

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

MARIANA GONDIM MARIUTTI

**Associações do abortamento com depressão,  
autoestima e resiliência**

Ribeirão Preto - SP

2010

MARIANA GONDIM MARIUTTI

## **Associações do abortamento com depressão, autoestima e resiliência**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: "Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas"

**Orientadora: Profa. Dra. Antonia Regina  
Ferreira Furegato**

Ribeirão Preto - SP

2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## **Catálogo-na-publicação**

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

MARIUTTI, MARIANA GONDIM

Associações do abortamento com depressão, autoestima e resiliência.

121 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Furegato, Antonia Regina Ferreira

1. Enfermagem
2. Aborto
3. Saúde da Mulher
4. Saúde Mental

## FOLHA DE APROVAÇÃO

MARIUTTI, Mariana Gondim

Associações do abortamento com depressão, autoestima e resiliência

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Aprovado em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### COMISSÃO JULGADORA

**Prof. Dr.:** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Prof. Dr.:** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Prof. Dr.:** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Prof. Dr.:** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Prof. Dr.:** \_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_ **Assinatura:** \_\_\_\_\_

Registro que esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq). Reconheço que sem este subsídio seria difícil a realização deste estudo que acredito ser importante para o desenvolvimento do conhecimento científico.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS E DEDICATÓRIA**

A *Deus*, pela sabedoria, pelas oportunidades, pela paz que tem me oferecido, pelos ensinamentos que a *vida* e as *pessoas* nos trazem, para que por meio destes possamos melhorar o dia a dia.

Aos meus queridos pais, *Nilza* e *Flávio*, pelos ensinamentos, apoio, amor e dedicação pelos quais tenho a minha eterna gratidão.

Ao meu querido marido e companheiro *Marco Aurélio*, por sua compreensão, incentivo e amor.

Aos meus queridos irmãos, *Fabiana*, por sua amizade, dedicação, contribuição neste trabalho e seu exemplo de coragem, força e sua luz e *Christiano*, sua esposa *Mariana* e *queridas sobrinhas*, pelo exemplo que nos dão de luta e amor.

À *Profª. Dra. Antônia Regina Ferreira Furegato*, por seu exemplo como profissional e pessoa, por acompanhar-me durante esta trajetória. Agradeço pelo apoio, acolhimento, pela confiança e pela orientação, facilitando o processo de minha busca.

**“Tenha felicidade bastante para fazê-la doce**

**Dificuldades para fazê-la forte**

**Tristeza para fazê-la humana**

**E esperança suficiente para fazê-la feliz”**

**(Clarice Lispector)**

### *Expresso minha gratidão:*

A **Deus**, sentido da minha vida, por me iluminar e guiar, estando sempre presente, incentivo da minha persistência, da minha luta e da minha fé.

Ao **Prof. Dr. Jair Lício Ferreira Santos**, pela valiosa contribuição no desenho e trabalho dos dados estatísticos.

Ao médico **Prof. Dr. Jayme Hallak**, pelo apoio e por suas valiosas sugestões.

À enfermeira **Profª. Dra. Marislei Sanches Panobianco** pela disponibilidade, dedicação, apoio, compreensão e toda a atenção na realização deste trabalho desde a qualificação.

À **Andressa Kutschenko**, pela contribuição e paciência na execução e análise dos dados.

Às **mulheres**, sujeitos da pesquisa, pela disponibilidade, confiança e por possibilitarem encontrar resposta para uma das minhas inquietações, compartilhando comigo suas dores e esperanças.

À **equipe de enfermagem** da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP pelo acolhimento e apoio.

Ao **Comitê de Ética** em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, pela autorização da realização deste estudo.

Ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pela subvenção deste estudo.

Aos meus **colegas e amigos**, Camila, Cheila, Daniela, Gabriela, Helder, Júlia, Karina, Marcela, Renata e Thiago pela convivência, compartilhando comigo deste cotidiano.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto** da Universidade de São Paulo e a todos os **professores**, responsáveis pela minha formação desde a graduação, exercendo fundamental papel tanto na minha vida profissional como pessoal de alguma maneira.

“Em cada fase da vida, o homem é um outro, quanto mais não seja, porque a etapa vital em que se encontra é única e jamais se repetirá. A realidade, cada hora, cada dia, cada ano, constituem fases da nossa existência concreta, cada uma das quais só se apresenta uma única vez e ocupa um lugar insubstituível no todo dessa existência.”

(Romano Guardine)

“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)

## FICHA TÉCNICA

**Revisão gramatical:** *Maria do Socorro Dias Novaes de Senne*

**Tradução do resumo para inglês:** *Arlete Soares Belluzzo*

**Tradução do resumo para espanhol:** *Livia de Oliveira Pasqualin*

**Digitação:** *Mariana Gondim Mariutti*

**Formatação final:** *Thiago Antônio Moretti de Andrade*

**Revisão de referências e citações bibliográficas:** *Gabriela Pereira Vasters*

**Serviço de encadernação e reprografia:** *Copiadora Endac - EERP*

### **APOIO:**

*CNPq: Conselho Nacional de Pesquisa*

Este trabalho foi realizado segundo as normas:  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. **Diretrizes para apresentação de teses e dissertações à USP:** documento eletrônico ou impresso. São Paulo: SIBi/USP, 2010.

"Esta tese foi revisada de acordo com a Ortografia da Língua Portuguesa(1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009, no Brasil"



## RESUMO

MARIUTTI, M.G. **Associações do abortamento com depressão, autoestima e resiliência.** 2010. 121p. Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

As mulheres em situação de abortamento vivem um momento de dor existencial e física e associado aos fatores de risco é frequente a depressão. Percebendo essa ligação e sendo problema de saúde pública, o presente estudo procura associação de indicadores sociodemográficos e clínicos com o abortamento. **Objetivos:** identificar e avaliar a presença de sintomas sugestivos de depressão em mulheres com abortamento, correlacionando-os com indicadores clínicos e socioculturais, autoestima e fatores resilientes. **Metodologia:** Foram entrevistadas 120 mulheres internadas em um hospital público, seguindo o fluxo de chegada com diagnóstico de abortamento, utilizando: Questionário com informações sociodemográficas, clínicas e questões relacionadas à resiliência; Inventário de Beck; e Escala de Autoestima. Após aprovação do Comitê de Ética, as mulheres foram entrevistadas. Os dados foram coletados de agosto de 2008 a setembro de 2009, sendo realizada análise estatístico-descritiva dos dados e correlacionado depressão com as demais variáveis. **Resultados e Discussão:** Das 120 mulheres, maioria branca (71%), idade entre 16 e 44 anos, 63% são solteiras, 72% vivem com o companheiro, 87% têm religião, 67% com ensino médio e 51% não têm fonte de renda. Mais da metade tem casa própria, no entanto não a consideram agradável nem segura; 49% estavam na primeira ou segunda gestação; 33% já tinham tido abortos anteriores, sendo 67% o primeiro aborto; 77% tiveram aborto incompleto e 75%, aborto natural. Apesar de a maioria considerar a relação com o companheiro ótima e boa (85%), mais da metade (75%) não planejou a gravidez; mesmo assim, não faziam uso de métodos contraceptivos (75%). A maioria nega hábitos adversos. Das 120 mulheres, 57% apresentavam sinais indicativos de depressão (33 distimia, 22 moderada e 13 grave). Dentre as mulheres sem sinais de depressão, a maioria é solteira (56%), 60% trabalham, tendo 40 ou mais anos de idade, 67% têm alguma religião. Os fatores de proteção para depressão que se mostraram significativos para a análise estatística foram: "ter parceiro", "trabalho", "religião", "situação financeira" e "apoio familiar". Estudos mostram que a situação de abortamento pode ter relação com depressão antes e após a ocorrência e mesmo a longo prazo, com diferenças de acordo com a natureza do aborto. Quanto à autoestima, 109 mulheres apresentaram média estima pessoal. Os indicativos de resiliência encontrados neste estudo mostram que quando as mulheres estão felizes ajudam as pessoas, contam mais piadas, sentem-se bem. Entretanto, muitas mulheres referem que se isolam, se calam e choram quando sentem raiva e algumas gritam. **Conclusões:** A maioria das mulheres deste estudo é jovem, solteira e com relacionamento estável, católica, com poucas atividades de lazer, sem fonte de renda própria, casa própria, com residência fixa há mais de um ano, não tem problemas de relacionamento e de violência na gravidez. Entretanto, as que tiveram problemas, relataram uso de álcool e drogas na família. Houve associação também de violência familiar e aborto provocado. Metade da amostra pontuou algum nível de depressão e baixa a média estima pessoal. É preciso estimular a enfermagem a reconhecer as necessidades de implementar os cuidados e reforçar aspectos resilientes dessas mulheres.

**Palavras-chave:** aborto, saúde da mulher, saúde mental, enfermagem

## ABSTRACT

MARIUTTI, M.G. **Association of abortion with depression, self-esteem and resilience**. 2010. 121p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing.

Women experiencing an abortion live a moment of existential and physical pain in which depression, associated with risk factors, is frequent. Perceiving this connection and because it is a public health problem, this study seeks association of socio-demographic and clinical indicators with abortion. **Objectives:** to identify and evaluate symptoms that suggest depression in women experiencing an abortion and correlate them with clinical and socio-cultural indicators, self-esteem and resilient factors. **Method:** A total of 120 women hospitalized in a public hospital were interviewed, according to their arrival and abortion diagnosis, through: a questionnaire addressing socio-demographic and clinical information and issues related to resilience; Beck Inventory; and a self-esteem scale. Women were interviewed after the Research Ethics Committee's approval. Data were collected between August 2008 and September 2009 and analyzed through descriptive statistics, correlating depression with the remaining variables. **Results and Discussion:** Most of the 120 women were white (71%), aged between 16 and 44 years, 63% single, 72% lived with a partner, 87% were religious, 67% had secondary school and 51% had no income. More than half had their own house though did not consider it cozy or safe; 49% were in the first or second pregnancy; 33% had already have previous abortions; for 67%, it was the first abortion; 77% had incomplete abortions and 75% spontaneous abortions. Even though the majority considered their affective relationship great or good (85%), more than half (75%) had not planned the pregnancy; though they did not use contraceptive methods (75%). Most denied adverse habits. Of the 120 women, 57% presented signs of depression (33 dysthymia, 22 moderate and 13 severe). Among those without signs of depression, the majority was single (56%), 60% worked and were 40 years or older, 67% had a religion. The protection factors for depression that were most significant for statistical analysis were "having a partner", "work", "religion", "financial situation" and "family support". Studies show that an abortion might be related with depression before and after it occurs and even in the long term with differences according to the nature of the abortion. A total of 109 women presented regular self-esteem. The resilience indicators found in this study show that when women are happy they help people, tell more jokes, and feel well. However, many women reported they isolate themselves, fall silent and cry when they feel angry and some shout. **Conclusions:** Most of the women in this study were young, single, with stable relationships, catholic, with few leisure activities, with no personal income, own house, with fixed residence for more than one year, had no problems of relationship or violence during pregnancy. However, those who had problems reported the use of alcohol and drugs in the family. Domestic violence and induced abortion were associated. Half of the sample presented some level of depression and low to regular self-esteem. Nurses need to be encourage to recognize the need to implement care and reinforce resilient aspects in these women.

**Key words:** abortion; women's health, mental health, nursing

## RESUMEN

MARIUTTI, M.G. **Asociaciones de aborto con depresión, autoestima y resiliencia.** 2010. 121h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.

Las mujeres en situación de abortamiento viven un momento de dolor existencial y física, que asociado a los factores de riesgo torna la depresión frecuente. Percibiendo esta ligación y siendo un problema de salud pública, el presente estudio procura asociación de indicadores sociodemográficos y clínicos con el abortamiento. **Objetivos:** identificar y evaluar la presencia de síntomas sugestivos de depresión en mujeres con abortamiento, correlacionándoles con indicadores clínicos y socioculturales, autoestima y factores de resiliencia. **Metodología:** Fueron entrevistadas 120 mujeres internadas en un hospital público, siguiendo el flujo de llegada con el diagnóstico de abortamiento, y utilizando como instrumentos un Cuestionario con informaciones sociodemográficas, clínicas y cuestiones relacionadas a la resiliencia; el Inventario de Beck; y la Escala de Autoestima. Las mujeres fueron entrevistas después de la aprobación del Comité de Ética. Los datos fueron recolectados entre agosto de 2008 y septiembre de 2009. Fue realizado análisis estadístico descriptivo de los datos, les correlacionando con las demás variables. **Resultados y Discusión:** De las 120 mujeres, la mayoría era blanca (71%), con edad entre 16 y 44 años, el 63% soltera, el 72% vive con el compañero, el 87% tiene religión, el 67% tiene enseñanza media y el 51% no tiene fuente de renta. Más de la mitad tiene casa propia, sin embargo, non la consideran agradable ni segura; el 49% estaba en la primera o segunda gestación; el 33% ya había tenido abortos anteriores, siendo el 67% el primer aborto; el 77% tuvo aborto incompleto y el 75%, aborto natural. A pesar de la mayoría considerar la relación con el compañero óptima y buena (85%), más de la mitad (75%) no planificó el embarazo; así mismo, no hicieron uso de métodos contraceptivos (75%). La mayoría niega hábitos adversos. De las 120 mujeres, el 57% presentaba señales indicativos de depresión (33 distimia, 22 moderada y 13 grave). Entre las mujeres sin señales de depresión, la mayoría era soltera (56%), el 60% trabajaba, tenía 40 años de edad o más, el 67% tenía alguna religión. Los factores de protección para depresión que se mostraron significativos para el análisis estadístico fueron: "tener compañero", "trabajo", "religión", "situación financiera" y "apoyo familiar". Estudios muestran que la situación de abortamiento puede tener relación con depresión antes y después de la ocurrencia, y mismo a largo plazo, con diferencias relacionadas a la naturaleza del aborto. Cuanto a la autoestima, 109 mujeres presentaron media estima personal. Los indicativos de resiliencia encontrados en este estudio muestran que cuando las mujeres están felices, ayudan las personas, cuentan más chistes, se sienten bien. Sin embargo, muchas mujeres refieren aislamiento, se calan y lloran cuando sienten rabia, y algunas gritan. **Conclusiones:** La mayoría de las mujeres de este estudio es joven, soltera y con relacionamiento estable, católica, con pocas actividades de pasatiempo, sin fuente de renta propia, casa propia, con residencia fija por lo menos un año, no tiene problemas de relacionamiento y de violencia en el embarazo. Sin embargo, las que tuvieron problemas relataron uso de alcohol y drogas en la familia. Hubo asociación también de violencia familiar y aborto provocado. Mitad de la muestra señaló alguno nivel de depresión y baja de la media estima personal. Es necesario estimular la enfermería a reconocer las necesidades de implementar los cuidados y reforzar los aspectos de resiliencia de esas mujeres.

**Palabras clave:** aborto, salud de la mujer, salud mental, enfermería

## LISTA DE QUADRO E TABELAS

<b>Quadro 1 -</b>	Variáveis independentes e dependentes, mostrando sua definição, a referência e o contraste utilizado na análise ..	55
<b>Tabela 1 -</b>	Frequência e percentual de variáveis relativas ao perfil sociodemográfico das mulheres em abortamento .....	59
<b>Tabela 2 -</b>	Frequência e percentual dos dados obstétricos informados pelas mulheres em abortamento .....	60
<b>Tabela 3 -</b>	Pré-natal e outros fatores relativos à fase precedente ao aborto .....	61
<b>Tabela 4 -</b>	Associação entre idade e presença de sinais indicativos de depressão entre mulheres em abortamento .....	63
<b>Tabela 5 -</b>	Número de gestações e presença de sinais indicativos de depressão com 6 faixas etárias entre mulheres em abortamento .....	64
<b>Tabela 6 -</b>	Associação entre a presença de sinais de depressão e o padrão de sono .....	65
<b>Tabela 7 -</b>	Associação entre a presença de sinais de depressão e a autoavaliação da saúde mental entre mulheres em abortamento .....	65
<b>Tabela 8 -</b>	Associação entre a autoavaliação da saúde mental e a natureza do aborto .....	66
<b>Tabela 9 -</b>	Associação entre a frequência e percentual de presença de sinais de depressão e isolamento social .....	67
<b>Tabela 10 -</b>	Associação entre níveis de autoestima e interesse sexual e mudança no padrão sexual entre mulheres em abortamento .....	68
<b>Tabela 11 -</b>	Associação entre níveis de autoestima, uso de droga e bebida alcoólica na família .....	69
<b>Tabela 12 -</b>	Associação entre a presença de sinais indicativos de depressão e níveis de autoestima .....	69
<b>Tabela 13 -</b>	Relação da violência familiar e no trabalho com a natureza do aborto .....	69

<b>Tabela 14 -</b>	Uso de álcool e natureza do aborto entre as mulheres em abortamento .....	70
<b>Tabela 15 -</b>	Relação entre o uso de álcool e drogas na família e a natureza de aborto entre as mulheres em abortamento ...	70
<b>Tabela 16 -</b>	Reações de felicidade e de raiva segundo as mulheres em abortamento .....	71
<b>Tabela 17 -</b>	Distribuição de dificuldade na vida e a quem recorre segundo os sujeitos .....	72
<b>Tabela 18 -</b>	Distribuição da frequência e percentual das qualidades pessoais para ajudar nas dificuldades .....	73
<b>Tabela 19 -</b>	Distribuição da frequência e percentual do que as mulheres gostariam de realizar e onde são tratadas quando têm problemas de saúde.....	73

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1	<i>Aborto .....</i>	15
1.2	<i>Depressão .....</i>	23
1.3	<i>Aborto e depressão .....</i>	29
1.4	<i>Autoestima .....</i>	35
1.5	<i>Resiliência .....</i>	38
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>48</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>50</b>
3.1	<i>Tipo de pesquisa e hipóteses do estudo .....</i>	50
3.2	<i>Local e sujeitos .....</i>	50
3.3	<i>Instrumentos .....</i>	51
3.3.1	<i>Identificação e Contexto de Mulheres em Abortamento (ICMA) ..</i>	51
3.3.2	<i>Inventário de Depressão de Beck (IDB) .....</i>	52
3.3.3	<i>Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) .....</i>	53
3.4	<i>Aspectos éticos .....</i>	53
3.5	<i>Coleta de dados .....</i>	53
3.6	<i>Análise dos dados .....</i>	54
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>58</b>
4.1	<i>Perfil sociodemográfico e clínico .....</i>	58
4.2	<i>Associação da presença de sinais indicativos de depressão com as demais variáveis do estudo .....</i>	62
4.3	<i>Níveis de autoestima em associação com as demais variáveis ...</i>	68
4.4	<i>Níveis de resiliência .....</i>	70
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>76</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>100</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>105</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>113</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>118</b>

# *Introdução*

---

*"Não são os mais fortes que sobrevivem, nem os mais inteligentes, mas sim os que respondem melhor às mudanças."*

**\_ Charles Darwin**

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Aborto**

O aborto é um tema polêmico, cuja prática esteve presente em todas as épocas, sendo tratado de acordo com a sociedade e seu momento histórico. É definido clinicamente como a interrupção da gravidez ou expulsão do produto da concepção antes que o feto seja viável (22ª semana) ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 centímetros (BRASIL, 2001).

Esse tema tem sido abordado sob várias óticas além da clínica, entre as quais: jurídica, feminista, religiosa, bioética, abordando múltiplas perspectivas. Longo (1997) afirma que a questão do aborto, envolta em tabus e preconceitos, é difícil de lidar devido à discriminação por parte da sociedade ao perceber a intenção da mulher no ato de abortar, fazendo com que ela seja insatisfatoriamente assistida em todo seu contexto.

Verardo (1986) considera que o tema tem sido visto por instituições religiosas, legislativas, executivas, sem integrar os vários aspectos da questão, ressaltando que as religiões aplicam seus conceitos, o Estado legisla e os homens se apoderam. No entanto, a decisão de ser mãe não é uma decisão, a princípio, individual ou não, podendo ser decidida em conjunto com um parceiro ou sozinha, por vontade própria. Porém envolve uma série de fatores relacionais econômicos e sociais, principalmente. E também, é uma decisão que atua psicologicamente na mudança da vida da mulher. Adicionalmente, a decisão de ser mãe neste novo início de século pode ser influenciada pelos fatores profissional ou cultural, muito considerados para a autonomia da mulher. A autora enfatiza que há altos índices de aborto na adolescência, o que, além do risco de vida, pode provocar perturbações psicológicas, sociais e culturais nas mulheres. O aborto imposto à jovem pode trazer danos futuros, bloqueando-a em termos de prazer e causando medo de engravidar novamente. Acrescenta que crianças indesejadas dificilmente recebem afeto e uma criação equilibrada.

Mariscal (2001) afirma que há algumas mudanças a serem propostas para a formação religiosa, necessitando-se de uma crença que defenda um ponto de



vista que possibilite o bom comportamento como benefício pessoal e coletivo, sem apegar-se a conceitos como o pecado. Segundo o autor, as instituições religiosas, governamentais, de saúde, de educação e familiares, possivelmente, têm a proposta de melhorar a qualidade de vida, porém ainda há falta de diálogo entre estes diferentes setores.

As discussões públicas sobre o aborto no mundo, de modo geral, detêm-se aos aspectos legais, ético-religiosos e políticos do procedimento. Segundo Espírito Santo (2003), direitos do feto, da mulher, princípios religiosos e constitucionais rivalizam entre si com concepções diferentes. Dessa forma, o aspecto psicológico acaba por ficar em segundo plano, na maioria das vezes.

No Brasil, o aborto é criminalizado por algumas razões consideráveis, como pode ser visto no Código Penal, o qual descreve três condutas típicas de abortamento: 1) Art. 124: aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento; 2) Art. 125: aborto provocado por terceiros sem o consentimento da gestante e 3) Art. 126: aborto com o consentimento da gestante (DINIZ, 2007).

