados, o desejo

materno continua prevalecendo como identificação feminina, mesmo com tantas outras formas de reconhecimento.

No entanto, ao deparar efetivamente com a gravidez e, muitas vezes, com a realidade que se coloca diante dela (a ausência ou descaso do parceiro, novas responsabilidades, alteração de muitos projetos pessoais e profissionais) a mulher experimenta sentimentos ambivalentes que, por vezes, a fazem decidir sozinha pelo abortamento. Nesse momento, ela consegue, de certa forma, exercer seu domínio sobre a situação, mas ao mesmo sofre suas consequências, vivenciando-o muitas vezes, de forma solitária e, sem maiores suportes.

Os sentimentos de solidão são reforçados tanto pelo prisma cultural, em que a maternidade é vista como inerente ao “ser mulher”, como pela legislação restritiva do País. O estigma do abortamento e as diversas questões levantadas quanto à moralidade, religião e bioética, fazem do abortamento um tema velado. Assim, comumente mulheres que o provocaram referem reações de julgamento das pessoas que souberam do ocorrido.

Estigmatizado como um ato contra a vida, as mulheres, antes santificadas pela gestação, tornam-se, então, criminosas^V ao efetivar o abortamento, sendo a recusa da maternidade vista como um desvio do padrão social e do ideal feminino. Portanto, provocar o abortamento é ir contra toda a expectativa que nela foi depositada enquanto mulher. Não se aborta apenas o feto, mas um filho e toda a possibilidade advinda com ele. Assim, diante da sociedade, a decisão da mulher é vista como uma escolha fria⁸³ e destituída de sua identidade. Tais julgamentos intensificam os conflitos vivenciados, desde a descoberta da gestação até o abortamento, reforçando sentimentos de culpa e angústia.

Assim, em meio a tabus, preconceito social e conflitos pessoais, muitas mulheres, ao abortar, preferem guardar para si a decisão. Indagadas sobre quem não poderia saber do abortamento, o parceiro foi referido pela maior parte das mulheres que provocaram o abortamento, o que ratifica a escolha em não incluí-lo nessa decisão, assumindo as responsabilidades pela gestação e seu destino. Os dados

^V Segundo legislação vigente no Brasil.

reforçam novamente a tendência atual da mulher de afastar a participação masculina de suas vivências¹⁰. No entanto, as falas femininas frequentemente contêm queixas quanto à ausência do apoio moral e financeiro do parceiro, rejeitando a efetivação da maternidade e a criação dos filhos sem a sua participação^{38,121,122,123}. Portanto, ainda que as mulheres tomem a decisão definitiva de continuar ou não com a gravidez, considerando seus projetos pessoais, o papel desempenhado pelo parceiro é fundamental, pois as escolhas femininas estão pautadas nas expectativas que estas possuem quanto à atitude masculina frente ao reconhecimento ou não do filho, motivo pelo qual muitas referem que o abortamento poderia ter sido evitado pelo parceiro.

Encontra-se aqui a ambivalência da mulher moderna. A busca pela independência profissional, financeira e afetiva faz com que ela não apenas lute por direitos iguais, mas assuma posições como se não precisasse da figura masculina. Ao mesmo tempo em que ocorre esse afastamento, evidencia-se o desejo de que ela estivesse por perto. Vê-se um desequilíbrio quanto aos papéis assumidos socialmente e a necessidade desses serem restabelecidos. Tal desequilíbrio traz implicações para a vida feminina. Ao mesmo tempo em que tenta demonstrar sua potencialidade, a mulher depara-se com sentimentos de desamparo e solidão.

O compartilhamento da responsabilidade sobre a gestação, a participação e o suporte do parceiro, nesse momento, são imprescindíveis para o bem-estar psicológico da mulher. Enquanto maternidade e paternidade não forem compartilhadas e não constituírem um projeto comum, os impasses da gravidez e do abortamento seguirão acontecendo.

6.2 NATAL-RN

Considerando os aspectos sociodemográficos e a associação entre os grupos de mulheres com abortamento espontâneo e o grupo de mulheres com abortamento

provocado, em Natal-RN, foram significativas as variáveis: “atividade remunerada/estudantil”, “renda” e “residir com parceiro ou familiar”.

A prática do abortamento em mulheres com trabalho e renda financeira evidencia características da mulher moderna, que, cada vez mais, adia ou abdica da maternidade em prol das exigências da sociedade capitalista, visando independência e ascensão da carreira profissional, colocando em questão o real desejo de ser ou não ser mãe.

Ao se fazer uma retrospectiva, tem-se que, nas últimas décadas do século XX, as mulheres emergiram como sujeitos históricos, sociais e econômicos^{124,125}, tornando-se, em menos de 30 anos, metade da população economicamente ativa no mundo, representando, no começo do século XXI, mais da metade da força de trabalho, sendo cada vez mais frequente mulheres empregadas e sobrevivendo com seus próprios rendimentos.

Em 2011, a representação de mulheres no mercado formal de Natal-RN era de 43,6% e o percentual do rendimento feminino em relação ao masculino era de 92,1%, independentemente da escolaridade, o que denota a relevância do trabalho e da renda feminina naquela região¹²⁶. Assim, a gravidez e as mudanças decorrentes dela podem despertar na mulher questionamentos, medos e preocupações relacionadas à condição financeira, influenciando a escolha de seguir ou não a gestação. Desse modo, não é incomum as mulheres justificarem o abortamento por questões relacionadas ao trabalho, estudo ou algum projeto pessoal que seria frustrado com a falta de independência e com as responsabilidades assumidas com o nascimento de uma criança¹²³. Portanto, escolhas quanto ao mercado de trabalho, planejamento reprodutivo, bem como as concepções de família e de vida são fundamentais para a decisão pelo abortamento de gestação não planejada.

Residir com familiares aparece como um fator preponderante para a prática do abortamento nessa Capital, o que leva à reflexão de que apesar da multiplicidade de arranjos familiares existentes na atualidade, socialmente o projeto de um filho ainda visa um casal engajado em uma relação estável. Embora os modelos sociais e dos relacionamentos venham se alterando nos últimos anos, subjetivamente a mulher carrega consigo padrões culturais e religiosos intrínsecos, desde o século XIX, em

que a união conjugal e a constituição familiar eram muito valorizadas, de maneira que filhos fora de um relacionamento, não condiziam com os “bons padrões” femininos. Assim, esconder ou mesmo interromper uma gestação, torna-se muitas vezes, um recurso para evitar questionamentos e preconceitos sociais.

Dessa forma, observaram-se diferenças quanto ao abortamento espontâneo, cuja ocorrência foi mais frequente em mulheres que residiam com parceiros, evidenciando um relacionamento mais estável e, portanto, uma gestação com menor estigma. Independente de ser planejada ou não, sustentar a gravidez dentro do padrão cultural existente respalda a mulher diante da sociedade, uma vez que ela está correspondendo às expectativas impostas às uniões estabelecidas.

O fato da maior parte das mulheres que sofreram abortamento espontâneo estar acompanhada do parceiro, no momento da confirmação da gestação, quando comparadas às mulheres que provocaram o abortamento, reforça a hipótese de que a ausência do parceiro é fator de risco para o abortamento provocado, enquanto a presença denota sua participação e, de certa forma, evidencia o compartilhamento da responsabilidade diante da gravidez.

Estudo^{123,127} aponta que, para muitos homens, a responsabilidade no campo das decisões reprodutivas pertence à mulher. Delegam assim, o encargo da contracepção à parceira, recusando-se, muitas vezes, a assumir responsabilidades reprodutivas, o que poderia justificar o fato de muitas mulheres não buscarem a companhia dos parceiros no momento da confirmação da gravidez. Por ser a gestação parte integrante do corpo da mulher, ela assume a responsabilidade delegada pelo homem, que por sua vez, pode simplesmente negar, não pensar ou mesmo se “defender” de todos os encargos, por meio do afastamento e até de dúvida quanto à paternidade. A mulher, no entanto, convive cotidianamente com as mudanças do seu corpo, com o desenvolvimento fetal, não tendo como negar ou mesmo não viver a gestação.

Outra possibilidade diante da ausência do parceiro, é que este pode não ter sido comunicado da suspeita da gestação. Considerando o aumento da autonomia feminina sobre sua reprodução, bem como a maior participação e ascensão no mercado de trabalho, muitas vezes, ao terem outros objetivos que não a maternidade,

as mulheres, temendo opinião contrária dos parceiros ou efetivamente não desejando manter a gravidez, optam por não lhes comunicar, assumindo sozinhas a responsabilidade. Portanto, a decisão quanto ao destino da gestação deve ser considerada dentro de um processo de idas e vindas, numa acumulação de fatores que pode ou não culminar no abortamento.

Quanto à percepção das mulheres em relação à reação do parceiro ao saber da gestação, ressalta-se que um número elevado de mulheres que provocaram o abortamento mencionou reações positivas do mesmo, evidenciando que outros motivos podem ter levado ao abortamento e não necessariamente a insatisfação do parceiro em relação à gravidez. Cabe ressaltar que as reações positivas podem também estar relacionadas à questão da virilidade masculina e não necessariamente à sua implicação com a paternidade.

No que se refere à perda espontânea, observou-se em Natal-RN, a preocupação das mulheres em ocultar à família o abortamento. Estudo¹²⁸ destaca o medo das mulheres de que pessoas importantes em sua vida descobrissem o ocorrido. Aqui se retoma os sentidos atribuídos ao “ser mãe”, ao longo dos anos, enquanto algo inerente à mulher. Mesmo com todos os avanços e conquistas no campo da sexualidade feminina, as expectativas sociais ainda mantêm-se atreladas à maternidade, que está intimamente vinculada ao ciclo vital da família. É a reprodução que permite a sua continuidade, dos seus valores, costumes e tradições, atribuindo peso diferenciado à figura feminina¹⁶. O fato dessas mulheres não desejarem que familiares ficassem sabendo do abortamento espontâneo pode estar associado às características da região. Embora seja uma das mais populosas cidades do RN, Natal-RN mantém um laço cultural forte e tradições bem específicas da região, que passam de geração para geração. Dados¹²⁶ apontam que 80% das famílias são tradicionais, ou seja, constituídas por casais com filhos ou monoparentais (mãe ou pai com filhos). Pensando nos desejos e projeções familiares quanto à manutenção de seus valores e nas identificações parentais, diante da perda espontânea, a mulher vivencia a frustração que naturalmente a coloca diante da quebra de todas as expectativas que lhe perpassam. Porém, mais estudos se fazem necessários para se compreender os aspectos característicos da região, sua cultura e o abortamento.

6.3 SÃO PAULO-SP

Em São Paulo-SP, “abortamento provocado anterior” e “residir com amigos” foram variáveis significativas na associação entre mulheres que sofreram abortamento espontâneo e mulheres que o provocaram.

A recorrência do abortamento provocado corrobora o estudo¹³³ realizado no sul do Brasil. Embora haja preocupação quanto ao uso desse tipo de abortamento como método para regulação da fecundidade^{96,130,131}, o abortamento não é uma decisão fácil e geralmente é escolhido em uma situação de desespero onde é considerado como última saída, tornando-se uma alternativa utilizada para uma gestação não desejada, seja pela falha dos métodos contraceptivos ou ausência de seu uso⁶⁹.

Como então interpretar a recorrência do abortamento provocado, uma vez que nenhuma mulher engravida já planejando abortar? Pattis⁷⁸ aponta que, o que leva à gravidez não planejada, não é apenas a falha do método, assim como o motivo do abortamento não representa necessariamente não desejar o filho, podendo estar oculto um objetivo que não se efetiva com a interrupção da gestação, mas que, a partir dela, ocorrem outras transformações. O abortamento, portanto, não é um ato destituído de sentido, ao contrário, é um ato com fins inconscientes que ao não serem satisfeitos, são passíveis de repetição, cessando-se apenas com a tomada de consciência daquilo que estava sendo procurado de modo irracional por meio do sofrimento intenso.

Além disso, as transformações no papel da mulher moderna reduziram significativamente o índice de fecundidade, fazendo com que muitas adiassem ou diminuíssem o número de filhos em prol de realizações pessoais, profissionais e afetivas. Dados do Censo¹³² apontam que, em 2010, a taxa de fecundidade no Brasil foi a mais baixa de todos os anos (de 2,1 filhos em 2000 para 1,9, em 2010), sendo sua maior queda nos grupos etários mais jovens. Assim, considerando o contexto da gestação e os padrões sociais atuais, a mulher se vê diante de pressões psicológicas, que tanto podem conduzir ao nascimento de um filho não esperado como podem

levá-la a decisão pelo abortamento. Trata-se de uma escolha paradoxal, pois a mesma sociedade que o condena também a leva a praticá-lo. Isso se deve à valorização de famílias pequenas em prol de melhores condições de vida¹³¹.

Considerando ainda características da Capital, observou-se que residir com amigos pode influenciar a prática do abortamento. Esse achado retrata novamente a realidade da metrópole paulistana, que considerada multicultural, contempla pessoas que migram de diferentes regiões em busca de estudo e trabalho, optando por residirem sozinhas ou dividirem a moradia com amigos, em busca de um futuro melhor. Uma gestação não desejada ou não planejada, portanto, representaria uma mudança repentina nos projetos profissionais e financeiros.

Estudo¹²¹ com funcionárias e alunas de graduação de uma universidade paulista identificou que o principal motivo associado à possibilidade de realizar o abortamento referido pelas mulheres foi o fato de não se sentirem preparadas para criar um filho. De acordo com os autores, essa falta de preparo corresponde a um estado emocional ou mesmo a uma etapa da vida em que outros projetos pessoais tornar-se-iam incompatíveis com a chegada de um filho.

A dificuldade de expressar os sentimentos diante da confirmação da gestação, expressa pelas mulheres que provocaram o abortamento, evidencia as ambivalências vividas diante da descoberta de uma gravidez e pode estar relacionado à visão mais pragmática presente nas grandes metrópoles e as mudanças que o papel feminino vem sofrendo socialmente dentro desse contexto.