O Código Penal Brasileiro no artigo 128, do Decreto-Lei nº 2848 de 07/12/1940, diz que não se pune o aborto praticado por médico: se não há outra maneira de salvar a vida da gestante; e se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu responsável legal (COLAS et al., 1994).

Atualmente no Brasil a lei continua sendo restritiva considerando crime o aborto realizado na situação de estupro e de risco materno de vida. No entanto, há uma proposta de um Anteprojeto de Lei, que está tramitando no Congresso Nacional, alterando o Código Penal, incluindo uma terceira possibilidade no caso de anomalias fetais. Por enquanto só é autorizado com pedido judicial e quando o feto não tiver chances de sobrevivência (BRASIL, 2008a; GOLDIM, 2002).

Essa situação vem sendo considerada pela justiça brasileira. Segundo Goldim (2002), desde 1993 foram concedidos mais de 350 alvarás para realização de aborto em crianças malformadas, especialmente anencéfalos. Os juízes inicialmente solicitavam que o médico fornecesse um atestado com o diagnóstico da malformação, além de outros três laudos para confirmação, um outro laudo psiquiátrico sobre o risco potencial da continuidade da gestação e um para a cirurgia. Essas exigências foram sendo abrandadas ao longo desse período.

Há consenso de que a legislação sobre o aborto está ultrapassada, pois se calcula que ocorra 1,4 milhão de abortos clandestinos por ano no Brasil, sendo os procedimentos malfeitos a principal causa de mortalidade materna no país, deixando um saldo de 6.000 vítimas fatais por ano, computando-se gastos públicos na ordem de 35 milhões/ano (DINIZ, 2007).

Segundo estimativas, são realizados 42 milhões de abortos anuais, mundialmente, dentre os quais 20% são abortamentos inseguros. Entre os abortamentos inseguros, 90% ocorrem nos países em desenvolvimento, causando a morte de cerca de 70 mil mulheres por ano (DINIZ, 2007). Quando não causam morte, podem causar profundas sequelas psicológicas e físicas na mulher. Estatísticas estas que merecem ser avaliadas e investigadas para futuras reflexões nesta área de estudo.

Segundo Silva (1999), diretora executiva da Comissão de Cidadania e Reprodução, os dados dos diversos trabalhos realizados no Brasil sobre o tema refletem que as mulheres continuam abortando e não encontram respaldo nas políticas públicas de saúde e que isto mostra, segundo a autora, um retrocesso em todas as esferas no Executivo, Legislativo e Judiciário. O projeto que trata da descriminalização do aborto está parado na Câmara. A ação que discute se a mulher tem ou não direito de interromper a gravidez em caso de fetos anencéfalos ainda não foi votada pelo Supremo Tribunal Federal e, recentemente, o governo federal retirou o apoio à descriminalização do aborto do Plano Nacional de Direitos Humanos.

Para Pimentel e Pandjarjian (2000), a lei brasileira fere a autonomia e os direitos humanos das mulheres, afetando-as de maneira distinta segundo seus recursos econômicos, violando o princípio de justiça e equidade, sendo que ao Estado cumpre garantir os direitos humanos fundamentais dos indivíduos e promover a justiça social mediante políticas e leis adaptadas à realidade social do momento, sem pretender estabelecer ou impor uma moral pública única. As autoras revelam que, ao contrário do que se pensa, os países que legalizaram o aborto provocado e criaram programas acessíveis de planejamento familiar, combinados com um acesso efetivo à informação, tiveram como consequência a diminuição do número de abortos. Acrescentam que, no tratamento jurídico brasileiro tradicionalmente dado ao aborto, a responsabilidade recai somente sobre a mulher, por isso defendem condições de saúde e dignidade para os casos de abortamento provocado quando o casal ou, em última instância, a mulher,

não se sinta em condições (sociais, econômicas, psicológicas) de levar ao fim uma gravidez indesejada.

A questão não é ser contra ou a favor, porque certamente é difícil ser a favor do aborto sabendo das consequências físicas e psicológicas que acarreta, mas o apoio da equipe de saúde nesta situação é fundamental, pois o que poderia influenciar na decisão de uma mulher em não abortar seria um acesso a serviços de saúde antes de a gravidez indesejada acontecer e não a maneira que “cuida” e lida com a situação depois que acontece (FLEURY, 2007). A disponibilização não apenas de métodos contraceptivos mas também a atenção que pudesse favorecer a abordagem da resistência do parceiro, as dificuldades com os métodos contraceptivos, dificuldades financeiras para adesão ao método, orientações sobre violência doméstica, dependência afetiva e econômica do parceiro, isto é, uma atenção a esta mulher que a ajude a tomar uma decisão madura sobre seu planejamento familiar e com autonomia, levando em conta suas peculiaridades e contexto.

A ilegalidade parcial do aborto não impede a sua prática, feita em clínicas particulares, com preços altos para sua realização ou como muitas vezes acontece, em condições precárias, impossibilitando a assistência satisfatória às mulheres que recorrem a ele, com maior risco de morbimortalidade, tornando-se um problema não apenas de direito penal, mas de saúde pública. Assim, Espírito Santo (2003) alerta, como fundamental, o aspecto econômico, ao fazer uma análise dos abortos no país.

A discriminação e os agravos à saúde, impostos às mulheres, por razões culturais, legais e religiosas que envolvem a questão, têm contribuído para a precariedade da assistência e para o aumento de complicações. Segundo Espírito Santo (2003), o Brasil tem se mostrado incapaz de frear o elevado número de abortos feitos na clandestinidade que, apesar de imprecisos, são alarmantes.

Mariutti et al. (2010), em estudo realizado com dados do DATASUS/MS, buscando avaliar a distribuição de diagnósticos de aborto por região, estado e município, no ano de 2006, observaram que a taxa de internações por 1.000 mulheres em idade fértil, segundo regiões do Brasil é maior no Nordeste (NE), seguida das regiões Norte (N), Centro-Oeste (CO) e Sul (S). Quanto aos estados, o Amapá, na região Norte aparece com maior taxa e na classificação dos 50 municípios do Brasil, seguido da Bahia aparece com 21 municípios.

Levando em consideração o número de abortos realizados ao ano no mundo, causando sequelas e mortes, é importante pensar no dilema das mulheres diante da gravidez não planejada (BARRETO, 1998).

Azeredo e Stolcke (1991) falam da necessidade de uma legislação que regulamente a interrupção da gravidez com pretensão de ajudar a sociedade a passar da prática do aborto clandestino a sua realização em condições seguras e menos traumáticas. Assim, legalizar o aborto não significa praticá-lo indiscriminadamente, mas oferecer condições adequadas a essas mulheres para a tomada de decisão e maior acesso à conscientização do aborto.

É mais viável à sociedade discutir e fazer aprovar uma lei que garanta à mulher a interrupção da gravidez com autonomia e capacidade de tomar suas próprias decisões com responsabilidade, dialogando com todos os setores, não se tornando refém de instituições que ditam o que é permitido ou proibido, numa visão única e universal, escutando a consciência coletiva e decidindo o que é mais conveniente do que procurar por serviços clandestinos ou tentativas a domicílio para cometer o ato e aumentar os risco de morbimortalidade e também os gastos públicos (AZEREDO; STOLCKE, 1991).

Segundo Azeredo e Stolcke (1991), é preciso pensar sobre o que o Estado tem oferecido às mulheres ou aos casais no que se refere à constituição de uma família e de planejamento familiar.

Pelo aborto estar envolto num emaranhado de opiniões religiosas, jurídicas, éticas, morais e culturais, geram-se polêmicos argumentos. Como discussões sobre o direito de decisão, o direito à vida, a lei e os abortos clandestinos, além da sua caracterização como um problema de saúde pública, a questão da ciência e do avanço tecnológico (redução embrionária, aconselhamento genético e o aborto eugênico). Também nesta listagem são incluídas: as circunstâncias individuais das mulheres (relacionamento com o parceiro, número de filhos, ter trabalho ou não, condições socioeconômicas, desejo de ser mãe, acesso a métodos contraceptivos, nível de instrução, história de vida, vícios e prostituição), o planejamento familiar e a descriminalização do aborto. Todas são discussões que em alguma intensidade permeiam o tema, diretamente ou indiretamente, tornando-o complexo e reflexivo.

Vale ainda destacar o papel dos profissionais da saúde e os aspectos relacionados à sua prática, cuja formação prioriza o aspecto biológico em relação a outras dimensões do ser humano, a priorização da cura, e muitas vezes, o uso

camuflado da lei para justificar a não realização de alguns procedimentos que beneficiariam o cliente. Preparados para o evento da vida e para sua preservação sob as condições mais saudáveis possíveis, os profissionais da área de saúde quando presenciam a "morte", sentem-se despreparados e constrangidos, sem saber como lidar, pois estão mais preparados e são treinados para salvar vidas, colocando, na maioria das vezes, a morte como fracasso e não como parte do ciclo vital humano (KÜBLER-ROSS, 1989). A falta de preparo os leva a não identificar o aspecto psicológico e nem identificar sintomas importantes de depressão independente da causa do aborto.

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, neste estudo realizado no início desta década, os cinco casos de aborto mais frequentes eram aborto incompleto (quando restos fisiológicos não foram expelidos naturalmente, necessitando de curetagem uterina); inevitável (quando o feto é expelido independentemente de intervenções terapêuticas); completo (houve expulsão completa de restos fisiológicos, não necessitando de curetagem uterina); infectado; retido e outras complicações decorrentes do aborto, vítimas de abusos sexuais, às vezes pelos próprios parceiros, e de agressões físicas. Expressões faciais e verbais de angústia, medo, inquietação, indiferença foram percebidas e se acentuavam à medida que o desconforto do aborto evoluía e as adolescentes demonstravam medo e ansiedade, a maioria enfrenta a internação a sós e esconde da família (MARIUTTI; BOEMER, 2003).

Ao buscar compreender o significado do aborto para as mulheres utilizando a fenomenologia para a análise dos dados, Mariutti e Boemer (2003) evidenciaram aspectos que poderiam ser utilizados pela enfermagem para nortear sua assistência, destacando-se entre elas a possibilidade de a mulher expressar sua dor fisiológica e existencial, independente da causa do aborto, lembrando que não se trata de uma decisão individual, mas que envolve circunstâncias e histórias de vida. Mostrou-se como uma experiência que requer uma hospitalização desconfortante. Essa experiência pode ser apreendida também pelo sentimento de culpa ou medo de ser culpada, por causa dos parâmetros valorativos da sociedade. Ambas mulheres com abortos espontâneos e com histórias sugestivas de abortos provocados sentiam culpa ou medo de serem culpabilizadas, por ser o aborto considerado um crime e envolvido por diversos valores. Revelou-se ainda como uma experiência que envolve preocupação com o corpo, com a integridade do mesmo, pela possibilidade de

complicações advindas do procedimento. Assim, é uma experiência que traz o desejo de rever seus projetos de vida, mudar os rumos, trabalhar e rever seus relacionamentos. Esse momento mostrou-se fecundo para orientá-las, pois segundo a perspectiva fenomenológica, a intencionalidade de suas consciências está começando a voltar-se para a importância do uso de métodos contraceptivos.

Estudo que buscou compreender o significado da situação de abortamento aos olhos da mulher que o vivencia objetivou desvelar as facetas que apontaram para situações que pediam o assistir e trouxeram à luz perspectivas de compreensão desta experiência que poderia se constituir em subsídios para direcionar uma assistência a essas mulheres que contemplassem o seu experienciar. Percebeu-se que tal assistência não pode ocorrer sob modelos normativos, uma vez que a questão do aborto é essencialmente singular e envolve um contexto pessoal (MARIUTTI, 2004; MARIUTTI; BOEMER, 2003; MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007).

Num desses estudos buscou-se compreender como mulheres em situação de abortamento vivenciam o cuidado de enfermagem recebido. Foram analisados 13 depoimentos de mulheres hospitalizadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Foi composta a categoria central "O cuidado de enfermagem foi vivenciado na situação de abortamento", a partir de quatro subcategorias: o cuidado centrado nas necessidades físicas; o receio do julgamento na situação de abortamento; aspectos legais definindo o cuidado; a necessidade de apoio na situação de abortamento. As mulheres identificaram o cuidado de enfermagem fundado em aspectos físicos, não contemplando a individualidade e as especificidades pessoais. Os resultados apontaram a necessidade de criar um ambiente favorável à escuta, ajudando essas mulheres a elaborarem seus sentimentos, permitindo aos profissionais condutas mais próximas da realidade (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007).

Esses estudos levam a refletir sobre a atitude dos profissionais, pois apesar de não se aterem em identificar a etiologia do aborto, obviamente a história clínica, o exame físico e as histórias de vida sinalizavam, em alguns casos, para a intencionalidade no ato de abortar.

Nessa primeira aproximação, observou-se que alguns profissionais da enfermagem, no ato de cuidar de mulheres em situação de abortamento, faziam-no de forma diferente, dependendo da provável etiologia do aborto, isto é,

mulheres com histórias sugestivas de aborto provocado eram vistas como irresponsáveis, frias e, às vezes, até criminosas. Entretanto, o cuidado deveria ser de ajuda e orientação, proporcionando um atendimento que contemplasse sua situacionalidade e temporalidade.

As mulheres têm outras necessidades, como educação e o pronto acesso à assistência integral, tarefa que, segundo Mariscal (2001), está nas mãos de todos os profissionais por meio de educação sexual mais acessível, sincera, científica, vinculada aos direitos individuais e à realidade social, tendo componentes multifatoriais. Nessa perspectiva não existe somente um responsável, pois há falhas institucionais no setor de saúde quanto à acessibilidade da educação sexual com respeito e liberdade o que, segundo o autor, inclui a responsabilidade livre de mitos e tabus, mas que se fale dos riscos em geral; existindo, também, falhas na dinâmica familiar.

Na prática, observou-se que a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres, na maioria das vezes, atendia apenas aos aspectos biológicos, não a considerando no seu contexto de vida, medos, aspectos familiares, ambientais, educacionais, culturais e econômicos. O cuidado tinha um enfoque acentuado no desempenho técnico, com pouca atenção para outras dimensões, como aspectos da qualidade de vida, autoestima e violência domiciliar. Além disso, há a deficiência na formação profissional para o atendimento em situações como aborto provocado ou estupro com sérias consequências biopsicossociais (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007). No entanto, o contexto e a qualidade de vida, apesar de poderem exercer influência na experiência do abortamento, não têm sido considerados por muitos profissionais.

Ribeiro (2008), ao analisar o olhar da enfermagem no cuidado às mulheres em abortamento provocado, acrescenta que há dificuldades do profissional em lidar com o ato de abortar, acrescenta que embora decorridos 20 anos da implantação do SUS, suas políticas públicas e diretrizes, se observa ainda que a gestão hospitalar tem dificuldade em modificar o modelo de atenção e assistência a essas mulheres. Há falta de qualificação e implementação de ações efetivas, e a desacreditação das políticas evidencia a falta de estratégias definidas em relação ao atendimento a elas, contribuindo para o surgimento de julgamentos de valores e preconceitos.

Assim, o cuidado de enfermagem a essas mulheres tem se mostrado insatisfatório, visto preponderantemente no aspecto biológico. Fica a desejar no

que se refere ao seu contexto e individualidade, faltando informações e havendo inclusive um certo preconceito para com aquelas com histórias sugestivas de aborto provocado.

## **1.2. Depressão**

A enfermagem tem reconhecido há muito tempo, como umas de suas tarefas, a promoção da saúde mental que é um direito essencial do ser humano (MINZONI et al., 1977).

Silva (2001) enfatiza que a doença mental está sempre presente no cotidiano das práticas da enfermagem e que, embora o enfermeiro psiquiátrico tenha mais experiência no que se refere a doenças mentais, os profissionais das outras especialidades que compõem as equipes de saúde precisam também estar preparados para dar assistência ao portador de transtorno mental.

A depressão tem crescido bastante nos últimos anos. Conforme a OMS, a doença atinge 240 milhões de pessoas, responsável por mais de 80 mil suicídios por ano. No Brasil, estima-se que há 13 milhões de depressivos (10% da população). Os resultados poderiam ser maiores, pois, por apresentar sintomas físicos aliados aos emocionais, a depressão é confundida com outras doenças e nem sempre é diagnosticada corretamente, interferindo de forma significativa na vida diária, tais como no trabalho, no estudo, no sono, na alimentação e no lazer.

É o distúrbio psiquiátrico mais comum na prática clínica, afetando 25% dos adultos atendidos e, apesar de ser tão comum e tão importante quanto a hipertensão arterial, o diabetes, a cefaleia ou a asma, ainda é encarada com preconceito e discriminação (OMS, 2001).

O Dicionário Médico Blakiston (1997) define a depressão como queda ou redução da função mental. Segundo os estudiosos do tema e sintetizado por Silva (2001), o termo depressão, na linguagem comum, pode significar tanto um estado afetivo normal quanto um sintoma, uma síndrome, uma ou várias doenças.

Dentre as causas estão os agentes biológicos que podem ser genéticos, ambientais e psicossociais (SADOCK; SADOCK, 2007). O tratamento pode ser



medicamentoso, psicoterápico, eletroconvulsivo, comunitário ou a soma de todos.

Apesar dos aspectos biológicos da depressão, tais como os neurotransmissores, a secreção hormonal ou os ritmos circadianos serem estudados, os médicos sabem que muitos eventos externos podem afetar a mente e as emoções. Os relacionamentos com as outras pessoas, as perdas e os momentos estressantes podem influenciar o estado mental. Ao reagir a essas influências, a depressão pode se manifestar. Trata-se de tarefa complexa tentar distinguir as causas biológicas, psicológicas e ambientais do transtorno depressivo (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2002).

Cabe ressaltar ainda que, enquanto sintoma, a depressão pode estar associada a quadros clínicos, como transtornos de estresse pós-traumático, esquizofrenia, demência, alcoolismo ou doenças clínicas. Pode ocorrer circunstancialmente como resposta a situações estressantes ou problemas socioeconômicos adversos (DICIONÁRIO...,1997).

A depressão é muitas vezes confundida com ansiedade, frigidez ou tristeza. Na verdade, esses podem ser alguns importantes sintomas em pessoas com depressão não diagnosticadas. Fadiga, alteração de humor, desânimo, insônia e alterações do apetite são alguns dos outros sintomas. O enfermeiro precisa estar atento, acolher, dar os cuidados e encaminhar para diagnóstico e tratamento adequados (FUREGATO et al., 2005). Devido às diferentes manifestações somáticas e comportamentais, é um transtorno de difícil diagnóstico clínico, e por isto muitas vezes é subdiagnosticada. Alguns sintomas essenciais são confundidos com vários outros distúrbios, o que acaba mascarando o problema e agravando o quadro, levando à cronificação e à maior morbimortalidade (FUREGATO, 2000; MAJ; SARTORIS, 2005; STUART, 2001).

Consta no manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV..., 1994) que estando presentes cinco ou mais sintomas como fadiga, alteração de humor, desânimo, insônia e alteração do apetite, por duas ou mais semanas, os profissionais de saúde devem ficar atentos. O paciente se refere à presença dos sintomas diariamente como: sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (podendo ser delírio), quase diariamente (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente); fadiga quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor quase diariamente; hipersonia ou insônia diariamente; ganho ou perda significativa de peso sem estar fazendo nenhuma

dieta (mudança de 5%) e diferença no apetite; interesse diminuído para atividade; humor deprimido diariamente; capacidade diminuída de concentrar-se ou tomar decisões e pensamentos de morte repetidos, ideias suicidas ou plano suicida.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças, nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão (leve, moderado ou grave), o paciente apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Há também alteração na capacidade de concentração, associada à fadiga acentuada, mesmo após esforço mínimo e observam-se problemas com o sono e com o apetite. Existe quase sempre diminuição da autoestima e da autoconfiança e ideias de culpabilidade e/ou indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou de acordo com circunstâncias e pode acompanhar-se de sintomas somáticos como perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora acentuada, agitação, perda de apetite, peso e libido. No episódio leve, geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente; no moderado, geralmente quatro ou mais dos sintomas e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina; nos casos graves (não psicóticos), os sintomas são acentuados e angustiantes com perda de autoestima e ideias de desvalia e culpa e além de uma série de sintomas somáticos (OMS, 1998).

Okasha (2005) afirma que o diagnóstico adequado de depressão é de importância fundamental, não apenas devido à prevalência desta condição em diferentes populações de pacientes, mas também por estar associada a prejuízos no funcionamento físico e social, comprometimento significativo das atividades cotidianas e a um grande número de dias de incapacitação.

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde informa que, em 1990, a depressão foi a principal causa de incapacitação nos países do Primeiro Mundo, com tendência a expandir-se a países subdesenvolvidos. Em 2020 estima que deverá ser também a principal causa de incapacitação em mulheres nesses países, o que torna o assunto prioritário em termos de saúde pública (CARDOSO; LUZ, 1999; ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1999).

Okasha (2005) acrescenta que os transtornos depressivos produzem ônus econômico nos níveis pessoal, familiar e social, mas esse pode ser reduzido

consideravelmente por meio de intervenções com boa relação custo-efetividade. Se um indivíduo sofre depressão, sua capacidade física e mental fica consideravelmente comprometida. É uma doença que causa incapacitação.

Um estudo multicêntrico internacional mostrou que, dentre os transtornos mentais, a depressão estava correlacionada de forma mais acentuada com a incapacitação do que com doenças físicas comuns como diabetes e hipertensão no contexto dos cuidados primários, afirmando que o transtorno depressivo tem uma alta prioridade em manejo de saúde (FLECK et al., 2005).