Considerando a relevância da percepção da mulher quanto às reações do parceiro frente à gestação, observou-se que reações positivas por parte do parceiro, foram referidas, de forma significativa, pelas mulheres que abortaram espontaneamente, coincidindo com o estudo de Rodrigues e Hoga¹³³ com homens que vivenciaram o abortamento espontâneo de suas parceiras. Em contrapartida, a percepção de reações negativas, foi significativa, em mulheres que provocaram o abortamento, o que pode evidenciar o descontentamento do parceiro com a gravidez, fator relevante para sua interrupção.

Embora alguns parceiros tenham sido informados sobre abortamento provocado, quando questionadas, parcela significativa de mulheres referiu que eles não participaram do processo. Chumpitaz¹²³ refere que a participação masculina na decisão de abortar é variada (o parceiro se exclui, promove ou recusa o abortamento), mas afirma que muitas mulheres optam por não compartilhar a decisão, em especial, quando estão no comando financeiro da casa ou quando a relação com o parceiro está em crise¹³⁴. Assim, a decisão é tomada, de acordo com o vínculo afetivo. Em casos em que a relação não está consolidada as decisões femininas prevalecem e podem não ser comunicadas aos parceiros.

É apropriado afirmar que, apesar de ser considerada uma das cidades mais populosas do mundo, São Paulo-SP possui um ritmo de vida em que as relações se estabelecem de maneira frágil e efêmera, o que reforça os sentimentos de solidão, desamparo e a própria individualidade feminina diante de uma situação não esperada como a gestação.

As transições nos papéis socialmente estabelecidos somadas à inserção de novos valores sociais têm afetado, de forma significativa, o estabelecimento das relações humanas. Nas sociedades dos séculos passados, havia valorização da família, com número de filhos mais elevado, em que os homens eram responsáveis pelo sustento e chefia do lar, e às mulheres cabia a educação e cuidado dos filhos. O incentivo ao estabelecimento de laços familiares e ao amor materno delineava papéis que, hoje, na modernidade, já não se encontram mais delimitados. Os avanços tecnológicos e a inserção das mulheres no mercado de trabalho foram alterando os valores sociais. Atualmente, a ascensão profissional faz parte dos ideais femininos, os casamentos já não são mais prioridade e os filhos tornaram-se projetos postergados.

As batalhas femininas proporcionaram outro espaço para as mulheres modernas. Hoje o casamento e a maternidade já não são as únicas alternativas de reconhecimento e valorização. No entanto, a “cultura” da maternidade segue internalizada na identidade feminina e ainda é socialmente esperada. Dessa forma, apesar de as lutas femininas terem trazido ganhos importantes para a mulher na sociedade, junto com o espaço conquistado, ela teve que arcar com perdas e

responsabilidades decorrentes dessas conquistas, incluindo o peso atribuído ao processo do abortamento, em especial, quando este é resultado de uma escolha.

Envoltas por culpa, desamparo e solidão, as mulheres carregam sozinhas sentimentos que podem vir a desencadear reações emocionais mais graves, uma vez que, ainda são poucos os espaços onde estes possam ser manifestados e ressignificados¹³⁵.

Diferente do abortamento provocado, mas não menos sofrido e complexo, a perda espontânea não reflete uma escolha consciente da mulher, sendo, por vezes, difícil identificar os motivos que lhe tenham gerado.

É interessante constatar que mulheres que abortaram espontaneamente atribuíram a outras pessoas o “poder” de evitar a ocorrência desta perda. O fardo de perder espontaneamente uma gestação frente todas as pressões culturais e expectativas colocam a mulher diante de conflitos identificatórios, sendo a projeção, em muitos momentos, um mecanismo utilizado para aliviá-los.

O ser humano tem necessidade de preencher as lacunas daquilo que efetivamente não tem explicação. O vazio deixado com o abortamento propicia a busca interna de justificativas em que a mulher tende a se responsabilizar ou projetar tais responsabilidades a outras pessoas, a fim de reduzir sentimentos negativos, tais como angústia, culpa e sentimentos de incapacidade.

De acordo com Benute¹⁰ ao serem projetadas no outro, os elementos para a reflexão, elaboração e modificação desaparecem e o processo criativo de mudanças é interrompido. Mas quando parte dos sentimentos e responsabilidades são assumidos, a angústia desperta o conflito que possibilitará a compreensão e a integração do significado do abortamento, processo importante para sua superação.

6.4 DEPRESSÃO

Quanto ao diagnóstico de depressão, não foram evidenciadas diferenças estatísticas significativas entre o grupo de mulheres com abortamento espontâneo e o grupo com abortamento provocado nas capitais estudadas. Embora estudos^{102,103,105,136,137,138} sobre a influência do abortamento na saúde mental feminina sejam contraditórios e muitos retratem a não associação entre o abortamento e os transtornos emocionais, neste estudo, foi encontrada elevada porcentagem de mulheres com depressão.

De acordo com a literatura⁹⁵, a prevalência de depressão varia entre 5 e 9% nas mulheres, sendo que, no período gestacional e no puerpério, esses índices se elevam na medida em que envolvem inúmeras alterações físicas, hormonais, sociais e psíquicas^{82,97,98,139}, sendo considerado um momento de crise normal dentro do ciclo vital feminino, em que, aproximadamente, um quinto das mulheres apresentam algum episódio de depressão¹⁴⁰.

Pesquisa⁹⁶ que associou o abortamento, independente da causa, com depressão, autoestima e resiliência encontrou sinais indicativos de depressão em 68 mulheres das 120 entrevistadas. Outro estudo, buscando compreender ansiedade, depressão e culpa em mulheres com abortamento espontâneo e mulheres com abortamento provocado, ao relacionar os grupos, observou que as mulheres que provocaram abortamento apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão do que as que o sofreram espontaneamente. Este estudo, embora não tenha evidenciado significância estatística entre os grupos de abortamento, não buscou avaliar a sintomatologia, mas sim o diagnóstico de depressão.

Como o abortamento ocorre em um período de vida da mulher em que ela se encontra vulnerável, é cabível imaginar que ele provoque reações emocionais intensas, que correspondem não apenas à vulnerabilidade natural, mas a todas as questões sociais, culturais e subjetivas envolvidas.

A inexistência de diferenças estatísticas significativas entre os grupos de abortamento permite inferir que o processo emocional vivenciado pelas mulheres, em

especial, quanto à depressão, retrata aspectos subjetivos referentes a experiência do abortamento, independente se espontâneo ou provocado.

Com o abortamento, a mulher vivencia não apenas a perda do filho, tenha sido ele desejado ou não naquele momento, mas também todas as atribuições vinculadas a gestação e aquilo que poderia ter sido se ela prosseguisse, mesmo quando esta interrupção advém de uma escolha. Além disso, o desvio de um padrão social esperado, pela não efetivação da maternidade, remete a sentimentos vinculados à imagem pessoal, ao rompimento com o modelo feminino e a aspectos subjetivos ligados às crenças e desejos pessoais, despertando sentimentos de desvalia, angústia e culpa, os quais desencadeiam ansiedade e depressão^{10,11}, gerando momentos de introspecção em busca de respostas e da integração daquilo que se rompeu através da perda.