Os transtornos mentais representam um custo mundial maior do que as doenças cerebrovasculares e cardíacas combinadas. Os problemas de saúde mental respondem por mais de 8% dos anos de vida perdidos ou ajustados por incapacitação (HOLLAND, 1987). Okasha (2005) estima que os transtornos depressivos produzam mais de 17% da incapacitação associada a problemas de saúde mental mundial, e estima-se que, no ano de 2020, eles serão a segunda causa de incapacitação entre todos os transtornos médicos. Além do alto número de suicídios que são decorrentes da depressão não tratada e não diagnosticada. Afirma que diversos estudos confirmam que médicos têm dificuldade para realizar o diagnóstico de transtornos depressivos e que os obstáculos são o estigma associado ao diagnóstico, as apresentações com sintomas somáticos que mascaram a depressão e a falta de treinamento para diagnóstico de transtornos depressivos.

Hernandez e Alonso (2008) constatam que as doenças mentais estão aumentando cada vez mais, pois apesar das transformações da vida moderna, os indivíduos sentem mais solidão, isolamento, o mundo ficou mais "egoísta" por conta da concorrência entre as pessoas por emprego e pelo consumismo. A Organização Mundial de Saúde tem registrado 450 milhões de pessoas no mundo afetadas por problemas mentais em algum momento de suas vidas, levando a 80 mil suicídios ocorridos todo o ano. A depressão afeta a vida das pessoas, diminuindo seu desempenho na escola, trabalho, atividades diárias, relacionamentos, diminuem a habilidade de concentração, de disposição, mudam o padrão de sono, alimentação e interesse sexual. Também, interferem nos sentimentos e emoções, nas suas responsabilidades, na tolerância a frustrações e na maneira como encara desafios ou situações difíceis.

Lowenkron (2009) afirma que a depressão, quanto mais tarde diagnosticada e quanto menos apoio familiar, ou seja, menos fatores protetores

houver e mais fatores de risco como situação econômica, falta de lazer, dentre outros, maior é a possibilidade de acontecer o suicídio. Ressalta a importância dos profissionais em identificarem precocemente a depressão e encaminhar ao serviço o mais breve possível, diminuindo assim o sofrimento psíquico desta mulher e da família.

Segundo Rodrigues e Gasparini (1992), estudos epidemiológicos têm apontado vários aspectos socioeconômicos-culturais na sociedade industrial e urbana como potencialmente patogênicos. Este contexto denuncia que a maioria das doenças do homem urbano expressa sua forma de viver e sua relação com o mundo. Uma situação conflituosa consigo ou com as condições em que vive pode ser geradora de emoções que se refletem no funcionamento do organismo.

Montgomery (1997) revela que 50% dos pacientes com depressão que buscam atenção primária permanecem sem ser diagnosticados e sem receber tratamento, repercutindo em sofrimento, cronificação e morbimortalidade. Quando se suspeita de depressão, é aconselhável fazer uma entrevista extensa para assegurar e efetuar uma evolução diagnóstica minuciosa. É importante também a forma de realização da entrevista, em um ambiente calmo, tranquilo e que transmita confiança ao cliente, estando alerta aos menores detalhes. Segundo Silva (2001), é necessária uma atitude receptiva, disposição em escutar, observação acurada do comportamento e do conteúdo da comunicação do outro. O tratamento deve ser bem indicado, orientado e acompanhado.

Okasha (2005) informa que não há um transtorno mental que possa comprometer a qualidade de vida mais do que a depressão, estando esta, totalmente, ligada à diminuição da autoestima e aumento do estresse.

Numa resposta adaptada, as emoções oferecem experiências preciosas de aprendizagem sobre a própria pessoa e os relacionamentos e ajudam a funcionar de modo melhor. Na presença de luto ou perda, as reações são adaptadas quando seguem um curso normal de lamentações e luto simples, acompanhado de ansiedade, raiva, dor, desespero e esperança. Na ausência de esperança, por negação ou distorção da perda, pode ocorrer a depressão ou melancolia (STUART, 2001).

A perda inclui sentimentos de perda de esperança, de amor, da autoestima, de *status* e de funcionamento físico. Um grande estressor e as flutuações de humor são respostas específicas ao estresse que podem decorrer

de eventos reconhecidamente importantes para todas as pessoas, ou suplemento para o indivíduo que o experiência.

Se os enfermeiros são os profissionais que têm o primeiro contato com a pessoa quando esta busca atendimento (OPAS; OMS, 1999), é de suma relevância tal identificação.

Dalgalarrondo (2000) afirma que de 31 a 50% da população no Brasil apresentaram ou apresentarão algum episódio de transtorno mental, necessitando de algum tipo de ajuda profissional.

Embora o comportamento de humor deprimido possa ser relatado como tristeza e infelicidade, alguns indivíduos podem negar o humor deprimido, exprimindo uma variedade de queixas somáticas, como: alterações gastrintestinais, mudanças de apetite, alteração da libido e perturbação do sono. Essas queixas podem se concentrar em sinais físicos, por serem mais facilmente e mais aceitas socialmente.

Como enfermeira, percebemos no cotidiano da assistência que pessoas com sintomas depressivos consultam mais os serviços de saúde e talvez possam permanecer mais tempo internadas. Isso mostra que a intensidade dos sintomas depressivos está inversamente relacionada a vários indicadores subjetivos de bem-estar e saúde. Indivíduos com maior intensidade dos sintomas depressivos têm mais comprometimento do funcionamento físico, psicológico e social e avaliam sua qualidade de vida como sendo ruim.

Assim, segundo Siviero (2003), os eventos de vida considerados indesejáveis, como separações e perdas, estão mais frequentemente relacionados a episódios de depressão do que os eventos de ingresso, acréscimos e introduções. Os primeiros eram seguidos de transtornos psiquiátricos, alterações da saúde física, prejuízo do desempenho de papéis e depressão.

Os eventos de vida podem exercer um papel primário na depressão, ou contribuir para que ela ocorra. É possível assim perceber que os limites entre as doenças orgânicas ou uma perda e as doenças psíquicas são muito mais interligadas do que se imagina.

No entanto, Silva, Furegato e Costa Junior (2003), em pesquisa realizada na rede básica de saúde, observaram que alguns profissionais de enfermagem não sabem identificar pacientes deprimidos, não identificam sinais de depressão nos pacientes atendidos, nem consideram sua tarefa de identificação e muito menos seu papel terapêutico no cuidado a estas pessoas.

A depressão, quando diagnosticada e tratada precocemente, pode ser resolvida mais rapidamente e não causar muitos danos à pessoa acometida e à sociedade (AMA, 2002; OPAS; OMS, 1999).

É importante salientar que todas as pessoas passam por momentos nos quais se sentem tristes, sozinhas ou infelizes. Uma pessoa que sofreu perda de um ente querido ou emprego pode sentir-se “deprimida”. Na maioria das vezes, estará experimentando um sentimento normal e absolutamente compreensível. Sentir-se deprimido, nem sempre significa um processo patológico (SILVA, 2001). É tarefa e compromisso ético da equipe de saúde reconhecer as manifestações de comportamento do paciente, bem como assistir o indivíduo deprimido com qualidade e atenção (SILVA, 2001).

A importância do diagnóstico e do tratamento da ansiedade e da depressão pós-aborto justifica-se porque, além de diminuir o sofrimento da mulher, melhorando sua qualidade de vida, pode fazê-la refletir sob o planejamento de sua vida.

Finalmente, a ação do profissional de saúde, na identificação da depressão e diminuição da morbimortalidade pós-aborto deve estar apoiada na educação para a saúde. O profissional voltado para esta dimensão do cuidado de saúde poderá ser capaz de diagnosticar estresse e depressão, manejar fatores predisponentes e atuar com respaldo nos conceitos de qualidade de vida e autoestima, baseados na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, com foco no conceito de promoção da saúde.

### **1.3. Aborto e depressão**

Estudos epidemiológicos dos transtornos psiquiátricos na mulher mostram que a conscientização de que estes transtornos são um sério problema de saúde pública é relativamente recente, ocorrendo a partir da publicação realizada pela OMS, utilizando como medida uma combinação do número de anos vividos com incapacidade e consequente deteriorização da qualidade de vida. Mostra, também, a intensa diferença de gêneros na incidência e curso de transtornos mentais, assim como na apresentação clínica e na resposta terapêutica

(ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006; MAJ; SARTORIUS, 2005; PEGORARO, 2007; VILLELA, 1992).

A doença mental na mulher, em muitos momentos ao longo da história foi associada à sexualidade. Na época do Egito Antigo, atribuíam o fato pela presença do útero e às particularidades deste órgão, que, ao se deslocar pelo corpo, produziria sintomas semelhantes aos atribuídos aos quadros de histeria e também acreditavam que a melancolia era associada aos vapores advindos do sangue menstrual, causador de alucinações (VILLELA, 1992). Acreditava-se antigamente que ao casar os problemas acabariam e ela se tornava dona do lar.

No entanto, atualmente com as transformações no papel e na identidade feminina, a família tradicional, na qual o homem era provedor e a mulher, dona de casa entrou em crise, a partir das três últimas décadas do século XX, não havendo mais separação entre as esferas pública e privada na vida da maior parte das mulheres (PEGORARO, 2007).

No entanto, mesmo com essa transformação, o número de mulheres com prevalência de transtornos mentais é maior do que o dos homens.

Andrade, Viana e Silveira (2006) mostram que as mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtorno de ansiedade e de humor do que os homens, enquanto estes apresentam maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade antissocial e esquizofrenia. Revela que a mulher apresenta vulnerabilidade marcante para sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo.

A diferença entre a prevalência de depressão em mulheres e em homens é observada em várias regiões do mundo e esta razão tem variado entre 1,5 e 3,0, com média de duas mulheres para cada homem. Além das especificidades biológicas, há também os fatores como pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação associado ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos, ou pela forma diferencial entre gêneros de lidar com problemas e buscar soluções. Outro argumento é que as mulheres teriam maior facilidade de identificar sintomas, admitir que estão deprimidas e de buscar ajuda que os homens (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Os fatores de risco associados à depressão têm sido identificados, incluindo história familiar, adversidade na infância, aspectos associados à personalidade, isolamento social e exposição a experiências estressantes.

Estudos mostram também mulheres apresentando maiores taxas de ansiedade associada à depressão e homens mostrando maior abuso de álcool e transtorno de conduta (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação nas mulheres, tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos. Segundo Andrade, Viana e Silveira (2006) no mundo, a morte por suicídio é a segunda causa de morte nas mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos de idade.

Além das especificidades biológicas, outras teorias tentam explicar essa diferença de gênero na prevalência da depressão, como influência de pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação associados ao desempenho de papéis, ou a formas diferentes de lidar com os problemas e buscar soluções. Os fatores de risco associados à depressão referem-se à história familiar, à adversidade na infância, aos aspectos relacionados à personalidade, ao isolamento social e à exposição a experiências estressantes (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

Justo e Calil (2006) afirmam que, dentre as possíveis diferenças nas manifestações depressivas entre homens e mulheres, em âmbito biológico, chamam a atenção o funcionamento hormonal e as consequências deste. Até a adolescência, a prevalência de depressão parece ser semelhante entre os dois sexos. Tomam a menarca como referência para o início das diferenças de prevalência de depressão entre os dois sexos.

Para Jones, Darroch e Henshaw (2002), as mulheres sofrem de síndrome pós-aborto, experimentando o "luto incluso", uma dor na qual na maioria das vezes é negada, quando uma morte real ocorreu. Por causa desta negação, o luto não pode praticamente existir; mesmo assim, a dor da perda ainda está presente e muitas têm *flashbacks* da experiência do aborto e inclusive pesadelos sobre o bebê e até mesmo sofrimento no aniversário da morte.

Os efeitos psicológicos mais comuns da situação de aborto são sentimentos de culpa, impulsos suicidas, pesar/abandono, perda da fé, baixa estima pessoal, preocupação com a morte, hostilidade e raiva, desespero/desamparo, desejo de lembrar a data de nascimento, alto interesse em bebês, frustração do instinto maternal, mágoa e sentimentos ruins em relação às pessoas ligadas à situação, desejo de terminar o relacionamento com o parceiro, perda de interesse sexual, frigidez, incapacidade de se autoperdoar,



nervosismos, pesadelos, tonturas, tremores, sentimento de estar sendo explorada, dentre outros (JONES; DARROCH; HENSHAW, 2002).

Segundo Broen et al. (2005), o aborto, no caso de ser provocado, causa ansiedade, depressão, culpa e vergonha por até cinco anos, segundo um estudo científico publicado atualmente na Grã-Bretanha. De acordo com esta pesquisa, os abortos naturais causam depressão e ansiedade apenas durante os seis primeiros meses depois da perda do bebê, enquanto os abortos provocados têm um efeito mais negativo psicologicamente e mais duradouro. Esta pesquisa foi duramente criticada por grupos pró-aborto que afirmam não haver evidências concretas para demonstrar que este tipo de decisão está diretamente relacionado a traumas psicológicos. Questiona-se o fato de estas mulheres apresentarem, anteriormente, algum distúrbio psicológico.

O estudo mostra que dez dias depois da perda do bebê, 47,5% das mulheres que sofreram abortos naturais disseram sentir algum tipo de trauma ou dor emocional, contra 30% daquelas que optaram pelo aborto provocado. No primeiro grupo de mulheres, apenas 2,6% afirmaram sentir alguma dor emocional cinco anos depois do aborto natural. No entanto, no grupo das que decidiram praticar o aborto, 20% disseram continuar sentindo-se culpada e deprimida por ter tomado tal decisão cinco anos após o aborto.

As mulheres que sofreram abortos naturais apresentaram os mesmos problemas psicológicos que as pessoas que viveram um evento muito traumático. No entanto, as mulheres que se submeteram a um aborto por decisão própria as reações emocionais são muito mais complexas (BROEN et al., 2005).

Além dos danos psicológicos, os danos físicos são causadores de muitos medos nas mulheres como: laceração do colo uterino causado pelo uso de dilatadores, perfuração do útero, hemorragias uterinas, endometrite e histerectomia. Há também as complicações tardias como insuficiência ou incapacidade contrátil do colo uterino, aumento da taxa de nascimentos por cesariana, danos causados às trompas por possível infecção pós-aborto, causando infertilidade, isoimunização em pacientes Rh negativo e partos posteriores complicados.

Klier, Geller e Neugebauer (2000) afirmam que a depressão é um efeito natural do aborto e que pode aparecer anos depois. A depressão causada por um aborto, independente da causa ou das situações envolvidas, é uma condição

oculta e ignorada, porém necessária à prevenção e ao tratamento. Os autores acrescentam que muitas mulheres vão a tratamento para depressão, ansiedade, vícios, mas não compreendem as raízes de sua enfermidade. Muitas vezes são “narcotizadas” e “nunca lhes é dado o diagnóstico nem se direciona para tratá-las no caminho da cura e da recuperação”. Os autores afirmam que a lembrança e os sentimentos não resolvidos sobre o aborto convertem-se em fontes de pressão que podem surgir anos depois em formas inesperadas. As emoções não resolvidas demandarão atenção cedo ou tarde, com frequência devido ao desenvolvimento de perturbações emocionais ou de comportamento.

Segundo Bulacio (2004), o transtorno de estresse pós-traumático é a exposição de um indivíduo a um acontecimento traumático e experimentado que influencia sua integridade física, na qual este tem recordações de acontecimentos recorrentes e que provocam mal-estar; incluem pensamentos e percepções; sonhos recorrentes juntamente com mal-estar; o indivíduo pode ter a sensação de que o acontecimento está se repetindo, inclusive a sensação de estar revivendo a experiência, ilusões, alucinações e *flashbacks*. Essas pessoas evitam persistentemente os estímulos associados ao trauma, se esforçam para evitar sentimentos, conversas, atividades significativas, lugares e pessoas que motivam recordações do trauma ou relacionadas ao evento trazendo consequências como incapacidade para recordar um aspecto importante do trauma, sensação de um futuro sem esperança (emprego, casamento, formar uma família, ter novamente uma criança, levar uma vida normal), podem perder o interesse pelas coisas que antes causavam alegria e têm dificuldade de sentir afeto. É possível que sejam irritáveis, mais agressivas que antes e mal-humoradas.

Uma recordação pode fazer a pessoa perder contato com a realidade e voltar a viver o evento por um período de anos seguido por horas, ou raramente, por dias. Estas recordações podem aparecer em forma de imagens, sons, odores e sensações, fazendo-as acreditar que o evento traumático está voltando a se repetir (BULACIO, 2004).

Esse diagnóstico se dá unicamente pelos sintomas que duram mais de um mês. Nas pessoas com o transtorno de estresse pós-traumático, os sintomas geralmente começam três meses depois do trauma e o curso da enfermidade varia. Há os que se recuperam dentro dos seis meses seguintes, e outros que os sintomas duram muito tempo. Em alguns casos pode ser crônico e

ocasionalmente a enfermidade se detecta vários anos depois do evento traumático (DSM-IV..., 1994).

Klier, Geller e Neugebauer (2000) surpreenderam-se ao descobrir que as mulheres que haviam tido abortos tinham uma probabilidade de 1,5 vez maior de sofrer alguma enfermidade mental, e duas ou três vezes maior de abusar do álcool e/ou das drogas. Estes acompanharam 500 mulheres desde seu nascimento até a idade de 25 anos. Aquelas que tiveram um aborto apresentaram, como consequência, elevados índices de problemas de saúde mental, incluindo depressão (46% de aumento), ansiedade, comportamentos suicidas e abuso de substâncias. Mostram ainda que o aborto é responsável de fato por toda uma série de problemas psicológicos profundos: 160% de aumento nos índices de suicídio nos EUA.

Outro estudo revela que, inclusive quatro anos depois do aborto, o índice de admissões psiquiátricas permanecia 67% mais alto que o das mulheres que não tinham passado pela situação. Alguns estudos comprovam que o risco de depressão pós-parto e psicose durante os nascimentos desejados também se costuma ligar a um aborto prévio (ENGELHARD; VAN DEN HOUT; ARNTZ, 2001).

As estatísticas colhidas na América do Norte revelam que 55% das mulheres que haviam passado por aborto informaram ter pesadelos e sentimentos de preocupação (relacionadas ao bebê, ao corpo e à vida), 73% descrevem situações de voltar a revivê-lo, 58% das mulheres informam pensamentos suicidas que elas relacionam a esta situação, 68% revelam que se sentem mal consigo mesmas (as que sugerem ser provocados, porque provocaram e as que perderam naturalmente porque não conseguiram levar a gravidez adiante, às vezes culpando até a própria situação socioeconômica,), 79% informam culpa, incapacidade de perdoar a si mesmas, 63% têm medo com respeito a suas futuras gestações e a maternidade, 49% relatam problemas ao estarem próximas de bebês e 67% se descrevem como "emocionalmente afetadas" (ENGELHARD; VAN DEN HOUT; ARNTZ, 2001).

Segundo Perrin e Bianchi-Demicheli (2002), após exaustiva revisão de muitos estudos e a experiência clínica, indicam que, para muitas mulheres, o início de disfunções sexuais e desordens alimentares, o aumento do tabagismo, as desordens de pânico e ansiedade, junto com relações de abuso se tornam formas de vida comuns como consequência da situação de abortamento. Os autores colocam que há um aumento crescente desses casos e que, infelizmente,

são ignorados, mal diagnosticados e não tratados e levando à morbimortalidade destas mulheres e acrescentam o aumento entre as jovens.

Por outro lado, Perrin e Bianchi-Demicheli (2002) referem-se a um estudo que garante que a depressão pós-parto é uma ocorrência pouco frequente em mulheres jovens que optam pelo aborto, quando estão numa fase que realmente não poderiam ou não aceitariam um filho naquele momento, por vários motivos: são jovens demais, estudam, não trabalham, não têm um relacionamento firme e seguro, ou os pais não aceitariam. Segundo esse estudo, elas não têm arrependimento, somente um temor de não poder ter esta experiência de gravidez no momento certo, medo de um risco relacionado ao corpo e relatam que o sofrimento é intenso, mas não maior do que ter um bebê numa fase em que elas não desejariam. Porém, colocam a importância de terem usado prevenção para que isso não ocorresse e procuram não pensar mais no fato ocorrido. Os autores acrescentam que ter um filho indesejado causa menos depressão do que abortar. Foram entrevistadas 421 mulheres que tiveram uma gravidez indesejada entre os anos de 1980 e 1992 e concluíram que entre as que optaram pelo aborto estão as que apresentaram alto risco de depressão, contra 22,7% entre as que optaram por ter filho.

Partindo-se dessas reflexões, observa-se que, dependendo do ponto de referência, há discordâncias entre autores e estudos realizados, o que aponta a necessidade de investigações do tema. As leituras e as experiências anteriores reforçaram ainda mais o interesse pelo tema.

Diante do exposto, esta pesquisa busca subsídios para elaboração futura de uma assistência de enfermagem que atenda melhor às necessidades biopsicossociais da mulher que vivencia esse episódio e assim minimizar o sofrimento mental das mesmas.

#### **1.4. Autoestima**

A autoestima, segundo Gallar (1998), está relacionada com a personalidade, resulta do que somos, como nos vemos e como os outros nos veem, influenciando a valorização e a confiança pessoal e profissional nos nossos relacionamentos. Segundo Placco (2001), os conceitos de autoestima e

autoconceito, bem como as diferentes dimensões pessoais (ser, estar, ter, poder, querer) são essenciais, pois o processo de capacidade para desenvolvimento de resiliência passa por essas dimensões. Uma boa estima pessoal é um dos aspectos resilientes.

A personalidade também é umas das características importantes para determinar condutas e maneiras de enfrentamento. Pode-se dizer que a personalidade é constituída por suas características psicológicas estáveis, as quais podem diferenciar-se. Existem também as patológicas como dependente, esquizoide, evitativo, depressivo, dependente, histriônico, narcisista, antissocial, agressivo-sadista e compulsivo (BULACIO, 2004).

Há estreita ligação entre autoestima, estresse, ansiedade e personalidade que pode gerar enfermidades físicas e mentais. Segundo Bulacio (2004), é importante atuar no evento estressor de forma criativa, buscando alternativas, soluções, novos enfoques e condutas de enfrentamento, superar e explorar essas alternativas com criatividade. Para isso tem de interpretar, compreender o problema e redefini-lo possibilitando desta maneira diversas opções de soluções. Os obstáculos para agir com criatividade são respostas estereotipadas, incapacidade de percepção da situação ou problema, excessiva familiaridade com o assunto, bloqueio social, cultural, emocional e o limite dos próprios recursos e habilidades pessoais, os quais são influenciados por aspectos sociais, afetivos, financeiro, familiar e qualidade de vida.

Bulacio (2004) afirma que qualidade de vida é responsável para que o ser humano se sinta feliz e com sensação de bem-estar. Individualmente ou em conjunto todos buscam ser felizes, mas vivem em contradição, pois este objetivo pleno não é alcançado, diante de nossa imortalidade e imperfeição. Cada um, em sua cultura e contexto, tenta resolver seus problemas de um modo diferente, alguns pela fé religiosa ou outros recursos como apoio social, recurso financeiro e habilidades internas.

Além dos aspectos ligados à qualidade de vida, à autoestima e aos aspectos psicossociais, a mulher ainda pode ser vítima de violência domiciliar. A mulher tem vivenciado este tipo de violência, muitas vezes com atitude de submissão e abnegação frente ao parceiro o que acaba repercutindo em sua saúde e também na realização de relações sexuais não seguras, podendo ter como consequência o aborto, em vista de uma gravidez não planejada.

A violência pode ser definida como "o uso intencional de força física ou poder, em forma de ameaças ou de atos, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte, ou tenha uma grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, prejuízo do desenvolvimento ou privação. Violência contra a mulher seria qualquer ato de violência que resulte, ou tenha uma grande probabilidade de resultar, em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1998). A violência pode estar associada ao uso de álcool e a drogas na família também.

Casique e Furegato (2007) e Vianna, Bomfim e Chicone (2006) mostram que a frequência da violência (física, psicológica e social) tem influência importante com autoestima dentro dos lares. Segundo Furegato et al. (2005), o indivíduo interpreta e percebe o mundo em função de sua constituição biopsíquica, suas experiências e seu aprendizado. Tipo de personalidade e comportamentos resilientes são fatores de proteção em relação à depressão (EDWARD, 2005). A valorização que o indivíduo se atribui está relacionada aos seus níveis de autoestima.

Rosenberg (1965) coloca que a depressão, frequentemente, vem acompanhada de baixa autoestima. Foi observado em estudos que pessoas com baixa autoestima podem parecer mais depressivas. Acrescenta que uma pessoa com bom nível de estima pessoal é aquela que simplesmente se considera igual aos outros, sabe suas limitações e procura melhorar. Uma pessoa com uma estima muito elevada é aquela que se acha autossuficiente em tudo e melhor que os outros.

Além dos fatores externos que determinam condutas de pessoas e sua autoestima, Furegato (1999) acrescenta que o indivíduo seleciona formas de satisfazer suas necessidades de acordo com a maneira de se relacionar com o mundo, utilizando mecanismos de enfrentamento como negação, omissão, distorção e projeção e assim evitando os efeitos da ameaça impostos pelas situações de estresse.

O estresse origina-se nas relações entre a pessoa e seu entorno, produzindo aumento geral de ativação do organismo como aumento da pressão arterial, do suporte sanguíneo, do ritmo cardíaco, estímulo do músculo estriado, aumento da secreção de adrenalina, problemas cardíacos, respiratórios, gastrintestinais, musculares, dermatológicos, sexuais, endocrinológicos e

imunológicos. É um conjunto de relações particulares da pessoa como algo que excede seus próprios recursos e que põe em perigo seu bem-estar pessoal (BULACIO, 2004). A maneira como vai ser enfrentada cada situação depende dos recursos e habilidades, suas demandas internas e externas e sua autoestima.

### **1.5. Resiliência**

Resiliência é a capacidade de um indivíduo para responder de forma mais consistente aos desafios e às dificuldades, podendo reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante desses desafios ou circunstâncias desfavoráveis, tendo uma atitude otimista, positiva e perseverante e mantendo o equilíbrio (PLACCO, 2001). Esta característica pode ser de personalidade que, ativada e desenvolvida no seu contexto social, possibilita ao sujeito superar a si mesmo e às pressões de seu mundo. Assim, poderá desenvolver um autoconceito realista, autoconfiança e um senso de autoproteção que não desconsidera a abertura ao novo, à mudança, para superação de adversidades. Ressalta que o desenvolvimento dessas qualidades pessoais não deve ocorrer por meio de mecanismos de defesa, que torne as pessoas insensíveis e conformadas, mas que possam superar, ficar mais fortes, equipadas, repensando atitudes e soluções para as diversas circunstâncias da vida. Na Física, resiliência “é a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é desenvolvida quando cessa a tensão causadora de uma deformação elástica” (PLACCO, 2001). Para melhor compreender o conceito de resiliência, é importante compreender os conceitos de risco, vulnerabilidade, estresse, *coping*, (estratégias de enfrentamento), competência e *buffers* (fatores de proteção).

Resiliência refere-se às habilidades para superar adversidades, não significando que o indivíduo saia ileso, como implica o termo invulnerabilidade. Segundo Tavares (1998), é uma qualidade de perseverança da pessoa face às dificuldades e circunstâncias em que se encontram, situações do dia a dia e aquelas que extrapolam o seu cotidiano; seria experienciar o mundo com sua riqueza e pobreza, êxitos e fracassos, vitórias e derrotas, alegrias e dramas, abundâncias e miséria, felicidade e infelicidade, esperança e desespero, sabedoria e ignorância dentro do seu contexto. Para Grotberg (1995), a

resiliência é a capacidade de a pessoa enfrentar a adversidade, de modo não só a ultrapassá-la com êxito, muito menos aceitá-la, mas agir de maneira a crescer com a situação. Portanto, dá resistência a condições negativas subsequentes, tornando os sujeitos mais complexos e menos vulneráveis em função daquilo em que se modificaram após terem sido submetidos a esse tipo de experiência.

Simões (1996) afirma que um indivíduo é um conjunto de características, individuais que lhe são próprias e de experiências diversas, vividas e interpretadas de uma determinada maneira, que irá ou não, encarar como significativos certos eventos positivos ou ruins com os quais vai sendo confrontada. O desenvolvimento pessoal resulta de uma multiplicidade de aspectos que não se restringem às influências externas, o que explica as diversidades de reações de pessoa para pessoa diante de uma mesma situação ou circunstância.

Segundo Simões (1996), o autoconceito e a percepção que o indivíduo tem de si próprio e a autoestima (avaliação afetiva do autoconceito) são considerados elementos fundamentais para o processo de desenvolvimento de personalidades resilientes. Pessoas resilientes respondem melhor aos desafios e a situações de acordo com sua dinâmica interna e externa por meio de eficiência e qualidade de suas respostas diante de uma situação nova e até assustadora, criando uma nova informação susceptível de permitir uma nova maneira de ser, de ter, de poder, de comunicar, de relacionar-se e estar com os outros.

Pereira (1991) afirma que muitas situações difíceis exigem comportamentos novos ou diferentes das formas usuais. Assim, *coping indicaria a necessidade de adaptação em situações difíceis ou esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações indutoras de estresse* que são exigências mais fortes do que a capacidade que o indivíduo tem de se adaptar, ou seja, de lidar com os mecanismos de *coping*. Os mecanismos de *coping* utilizados pelo indivíduo para resolver os seus problemas dependem da capacidade que este tem para confiar ou não em seus recursos. Os eventos estressores são eventos traumáticos e acontecimentos significativos da vida, circunstâncias muito graves que aparecem sem ser usualmente antecipadas e que podem induzir a transtornos psicopatológicos susceptíveis de se manterem por longos anos, caso não sejam devidamente tratados (VAZ SERRA, 1999), e que podem determinar alterações do estilo de vida. Dentre estes, estão morte de



familiares, luto, separação ou divórcio, saída de filhos de casa e perda de emprego, caso de gravidez indesejada e aborto.

Bulacio (2004) conceitua o estresse como a relação do indivíduo com o meio ambiente e a personalidade, como se o estresse fosse o centro da relação entre o meio ambiente e o corpo. O ser humano encontra-se imerso em um mundo que é exterior a ele e com o qual realiza intercâmbios, isto é, troca de informações e reage de acordo com sua dinâmica interna que são características peculiares como personalidade, autoestima, experiências, vivências, toda sua bagagem que estará intimamente ligada com suas condutas frente às situações.

O mundo oferece características subjetivas, estímulos que são trocados com características subjetivas do ser humano, ou seja, esquemas racionais e emocionais que organizam e orientam sua percepção, o modo como percebemos o mundo, os movimentos, os gestos e as situações (BULACIO, 2004). A maneira como o ser humano se percebe pode dar significado as suas experiências, embora cada situação poderá ter significados totalmente diferentes para cada pessoa. Depende de vários fatores peculiares como: desenvolvimento da personalidade, criação, aprendizagem, hereditariedade, maneira das primeiras trocas com o mundo, suas experiências e circunstâncias de vida, levando em consideração suas limitações biológicas, afetivas e sociais (BULACIO, 2004).

O pensamento dá ao ser humano a capacidade de manipular e transformar a informação, a percepção de sua experiência e vivência de acordo com suas características. A conduta humana, portanto, sempre tem um sentido (BLEGER, 1984; BULACIO, 2004).

Os fatores de risco ou predisponentes são os fatores que em conjunto ou separadamente podem desencadear problemas mentais, sociais e físicos; relacionam-se com eventos negativos de vida, e quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais, devem ser, segundo o autor, sempre pensado como processo e não como a variável em si, pode ser: situação econômica, situação com o parceiro, dependência econômica ou psicológica, número de filhos, situação de moradia, familiar, doenças anteriores, nível de autoestima, autoconceito, violência doméstica, estresse e trabalho. Os mesmos fatores que podem ser de risco ou predisponentes podem ser fatores que levam a uma adaptação ou a um ajustamento. A mesma situação que para um indivíduo apresenta um risco, para outro, pode ser um desafio (MARIUTTI; FUREGATO, 2010). É o que Rutter

(1981) chama de variação individual em resposta ao risco e está relacionada com habilidade individual de superar momentos de crises e tem a ver também com a trajetória individual, as características pessoais, o sexo, o temperamento e até a genética.

O conjunto de esforços cognitivos e comportamentais (*coping*) utilizados com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais são habilidades estratégicas, comportamentos, respostas ou recursos.

Segundo Cowan, Cowan e Schulz (1996), o ingrediente central dos estudos contemporâneos sobre risco está na sua ênfase no movimento dos fatos e não em fatos estáticos. Assim, os riscos psicológicos mudam na trajetória do indivíduo de acordo com as circunstâncias de vida e têm diferentes percussões, dependendo de cada um. Eventos operam como estressores na medida em que sobrecarregam ou excedem recursos adaptativos da pessoa.

Rutter (1987) chama atenção para a distinção entre fatores de proteção (qualidades do indivíduo como pessoa) e experiências positivas; por exemplo, ser do sexo feminino significa ser menos suscetível do que os meninos. Fatores de proteção são os padrões dos eventos estressores. As diferenças individuais são causadas por fatores constitucionais e ambientais, experiências compensatórias fora de casa, desenvolvimento da autoestima, oportunidade, grau apropriado de estrutura e controle, religiosidade, presença de vínculos e relacionamentos íntimos e a aquisição de habilidade de *coping*. Mecanismos de proteção são aqueles que, numa trajetória de risco, acabam por mudar o curso da vida da pessoa para um final melhor. O conceito de resiliência e a combinação desses fatores podem apresentar maior desenvolvimento, dependendo do efeito cumulativo de interação dos mesmos (RUTTER, 1987). Segundo Masten e Garmezy (1985), alguns aspectos são importantes como fatores de proteção: atividade, autonomia, orientação social, autoestima, coesão familiar, ausência de grandes conflitos, inteligência, senso de humor, empatia, disponibilidade de recursos financeiros, apoio social e recursos individuais.

Para Bulacio (2004), as estratégias de enfrentamento dependem de vários fatores como aceitação, adaptação, contexto e experiência de vida, apoio familiar e social, personalidade, fatores hereditários em geral, estado de saúde, idade, experiências, autoestima, nível de estresse e ansiedade e capacidade de

tolerância. Existem várias funções do enfrentamento, e as principais são alterar ou manejar a fonte geradora do estresse ou mudar o valor que dá ao problema ou situação. Há maneiras ativas (direta e confrontativa) de enfrentamento e passivas, que são as de conformismo, aceitação ou comodismo e a outra maneira é o escape que pode ser físico, a pessoa “foge de cena” ou psicológico, a pessoa não fala sobre o problema, a experiência e não expõe seus sentimentos procurando fugir da realidade.

Há um processo chamado psicoeducação que permite aos profissionais das diversas áreas da saúde ajudar os pacientes a desenvolver possibilidade de criar, de fortalecer suas capacidades para afrontar diversas situações de um modo mais adaptativo, talvez até confrontativo dependendo da situação. Ao fortalecer suas capacidades, está influenciando indiretamente no aumento de sua autonomia e responsabilidade pelo seu autocuidado, elevando sua autoestima e seu próprio valor com o objetivo de orientar e ajudar a identificar com mais entendimento e clareza seu problema ou situação, as causas, os sintomas, a evolução, prognóstico e tratamento, atuando inclusive na qualidade de vida (BULACIO, 2004; RUTTER, 1987) na vida conjugal e na sua independência.

O manejo de uma informação adequada e específica tem o efeito de diminuir suas incertezas e dar flexibilidade e estímulo à criatividade na resolução da nova situação ou problema, influenciando na aceitação e diminuindo a ansiedade (MONAT; LAZARUS, 1991).

Pessoas com transtorno de ansiedade valorizam excessivamente as situações como estressantes e muitas vezes são estressantes a partir dos resultados que lhe dão (BULACIO, 2004), mas também dependem da duração do evento estressor, dos fatores envolvidos e da probabilidade que ocorra algo pior depois daquele evento. Calcula-se que 15 a 20% das pessoas têm transtorno de ansiedade após evento traumático. A ansiedade cumpre uma função adaptativa que deve ser considerada como uma emoção normal, mas quando se torna patológica é de intensa dimensão. Frente a uma situação de estresse, a pessoa pode responder com ansiedade, depressão, ira ou de maneira adaptativa, dependendo de seu estado cognitivo, do modo como processa ou pensa a situação.

A ansiedade gera mudanças no aspecto físico como taquicardia, palpitação, pressão no pericárdio, dispnéia, tremor, sudorese, moléstias digestivas, náuseas, vômitos, irritabilidade, cansaço, rigidez/tensão muscular; no

aspecto cognitivo como inquietude, insegurança, sensação de estranheza, despersonalização, medo de perder o controle, dificuldade de tomar decisões, tentativas de suicídio, falta de concentração e atenção, memória, falta de autocuidado, preocupação excessiva, expectativas negativas, confusão, tendência a recordar momentos desagradáveis e interpretações inadequadas; no aspecto de condução incluem estado de alerta constante, hipervigilância, bloqueio para atuar, inquietude motora, dificuldade para estar quieto, em repouso e nos aspectos sociais são irritabilidade, dificuldade no momento de seguir uma conversa, bloqueio no momento de perguntar ou responder, dificuldade para expressar as próprias opiniões e temor excessivo de possíveis conflitos (BULACIO, 2004).

Esses sintomas variam de intensidade em todos os casos, dependendo de fatores peculiares a cada pessoa, uns mostram-se mais vulneráveis ou susceptíveis que outros a uns ou outros sintomas.

Assim, da junção dessa trajetória com leituras, filmes, aulas, apresentações e reuniões individuais, estágios, experiência vivencial e o contexto relacionado aos casos de aborto (estupro, violência sexual, perda espontânea ou não), os trabalhos de pesquisa desenvolvidos direcionam novamente para a reflexão sobre a identificação da depressão e outros fatores associados e da importância da atuação da enfermagem.

As intervenções de enfermagem são importantes no conjunto de ações com vistas à assistência integral, pois o ato de cuidar envolve proximidade física e maior acesso ao corpo. Há de se considerar ainda que um grande contingente do pessoal de enfermagem é constituído por mulheres, implicando, de certa forma, um relacionamento entre cuidador e paciente potencialmente empático, no qual a cumplicidade, a parceria e a comunhão de questões ligadas ao exercício de ser-mulher podem estar presentes.

Percebendo que a situação do aborto dá possibilidade de desenvolvimento da depressão, há um risco para este desenvolvimento. Estudos mostram que a depressão pode se desenvolver ao longo do tempo e não imediatamente, e procuramos indicadores do momento, como autoestima e resiliência que podem levar à depressão.

Diante dos dados da literatura e da experiência profissional, surgiu a preocupação em identificar sintomas de depressão, níveis de autoestima e

resiliência em mulheres que estão na situação de abortamento e que necessitam do cuidado de enfermagem.

A mulher, com história de aborto, geralmente vivencia um período de luto, enfrentado, postergado ou não resolvido. Brunner e Suddarth (1999) destacam vários motivos para o adiamento ou negação das reações. Dar oportunidades para que a paciente fale e libere suas emoções não só ajuda como fornece indícios para que a enfermeira planeje cuidados específicos. A perda mal resolvida pode se manifestar de diferentes formas nos comportamentos futuros. Por isso, são importantes as interações de ajuda do enfermeiro neste momento.

Uma equipe preparada para compreender as necessidades, não somente físicas, mas também sociais e psicológicas e todo o seu contexto, independente da etiologia do aborto, com capacidade de ouvir, sem prejulgamentos, pode ajudar efetivamente. A discriminação e os agravos à saúde, impostos por razões culturais, legais e religiosas que envolvem essa questão, têm contribuído para a precariedade da assistência, para o aumento do aborto clandestino, da mortalidade e da morbidade.

A qualidade da atenção nos serviços de saúde implica em acolhimento, informação, competência profissional assim como tecnologia apropriada e disponível com relacionamento profissional pautado no respeito à dignidade, aos direitos sexuais e reprodutivos, à busca de novos horizontes e compreensão.

Para Rudio (1999a), a relação de ajuda é uma interação terapêutica entre o profissional e o paciente, na qual a pessoa tem oportunidade de abordar livremente suas preocupações. É um processo por meio do qual uma pessoa tenta, conscientemente, ajudar a outra pessoa a aliviar sua ansiedade e aumentar a sua capacidade adaptativa. Assim, o mais valioso recurso à disposição da enfermeira é ouvir o paciente.

Na relação de ajuda, duas pessoas interagem, comunicando-se por uma "conversa", cujo assunto é um problema e a solução que se deseja para o mesmo. Também para Furegato (1999), a relação de ajuda é uma "conversa", diferente das comuns, pois existe um objetivo a ser atingido (a compreensão e a solução do problema), cujo assunto é determinado (o conteúdo do problema e a busca de soluções) e os indivíduos desempenham papéis específicos (alguém procurando ajuda e um profissional prestando o auxílio).

A relação de ajuda é uma forma própria de trabalho, característica de certas atividades profissionais do terapeuta (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social).

Segundo Lazure (1994), não existe uma fórmula única de implementar a relação de ajuda, visto que existem variações dentre técnicas não diretivas, cognitivas ou analíticas.

Rogers (2001) e Rudio (1999b) afirmam que, na relação de ajuda de orientação não diretiva, a atenção deve se focalizar não sobre o *problema* da pessoa mas também sobre a própria *pessoa*, seu crescimento, desenvolvimento, maturidade, melhor funcionamento e maior capacidade para enfrentar a vida. Imaginando que alguém venha a pedir ajuda, naturalmente começará apresentando uma dificuldade, uma preocupação. Ao invés de o profissional ficar absorvido pelo esforço de apenas compreender e resolver o problema, ele deve criar condições favoráveis para que o indivíduo alcance o *significado* que tem o problema para si mesmo. A apresentação da dificuldade torna-se uma oportunidade para o indivíduo revelar-se um pouco mais a si mesmo. Assim, Rogers (2001) destaca que o indivíduo pode descobrir o que ele sente, desvendar para si suas potencialidades e saber como empregá-las para vencer seus bloqueios, podendo dar uma direção mais construtiva a sua vida e adquirir habilidades para resolver problemas e não apenas "aquele" problema. Assim, sairá mais amadurecido e fortalecido para enfrentar outras situações adversas no futuro.

Na orientação humanista, acredita-se que existe em todo ser humano um processo natural e permanente de desenvolvimento, onde o indivíduo está em busca de sua autorrealização, autonomia e ajustamento. Quando estes resultados não são alcançados, é porque alguma barreira está impedindo o processo. Desta maneira, a melhor forma de ajudar alguém é contar com a força natural e permanente que ele tem dentro de si e criar condições favoráveis para que ele liberte o seu desenvolvimento, identificando e livrando-se dos obstáculos.

Furegato (1999, 2009) concorda que na orientação não diretiva a enfermagem encontra a base necessária para estimular mudanças desejáveis e a aceitação de si, aqui e agora, a partir do que o indivíduo *realmente* é. Os recursos podem ser descobertos, reconhecidos e utilizados para as mudanças necessárias numa direção construtiva.

Se a pessoa tem a oportunidade de fazer a experiência de uma boa comunicação consigo mesmo, poderá compreender-se melhor, entrando num processo de congruência ou melhorá-lo, adquirindo atitudes e comportamentos mais construtivos, adequados e satisfatórios (BLEGER, 1984; FUREGATO, 1999; MUCCHIELLI, 1978; ROGERS, 2001; RUDIO, 1999a).

A mulher, em situação de abortamento, vivencia um momento de frustração e luto e, portanto, necessita de pessoas dispostas a ouvi-la, a entender suas necessidades e a ajudá-la a elaborar suas perdas.