A depressão seria, portanto, um recurso utilizado para se proteger frente a esta realidade a qual a mulher é exposta¹⁴⁶, seja pela performance pessoal não atingida, pelo ideal não correspondido, pelas limitações e “insuficiências” a serem enfrentadas ou pelas escolhas que contradizem sociedade, cultura, religião, legislação e, muitas vezes, o próprio desejo. Portanto, pode ser entendida como um processo emocional natural do abortamento¹², em que simbolizar o vazio despertado com as perdas e frustrações é uma forma de elaborar o luto presente. Dessa maneira, expressa um momento de reflexão e introspecção que permite à mulher buscar algumas respostas, reavaliando, elaborando e ressignificando suas atitudes e sua experiência de vida. Tal processo é importante, pois aproxima a mulher de suas raízes, permitindo um encontro com aspectos éticos e morais do ser humano¹⁰. Assim, os sentimentos despertados nem sempre se referem a uma experiência negativa, mas sim a uma elaboração necessária, onde algumas mulheres conseguem, por meio de seus recursos internos, realizar este processo, enquanto outras necessitam de maior auxílio, sendo necessário, por vezes, o acompanhamento psiquiátrico¹⁴¹.

A intensidade dessa experiência e o tempo de elaboração podem variar, dependendo de diferentes aspectos como: a relação estabelecida com aquilo que se perdeu, a capacidade de lidar com situações adversas e a própria rede de apoio. A

relevância de tal processo retrata a importância de uma avaliação e de um suporte que considerem não apenas a sintomatologia que se faz presente, mas também aspectos subjetivos e sociais advindos da experiência, seja ela espontânea ou provocada.

Na análise dos resultados realizada por capital e grupo de abortamento, quanto à depressão, pode-se observar que, em Natal-RN, ela esteve associada, no abortamento espontâneo, a questões relativas ao parceiro e à família. Os resultados remetem novamente as expectativas culturais e familiares em relação à maternidade e a dificuldade da mulher em lidar com a impossibilidade de satisfazê-las.

Reações negativas do parceiro frente a gravidez ou sua ausência no processo do abortamento espontâneo também foram associadas à depressão. A não aceitação da gestação por parte do parceiro pode despertar diversos sentimentos na mulher que então os projeta na gravidez, com isso, a perda espontânea pode vir acompanhada de culpa e conflitos que emergem desta projeção. A não participação do parceiro neste momento pode ser entendida de duas formas, como uma isenção do processo ou devido a sua ausência no momento em que a mulher busca o serviço de saúde, descobrindo a gestação devido ao abortamento. Entendendo o abortamento espontâneo como um evento disruptivo na vida da mulher, na medida em que não é previsível e nem passível de uma escolha consciente, a ausência do parceiro pode reforçar sentimentos de solidão, intensificando aspectos relacionados incapacidade de efetivar a sua “função feminina”. Sua presença, no entanto, pode reduzir as fantasias quanto à sensação de desamparo, na medida em disponibiliza apoio e segurança a mulher, contribuindo para o restabelecimento do equilíbrio que se perdeu o abortamento.

Em relação ao abortamento provocado, aspectos sociodemográficos e a percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro não foram associadas a depressão. No entanto, residir com o parceiro foi fator protetor para a mesma. Estudo¹³ aponta que mulheres com suporte do parceiro tendem a apresentar reações emocionais mais positivas diante do abortamento, o que pode estar associado à redução do sentimento de solidão, já que há o compartilhamento de responsabilidades. Mais estudos são necessários para consolidar essa hipótese.

Já, em São Paulo-SP, residir com amigos e o desconhecimento do parceiro acerca da gestação foram fatores significativos para a depressão em mulheres que abortaram espontaneamente, enquanto ter um relacionamento apresentou-se um fator protetor. A descoberta de uma gestação somada aos conflitos que ela desperta colocam as mulheres diante de um processo de instabilidade emocional, sendo o apoio, fundamental para a elaboração da situação vivenciada. Os dados retratam novamente, a fragilidade dos relacionamentos nas grandes cidades e a importância do suporte do parceiro frente a este momento. A fragilidade da rede de apoio (à distância, muitas vezes, dos familiares), o ritmo de vida da Capital, considerada centro financeiro e mercantil, e a vida solitária dentro de uma metrópole, favorecem o desencadeamento de reações mais intensas. A moradia com amigos remete a essa distância da rede primária de apoio e reforça a importância da participação do parceiro.

Em relação ao abortamento provocado, a depressão não esteve associada a nenhuma das variáveis estudadas.

Embora ambos os tipos de abortamento remetam a mulher a uma perda e, conseqüentemente, a um luto, reconhece-se a elevada porcentagem de depressão tanto nas mulheres que sofreram o abortamento, quanto nas que o provocaram. No entanto, é interessante observar que na associação da depressão com as variáveis, nas capitais estudadas, houve significância estatística no grupo do abortamento espontâneo, não evidenciada no grupo do abortamento provocado.

Isso leva a pensar que a possibilidade de decidir sobre a manutenção ou não da gestação possibilitaria a ativação de mecanismos de defesa que dificultariam a generalização dos dados, uma vez que os aspectos subjetivos da experiência de vida e os recursos internos influenciariam diretamente na condição da depressão, muito mais do que aspectos objetivos como idade, escolaridade, entre outros. Já a impossibilidade de escolha, decorrente do abortamento espontâneo, remeteriam a mulher a sentimentos de incapacidade diante do ideal feminino não atingido, intensificados muitas vezes pela ausência de recursos internos, facilitando encontrar fatores de risco, como os evidenciados neste estudo. O rompimento abrupto da gestação, somado às dificuldades de se encontrar, em muitos momentos, motivos que

expliquem o abortamento e que facilitem a elaboração da perda faz com que outros objetos ou fatores sejam almejados com intuito de preencher o vazio, “justificando” assim o ocorrido.

De qualquer forma, o abortamento (espontâneo ou provocado) segue sendo um importante problema de saúde pública, não só por seu caráter clandestino e alto índice de mortalidade, quando provocado, mas por todo significado cultural, social e subjetivo ao qual estão expostas as mulheres que o vivenciam.

Os poucos estudos brasileiros que abordam a temática e sua repercussão emocional, somados às limitações metodológicas e as restrições legais, limitam o desenvolvimento de ações mais específicas e que contribuam efetivamente para a qualificação da assistência prestada, sendo importante um olhar mais amplo diante deste fenômeno e suas implicações na saúde feminina.

7 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que, em Natal-RN e São Paulo-SP, a associação entre os grupos de abortamento (espontâneo e provocado) evidenciou que ser solteira, ter menor número de gestações e de abortamentos espontâneos anteriores foi estatisticamente significativo para o abortamento provocado. Em Natal-RN, ele associou-se a mulheres com trabalho, renda financeira e que não residiam com parceiro, mas sim com familiar. Em São Paulo-SP, ter provocado abortamento anterior e residir com amigos foi fator preponderante em mulheres que provocaram o abortamento.

Quanto à percepção das mulheres em relação às reações e condutas do parceiro no processo do abortamento, constatou-se que, em Natal-RN, a ausência do parceiro, no momento da confirmação da gestação, esteve associada ao abortamento provocado, não tendo sido evidenciada diferenças estatísticas significativas entre os grupos de abortamento (espontâneo e provocado) quanto à participação do parceiro no processo do abortamento. Em São Paulo-SP, reações negativas do parceiro com a descoberta da gestação e sua ausência no processo do abortamento, estiveram associadas ao abortamento provocado. Tanto em Natal-RN quanto em São Paulo-SP, mulheres que provocaram o abortamento relataram o desconhecimento do parceiro em relação à gestação e o desejo de que ele não soubesse do abortamento, mas como paradoxo, acreditavam que somente ele poderia o ter evitado.

Este estudo identificou elevado índice de depressão nas mulheres que sofreram abortamento espontâneo e nas que o provocaram. Em Natal-RN, o diagnóstico de depressão em mulheres que sofreram abortamento espontâneo esteve relacionado às reações negativas do parceiro ao saber da gravidez e a sua ausência no processo do abortamento; em São Paulo-SP, associou-se ao desconhecimento da gestação por parte do parceiro.

Nas mulheres que provocaram o abortamento, em ambas as capitais, a presença de depressão não apresentou significância estatística com as variáveis estudadas.

Esse estudo retratou que, apesar dos avanços sociais, seguem enraizados na identidade feminina princípios culturais e sociais que diante da situação de abortamento, seja espontâneo ou provocado, ainda hoje colocam a mulher diante de conflitos e sentimentos ambivalentes. Apesar de toda independência feminina conquistada, a participação masculina mostra-se importante dentro do processo do abortamento, seja pelo suporte, ou mesmo, pelo compartilhamento da responsabilidade.

As particularidades encontradas em cada capital denotam a influência da dimensão geográfica e cultural brasileira e reforçam a necessidade de se considerar os princípios de descentralização, de hierarquização e da regionalização dos serviços, visando o atendimento integral, a equidade da atenção e a participação popular no planejamento de políticas públicas voltadas para a assistência prestada às mulheres que vivenciam o abortamento no Brasil.

8 ANEXOS

**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO HCFMUSP-
SÃO PAULO - SP**

**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	Ž	RISCO MÍNIMO	X	RISCO MÉDIO	Ž
RISCO BAIXO	Ž	RISCO MAIOR	Ž		

(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 B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO HOSPITAL
MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO DA UFRN – NATAL-RN**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

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

1. NOME DO PACIENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : ☐ M ☐ F ☐ Z

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 ☐ Z

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

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

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.

George Dantas Azevedo – Pesquisador responsável – Fones: 3153.441/3215.4219

III - 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

Natal - RN, 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 _____

Data de nasc.: ____/____/____

Idade: ____ anos

Escolaridade: () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo

() Médio Incompleto () Médio Completo

() Superior Incompleto () Superior Completo

Anos de estudo: _____

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

() solteira com namorado () viúva

() desquitada / separada divorciada

Tempo de relacionamento com parceiro atual: _____

Ocupação/ Profissão: _____

Com quem reside? _____

Número de gestações _____ Filhos vivos _____

Idade gestacional da ocorrência do aborto _____

Abortamento espontâneo anterior? () sim () não Quantos _____

Abortamento provocado anterior? () sim () não Quantos _____

Religião: () católica () não tem religião

() evangélica () não tem crença de fé

() outras _____

Roteiro da Entrevista

1. O que você sentiu no momento da confirmação da gravidez?

2. Quando confirmou a gravidez estava sozinha ou acompanhada?

() sozinha () acompanhada

2.1. De quem?

3. Qual foi a reação do parceiro / pai da criança a saber da gestação?

4. Tem alguém que não pode saber do aborto? () sim () não

4.1 Quem?

5. Quem soube do aborto?

6. Qual foi a reação das pessoas que souberam do aborto?

7. Conte como foi a participação do parceiro no processo do aborto

8. Você acredita que alguém poderia ter evitado que ocorresse / que você fizesse o aborto? () sim () não

8.1 Quem

ANEXO D - 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 E - COMITÊ DE ÉTICA DO HCFMUSP - SÃO PAULO - SP **APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23/04/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0075/08**, intitulado: **"CULPA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO PROVOCADO"** apresentado pelo Departamento de **OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **PROFA. DRA. ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA**

Pesquisador (a) Executante: **DRA. GLÁUCIA ROSANA GUERRA BENUTE**

CAPPesq, 23 de Abril de 2008

PROF. DR. EDUARDO MASSAD
Presidente
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 255, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069

6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcfnet.usp.br / secretariacappesq2@hcfnet.usp.br

matc

ANEXO F - COMITÊ DE ÉTICA DO HCFMUSP - SÃO PAULO - SP**APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 02/02/2011, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0801/10**, intitulado: "**DIAGNÓSTICO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM MULHERES COM ABORTAMENTO**" apresentado pelo Departamento de **OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Gláucia Guerra Benute**

Pesquisador (a) Executante: **Dannielle Nonnenmacher**

CAPPesq, 04 de Fevereiro de 2011

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovidio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492
e-mail: cappesq@hcnet.usp.br

ANEXO G - COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL M'BOI MIRIM – SÃO PAULO - SP **DECLARAÇÃO**

Declaro que, atendendo às exigências da Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, fica autorizada a coleta de dados da pesquisa sob o registro 0075/08, intitulada “CULPA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO PROVOCADO”, coordenada pela Profa. Dra. Roseli M. Nomura e financiada pelo CNPq/Ministério da Saúde.

A pesquisadora executante, Cristina Mendes Gigliotti Borsari, Psicóloga do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch - M'Boi Mirim e aluna de pós-graduação do Departamento de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tem aprovação desta Instituição e assume a responsabilidade pela pesquisa a ser realizada no período de janeiro de 2009 à janeiro de 2010.

São Paulo, 20 janeiro de 2009.

Silvio Possa
Diretor
Dr. Silvio Possa
Diretor Executivo
Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch
M'Boi Mirim

**ANEXO H - COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO
CICCO DA UFRN – NATAL-RN**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES (CEP-HUOL)**

CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP-HUOL), devidamente reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), analisou o projeto:

Título: Culpa, ansiedade e depressão na vivência do abortamento provocado

Protocolo -224/08

Pesquisador Responsável: George Dantas de Azevedo

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, incluindo o termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as diretrizes da Resolução 196/96 e complementares, do Conselho Nacional de Saúde, em reunião plenária do CEP-HUOL realizada no dia 26 de setembro de 2008. Toda e qualquer alteração no projeto/protocolo de pesquisa, assim como eventos adversos que venham a ocorrer deverão ser comunicados oficialmente e imediatamente ao CEP-HUOL. O relatório final do projeto ou a cópia de sua publicação deverá ser encaminhado ao CEP/HUOL após o término do estudo, conforme cronograma, com a respectiva cópia da folha de rosto.