# *Objetivos*

---

*"Imagino que para lidar com as diferenças entre nós e as outras pessoas, temos que aprender compaixão, autocontrole, piedade, perdão, empatia e amor, virtudes sem as quais nem nós, nem o mundo, podemos sobreviver."*

**\_ Wendell Berry**



## **2. OBJETIVO**

Identificar e avaliar a presença de sintomas sugestivos de depressão em mulheres internadas em um hospital público, em decorrência de abortamento, correlacionando-os com indicadores clínicos e socioculturais, níveis de autoestima e fatores resilientes.

# *Metodología*

---

*"A vida só pode ser comprendida olhando para trás, mas deve ser vivida olhando para frente."*

**\_ Kiekegaard**

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Tipo de pesquisa e hipóteses do estudo**

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva utilizando-se de avaliação psicométrica. O pressuposto deste estudo é que a situação de abortamento ou as condições que permeiam esta ocorrência favorecem o aparecimento de sintomatologia sugestiva de depressão na mulher. A rede de relações psicossociais, a qualidade de vida e a estima pessoal podem estar relacionadas com a presença de sintomas de depressão, isto é, mulheres resilientes e que tenham bons níveis de autoestima podem ter menos sintomas depressivos pós-abortamento.

Pela natureza desta investigação exploratória, foi utilizada a abordagem descritiva com análise multivariada, uma vez que procura centrar a atenção no indivíduo, com a finalidade de compreender o momento e a situação (PEREIRA, 1999).

#### **3.2. Local e sujeitos**

Foram sujeitos deste estudo mulheres em situação de abortamento, internadas na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, onde o fluxo é, em média, de 14 a 24 abortos por mês. Os dados foram coletados nas duas enfermarias que disponibilizam seis leitos neste setor.

A população estudada foi composta por 120 mulheres que vivenciaram a situação de abortamento, independente da causa.

### **3.3. Instrumentos**

Neste estudo foram utilizados três instrumentos para coleta de dados: 1 - Identificação e Contexto - ICMA (Apêndice I), 2 - Inventário de Depressão de Beck - IDB (Anexo I). 3 - Escala de Autoestima de Rosenberg - EAR (Anexo II).

#### **3.3.1. Identificação e Contexto de Mulheres em Abortamento (ICMA)**

Este instrumento foi construído especialmente para o presente estudo, sendo composto por questões referentes à:

- Identificação do sujeito - dados biopsicológicos;
- Informações clínicas;
- Contextualização - questões socioeconômicas e culturais;
- Fatores de proteção.

No formulário de identificação, estão presentes itens sobre escolaridade, renda, idade civil e arranjo domiciliar. As informações clínicas foram avaliadas a partir de dados como presença de doenças, uso de medicamentos, uso de métodos contraceptivos e dificuldades para o uso, data da última menstruação, tipo de aborto (ameaça, completo, incompleto, infectado, retido), planejamento e aceitação da gravidez pelo companheiro, situação civil, relacionamento afetivo, número de parceiros, número de abortos, número de filhos, alterações alimentares, atividades físicas, atitude sexual, hábitos de fumo e atividade religiosa. Em relação ao contexto psicossocial, as questões focalizaram as condições de moradia, acontecimentos marcantes, lazer, estilo e condições de vida. Na finalização deste instrumento estão perguntas sobre os fatores de proteção, sobre como reagem quando estão felizes, com raiva, presença de frustrações, maiores dificuldades, a quem recorrem, qualidades que ajudam a vencer, seus desejos e onde são atendidas.

Durante a construção desse instrumento, realizou-se um teste-piloto com quatro mulheres. Os resultados obtidos não foram utilizados no total de 120 mulheres deste estudo. Após a análise, houve necessidade de adequação do instrumento, incluindo a religião e o uso de métodos contraceptivos.

O roteiro para conhecer os fatores de proteção contemplou as seguintes questões:

1. *Quando você está feliz, como você reage?*
2. *Como você reage quando está com raiva?*
3. *Você tem alguma frustração?*
4. *Quais são suas maiores dificuldades?*
5. *Quando você tem alguma dificuldade, a quem recorre?*
6. *Quais são suas qualidades que lhe ajudam a vencer suas dificuldades?*
7. *O que você gostaria que lhe acontecesse?*
8. *Onde seus problemas de saúde são atendidos?*

### **3.3.2. Inventário de Depressão de Beck (IDB)**

O inventário de Beck é composto por 21 itens referentes à sintomatologia depressiva como tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, autodepreciação, sensação de punição, autoacusações, ideias suicidas, choro, irritabilidade, distorção da imagem corporal, indecisão, distúrbio do sono, inibição para o trabalho, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.

O Inventário de Depressão de Beck é uma escala psicométrica, aceita internacionalmente e amplamente utilizada. Os 21 itens são questionamentos com gradação de 0 a 3, permitindo a especificação da intensidade do sintoma.

O Inventário de Beck foi traduzido e validado para o português por Gorenstein e Andrade (1998). As escalas de autorrelato da depressão são ferramentas úteis que podem identificar de forma confiável os sinais indicativos de depressão e medir a gravidade da condição. São de baixo custo e demandam pouco tempo para sua aplicação (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998; SILVEIRA; JORGE, 1998). A avaliação utilizada neste estudo foi de rastreamento (KITAMURA, 2005) e, portanto, os índices de corte utilizados foram: menor que 9 = ausência de depressão; de 10 a 18 = depressão leve ou distímia, de 19 a 29 = depressão moderada; de 30 e mais = depressão grave.

### **3.3.3. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)**

A Escala de Autoestima de Rosenberg é uma escala composta por 10 itens apresentados com quatro pontos (1=concordo fortemente, 2=concordo, 3=discordo, 4=discordo fortemente), conforme se verifica no Anexo 2. Possui cinco itens com pontuações reversas (2, 5, 6, 8, e 9).

A medida de autoestima é obtida pela soma dos valores das respostas aos itens da escala, após recodificação dos cinco itens reversos. O intervalo varia de 10 a 40, com maiores valores indicando elevada autoestima, destinada à avaliação da autoestima por meio de uma única dimensão. A versão brasileira do instrumento foi adaptada e validada por Dini (2001, 2004).

### **3.4. Aspectos éticos**

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do HCFMRP USP em sua 267ª Reunião Ordinária, realizada em 26/05/2008, de acordo com o Processo HCRP 5464/2008 (Anexo 3). Aspectos importantes como a apresentação formal do pesquisador, os motivos e procedimentos do estudo bem como o sigilo sobre os nomes verdadeiros das entrevistadas foram garantidos. Durante as entrevistas, as mulheres tiveram oportunidade de pedir informações e fazer perguntas. Todas assinaram o Termo de Consentimento, após serem devidamente esclarecidas (Apêndice II).

### **3.5. Coleta de dados**

A inclusão das mulheres como sujeitos do estudo deu-se por meio da constatação do diagnóstico de aborto, independente da faixa etária e da etiologia.

Inicialmente, foram consultados seus prontuários e anotados seus dados principais. A seguir, elas foram abordadas pela enfermeira e pesquisadora que

procurou, de maneira empática, demonstrar genuíno interesse em sua condição e mostrar a importância deste estudo para auxílio das mulheres que passam por situação semelhante. Expondo de maneira sincera e clara o intuito da pesquisa e o real interesse, elas se sentiram mais à vontade para expor seus sentimentos e sua condição.

Foi importante, durante a coleta dos dados, proporcionar um ambiente acolhedor e tranquilo. Assim, elas foram estimuladas a falar livremente, leram o Termo de Consentimento e, após a concordância em assinar, por meio da comunicação formal foram feitas perguntas de interesse do estudo e a pesquisadora ou a paciente preencheram o formulário ICMA. Depois, as mulheres responderam integralmente, o IDB e o EAR.

Os dados foram coletados nas duas enfermarias (307 e 309), ambas com três leitos, no Setor de Ginecologia e Obstetrícia, no período de agosto de 2008 a setembro de 2009, junto às mulheres internadas com diagnóstico de aborto, independentemente de serem encaminhadas ou não para a curetagem. É importante ressaltar que estes seis leitos são destinados às patologias de ginecologia e obstetrícia como um todo e, muitas vezes, não havendo vaga para a mulher em abortamento, esta era encaminhada para a Santa Casa de Ribeirão Preto, o que pode ter ocasionado “baixa demanda”.

As interações com as mulheres em situação de abortamento ocorreram durante suas internações, considerando que a média de permanência de cada internação, para as mulheres com diagnóstico de aborto, é de um a dois dias, e em alguns casos, três dias.

### **3.6. Análise dos dados**

Foi realizada análise estatístico-descritiva dos dados, correlacionando a depressão com as demais variáveis, por meio de análises bivariadas e multivariadas.

Os resultados foram agrupados em planilhas de cálculo e submetidos à análise estatística pelo STATA (SAS INSTITUTE, 1999). Foi aplicado o teste exato de Fisher, evidenciando as associações entre as variáveis (análise bivariada).

**Variáveis independentes:** todas as variáveis independentes, como idade, etnia, arranjo domiciliar, instrução, trabalho, profissão, fonte de renda, dados clínicos (número de gestações, abortos, partos) planejamento da gravidez, tipo de aborto, relação e aceitação do parceiro, acompanhamento do pré-natal, medicamentos, métodos contraceptivos utilizados, comorbidades, religião, alimentação, sono, fumo, aspectos referentes à moradia e acontecimentos durante a gravidez (isolamento social, problema financeiro, mudança de residência, doença e óbito na família, violência, uso de drogas e bebidas alcoólicas por pessoa da família, quantidade de lazer) foram consideradas dicotômicas, com valores de zero e um. As categorias dessas variáveis constam no Quadro I, onde também estão especificadas as categorias usadas como referência e como contrastes na análise multivariada.

**Quadro 1:** Variáveis independentes e dependentes mostrando sua definição, a referência e o contraste utilizado na análise

Nomes	Definição	Referência	Contraste
Idade	Idade em anos	Até 29 anos	30 e +
Etnia	Cor, como declarada	Branca	Não branca
Companhia	Convive com parceiro	Sim	Não
Instrução	Grau de instrução formal	Até fundamental completo	Acima de fundamental completo
Comorbidades	Presença de outra(s) doenças	Não	Sim
Religião	Pratica alguma religião	Sim	Não
Alimentação	Apresenta alguma alteração na alimentação	Não	Sim
Sono	Apresenta alguma alteração no sono	Não	Sim
Fumo	Faz uso de fumo	Não	Sim
Depressão	Categoria de depressão como avaliada pela escala de Beck	Sem depressão	Depressão leve Depressão moderada Depressão grave
Autoestima	Categoria de autoestima como avaliada pela escala de Rosenberg	Boa autoestima	Baixa e média autoestima Autoestima moderada

**Variáveis dependentes:** as variáveis dependentes foram depressão, autoestima e resiliência.

Para a análise da depressão e dos fatores associados, foi definida como gradiente na Escala de Beck, de acordo com os escores utilizados para rastreamento, com quatro categorias: zero = ausência de depressão (0 a 9); 1 = leve ou distímia (10 a 18), 2 = moderada (19 a 29), 3 = grave (30 ou mais).

Para a análise da Escala de Autoestima de Rosenberg, definiu-se um intervalo que variou de 10 a 40, sendo baixa autoestima (10-19), média (20-29) e alta (30-40).



Para a análise da resiliência, não foi possível quantificar as informações. Entretanto, os dados da Ficha de Identificação fornecem indicativos dos níveis de resiliência, pois foram agrupados por conteúdos similares de acordo com os itens investigados.

**Modelo de Análise:** para a correlação de possíveis influências das variáveis independentes sobre a depressão e a autoestima, optou-se por uma regressão logística multinomial, com a variável desfecho, tendo as categorias 0, 1, 2 e 3 como acima mencionados. Para a interpretação, as variáveis independentes foram transformadas em dicotômicas. O elemento de comparação escolhido foi a Razão de Risco Relativa, com a categoria 0 = Ausência de sinais indicativos de depressão, utilizada para o grupo de comparação. Compararam-se os fatores que se associam a cada categoria de depressão com a ausência da mesma. Foram consideradas significantes aquelas Razões de Risco Relativas cujo valor de P fosse inferior a 0,05.

A discussão dos resultados teve como suporte teórico as referências da literatura.

# *Resultados*

---

*"A maior conquista de um homem é superar seus próprios obstáculos."*

**\_ William Douglas**

## **4. RESULTADOS**

A apresentação dos resultados dividiu-se em: A. perfil sociodemográfico e clínico, B. presença de sinais indicativos de depressão e sua associação com as demais variáveis, C. níveis de autoestima e D. resiliência.

### **4.1. Perfil sociodemográfico e clínico**

Participaram do estudo mulheres com diagnóstico principal de aborto, independente da etiologia e da idade, internadas na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

A idade das 120 mulheres variou dos 16 aos 44 anos, estando a maioria entre 18 e 34 anos (70%). A idade média ficou em 26,82 com desvio-padrão de 6,49 e a mediana de 26 anos.

As mulheres, em sua maioria, eram solteiras (63%), vivendo, no entanto, com companheiro (72%), residiam em Ribeirão Preto (85%) ou cidades da região; eram brancas (71%) e tendo como nível de escolaridade o ensino médio (67%). É importante citar que poucas eram analfabetas (1%) ou tinham completado o ensino superior (3%).

Em relação à ocupação, 51% dessas mulheres não têm fonte de renda, pois 35% são desempregadas, 9%, donas de casa e 7%, estudantes. Das que têm fonte de renda própria, 12% são domésticas, 4%, vendedoras ou comerciantes e 33% têm trabalho contratado. O sustento da casa dependia 23% do casal, 6% da mulher, 33% somente do companheiro, 37% dos pais e outros.

**Tabela 1.** Frequência e percentual dos dados relativos ao perfil sociodemográfico das mulheres em abortamento

Perfil sócio-demográfico	n	%
<b>Estado civil:</b> solteira	75	63
casada	40	33
separada	4	3
viúva	1	1
<b>Companhia:</b> vive só	33	28
com companhia	87	72
<b>Escolaridade:</b> analfabeta	1	1
fundamental incompleto	24	20
fundamental completo	11	9
ensino médio incompleto	31	26
ensino médio completo	49	41
ensino superior completo	4	3
<b>Cor:</b> branca	85	71
parda	26	21
negra	7	6
amarela	2	2
<b>Profissão:</b> desempregada	42	35
do lar	11	9
doméstica	14	12
estudante	8	7
vendedora	5	4
trabalho contratada	40	33

Mais da metade das mulheres (56%) tem casa própria, 31%, cedida e 13%, alugada; 80% consideram sua residência limpa e 93%, com bom saneamento. No entanto, 72 mulheres não consideram sua residência agradável e 68 acham a moradia insegura. A maioria (80%) tinha entre 2 e 8 pessoas morando na mesma casa, sendo que 52% das casas tinham 2 quartos, 18%, 1 quarto e 22%, 3 quartos.

Os dados mostram que só 27% das mulheres têm algum tipo de lazer e 30% fazem atividades de lazer regularmente.

A religião pode ser considerada importante, pois a grande maioria (87%) das mulheres relata ter religião, mesmo sendo 45% não praticantes. A maioria delas é católica praticante e evangélica praticante.

Em relação aos dados obstétricos, observa-se que 72% tiveram de 1 a 3 gestações, ou seja, 27% das mulheres estavam em primeira gestação, 22%, na segunda, 23%, na terceira, 10%, na quarta, 7%, na quinta e 2%, 13ª e 14ª gestações. Observou-se também que 33% delas já tinham tido abortos

anteriores, sendo que 67% tinham tido o primeiro aborto. Note-se que, para 27% das mulheres, este seria o primeiro parto, para 24%, o segundo e para 5%, o terceiro, sendo que 56% já tinham passado por parto normal e 27%, por parto cesárea.

O tempo médio da gestação atual em dias foi de 90,8 com desvio-padrão de 35,7 e mediana de 86 dias. A grande maioria das mulheres (87,5%) encontrava-se entre a 11<sup>a</sup> e a 20<sup>a</sup> semana de gestação.

O tipo de aborto mais frequente foi o incompleto (77%). A maioria (75%) relatou que o aborto foi natural. Por meio dos relatos das experiências, observou-se que para 23% delas era sugestivamente provocado e 2% afirmaram que o aborto era provocado.

**Tabela 2.** Frequência e percentual dos dados obstétricos informados pelas mulheres em abortamento

Variáveis obstétricas	n	%
<b>Nº de gestações incluindo este aborto:</b>		
1 a 3	86	72
4 a 6	25	21
7 a 9	7	5
10 a mais	2	2
<b>Número de partos:</b>		
0	42	35
1 a 3	67	56
4 a 6	9	7
8 e mais	2	2
<b>Número de abortos:</b>		
1 a 3	113	94
4 a 7	5	4
8 e mais	2	2
<b>Planejamento da gravidez:</b>		
sim	50	42
não	70	58
<b>Tipo de aborto:</b>		
ameaça de aborto	5	4
completo	5	4
incompleto	93	77
retido	8	7
infectado	9	8

Observa-se, na Tabela 3, que, apesar de a maioria considerar a relação com o companheiro entre ótima (62%) e boa (23%), mais da metade delas não planejou esta gravidez. No entanto, 86% relataram aceitação da gravidez pelo parceiro, 11%, não aceitação e 2% relataram que o parceiro nem soube da gravidez. A grande maioria dessas mulheres (88%) tinha um parceiro único; 6% não tinham parceiro no momento e 6% tinham múltiplos parceiros; a maioria

(84%) nega a ocorrência de tombo ou queda na gravidez; somente 57% fizeram pré-natal.

O uso de medicação durante a gravidez foi relatado por 64% que tomaram algum medicamento (sendo que 29% referentes à gravidez, 18% a medicamentos para tratamentos já utilizados anteriormente) e 36% referem não ter tomado nada.

Quanto às doenças pessoais, 48% referiram não ter nenhum problema de saúde. As outras tinham diabetes melittus, hipertensão, infecção do trato urinário, doenças sexualmente transmissíveis, enxaqueca, síndrome do anticorpo antifosfolipídico, infertilidade, hanseníase, lúpus eritematoso sistêmico ou obesidade.

**Tabela 3.** Pré-natal e outras informações relativas à fase precedente ao aborto

Variáveis precedentes	n	%
<b>Relação com o parceiro:</b> ótima	75	62
boa	27	23
ruim	18	15
<b>Número de parceiros fixos:</b> sim (único)	106	88
não tem	7	6
múltiplos	7	6
<b>Aceitação do parceiro:</b> não soube da gravidez	2	2
sim	103	86
não	14	11
não quis responder	1	1
<b>Realização de pré-natal:</b> sim	68	57
não	52	43
<b>Tombo ou queda na gravidez:</b> sim	19	16
não	101	84
<b>Medicação na gravidez:</b> nenhuma	43	36
tratamento normal	22	18
tratamento da gravidez	35	29
vacina	2	2

Não estavam fazendo uso de método contraceptivo 75% das mulheres e 2% usavam método natural (coito interrompido e tabelinha), 4% usavam o método de barreira, 20%, hormonal e 1% usava cirúrgico; 47% relataram dificuldades com uso de método contraceptivo, sendo a maioria pelos efeitos colaterais, desconfortos e esquecimento do uso da pílula.

Quanto à sua saúde em geral, 77% autoavaliaram como ótima e boa, 17%, mais ou menos. Quanto a sua saúde mental, 77 mulheres referiram ser

ótima ou boa, 37, mais ou menos, 6, ruim e péssima. Mais de um terço do total delas referiu depressão anterior, sendo que quatro estavam com o diagnóstico e tratamento no momento.

A maioria nega hábitos adversos: 72% não fumam, 86% referem não fazer uso de álcool e 93%, não ao uso de drogas.

A grande maioria refere ter ótima (37%) e boa (40%) capacidade para o trabalho.

A maioria refere serem ótimos (20%) ou bons (52%) seus hábitos alimentares. No entanto, 34% referiram mudança recente na alimentação.

A avaliação do padrão de sono foi mais realista, pois 9% avaliaram como ótimo, 47%, bom, 7%, mais ou menos, mas 45 avaliou como ruim ou péssima, tendo 46% alterações no sono. A maioria não realiza atividade física (78%).

O interesse sexual para 67% foi referido como ótimo e bom, 15% mais ou menos e 18% ruim ou péssimo, sendo que 44% reconhecem que houve mudança no interesse sexual.

Das informações sobre aspectos sociais e familiares, merecem destaque: 59% das mulheres relataram não ter tido problemas de relacionamento durante a gravidez; 17% tiveram problemas de relacionamento com o parceiro, 22%, com a família e 8%, no trabalho; 36% delas referiram isolamento social; 78% relataram não ter problemas financeiros; 75% não tiveram mudança de residência há menos de um ano; 63% referiram-se à doença familiar e 32% tiveram óbito recente na família; 81% das mulheres afirmam que nunca sofreram nenhum tipo de violência física, nem psicológica, nem social; 20% sofreram violência física, 29, psicológica e 4, social; 41 delas relataram uso de drogas e álcool na família.

#### **4.2. Associação da presença de sinais indicativos de depressão com as demais variáveis do estudo**

Os resultados do Inventário de Depressão de Beck mostram que, das 120 mulheres entrevistadas, 68 apresentaram sinais indicativos de depressão, sendo que 33 com distímia ou depressão leve, 22 com depressão moderada e 13 com sinais de depressão grave.

Entre depressão e estado civil não foi observada nenhuma associação significativa. Das mulheres sem sinais de depressão, a maioria é solteira (56%).

A faixa etária, dividida em seis grupos, mostrou que a maior porcentagem de mulheres sem depressão está na faixa dos 40 anos e mais (67%). A depressão leve e moderada predominou na faixa dos 30 aos 39 anos, prováveis casos de depressão grave mais entre os 30 e 39 anos (30%), e entre os 20 e 24 anos (12%), como se observa na Tabela 4.