Natal, 26 de setembro de 2008.

Maria Sanali de O. paiva
Coordenadora do CEP-HUOL

Dra. Maria Sanali Moura de O. Paiva
Coordenadora do CEP/HUOL

9 REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization (WHO). Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1977; 56(3):247-53.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual dos comitês de mortalidade materna*. 3 ed. Brasília-DF. 2007. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/comitesmortalidadematerna_M.pdf.
- 3 Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental*. 12 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2011.
- 4 Organização Mundial de Saúde (OMS). *Aborto espontâneo y provocado: informe de un grupo científico de la OMS*. Ginebra, 1970.
- 5 Faúndes A, Barzelatto J. *O drama do aborto: em busca de um consenso*. Campinas: Editora Komedi; 2004.
- 6 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.
- 7 World Health Organization (WHO). *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. 6 ed. Geneva: World Health Organization; 2011. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf.
- 8 Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saúde Colet*. 2010; 15(1):959-66.

- 9 Nomura RMY, Benute GRG, Azevedo GD, Dutra SEM, Borsari CG, Rebouças MS, 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):644-50.
- 10 Benute GRG. *Abortamento como um processo psicossocial: uma interpretação junguiana: perda e culpa, depressão e ansiedade* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.
- 11 Benute GRG, Nomura RMY, Pereira PP, Lucia MCS, Zugaib M. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(3):322-7.
- 12 Mariutti MG, Furegato ARF. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2):183-9.
- 13 Noya A, Leal IP. Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise Psicológica*. 1998; 3(16):431-39.
- 14 Major B. Perceived social support, self-efficacy and adjustment to abortion. *J Pers Soc Psychol*. 1990; 59(3):452-63.
- 15 Pedrosa IL, Garcia TR. “Não vou esquecer nunca!”: a experiência feminina com o aborto induzido. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000; 8(6):50-8.
- 16 Assunção AT, Tocci HA. Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Rev Enferm UNISA*. 2003; 4:5-12.
- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>.

- 18 Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS - Doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde; 1990. Available from: [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=abc_do_sus_doutrinas_e_principios .pdf](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf).
- 19 Badinter E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
- 20 Ariès P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1981.
- 21 Chodorow N. *Psicanálise da Maternidade: Uma crítica a Freud a partir da Mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1990.
- 22 Valdés AI, Boza AV, Hernández JC, Curbelo AD, Castillo LS. El aborto dentro del contexto social. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2010; 26(1): 130-37.
- 23 Moura SMSR, Araújo MF. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. *Psicol. cienc. prof*. 2004; 24(1):44-55.
- 24 Rousseau, JJ. *Emile, or On Education* [Internet]. 1762 [cited 2011Jan 2]. Available from: <http://www.ilt.columbia.edu/pedagogies/rousseau/>.
- 25 Scavone L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. *Interface Comunic Saúde Educ*. 200; 5(8):47-60.
- 26 Del Priore M. *História das mulheres no Brasil*. 10 ed. São Paulo: Editora Contexto; 2011.
- 27 Del Priore M. *Ao sul do corpo. Condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora José Olympo, 1995.

-
- 28 Barroso CLM, Cunha, MC. *O que é o aborto*. Frente das mulheres Feministas. São Paulo: Cortez Editora; 1980.
- 29 Quayle J. O abortamento espontâneo e outras perdas gestacionais. In: Tedesco JJ, Zugaib M, Quayle J. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo: Atheneu; 1997. p.132-53.
- 30 Quayle JMRB. *A maternidade em crise: origens e repercussões emocionais do abortamento espontâneo* [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1991.
- 31 Galeotti G. *A História do Aborto*. Lisboa: Editora Edições 70; 2007.
- 32 Pereira PB. Abortamento. In: Zugaib M, Bittar RE. *Protocolos Assistenciais*. 4 ed. Clínica Obstétrica FMUSP. São Paulo: Editora Ateneu; 2011.p.427-33.
- 33 Barini R, Couto E, Mota MM, Santos CTM, Leiber SR, Batista SC. Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000; 22(4):217-223.
- 34 Nery IS, Monteiro CFS, Luz MHB, Crizóstomo CD. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14(1):67-73.
- 35 Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município de Serra - ES. *Rev bras epidemiol*. 2007; 10(4):615-24.
- 36 Caetano MR, Couto E, Passini Junior R, Simoni RZ, Barini R. Gestacional prognostic factors in women with recurrent spontaneous abortion. *São Paulo Med J*. 2006; 124(4):181-5.
- 37 Cecatti JG, Queiroz GV, Sousa MH, Menezes GM. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(3):105-11.

-
- 38 Alan Guttmacher Institute (AGI). *Aborto clandestino: Uma realidade latino-americana*. New York: Alan Guttmacher Institute; 1994.
- 39 Costa S. Aborto Provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: Giffin K, Costa S (org). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.
- 40 Cohen SA. Facts and consequences: Legality, incidence and safety of abortion worldwide. *Guttmacher Policy Review*. 2009; 12(4):1-6. Available from: http://sparky.guttmacher.org/pubs/gpr/12/4/gpr12_0402.html.
- 41 Souza e Silva R. Cegonhas indesejadas: aborto provocado. *Estudos Feministas*. 2008; 1(1): 123.
- 42 Teodoro FLM. *Aborto eugênico: delito qualificado pelo preconceito ou discriminação*. Curitiba: Editora Juruá; 2007.
- 43 Schor N, Alvarenga AT. O aborto: um resgate histórico e outros dados. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 1994; 4(2):12-7.
- 44 Cook RJ, Dieckens BM. Human rights and abortion laws. *Int J Obstet Gynecol*. 1999; 65(1):81-7.
- 45 Pedro JM. A descriminalização do aborto: estranhas relações com lutas mais antigas 2006. *R Mestr Hist Vassouras* [Internet]. 2006; 8(1):71-102 [citado 10 set 2011]. Disponível em: http://www.uss.br/arquivos;jsessionid=9DE80EE708311C7BA47E8FF95CA2C1B2/posgraduacao/strictosensu/historiasocial/producaoDocente/revist_mest_hist%20v8%202006.pdf.
- 46 Center for Reproductive Rights. The World's Abortion Laws Map 2011 [Internet]. Center for Reproductive Rights [cited 2012 Feb 5]. Available from: <http://reproductiverights.org/en/document/the-worlds-abortion-laws-map-2011>.

-
- 47 Freitas A. *Aborto: guia para profissionais de comunicação*. Recife: Grupo Curumim. 2011. Disponível em: http://abortoemdebate.com.br/arquivos/Aborto_Guia_comunicacao.pdf.
- 48 Brasil. *Código Criminal do Império do Brasil* [Internet]. 1930 [citado 2011 set 10]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm.
- 49 Brasil. *Código Penal Tradicional. Constituição Federal – Legislação Penal*. 17 ed. Brasília: Editora RT; 2012.
- 50 Conselho Federal de Medicina. Resolução 1.989 [Internet], publicada em 14 de maio de 2012 no Diário Oficial da União [citado 20 nov 2012]. Disponível em: <http://febrasgo.org.br/docs/resolucao.pdf>.
- 51 Olinto MTA, Moreira-Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(2):365-75.
- 52 Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Åhman E, Shah IH. Induced abortion: rates and trends worldwide. *Lancet*. 2007; 370:1338-45.
- 53 Alan Guttmacher Institute (AGI). *Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe* [Internet]. New York: Alan Guttmacher Institute; 2009 [cited 2011 Nov 10]. Available from: [http://www.artemisanoticias.com.ar/images/Fotos/Notas/IB_AWW-Latin-America-ES\[1\].pdf](http://www.artemisanoticias.com.ar/images/Fotos/Notas/IB_AWW-Latin-America-ES[1].pdf).
- 54 Alan Guttmacher Institute. *Facts on induced abortion worldwide in brief, 2011* [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2011 [cited 2012 Jan 28]. Available from: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html.

-
- 55 Barot S. Unsafe abortion: The missing link in global efforts to improve maternal health [Internet]. *Spring*. 2011; 14(2):24-28 [cited 2012 Jan 12]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/14/2/gpr140224.html>.
- 56 Vieira EM, Cordeiro LD, Monteiro RA. A mulher em idade fértil no Brasil: evolução da mortalidade e da internação por aborto. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 57 Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões (1992-2005). In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu, BH. Brasil. ABEP. 2006. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf.
- 58 Aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. In: Seminário IMS/UERJ. 2007. Disponível em: http://www.ims.uerj.br/downloads/mariomonteiro/ipas_ims_seminario_aborto.pdf.
- 59 Olinto MTA, Moreira-Filho DC. Estimativa do aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 15(5):331-6.
- 60 Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saude Publica*. Rio de Janeiro. 2009; 25(2):193-204.
- 61 IPAS Brasil. *Magnitude do aborto no Brasil. Uma análise dos resultados de pesquisa* [Internet]. IPAS Brasil; 2007. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/pesquisas/factsh.pdf>.
- 62 Assessoria de Comunicação Social do Rio Grande do Norte (Assecom/RN). Fórum discute redução do índice de mortalidade materna no RN. Disponível em: http://natalpress.com/index.php?Fa=mat.inf&EDI_ID=8&MAT_ID=8906.

-
- 63 Rebouças MSS. *O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais* [dissertação]. Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.
- 64 Sorrentino SR, Lebrão ML. Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995. *Rev Bras Epidemiol*. 1998; 1(3): 256-67.
- 65 Fusco CLB, Andreoni S, Souza e Silva R. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. São Paulo. 2008; 11(1): 77-88.
- 66 Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. *Abortion worldwide: A decade of uneven process*. New York: Guttmacher Institute, 2009. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>.
- 67 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Atenção humanizada ao abortamento*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- 68 Gesteira SMA, Barbosa VL, Endo PC. O luto no processo do aborto provocado. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(4):462-7.
- 69 Alves SV. Maternal mortality in Pernambuco, Brazil: what has changed in ten years? *Reprod Health Matters*. 2007; 15(30):134-44.
- 70 Cecatti A, Albuquerque RM, Hardy E, Faúndes A. Mortalidade materna em Recife. Causas de óbitos maternos. *RBGO*. 1998; 20(1): 7-11.
- 71 Souza ML, Ferreira LAP, Burgardt D, Monticelli M, Bub MBC. Mortalidade por aborto no estado de Santa Catarina – 1996 a 2005. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(4): 735-40.

-
- 72 Souza KV, Almeida MRCB, Soares VMN. Perfil da mortalidade maternal por aborto no Paraná: 2003-2005. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(4):741-49.
- 73 Rocha MIB, Barbosa RM (Orgs). *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. Campinas: Núcleo de Estudos de População – Nepo / Unicamp; 2009. 284p.
- 74 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Magnitude do Aborto no Brasil. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento previsto em lei em situações de violência sexual*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 75 Diniz D, Corrêa M, Squinca F, Braga KS. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(4):939-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400025.
- 76 Carter B, McGoldrick M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- 77 Pattis E. *Aborto, perda e renovação: um paradoxo na procura da identidade feminina*. São Paulo: Paulus, 2000.
- 78 Espindola AT, Benute GRG, Burlacchini M, Pinto K, Lucia MCS, Zugaib M. Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com histórico de abortamento habitual. *Rev Psicol Hosp*. 2006; 4:1-21.
- 79 Veiga DS. Luto e aborto espontâneo. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde* [Internet]. 2009; 4(8) [citado 20 fev 2012]. Disponível em: <http://alamysusana.sites.uol.com.br/edições.html>.

-
- 80 Boyce PM, Condon JT, Ellwood DA. Pregnancy loss: A major life event affecting emotional health and well-being. *Med J Aust*. 2002; 176(6): 250-251.
- 81 Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, Gramzow RH. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57:777-84.
- 82 Pereira PK, Lovosi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiq Clín*. 2008; 35(4):144-53.
- 83 Zugaib M. Paradoxos do aborto. *Rev Ginecol Obstet*. 1990; 1(4):251-252.
- 84 Rolim LSCP. Abortamento e traumatismo psicológico. São Paulo. UNIFESP-EPM; 1996.
- 85 Pinto AP, Tocci HA. O aborto provocado e suas consequências. *Rev Enferm UNISA*. 2003; 4: 56-61.
- 86 Nader PRA, Macedo CR, Miranda AE, Maciel ELN. Aspectos sociodemográficos e reprodutivos do abortamento induzido. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(4):699-705.
- 87 Pinto EA. Abortamento e relações inter-étnicas: uma breve abordagem. *J Rede Saúde*. 1998; 16:14-15.
- 88 Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJMD, Faúndes A, Hardy E. Perspectiva masculina acerca do abortamento provocado. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(3):217-7.
- 89 Baptista MN, Baptista ASD, Torres ECR. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Rev Psicol*. 2006; 7:39-48.

-
- 90 Leite MPS. A depressão como paixão da alma. Escola Brasileira de Psicanálise. Disponível em: http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca/Marcio_Peter_A%20depressao_como_paixao_da_alma.pdf.
- 91 Férida PA. *Dos benefícios da depressão: Elogio da Psicoterapia*. São Paulo: Escuta, 2002.
- 92 Fráguas JR, Figueró JAB. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas*. São Paulo: Atheneu; 2001.
- 93 World Health Organization (WHO). *Depression: A Global Crisis*. World Mental Health Day [Internet]. 2012 [cited 2013 Jan]. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- 94 Gomes de Matos E, Gomes de Matos T, Gomes de Matos GM. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2005; 27(3):312-318.
- 95 American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR)*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- 96 Mariutti MG. Associação do abortamento com depressão, autoestima e resiliência [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010.
- 97 Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004; 103(6):1344.
- 98 Benute GRG, Nomura RMY, Reis JS, Junior RF, Lucia MCS, Zugaib M. Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes. *Clinics*. 2010; 65(11):1127-1131.