Das mulheres sem sinais de depressão, 63% são brancas, 31% são pardas e 31%, negras. Das que têm depressão grave, 31% são amarelas e 61% são brancas.

A maioria das mulheres que trabalham não tem sinais de depressão (60%) ou tem depressão leve (37%). Entre as que não trabalham, observa-se aumento proporcional do nível de depressão.

**Tabela 4.** Associação entre idade e presença de sinais indicativos de depressão entre mulheres em abortamento

Idade	Depressão							
	Ausente		Distímia		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
15-19	7	45	6	40	1	7	1	7
20-24	15	44	10	29	5	15	4	12
25-29	13	48	5	18	8	30	1	4
30-34	9	33	9	33	5	19	4	15
35-39	6	47	3	23	2	15	2	15
40-44	2	67			1	33		
Total	52		33		22		12	

Dentre as mulheres que estavam passando pela primeira gravidez, 67% não apresentaram sinais de depressão. Quase todas as que têm depressão grave tiveram mais do que uma gestação (93%).

Mais da metade das mulheres (60%) sem vivência de parto não apresentou sinais de depressão. Entretanto, das mulheres que têm depressão grave, 80% passaram por parto e das que têm depressão moderada, 70% tiveram parto anterior ao atual abortamento.

Das 120 mulheres da amostra, 81 vivenciavam o primeiro caso de aborto, sendo que 43 delas não apresentaram sinais sugestivos de depressão, 20 apresentaram sinais leves, 11, sinais moderados e 7, graves, ou seja, 53% das mulheres sem sinais de depressão estão passando pela primeira experiência de perda de uma gestação. Foi significativo o percentual de mulheres com sinais de



depressão grave e moderada tendo um ou dois episódios de aborto anterior, 78% e 90%, respectivamente.

**Tabela 5.** Número de gestações e presença de sinais indicativos de depressão entre mulheres em abortamento

Gestações anteriores	Depressão							
	Ausente		Distímia		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma anterior	22	67	6	18	4	12	1	3
Um ou mais	30	35	27	31	18	21	11	13
Total	52		33		22		12	

A maioria das mulheres do estudo (70) não planejou a gravidez, sendo que 21 delas apresentaram sinais leves de depressão, 13, sinais moderados e 10, sinais graves. Dentre aquelas 42% que planejaram sua gravidez, 2 tiveram sinais leves, 9, moderados e 3, graves.

A relação com o parceiro é vista como ótima para a maioria das mulheres (75) e, das que consideram esta relação ótima, 79% não têm depressão e 34 mulheres têm sinais indicativos de depressão (leve = 48%; moderada = 59% e grave = 38%). Dentre as que consideravam a relação com os parceiros ruim, somente uma não apresenta sinais de depressão e 17 apresentam sinais sugestivos deste diagnóstico (leve = 7; moderada = 6 e grave = 4), sugerindo que quanto melhor a relação com o parceiro menores são as chances de ter depressão.

Parceiro único é frequente para a maioria das mulheres (95%). Entre estas, 49 não apresentam sinais sugestivos de depressão, 29 apresentam sinais leves, 9, moderados e 19, graves. Entre as sete que têm múltiplos parceiros, a maioria (71%) apresenta sinais de depressão.

O nível de depressão apresenta-se maior entre as mulheres que fizeram acompanhamento pré-natal (33) do que entre aquelas que não realizaram (35). Dentre as mulheres com sinais de depressão grave, 54% não realizaram o pré-natal e, das que não tiveram depressão, 67% realizaram o pré-natal.

Outros aspectos que devem ser considerados quando se faz um diagnóstico clínico de depressão são alimentação, sono, sexo, peso, realização das atividades diárias, interesse pela vida, isolamento social e avaliação do estado pessoal, físico e mental. Os resultados destas informações foram cruzados com a presença ou ausência de sinais indicativos de depressão entre as mulheres em abortamento.

Entre as mulheres que referem ter ótima ou boa capacidade para o trabalho, metade não tem sinais de depressão. Entre as que apresentam capacidade entre regular, ruim e péssima estão aquelas com níveis de depressão de leve ao grave.

Em relação à mudança no padrão alimentar, observa-se que, entre as que não têm depressão, 77% não mudaram o padrão alimentar nas últimas semanas e, entre as que têm sinais indicativos de depressão grave, 54% mudaram seu padrão alimentar.

**Tabela 6.** Associação entre a presença de sinais de depressão e o padrão de sono

Sono	Depressão							
	Ausente		Distimia		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ótimo	7	13	1	3	2	9	1	8
bom	26	50	18	55	9	41	3	23
regular	4	8	1	3	2	9	1	8
ruim	10	19	9	27	7	32	5	38
péssimo	5	10	4	12	2	9	3	23

Entre as mulheres em situação de abortamento que apresentaram sinais de depressão grave, 61% referiram o sono como ruim ou péssimo. Para as mulheres sem depressão, 63% referem ter ótimo ou bom padrão de sono (Tabela 6).

Quanto ao padrão do sono associado ao grau de depressão, observa-se que, entre as mulheres sem depressão, 63% não mudaram o padrão de sono. No entanto, entre as mulheres com sinais de depressão grave, 69% referiram mudança, o que é compatível com a presença do quadro depressivo.

Das mulheres que não apresentam sinais de depressão, 61% referem que não mudaram o padrão sexual e, entre as que apresentam sinais de depressão grave, a maioria (51,54%) diminuiu seu interesse sexual.

**Tabela 7.** Associação entre a presença de sinais de depressão e a autoavaliação da saúde mental entre mulheres em abortamento

Saúde Mental Autoavaliação	Depressão							
	Ausente		Distimia		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ótima	17	33	6	18	3	14	1	8
boa	26	50	16	49	6	27	2	15
regular	9	17	11	33	11	50	6	47
ruim					2	9	2	15
péssima							2	15
total	52		33		22		13	

Entre as mulheres que estavam passando por abortamento e que não tinham depressão, a grande maioria (84%) referiu que sua saúde mental era ótima e boa. Entre aquelas que tinham sinais de depressão moderada e grave, estavam as piores avaliações de saúde mental percebida.

Das mulheres sem sinais de depressão, 83% referiram não ter tido episódio de depressão anterior ao atual episódio de abortamento. Os casos de diagnóstico atual de depressão e uso de medicamentos antidepressivos são relatados por quatro mulheres. Tanto as mulheres sem sinais de depressão (86%) como aquelas com distímia (82%) ou depressão moderada (82%) consideram sua moradia em condições boas de limpeza e higiene. No entanto, entre as mulheres com sinais graves de depressão, 54% consideram que sua moradia está em más condições de higiene ou limpeza.

Não foi encontrada associação significativa entre o fato de a moradia ser própria, alugada ou cedida, nem em relação a ser agradável, segura ou com saneamento básico. Também não houve relação significativa quanto ao número de pessoas ou número de quartos e nem a mudança de residência com os sinais indicativos de depressão.

**Tabela 8.** Associação entre a autoavaliação da saúde mental e a natureza do aborto

Saúde Mental Auto-avaliação	Natureza do aborto			
	Natural		Provocado	
	n	%	n	%
Ótima	23	25	4	13
Boa	40	44	10	33
Regular	3	27	13	43
Ruim	3	4	1	4
Péssima			2	7
Total	90		30	

Teste de Fisher permitiu evidenciar que há associação entre a autoavaliação da saúde mental e a natureza do aborto ( $p = 0,044$ ). Os casos de aborto natural resultam em maior porcentagem de saúde mental ótima e boa; no entanto, no aborto provocado encontram-se mulheres que avaliaram sua saúde mental como regular, ruim ou péssima.

**Tabela 9.** Associação entre a frequência e percentual de presença de sinais de depressão e isolamento social

Isolamento social	Depressão							
	Ausente		Distimia		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
sim	15	29	9	27	11	50	8	62
não	37	71	24	73	11	50	5	38
Total	52		33		22		13	

Como era esperado, dentre as mulheres que referem isolamento social, 62% apresentam sinais de depressão grave. A maioria das mulheres sem depressão não se isola (71%). O Teste Exato de Fisher confirmou esta associação ( $p < 0,059$ ).

A mesma associação foi observada em relação à situação financeira. Entre as mulheres com sinais graves de depressão, mais do que a metade refere ter problemas financeiros (54%). A ausência de problemas financeiros (92%) tem associação com ausência de sinais de depressão.

Os dados deste estudo evidenciaram que, das 13 mulheres com depressão grave, 23% sofreram algum tipo de violência familiar.

A religião poderia ser vista como fator protetor nesta amostra, pois entre as mulheres que apresentam sinais graves de depressão, um terço refere não ter religião. Entre as que não têm depressão 92% referem ter alguma religião, sendo frequentadora da mesma. Entretanto, cruzando-se o tipo de religião com o grau de depressão não foi encontrada relação significativa.

Algumas variáveis como companhia, escolaridade, profissão, fonte de renda, tipo de aborto, aceitação do parceiro, natureza do aborto, queda ou tombo na gravidez, medicação, uso, tipo e dificuldades relacionadas aos métodos contraceptivos, uso de fumo, álcool e drogas, doença ou óbito na família ou uso de drogas ou bebida na família e quantidade de lazer não tiveram associações significativas com a presença de depressão.

### 4.3. Níveis de autoestima em associação com as demais variáveis

Os resultados da Escala de Autoestima de Rosenberg mostram que, das 120 mulheres entrevistadas, 119 apresentaram sinais indicativos de média à baixa autoestima, sendo, 109 com média estima pessoal.

Os níveis de autoestima tiveram uma variação de 6 a 36 com média em 22,02 e desvio-padrão de 5,98.

**Tabela 10.** Associação dos níveis de autoestima com alterações no interesse sexual e mudança no padrão sexual entre mulheres em abortamento

Interesse sexual	Autoestima					
	Baixa		Média		Alta	
	n	%	n	%	n	%
ótimo			10	9	1	100
bom	3	30	67	61		
regular	4	40	14	12		
ruim	2	20	12	12		
péssimo	1	10	6	6		
Mudança no padrão sexual	n	%	n	%	n	%
sim	9	90	44	40		
não	1	10	1	10	65	60

Como a grande maioria das mulheres apresentou níveis médios de autoestima, há um número muito baixo para alta e baixa autoestima (10%), fato que dificultou a associação entre as variáveis. Por este motivo, variáveis que foram associadas nos testes não obtiveram relação significativa. Dentre as variáveis que mostram dados significativos com a autoestima, encontram-se interesse e mudança no padrão sexual bem como uso de álcool e drogas na família.

Entre as mulheres que se referiram ao interesse sexual como ótimo e bom, 96% apresentaram estima pessoal média e, entre aquelas que têm autoestima baixa, 70% tiveram interesse sexual entre regular, ruim ou péssimo. O Teste de Fisher mostra associação significativa ( $p < 0,005$ ).

Das mulheres com baixa autoestima, 90% referiram mudanças no padrão sexual e, entre as mulheres com autoestima média, 60% não mudaram o padrão sexual. Também se obteve associação significativa ( $p < 0,460$ ).

Observou-se também que, dentre as mulheres com autoestima média, 72% referiram não ter tido episódio de depressão anterior.

**Tabela 11.** Associação entre níveis de autoestima, uso de droga e bebida alcoólica na família

Uso de droga e bebida na família	Autoestima		
	Baixa	Média	Alta
Não sabe		5	
		5	
sim	8	35	
	80	32	
não	2	68	1
	20	63	100

Chamou a atenção que, das mulheres com baixa autoestima, 80% referiram problemas de droga e álcool entre seus familiares. O teste de Fisher mostrou correlação positiva entre baixa estima pessoal e uso de álcool e droga na família ( $p < 0,015$ ).

Na relação entre autoestima e depressão, não houve associação significativa. Na Tabela 12, é possível observar a distribuição dos níveis de autoestima e presença de depressão com destaque para um caso de sinais indicativos de depressão grave e alto nível de estima pessoal.

**Tabela 12.** Associação entre a presença de sinais indicativos de depressão e níveis de autoestima

Autoestima	Depressão							
	Ausente		Distimia		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alta							1	8
Baixa	3	6	4	12	3	14		
Média	49	94	29	88	19	86	12	92

Vale ressaltar, como mostra a Tabela 13, a importância da relação das questões de violência e uso de álcool como influentes na determinação da estima pessoal.

**Tabela 13.** Relação da violência familiar e no trabalho com a natureza do aborto

Violência	Natureza do aborto			
	Natural		Provocado	
	n	%	n	%
No trabalho	65	73	16	54
Familiar	25	27	14	46
Total	90		30	

Em relação às variáveis violência e natureza do aborto, o teste exato de Fisher evidenciou que há associação ( $p = 0,047$ ). Nota-se que 46% das mulheres

que sofreram violência familiar apresentam histórias sugestivas de abortamento provocado. Entre aquelas que sofreram algum tipo de violência no trabalho, o índice de aborto natural foi bem maior (73%).

**Tabela 14.** Uso de álcool e natureza do aborto entre as mulheres em abortamento

Uso de álcool	Natureza do aborto			
	Natural		Provocado	
	n	%	n	%
Sim	8	9	9	30
Não	82	91	21	70

O uso de álcool pelas mulheres em situação de abortamento tem associação com a natureza do aborto. Na aplicação do teste de Fisher, observou-se um p de 0,007.

Sob outra perspectiva, observa-se que 9 das 17 mulheres que faziam uso de álcool tiveram aborto provocado, o que corresponde a 53%. Apenas 21, das 103, que não usavam bebida alcoólica tiveram aborto provocado (20%).

**Tabela 15.** Relação entre o uso de álcool e drogas na família e a natureza de aborto entre as mulheres em abortamento

Uso de álcool/drogas família	Natureza do aborto			
	Natural		Provocado	
	n	%	n	%
Sim	30	33	13	43
Não	58	65	13	43
Não sabe/Não quis falar	02	2	4	14

A aplicação do teste de Fisher mostrou que há associação entre uso de álcool e drogas na família e aborto provocado ( $p = 0,020$ ). Dentre as que tiveram aborto provocado, 43% eram de famílias onde alguém usava álcool ou drogas. Entre as que tiveram aborto natural, 65% dos familiares não usavam álcool e drogas.

#### 4.4. Níveis de resiliência

Embora esta questão seja um adendo no instrumento de identificação, vale destacar no final a questão de resiliência, pois esta envolve também a

presença de depressão ou não e a estima pessoal, entendendo ser este momento de síntese final.

As respostas das mulheres em abortamento sobre as questões referentes aos possíveis fatores protetores foram agrupadas de acordo com os seguintes conteúdos: reações emocionais e comportamentais no cotidiano; frequência de dificuldades e ajuda, qualidades pessoais para enfrentar as adversidades.

A soma das qualidades resilientes variou de 6 a 35 pontos, com a média de 22,02, o desvio-padrão de 5,98 e mediana de 22.

As 120 mulheres em abortamento referiram que, quando estão felizes, ajudam outras pessoas, contam mais piadas, sentem-se com boa estima pessoal ao realizar estas ações. Relataram que somente pela expressão facial dá para perceber sua felicidade e mostram esta alegria para os mais próximos. Entretanto, 15 relaram não demonstrar sua felicidade e 3 não se consideram felizes nunca.

Quando estão com raiva, metade das mulheres se isola, se cala ou chora, 47 gritam, ficam agressivas, discutem e brigam com todos, 8 vão à igreja ou dialogam sobre o ocorrido, "respiram fundo" para não ficar agressivas. Duas disseram que é muito difícil ficar com raiva ou nervosa.

**Tabela 16.** Reações emocionais e comportamentais no cotidiano, segundo mulheres em abortamento.

Reações emocionais	n	%
<b>Reação quando está feliz</b>		
não se considera nunca feliz	3	3
não demonstra	15	12
fica extrovertida, sorri	75	62
expressão facial mostra	24	20
mostra aos mais próximos	2	2
mostra a todos	1	1
<b>Reação quando está com raiva</b>		
difícil ficar nervosa/raiva	2	2
se isola, se tranca, chora	63	53
grita, briga e xinga	47	39
conversa/diálogo	4	3
vai para Igreja	4	3



Em relação à frustração, 14 relataram não ter nenhuma, 2 não sabem dizer e 2 não quiseram falar. Dentre as manifestações expressivas, 56 relataram situação do aborto ou a gravidez como frustrante, 8 relataram frustração em relação à casa (por não ser própria, por ser insegura, não ter terminado a reforma, ser na favela ou por morar com a sogra), 12 relataram frustração em relação ao estudo ou profissão, 6, em relação à família (separação dos pais, morar longe, descobrir que foi adotada), 1 relatou pela autoimagem (ser gorda), 1, pela não aceitação da gravidez por parte da sogra, 13 relataram em relação ao parceiro (relacionamento, casamento, traição, uso de drogas pelo parceiro, desprezo, ser "a outra").

**Tabela 17.** Distribuição de dificuldade na vida e a quem recorre segundo os sujeitos

<b>Dificuldades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>A quem recorre</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nenhuma	1	1	ninguém ou a si mesma	4	3
não sabe/não quis dizer	5	4	Deus/Pastor da Igreja	13	11
aborto/gravidez	29	24	família/mãe/irmãs (os)	52	43
parceiro	12	10	companheiro	37	31
moradia/carro	12	10	outros (vizinhos ou amigo)	14	12
estudo/emprego	16	13			
família/criação dos filhos	8	6			
a ela/auto-imagem	8	7			
financeira	16	13			
vida	6	5			
saúde	7	7			

Segundo as mulheres em abortamento, suas dificuldades atuais estão relacionadas ao momento do aborto (24%), 5 disseram que não, 16 relataram a dificuldade em relação a emprego e estudo. As demais se referiram à moradia, à situação financeira, à dificuldade com os filhos ou não sabem e não quiseram responder. Outras referiram estar desanimadas com a vida, ter infelicidade, lidar com as dificuldades da vida e dificuldades de se expressar, de se relacionar com as pessoas, ter medo das coisas, emagrecer, enfrentar a realidade.

Quanto a recorrer a alguém na dificuldade, a maior frequência concentrou-se em procurar a mãe (35), o companheiro (37) e a família (17); outras recorrem a Deus e aos amigos.

**Tabela 18.** Distribuição da frequência e percentual das qualidades pessoais para ajudar nas dificuldades segundo os sujeitos

<b>Qualidades</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
nenhuma	2	2
fé	44	37
força de vontade	15	12
persistência	10	8
otimismo e pensamento positivo	12	10
perseverança	12	10
comunicação	5	4
paciência e calma	7	6
determinação	2	2
coragem	1	1
outros	10	8

Quanto às qualidades gerais que estas mulheres consideram que ajudam a vencer as dificuldades, a maior frequência ocorre na fé em Deus (44) ou na força de vontade (15), além de perseverança (10), comunicação (5), paciência (4), calma (3), determinação (2), coragem (1). Uma delas refere não ter qualidades para vencer as dificuldades. Nos casos de depressão grave, a grande maioria (80%) refere como qualidade a fé em Deus.

**Tabela 19.** Distribuição da frequência e percentual do que as mulheres gostariam de realizar e onde são tratadas quando têm problemas de saúde

<b>Realização</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
nada	2	2
não sabe	1	1
ter um filho	34	28
parceiro	6	5
moradia/carro	13	11
estudo/emprego	25	21
família/distância dos filhos	5	4
a ela/autoimagem/relacionar-se	7	6
financeira	5	4
vida	16	13
saúde	6	5
<b>Local onde são atendidas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
posto em Ribeirão Preto	70	58
posto em outra cidade	40	33
posto em outro estado	2	2
particular em RP	3	2
convênio em RP	1	1
particular em outro estado	3	3
outros	1	1

Quanto ao que gostariam que acontecesse nesse momento de suas vidas, 34 relataram a vontade de ter um filho, 22 ter um emprego (ou conseguir um

emprego ou ter um emprego melhor), 3 terminar os estudos, e 13 melhorar a moradia (ter a casa própria, terminar a reforma, sair da favela, morar com menos pessoas). Seis gostariam que houvesse mudanças em relação ao parceiro (traição, uso de drogas, relacionamento), 6 gostariam de melhorar sua saúde, 9 gostariam de ser mais felizes, ou ter paz, recomeçar a vida e esquecer-se do passado. Duas gostariam de cessar o vício com as drogas, 5 se expressaram em relação aos filhos (morar perto deles, tirar do Centro de Reabilitação de Menores), 7 se dar melhor com as pessoas, viajar com a família. Duas relataram que não queriam que acontecesse nada e uma não sabe.

Referente ao atendimento de seus problemas de saúde, 70 relataram ir ao posto do seu bairro mais próximo de suas residências em Ribeirão Preto, 40 ir ao posto em sua cidade, 2 ir a outro estado (Minas Gerais), 3 relataram utilizar particular, 1 utilizar médico do servidor e 3 utilizam convênio.

# *Discussão*

---

*"O objetivo da argumentação, ou da discussão, não deve ser a vitória, mas o progresso."*

**\_ Joseph Joubert**

## **5. DISCUSSÃO**

O presente estudo mostrou que a idade da maioria das 120 mulheres em situação de abortamento variou de 16 a 44 anos. A maioria encontrava-se na fase mais fértil, ou seja, adolescência e início da vida adulta.

Em matéria publicada no Jornal "A Cidade" de Ribeirão Preto, Collucci (2010) cita um estudo feito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), mostrando que uma em cada sete mulheres de até 40 anos já praticou o aborto, o que representa um número aproximado de 5 milhões de eventos desta prática. Na faixa dos 35 aos 39 anos, a proporção é ainda maior: uma em cada cinco já decidiu abortar. É o que revelou uma pesquisa inédita, financiada pelo Ministério da Saúde e realizada pelo Ibope. No total, foram ouvidas 2.002 mulheres, entre 18 e 39 anos, das capitais brasileiras e de municípios acima de 5.000 habitantes. Foram excluídas as que vivem na zona rural e as analfabetas – 454.374 brasileiras. O mesmo estudo afirma que a proporção de mulheres que fizeram aborto cresce de acordo com a idade, variando de 6%, (dos 18 aos 19 anos) a 22%, (dos 35 aos 39 anos).