-
- 99 Alvarado R, Perucca E, Neves E, Rojas M, Monardes J, Olea E, Vera A. Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. *Revista Chilena de Obstetrícia e Ginecologia*.1993; 58 (2):135-141.
- 100 Oliveira MHG, Benute GRG, Fragas Jr R, Nomura RY, Lucia MCS, Zugaib M. Morbidade depressiva em gestantes hipertensas: um estudo com o PRIME-MD e IDS-C. *Psicol Hosp.* (São Paulo) 2007; 5(2):77-88.
- 101 Cohen AS. Abortion and mental health: Myths and realities. *Guttmacher Policy Review* [Internet]. 2006; 9(3) [cited 2011 Nov 20]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/09/3/gpr090308.html>.
- 102 Alan Guttmacher Institute. Abortion in Women's Lives [Internet]. 2006 [cited 2011 Nov 20]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf>.
- 103 Fergusson DM, Horwood J, Boden JM. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2008; 193:444-51.
- 104 Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and menthal halth: evaluating the evidence. *Am Psychol*. 2009; 64(9):863-90.
- 105 Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*. 2008; 78: 436-450.
- 106 Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(1):16-24.
- 107 Pedersen W. Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *J Public Health*. 2008; 36 (4):424-28.

-
- 108 Fraguas R Jr, Henriques SG Jr, De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, Gattaz WF, Martins MA. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord.* 2006; 91:11-7.
- 109 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; 183(3):759-69.
- 110 Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol.* 2004; 159:872-81.
- 111 Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 112 Fonseca W, Misago C, Correia LL, Prente JAM, Oliveira FC. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*, 30(1):13-8; 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89101996000100003&script=sci_arttext.
- 113 Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villella W, Aidar T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/aids no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2009; 14(4): 1085-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14.
- 114 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010* [Internet]. [citado 20 jan 2013]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/tab1_4.pdf.
- 115 Somain R. *Religiões no Brasil em 2010*. [Internet]. [citado 20 jan 2013]. Disponível em: <http://confins.revues.org/7785>.

-
- 116 Neri MC. *Novo mapa das religiões*. Rio de Janeiro: CPS/FGV, 2011. [citado 4 out 2011]. Disponível em: <http://www.fgv.br/cps/religiao/>.
- 117 Botelho NM, Araujo SG, Souza DC. Aspectos clínico-epidemiológicos das mulheres pós-abortamento em hospital de referência. *Rev para. med.* 2010; 24(1). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n1/a1948.pdf>.
- 118 Souza e Silva R, Andreoni S. Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. *Cien Saude Colet.* 2012; 17(7). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700011&lng=en&nrm=iso.
- 119 Coelho HLL, Teixeira AC, Santos AP, Forte EB, Morais SM, La Vecchia C, Tognoni G, Herxheimer A. Public Health: misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. *Lancet*, 1993; 341:1261-3.
- 120 Chaves JHB, Oliveira EM, Bezerra AFS, Camano L, Sun SY, Mattar R. O abortamento incompleto (provocado e espontâneo) em pacientes atendidas em maternidade do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Clin Med.* 2011; 9(3):189-94. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n3/a1976.pdf>.
- 121 Costa RG, Hardy R, Osis MJD, Faúndes A. A decisão de abortar: Processo e sentimentos envolvidos. *Cad Saúde Públ.* 1995, 11(1): 97-105. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n1/v11n1a08.pdf>.
- 122 Pinto E. Aborto numa perspectiva étnica e de gênero: o olhar masculino. In: Arilha M, Ridenti S, Medrado B (org.). *Homens e Masculinidades — Outras Palavras*. São Paulo: ECOS; 1998. p.121-128.

-
- 123 Chumpitaz VAC. *Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
- 124 Muraro RM, Puppim AB. *Mulher, gênero e sociedade*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
- 125 Vieira LAM Jr, Wadi YM. O aborto sob o olhar médico: natureza feminina versus direito a saúde. In: *Anais do Congresso Internacional de História*. Maringá, PR, Brasil, 2009. Disponível em: <http://www.pph.uem.br/cih/anais/trabalhos/346.pdf>.
- 126 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE: cresce número de famílias sem filhos no RN. [Citado 17 out 2012]. Disponível em: <http://tribunadonorte.com.br/noticia/ibge-cresce-numero-de-familias-sem-filhos-no-rn/234317>.
- 127 Carvalho M, Pirotta K, Schor N. Participação masculina na contracepção pela ótica feminina. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(1):23-31.
- 128 Boeme MR, Mariutti MG. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. *Rev Esc Enferm USP*. 2003; 37(2): 59-71.
- 129 Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correia L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Publica*. 1998; 14(2):279-286.
- 130 Silva RS. Especulações sobre o papel do aborto provocado no comportamento reprodutivo das jovens brasileiras. *Rev Bras Estud Popul*. 2002; 19(2). Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol19_n2_2002/vol19_n2_2002_14artigo_p249a262.pdf.

-
- 131 Souza e Silva R. *Aborto provocado, contracepção e comportamento sexual e reprodutivo dos jovens residentes em uma Comunidade da cidade de São Paulo em 2007*. In: Anais do Encontro ABEP. Unicamp. 2008. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_967.pdf.
- 132 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo 2010: País tem declínio de fecundidade e migração e aumentos na escolarização, ocupação e posse de bens. duráveis. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018.
- 133 Rodrigues MML, Hoga LAK. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. *Rev Esc Enferm. USP*. 2005; 39(3): 258-267. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/03.pdf>.
- 134 Heilborn ML, Cabral CS, Brandão ER. *Experiência reprodutiva, contracepção e aborto: Trajetórias juvenis femininas e masculinas em foco*. In: Anais do XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambú, MG, Brasil, 2010. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/tema_5/abep2010_2408.pdf.
- 135 Borsari CG. *Aborto provocado e significado. Um estudo fundamentado na fenomenologia* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012.
- 136 Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry*. 2011; 199:180-6.
- 137 Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Reactions to abortion and subsequent mental health. *Br J Psychiatry*. 2009; 195:420-426. Available from: <http://bjprcpsych.org/content/195/5/420.full>.

- 138 Kendall T, Bird V, Cantwell R, Taylor C. To meta-analyse or not to meta-analyse: abortion, birth and mental health. *Br J Psychiatry*. 2012; 200(1):12-14.
- 139 Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess*. 2005; 119:1-8. Available from: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/).
- 140 Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health*. 2006; 9(3):131-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16329000>.
- 141 Monteiro KCC, Lage AMV. Depressão – Uma “Psicopatologia” classificada nos Manuais de Psiquiatria. *Psicol Ciênc e Prof*. 2007; 27(1):106-119.

10 APÊNDICE

Legislação sobre o Abortamento – Código Penal Brasileiro⁴⁹

PARTE ESPECIAL
TÍTULO I DOS CRIMES CONTRA A PESSOA
CAPÍTULO I DOS CRIMES CONTRA A VIDA

Aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento

Art. 124. Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Aborto provocado por terceiro

Art. 125. Provocar aborto, sem consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126. Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada

Art. 127. As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128. Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.