Infelizmente, apesar do interesse e das discussões nos meios científicos e políticos sobre a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública que pode ser prevenido por meio de ações educativas e assistenciais, a mesma continua acontecendo (MARIUTTI et al., 2007). O aborto apresenta-se como saída, para muitas adolescentes, para interromper uma gravidez indesejada, situação refletida nos dados observados no presente trabalho.

Estudos sobre aborto na adolescência seguem as tendências sociais de gravidez nesse período da vida, mostrando adolescentes fora da escola e do mundo do trabalho, em situação de dependência econômica dos seus familiares ou do companheiro. Apesar de serem questões importantes para a análise da vulnerabilidade das jovens frente a uma gestação, estudos que apresentem evidências de como elas atuam na decisão pelo aborto são ainda escassos (DINIZ, 2007).

Outros estudos analisaram fatores associados ao aborto como desfecho da primeira gestação, entre jovens de 18 a 24 anos, e os resultados mostraram que renda familiar e escolaridade foram fatores associados à indução do aborto. Identificaram ainda que, quanto maior era a renda e a escolaridade, maiores

eram as chances da primeira gravidez resultar em um aborto, por conta da maior expectativa de realização profissional antes da gravidez (AQUINO et al., 2003; BRUNO; OLIVEIRA, 2000; FONSECA et al., 1996, 1998).

O presente estudo mostrou que a maioria das 120 mulheres em situação de abortamento era solteira, embora a maioria vivia com companheiro, o que pode se configurar em uniões estáveis.

A pergunta de alguns instrumentos de pesquisa sobre o estado civil leva a uma prevalência alta de mulheres não casadas nos resultados. No entanto, Diniz (2007) questionou sobre a situação conjugal das mulheres, ao invés do estado civil, e verificou que a maioria encontrava-se em relação conjugal estabelecida e vivia junto com o companheiro. Acrescenta também que mais de 70% de todas as mulheres que decidiram abortar vivia uma relação considerada estável ou segura, o que coincide com resultados do presente estudo.

Quanto à escolaridade, a amostra deste estudo revela a maioria com ensino fundamental incompleto e ensino médio completo, havendo somente uma mulher analfabeta. Chama a atenção o alto índice de mulheres com ensino médio completo e até quatro com formação superior completa.

Trabalhos mostram que o perfil educacional das mulheres sofreu variações no percurso dos últimos vinte anos. Houve acréscimo de anos na escola e uma significativa diminuição da quantidade de mulheres analfabetas. Estudos com coortes populacionais, da década de 1980 e repetidos nos anos de 1990, mostram redução de até 50% no número de mulheres sem escolaridade, com experiência de aborto induzido (DINIZ, 2007).

Estudo divulgado pelo Ministério da Saúde mostra que o aborto é mais frequente entre as mulheres com baixo nível de escolaridade: 23% daquelas com até o quarto ano do ensino fundamental, contra 12% entre as que concluíram o ensino médio (BRASIL, 2008 b; Collucci, 2010).

Scorzafave (2004) afirma que, nos dias de hoje, a inserção da mulher no mercado de trabalho é de suma importância para contribuir com a renda da família, tanto para viver no mundo mais consumista como também para a criação dos filhos.

Observou-se, neste estudo, que grande parte das mulheres não trabalhava e não tem fonte de renda e dependia economicamente do companheiro, dos pais e de outros. Pesquisas realizadas na década de 1990 indicaram a maioria das mulheres em abortamento, principalmente induzido, participando do mercado de

trabalho, o que se configura em uma mudança significativa, caso se considere que os estudos do final dos anos 1980 registraram mais da metade das mulheres com experiência de aborto induzido fora do mercado de trabalho (FONSECA et al., 1996, 1998). Os achados do presente estudo coincidem com os dados de pesquisas anteriores no que se refere a tipos de trabalho das mulheres que passam pela situação de abortamento induzido encontrando-se as ocupações de doméstica, no comércio e ofícios informais (cabeleireira e manicure), além das estudantes ou daquelas que trabalham nos seus lares.

Diniz (2007) sintetiza uma das principais pesquisas realizadas no Brasil sobre o aborto que encontrou estudos analisando idade, classe social, religião, tempo gestacional, tipo de aborto, conjugalidade, educação e inserção no mundo do trabalho. Os resultados mostraram predominância de mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, independente de seu referido estado civil, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com menos de um filho. Trabalhos de Aquino et al. (2003) e de Lucena (2000) confirmam alguns desses dados, ou seja, a maioria das mulheres tem companheiro e segue uma religião.

Os dados clínicos desse estudo evidenciaram que a maioria das mulheres estava em sua primeira ou segunda gestação e um terço delas já tinha tido abortos anteriores. O tempo de gestação mostrou maioria entre a 11<sup>a</sup> e a 20<sup>a</sup> semanas de gestação, com abortos incompletos.

Um dado intrigante no presente estudo é que apesar de a maioria das mulheres não ter planejado a gravidez, também não fazia uso de nenhum método contraceptivo. Entre as que usavam, a gravidez pode ser explicada pelas dificuldades no uso de métodos, como efeitos colaterais, desconforto e esquecimento da pílula, ou seja, inexperiência visto que muitas delas estavam passando pela primeira situação de abortamento.

A gravidez indesejada, na maioria dos casos, ocorre em situações em que a mulher desconhece o funcionamento de seu corpo, tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em especial, de planejamento familiar, tem pouco poder de negociação em relação à sexualidade ou não dispõe de condições financeiras e psicológicas para arcar com os custos da reprodução (MARIUTTI et al., 2010).

Nesse aspecto, observou-se diferença importante entre os estudos com grupos de adolescentes (10-19 anos) e com mulheres jovens adultas (20-29 anos). As adolescentes faziam menos uso desses métodos, quando comparadas com as mulheres jovens adultas. Mais da metade das jovens adultas que moram

nas regiões Sul e Sudeste e que abortam declarou ter feito uso de métodos, em particular a pílula anticoncepcional, o que sugere seu uso irregular ou equivocado. No caso dos estudos da região Nordeste, a ausência de métodos contraceptivos, por ocasião da gravidez, é alta em estudos com amplas amostras de base populacional (DINIZ, 2007).

São inúmeros os fatores associados ao uso de métodos anticoncepcionais e/ou de proteção pessoal durante os relacionamentos afetivo-sexuais. Entre eles citam-se o grau de conhecimento sobre as questões reprodutivas, sobre a atuação dos contraceptivos, especificidades relacionadas ao gênero, tipo de envolvimento afetivo do momento, questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como o grau de liberdade e de autonomia da mulher em relação ao seu parceiro (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007).

Menos de um quarto das mulheres do presente estudo que abortaram não tinha filhos. Este dado nos remete à ideia de que o aborto pode se tornar um instrumento de planejamento reprodutivo importante para as mulheres com filhos, quando os métodos contraceptivos falham ou não são utilizados adequadamente.

Nos trabalhos analisados por Diniz (2007), a constatação de que as mulheres adultas que abortam faziam uso de algum método contraceptivo é um achado que se repete nos estudos a partir de meados dos anos 1990. A referência ao uso de métodos contraceptivos é um dado coerente com a trajetória reprodutiva de uma mulher que induz o aborto: a gravidez não foi planejada, por isso referencia-se ao método contraceptivo (que teve seu uso inadequado ou houve falha no método) e o recurso ao aborto induzido. Recentemente, houve aumento no uso da pílula do dia seguinte, e é evidente a importância da conscientização do uso limitado do método por ser bastante agressivo e provocar distúrbios hormonais na mulher.

As transformações no papel da mulher moderna fizeram com que a fecundidade caísse significativamente bastante e que adiasse ou diminuísse o número de filhos em prol da sua realização profissional, pessoal e afetiva (SCORZAFAVE, 2004).

Com essa queda de fecundidade, o aborto provocado e o uso de contraceptivos podem aumentar concomitantemente (*INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION*, 2007). As dificuldades no uso do método contraceptivo e as restrições na prática de esterilização pelo SUS (mulheres



acima de 25 anos, com no mínimo dois filhos e assinatura do Termo de Consentimento com prazo de 60 dias) fazem com que haja aumento do número de abortamentos induzidos como regulação de fecundidade.

Neste estudo apesar de a maioria das mulheres em abortamento não ter planejado a gravidez, referem ter parceiro único e boa relação com o mesmo. Além disso, a grande maioria das mulheres relatou aceitação da gravidez pelo parceiro.

Pazello (2003) diz que a presença de filhos ou a maternidade causa impacto negativo sobre a participação da mulher na sociedade produtiva, o que pode explicar por que, apesar de as mulheres deste estudo terem parceiro único, união estável e aceitação do parceiro, a maioria não planejava a gravidez.

Estudo de Scorzafave e Menezes-Filho (2001) mostra que as mulheres com menos filhos tendem a participar mais efetivamente do mercado de trabalho e afirmam que a presença de muitos filhos pode ser restritiva para que a mulher participe ativamente deste mercado. Registra também que, com menos filhos, pode haver aumento da renda familiar *per capita*. No entanto, este dado é controverso, pois os filhos das famílias mais pobres trabalham e geram renda.

O tipo de aborto foi informado pela maioria das entrevistadas para este estudo como sendo natural. No entanto, somente metade delas havia realizado o acompanhamento do pré-natal.

Num trabalho sobre o aborto no Brasil, estimou-se que 1.054.242 abortos foram induzidos em 2005. A fonte de dados para o cálculo da estimativa foi o registro das internações por abortamento no Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. O maior desafio para o cálculo da magnitude do aborto no Brasil é a dificuldade de acesso a dados fidedignos, devido ao alto número de mulheres que omitem ter induzido um aborto. Estudos mostram a dificuldade mundial em numerar os casos de aborto espontâneo e induzido, pela ilegalidade, pelo medo, pelo preconceito e pelo julgamento da sociedade e da própria equipe de saúde (BRASIL, 2008b; COSTA et al., 1996; DINIZ, 2007; IPAS BRASIL; INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL, 2007).

O grau de sub-registro é evidente, inclusive pondo em risco as conclusões de estudos, principalmente relacionados à natureza ilegal dos procedimentos. O sub-registro acontece em todas as regiões do território brasileiro também pela má qualidade da notificação (LIMA, 2000; MARIUTTI et al., 2010). Uma possibilidade que não pode ser descartada é a de que os profissionais ainda têm

dificuldade ou “receio” na seleção da causa da internação, particularmente em casos de doenças relacionadas a práticas ilegais o que, certamente, implica em certo obstáculo à coleta de uma anamnese (SOUZA; AQUINO, 1999). A grande parcela de aborto não especificado reafirma essa hipótese. Segundo Valongueiro (2000), embora os registros sejam em sua maioria obtidos facilmente, estes são incompletos e sujeitos a erros, sendo a ausência de universalidade na oferta de serviço do aborto, certamente o fator mais importante na omissão e nas subinformações dos registros.

A lei parcial do aborto apenas permite uma desigualdade no atendimento de mulheres pobres e ricas na situação do abortamento, em termos de assistência, principalmente nos países em desenvolvimento.

Há evidências de que tentativas de abortamento são práticas usuais em população de baixa renda e são feitas em condições precárias. Depois, recorrem aos hospitais públicos, tornando-se experiências com sequelas psicológicas e sofrimento para a mulher (OSIS et al., 1996). Em razão das restrições ao aborto legal e das limitações na obtenção de dados sobre abortos, as estimativas de abortos no Brasil são extremamente imprecisas e variáveis, dificultando, desta forma, uma análise real da ocorrência do aborto (OSIS et al., 1996).

No caso da presente amostra, encontraram-se dados divergentes com relação a essas afirmações, pois a maioria das mulheres é branca, com poucas que são analfabetas, a maioria tem ensino médio e até superior completo, parceiro único, casa própria e fonte de renda.

O pesquisador do presente estudo procurou minimizar as situações do ambiente hospitalar e da abordagem para favorecer o acesso às informações. Mesmo assim, nas respostas objetivas pouco se obteve sobre o aborto provocado. Entretanto, nas questões indiretas, percebeu-se que o índice de aborto provocado foi bem maior do que o declarado. Por exemplo, através de algumas falas: *“eu queria ter esta criança, mas minha situação atual não permite”*; *“não tenho ajuda do marido/namorado”*; *“sou nova e não tenho apoio da família e do namorado para ter”*. Estas mulheres chegavam ao serviço com sangramento intenso ou infecção grave, indicando que algum procedimento anterior “provavelmente” tivesse sido realizado.

Apesar de muitas mulheres não terem realizado acompanhamento pré-natal, relataram ter tomado algum medicamento (sendo somente um terço

referente à gravidez ou a medicamentos para tratamentos já utilizados anteriormente).

Diniz (2007) mostra que 48% das mulheres que abortaram usaram algum medicamento abortivo e que 55% delas ficaram internadas em razão do procedimento.

A assistência pré-natal visa a manter a promoção e a integridade das condições de saúde materno e fetal. É necessário que seja iniciado, o mais precocemente possível, de preferência antes da 12ª semana de gestação, com a finalidade de identificar intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que possam trazer consequências graves ao binômio mãe-filho. No pré-natal, deve-se obter informações, histórico, hábitos de vida, impacto da gravidez para aquela mulher, orientação alimentar, atividade física, noções do parto e aleitamento materno e oferecer testes de *screening* para o diagnóstico e tratamento precoce de patologias que possam comprometer o desenvolvimento da gravidez (BRASIL, 2000).

Metade referiu ter problemas de saúde. Observou-se, entre as doenças relatadas, a presença de obesidade. A obesidade pode causar sofrimento psicológico devido à pressão social para um corpo esguio. Também é provável que uma autopercepção inadequada do peso, com ou sem obesidade, traga prejuízos funcionais. As discrepâncias entre o índice de massa corporal e o peso corporal "ideal" podem levar a estados emocionais negativos, tais como desapontamento e insatisfação, colocando os indivíduos em risco de terem transtornos e, muitas vezes, sentirem-se isolados ou discriminados (MARÍN-LEÓN, 2005).

Nesse sentido, o exercício físico é visto na maioria dos estudos como benefício para as pessoas, influenciando na saúde em geral, especialmente entre as obesas. Observou-se neste estudo que a grande maioria das mulheres vivenciando o aborto não praticava nenhum tipo de atividade física; no entanto, não foi encontrada associação significativa entre a realização desta com depressão e autoestima, apesar de outros trabalhos (MARÍN-LEÓN, 2005; VECCHIA et al., 2005) relatarem a importância da atividade física para contribuição da saúde mental, especificamente na autoestima e nos níveis de depressão.

O exercício físico pode trazer benefícios tanto físicos, como sociais e psicológicos, contribuindo para um estilo de vida mais saudável. Promove a

melhoria da qualidade de vida devido à independência que as atividades físicas proporcionam através do trabalho de fortalecimento muscular, equilíbrio e propriocepção (MARÍN-LEÓN, 2005).

A maioria das mulheres avaliou-se com ótima capacidade para trabalho, porém não realizam nenhuma atividade física. Referem boa alimentação e pouca mudança alimentar. Metade refere alterações no sono, bom interesse sexual e poucas atividades de lazer.

Observou-se ainda, entre as mulheres em abortamento, baixo índice de uso de fumo, álcool e de outras drogas. No entanto, o uso de álcool foi um fator que teve associação com a natureza do aborto, mostrando que a maioria com aborto sugestivo ou provocado fazia uso abusivo de álcool.

No entanto, o aborto nesta amostra teve relação com a sua saúde, o uso de fumo, álcool e drogas, a realização de atividade física, padrão alimentar, sono, interesse sexual e lazer, pois apesar de assumir outros papéis, além de dona do lar, muitas mulheres trabalham e muitas vezes não têm horários para outras atividades, mesmo dando e sabendo da importância destas.

Segundo Scorzafave (2004), os estudos sobre as questões relacionadas às mulheres têm ganhado espaço considerável na literatura por diversos fatores como as transformações no campo econômico, mudança de hábitos culturais nas sociedades ocidentais ocorridas a partir de meados do século XX, com maior abertura para as mulheres questionarem papéis que eram impostos a elas, por padrões socioculturais vigentes até então. A mudança cultural marcante foi o papel social da mulher como esposa e dona de casa, tendo como tarefas exclusivas o cuidado com a casa, filhos e marido, assumindo outros papéis dentre eles, o trabalho fora do lar e a competição com os homens por empregos.

Buss (2000) considera que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, em que se consideram educação, oportunidade de emprego, moradia, alimentação, saneamento e hábitos de vida.

A qualidade de vida está relacionada à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos, o estilo de vida, a satisfação com atividades diárias e o ambiente em que se vive (VECCHIA et al., 2005).

Segundo Vecchia et al. (2005), pesquisas qualitativas sobre o conceito de qualidade de vida encontraram como resultados a valorização da vida, do bom relacionamento com a família, no trabalho, com amigos, com o companheiro, da saúde, além da presença de hábitos saudáveis, realização de atividades físicas, bem-estar, alegria e amor apropriados por uma condição financeira estável, do trabalho, da espiritualidade e de expectativa de se poder aprender mais, estudar e melhorar.

A qualidade de vida (Q V) é um conceito multidimensional que abrange vários domínios, motivações ou indicadores sociais, como, por exemplo, posição funcional (atividades de autocuidado, mobilidade, atividades físicas e desempenho de papéis), doenças e sintomas relacionados ao tratamento, funcionamento social (atividades sociais e relacionamentos), saúde mental (estado de humor, autoestima, percepção de bem-estar), desenvolvimento espiritual ou existencial, valores culturais, segurança do ambiente (residência adequada, renda econômica garantida), amor, liberdade, felicidade, satisfação, entre outros (ANDERSON; BURCKHARDT, 1999).

Segundo Forattini (1991), sob o ponto de vista da saúde, pode-se pensar em duas maneiras de olhar a Qualidade de Vida: a individual e a coletiva. A primeira refere-se à avaliação da capacidade funcional e da consequência do diagnóstico para a pessoa, e a segunda se volta ao resultado da doença tanto nos aspectos de natureza biológica, física como social. Em nível coletivo, a identificação do contexto das pessoas pode mostrar a importância de melhorar socialmente e politicamente as ações de saúde e em se tratando da individual está associada com satisfação de viver (SIVIERO, 2003).

O contexto e o perfil das mulheres, sujeitos da presente pesquisa, são importantes e relevantes para compreender o enfrentamento da situação, os níveis de depressão e de estima pessoal.

A percepção do estigma, discriminação, rejeição e isolamento social, dificuldades no relacionamento interpessoal para iniciar e manter relações amorosas, limitações das atividades cotidianas, problemas no trabalho, desemprego têm sido associados aos estados depressivos e de baixa estima pessoal, influenciando a qualidade de vida do indivíduo (ANDERSON; BURCKHARDT, 1999), o que não seria diferente, mas um agravante em relação às mulheres que passam pelo abortamento.

Os resultados do presente estudo, referentes à identificação e ao contexto de vida das 120 mulheres em abortamento, também permitem inferir que elas passaram por momentos de estresse devido à perda pelo aborto, seja espontaneamente ou provocado.

Lazarus e Folkman (1984) afirmam que incluindo o papel do aparelho psíquico na reação ao estresse, a atitude pessoal está ligada ao modo como o indivíduo percebe os eventos. Na vigência de um estressor, dá-se uma “avaliação cognitiva”, entendida como um processo mental de localizar cada evento em uma série de categorias avaliativas relacionadas com o bem-estar e a capacidade de adaptação das pessoas.

A resposta ao estresse é direcionada por alguns fatores, como características individuais, fatores protetores e de risco, ambiente físico, amparo social, *status* econômico e *background* cultural (HELMAN, 1994) que determinam também a qualidade de vida. Voltando a focalizar a qualidade de vida, entendida como viver bem, considerando-se os indicadores físicos e os subjetivos, como categorias de mensuração, são relevantes os indicadores subjetivos, na definição de aspectos do contexto do indivíduo, os quais dependem principalmente da relação entre realização pessoal e esperança na vida (AUGUSTO, 2000).

Buss (2000) descreve alguns fatores relacionados ao contexto de identificação que interferem na vida e no fator de resiliência das pessoas: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica, estado nutricional e autoproteção de saúde. A situação de vida boa ou excelente é aquela que oferece condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, na qual conseguem ter uma boa saúde mental e boa estima.

O estado de saúde mental das mulheres da amostra foi sentido pela metade como bom. Entretanto, é alto o índice das mulheres que já haviam tido depressão anteriormente. Optou-se por questionar sobre a saúde mental e também a presença de depressão anterior, pois alguns estudos colocavam a possibilidade do transtorno depressivo e também dos níveis baixos de depressão estarem presentes antes do ocorrido. Assim, observa-se pelo presente trabalho que perceber sua saúde mental positivamente e ter boa estima pessoal são fatores protetores para a mulher em abortamento.

Observando estudos que tratam o aborto e a depressão, alguns mostram a alta probabilidade da mulher pós-abortamento apresentar transtornos mentais

como depressão, aumento do uso de drogas e baixa autoestima. No entanto, alguns estudos questionam a possibilidade de a mulher que engravida indesejadamente não recorrer ao aborto e ter como consequência uma depressão pós-parto e ter transtornos mentais por conta do nascimento indesejado, no momento de suas vidas que elas não haviam planejado. Há também estudos que colocam a possibilidade de a mulher já ter a depressão antes do ocorrido e apresentar maior possibilidade de desenvolver o transtorno após abortamento (BROEN et al., 2005; ENGELHARD; VAN DEN HOUT; ARNTZ, 2001; JONES; DARROCH; HENSHAW, 2002; KLIER; GELLER; NEUGEBAUER, 2000; PERRIN; BIANCHI-DEMICHELI, 2002).

A maioria das mulheres alegou que não teve problemas de relacionamento familiar, com o parceiro e social durante a gravidez. Algumas que tiveram problemas de relacionamento com o parceiro, com a família e no trabalho não tinham problema financeiro, mas foi alto o índice das que relataram uso abusivo de drogas e álcool na família, o que pode influenciar negativamente nos níveis de depressão e autoestima dessas mulheres e conseqüentemente em sua qualidade de vida.

Outra variável analisada no presente estudo foi a violência, e metade das mulheres pesquisadas nunca sofreu nenhum tipo de violência física, nem psicológica, nem social. Entretanto, um quinto delas sofreu violência física, psicológica e/ou social, e este fato esteve associado à presença de depressão. Encontrou-se, no presente estudo, que o abuso de álcool e drogas entre familiares da amostra mostrou correlação positiva com a presença de depressão e o aborto provocado.

Houve, neste estudo, associação entre violência familiar e aborto provocado, mostrando que, das mulheres que sofreram violência familiar, todas são mulheres com histórias sugestivas de abortamento provocado ou de aborto provocado propriamente dito. Entretanto, no estudo de Araújo, Graça e Araújo (2003), das que sofreram algum tipo de violência no trabalho, o índice de aborto natural foi bem maior, o que indica que o fator estresse no trabalho pode estar atuando no fisiológico. Esses estudiosos afirmam que a fisiologia do estresse vem sendo desenvolvida há mais de duas décadas na Suécia e que foram avaliadas respostas endócrinas ao estresse no trabalho, como este influencia na saúde do indivíduo, na produtividade, no seu metabolismo e, conseqüentemente, em sendo mulher levando à perda fisiológica de uma vida.

A violência tem sido identificada como um fator de risco para vários agravos à saúde da mulher, tanto física como mental e reprodutiva, e tem se mostrado associada à pior qualidade de vida, maior procura por serviços de saúde, maior exposição a comportamentos de risco, como sexo desprotegido, tabagismo, abuso de álcool e outras drogas e maiores taxas de suicídio e de tentativas de suicídio (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

As formas mais comuns de violência são efetivadas pelos próprios parceiros, envolvendo violência física, psicológica e sexual inclusive durante a gravidez. A violência conjugal pode assumir diversas formas, incluindo a física como empurrões, tapas e até ameaças com armas e homicídio além da violência sexual como sexo forçado ou participação forçada em atividades sexuais degradantes ou humilhantes, sem uso de preservativo. Estas situações podem estar acompanhadas por comportamentos abusivos como restrições financeiras, proibição de participação do meio social e ocupacional e frequentes atos de intimidação e humilhação, influenciando diretamente na qualidade de vida da mulher (CASIQUE; FUREGATO, 2007).

Os testes estatísticos do presente estudo mostraram que houve associação significativa entre violência doméstica e a natureza do aborto do tipo "provocado". Pérez (2006) também mostra em seu estudo uma associação entre a vivência de violência doméstica e o aborto provocado, inclusive histórias de violência na gestação atual. Acrescenta que, pelo adoecimento físico e psicológico desta situação, a experiência do aborto pode ser associada ao estresse pós-traumático.

Costa (2001), em seu estudo "a violência conjugal e sua influência na decisão pelo aborto", deixa clara a relação entre a violência e o ato de abortar, mostrando que realmente a mulher sente medo de que seus filhos no futuro possam realmente assistir às cenas de violência e insegurança, o que tem influência na sua saúde mental e na sua estima pessoal. Um dos fatores que favorece a violência além da própria criação da menina e do menino (distinção de criação na infância) é o machismo, no sentido de o homem achar que desse modo está mostrando quem manda. Atualmente, a violência acontece também pela ascensão da mulher, pela transformação feminina na sociedade atual, devido ao receio de se inferiorizar perante ela.

Diante da grande quantidade de atos de violência registrados contra a mulher em diversos países, é evidente a necessidade de estudos, com o



propósito de compreender esse fenômeno e propor políticas públicas visando a diminuir ou minimizar os efeitos diretos e indiretos para a mulher frente à violência doméstica (CASIQUE; FUREGATO, 2007).

O estudo de Castañón e Luis (2008), sobre relação afetiva das mulheres com cônjuge alcoólico, mostra que a dependência da bebida, como qualquer vício, inclui obsessão, compulsão e perda de controle, e são comportamentos aprendidos que afetam a saúde tanto física como mental de quem consome e daqueles que convivem com este. As autoras acrescentam que o abuso de substâncias está diretamente ligado ao abuso físico, sexual e psicológico, influenciando na autoestima e na saúde mental dos integrantes do núcleo familiar, em especial a mulher. Esta disfunção de abuso de álcool pode ser reflexo do que acontece no contexto social do casal.

É importante também a atuação dos profissionais de saúde nesta direção, pois muitas mulheres escondem a agressão, por causa da submissão psicológica ou financeira em relação ao companheiro, levando à necessidade de os profissionais identificarem a agressão, saberem abordar essas mulheres da melhor maneira possível para que estas se sintam à vontade em relatar o ocorrido e que possam ser encaminhadas adequadamente. Devem ser orientadas quanto aos seus direitos e garantia da sua integridade, inclusive quando relatada em serviços especializados (CASIQUE; FUREGATO, 2007).

Um dos fatores considerados importantes para o enfrentamento do episódio de abortamento é o apoio e o suporte social. Segundo Mamede e Biffi (2004), suporte social é formado por laços que são estabelecidos nos convívios, nos quais pode haver laços de afeto, confiança e consideração, o que pode influenciar em mudanças comportamentais e na percepção dos participantes, favorecendo recursos psicológicos e físicos, aumentando a capacidade de enfrentar as dificuldades. Nesse trabalho, as autoras identificam os tipos de suporte social oferecidos e percebidos pelo parceiro sexual na reabilitação de mulheres mastectomizadas, mostrando a importância do apoio, do afeto e o reconhecimento do seu trabalho cotidiano.

Acrescentam ainda o papel do parceiro em estimular a mulher não apenas na sua realização pessoal mas também nas realizações profissionais.

Ao contrário do que se propaga, o feminismo não perdeu a razão de ser, pois, apesar dos avanços, as desigualdades existem. No Brasil e no mundo, as relações de gênero ainda têm muito que avançar. Apesar de as mulheres terem

conquistado o direito ao voto desde 1932, elas representam apenas 8% do parlamento, ainda recebem salários inferiores aos dos homens, são mais afetadas pelo desemprego e, na esfera privada, ainda enfrentam a violência de gênero (PIRES, 2010).

Quase todas as mulheres deste estudo afirmaram ter religião e metade delas não é praticante. A grande maioria de católicas e evangélicas é praticante.

Questões simbólicas são pouco exploradas nos estudos do perfil das mulheres que abortam. A religiosidade é um tema superficialmente analisado nos estudos de base populacional e nos estudos qualitativos com grupos reduzidos de mulheres. A maioria dos estudos realizados com aborto utilizou dados de prontuários ou outras fontes documentais, e a informação sobre religião está ausente dessas fontes (DINIZ, 2007).

Os poucos estudos analíticos com amostras selecionadas de mulheres indicam que entre 50% e 91,6% do total de mulheres com experiência de aborto induzido declaram-se católicas (DINIZ, 2007). Por outro lado, Gollop (1994/1995) acrescenta que os dogmas religiosos estão totalmente dissociados daquilo que acontece na sociedade e que a criminalização do aborto não impede que milhares de mulheres continuem adotando a prática.

O estudo de Silva, Ronzani e Furtado (2009) mostra que a religião atua como fator protetor das doenças mentais, inclusive do uso abusivo de álcool e drogas, principalmente os praticantes. Dalgalarrondo (2000, 2006) confirma os dados desses autores acrescentando que há evidências mostrando os efeitos positivos de maior envolvimento religioso sobre a saúde mental, sugerindo que pessoas mais religiosas apresentam maior bem-estar psicológico e menores prevalências de depressão, uso, abuso ou dependência de substâncias e comportamento suicidas.

Morais e Dalgalarrondo (2006), em um estudo sobre mulheres encarceradas em São Paulo, relacionam saúde mental e religiosidade, mostrando também a religião como fator protetor para os transtornos mentais. Os autores acrescentam que, além da religiosidade, fatores como trabalho, estudo, vínculos familiares melhoram o ajustamento da mulher à realidade e superação de situações difíceis.

Há vários mecanismos propostos e que têm sido investigados, relacionados à ação positiva da religião sobre a saúde mental. Há, nestes casos, um conjunto de fatores associados tais como: o apoio social dos grupos

religiosos, a disponibilidade de um sistema de crenças que dá sentido à vida e ao sofrimento, o estímulo a estilos saudáveis relacionados ao sono, alimentação, lazer, exercícios físicos, comportamento sexual, uso de substâncias como álcool, abuso de drogas e fumo, dentre outros.

Metade da população pesquisada evidenciou algum nível de depressão, o que está acima dos índices relatados na literatura. Mesmo o fato de ter 11% com depressão grave, está acima de todos os índices encontrados na literatura. No Instrumento de Identificação e Contexto, dentre as mulheres que referiram que sua saúde mental era mais ou menos, muitas já haviam tido depressão anteriormente (4 estavam com o diagnóstico confirmado no momento e fazendo uso de antidepressivos).

Os dados encontrados são preocupantes e merecem especial atenção. Estudos epidemiológicos dos transtornos psiquiátricos na mulher mostram que estes transtornos são um sério problema de saúde pública, causando incapacidade e conseqüente deteriorização da qualidade de vida (ANDRADE, VIANA, SILVEIRA, 2006; MAJ SARTORIUS, 2005; SADOCK, SADOCK, 2007).

Segundo Andrade, Viana e Silveira (2006), a diferença entre gêneros vai além das especificidades biológicas, pois há também os fatores como pressões sociais, estresse crônico e baixo nível de satisfação associado ao desempenho de papéis, tradicionalmente femininos, ou pela forma diferencial entre gêneros para lidar com problemas e buscar soluções. Outro argumento é que as mulheres teriam maior facilidade de identificar sintomas, admitir a depressão e buscar tratamento (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

As mulheres são mais propensas a ter um quadro depressivo do que os homens, inclusive porque elas têm mais facilidade em expressar seus sentimentos, do que eles. Elas vão com mais frequência aos consultórios médicos e têm variações de hormônios estrogênio e progesterona durante o ciclo menstrual influenciando no humor, e o ciclo gravídico-puerperal e as pílulas contraceptivas podem, em alguns casos, propiciar aumento dos níveis de depressão. As mulheres são mais abertas para aceitar e revelar que sofrem de depressão. O homem ainda considera que se assumir a depressão, estará mexendo com seu lado viril e demonstrar fraqueza (CORDAS; SALZANO, 2006).

Vários fatores de risco associados à depressão têm sido identificados, incluindo história familiar, adversidade na infância, aspectos associados à personalidade, isolamento social, exposição a experiências estressantes, drogas

na família, doenças crônicas e problemas econômicos. Vários desses fatores foram identificados na população em estudo.

A grande maioria da amostra deste estudo teve algum grau de depressão, sendo que a maior porcentagem sem depressão estava na faixa dos 40 anos e mais; a depressão leve e moderada predominou na faixa dos 30 aos 39 anos e a grave entre os 20 e 24 anos. Estudos revelam que a depressão pode iniciar-se em qualquer idade. No entanto, pessoas com depressão precoce, se não forem tratadas, podem apresentar problemas futuramente. O fato de passar por um momento estressante pode aumentar ainda mais o problema.

Durante muito tempo acreditou-se erroneamente que adolescentes, jovens e crianças não eram afetadas ou que tinham pouca chance de serem afetadas pela depressão. Atualmente, sabe-se que a depressão pode ocorrer em todas as faixas etárias, interferindo de maneira significativa na vida diária, nas relações sexuais e no bem-estar geral das pessoas, podendo levar a sofrimento psíquico intenso e ao suicídio. Quase todas as pessoas experimentam sentimentos temporários de tristeza em algum momento de suas vidas. Este fato é peculiar e depende do contexto de vida e do momento ou acontecimentos de cada indivíduo, mas quando se trata de depressão clínica, a pessoa necessita de encaminhamento e tratamento adequado (AMA, 2002).

Outro fator importante foi o fato de trabalhar. Nota-se que a maioria das mulheres que trabalham não tem sinais de depressão ou tem sinais leves; entretanto, entre as que não trabalham houve um aumento proporcional do nível de depressão, o que está compatível com dados encontrados em outros estudos, mostrando que o trabalho, a ocupação e o entretenimento são fatores de proteção para o transtorno depressivo.

O fato de considerar como ótima e boa a capacidade para o trabalho parece ser fator protetor para depressão, pois metade das que consideram sua saúde boa não tem sinais de depressão.

Engelhard, Van Den Hout e Arntz (2001) revelam que a depressão traz o isolamento, o desânimo, a perda de vontade para atividades que anteriormente davam prazer, cai o rendimento e a capacidade no trabalho ou, no caso de estudantes, o rendimento escolar; além disso, gera irritabilidade, mau-humor, baixa autoestima e cansaço fácil. Acrescenta que as pessoas que estão realmente animadas e entretidas em seu trabalho, quando surgem momentos de tristeza, enfrentam de forma equilibrada e madura. A ocupação, de maneira

geral, atua como fator protetor; o lazer, a religião, tarefas no lar, o cuidado com a família também podem atuar como fatores protetores.

Entre as mulheres com sinais graves de depressão, a maioria considera que sua moradia está em más condições de higiene ou limpeza, fato compatível com o quadro depressivo. A maioria tinha poucas pessoas morando na mesma casa frequentemente com dois quartos. Um pouco mais da metade nega mudança de residência há menos de um ano.

Muitas vezes elas moram em locais de difícil acesso, mas este foi o único lugar que conseguiram comprar. Apesar de a moradia ser própria, não estão satisfeitas com a segurança e nem consideram o local agradável, além de não terem, na maioria das vezes, o número suficiente de quartos por morador. Talvez por isso, todas elas referem que gostariam de ter uma colocação mais estável no mercado de trabalho, para se sentirem realizadas nesse sentido.

Para muitas mulheres passando pela primeira experiência de perda de uma gestação, os sinais de depressão estavam ausentes, ao passo que foi significativo o percentual de mulheres com sinais de depressão grave e moderada tendo um ou dois episódios de aborto anterior.

O nível de depressão apresenta-se maior entre as mulheres que fizeram acompanhamento pré-natal do que entre aquelas que não realizaram, fato que pode estar associado com maior expectativa daquelas que realizaram. Metade das mulheres do estudo fez acompanhamento de pré-natal.

Outro fato interessante é que a maioria que relata alteração no seu hábito alimentar, ou sono ruim e péssimo e diminuição no interesse sexual apresentou depressão grave, mostrando forte associação entre o nível de depressão e a interferência na alimentação, sono e vida sexual.

A maioria das mulheres relata não realizar nenhum tipo de exercício físico, fato que pode realmente influenciar, pois, segundo Bulacio (2004), os exercícios são considerados ótimos influentes para a mente e que meia hora de exercícios diários são suficientes para melhorar sintomas de depressão e aumentar a autoestima. Comprovou-se cientificamente que, na realização de exercícios físicos, há liberação de hormônios como serotonina e endorfina que aumentam a sensação de bem-estar do organismo.

Dentre as mulheres que estavam passando por abortamento e que não pontuaram para depressão, a grande maioria referiu sua saúde mental como

ótima ou boa. Das mulheres sem sinais de depressão, a maioria refere não ter tido episódio anterior ao atual de abortamento.

Entre aquelas que tinham sinais de depressão moderada e grave, estavam as piores avaliações de saúde mental percebida, o que é compatível com estados depressivos.

Os testes evidenciaram ainda associação entre o aborto natural e o provocado. As mulheres com aborto provocado avaliam sua saúde mental como regular, ruim ou péssima.

Como esperado, as mulheres com depressão grave apresentam isolamento social, maiores dificuldades financeiras e também sofreram algum tipo de violência familiar ou registraram uso de drogas na família.

Como mencionado na introdução desta tese, Jones, Darroch e Henshaw (2002) afirmam que muitas mulheres em abortamento sofrem de síndrome pós-aborto, experimentando o "luto incluso", uma dor na qual na maioria das vezes é negada. Por causa desta negação, o luto não pode praticamente existir. Mesmo assim, a dor existe e muitas têm *flashbacks* da experiência do aborto, pesadelos, sentimentos de culpa, impulsos suicidas, pesar/abandono, perda da fé, baixa estima pessoal, preocupação com a morte, hostilidade e raiva, desespero/desamparo e nervosismos e tonturas.

No caso de ser provocado, Broen et al. (2005) afirmam que as mulheres apresentam ansiedade, sinais de depressão, culpa e vergonha por até cinco anos e os nos abortamentos naturais causam depressão e ansiedade durante os seis primeiros meses depois da perda do bebê.

Klier, Geller e Neugebauer (2000) explicam que a depressão é um efeito natural do aborto e pode aparecer anos depois. A depressão causada por um aborto, independente da causa ou das situações envolvidas, é uma condição oculta e ignorada, porém necessária à prevenção e ao tratamento, pois essas mulheres tem maior probabilidade de sofrer alguma enfermidade mental, e de abusar do álcool e/ou das drogas.

Outro estudo revela que, inclusive quatro anos depois do aborto, o índice de admissões psiquiátricas permanecia 67% mais alto que o das mulheres que não tinham passado pela situação. Alguns estudos comprovam que o risco de depressão pós-parto e a psicose durante os nascimentos desejados também se costumam ligar a um aborto prévio (ENGELHARD; VAN DEN HOUT; ARNTZ, 2001).

Segundo Perrin e Bianchi-Demicheli (2002), após exaustiva revisão de muitos estudos bem como sua experiência clínica indicam que, para muitas mulheres, o início de disfunções sexuais e desordens alimentares, aumento do tabagismo, desordens de pânico e ansiedade junto com relações de abuso se tornam formas de vida comuns como consequência da situação de abortamento. Os autores afirmam que há aumento crescente desses casos e que, infelizmente, são ignorados, mal diagnosticados e não tratados, levando à morbimortalidade destas mulheres.

Por outro lado, Perrin e Bianchi-Demicheli (2002) referem-se a um estudo que garante que a depressão pós-parto é uma ocorrência pouco frequente em mulheres jovens que optam pelo aborto, quando estão numa fase que realmente não poderiam ou não aceitariam um filho naquele momento, por vários motivos: são jovens demais, estudam, não trabalham, não têm um relacionamento firme e seguro, ou os pais não aceitariam. Segundo esse estudo, elas não têm arrependimento, somente um temor de não poder ter esta experiência de gravidez no momento certo, medo de um risco relacionado ao corpo e relatam que o sofrimento é intenso, mas não maior do que ter um bebê numa fase em que elas não desejariam. Porém, colocam a importância de terem usado prevenção para que isso não ocorresse e procuram não pensar mais no fato ocorrido. Os autores acrescentam que ter um filho indesejado causa menos depressão do que abortar. Foram entrevistadas 421 mulheres que tiveram uma gravidez indesejada, entre os anos de 1980 e 1992, e concluíram que, entre as que optaram pelo aborto, apresentaram alto risco de depressão, contra 22% entre as que optaram por ter filho.

Fica evidente que há controvérsias com relação à associação do aborto com a depressão, mostrando a importância de futuros trabalhos referentes ao tema.

Os resultados da avaliação da autoestima mostram que grande parte das mulheres entrevistadas na presente amostra apresentou média autoestima. Como metade da população desta investigação não apresentou sinais de depressão e os casos de depressão leve e moderada eram em maior parte do que os de depressão grave, é natural não ter encontrado casos de baixa estima pessoal e não ter encontrado associação com a depressão.

Segundo Oliveira (1984), a avaliação característica que a pessoa faz de si própria e o que ela pensa de si é a estima. A baixa estima pessoal é um senso de

inadequação e uma inabilidade para obter satisfação das necessidades no passado. A boa estima é definida por um senso de adequação pessoal e por um senso de ter conseguido satisfação das necessidades.

Segundo Oliveira (1984), as pessoas com boa e elevada estima pessoal têm maior autonomia em suas escolhas, não se permitem agressões ao próprio corpo, têm conhecimento do que querem para si e confiam em si próprias, tendo, conseqüentemente, um melhor ajustamento social, familiar e conjugal.

A Escala de Autoestima de Rosenberg é atualmente o instrumento para avaliação da autoestima amplamente utilizado em nível mundial. Suas vantagens são: capacidade de detectar pequenas alterações na autoestima, ser curta e de fácil entendimento. Apesar de a autoestima ser influenciada por diversos fatores e difícil de ser medida exatamente, este estudo fornece indicadores do nível de autoestima dessas mulheres, mostrando a associação com fatores biopsicossociais em que se encontram.

A autoestima engloba vários aspectos que podem ser pesquisados separadamente: autoimagem (por parte ou o todo), autopercepção, autoconfiança e autovalorização (SARWER et al., 1998). A autoestima é um sentimento importante na vida das pessoas e capaz de direcioná-las ao sucesso ou fracasso, podendo ser influenciada pelas características sociais como sexo, idade e estado civil bem como por comorbidades. Os dados objetivos nem sempre correspondem com a condição percebida pelo paciente. Pacientes com condições objetivamente idênticas descrevem o seu *status* de saúde de maneira diferente.

A autoestima relaciona-se com a personalidade da pessoa, como se vê e como os outros a veem, influenciando o valor e a confiança profissional e pessoal. Segundo Placco (2001), os conceitos de autoestima e de autoconceito, bem como as diferentes dimensões pessoais são essenciais, pois o processo de capacidade para desenvolvimento de resiliência passa por essas dimensões. Uma boa estima pessoal é um dos aspectos resilientes.

Da mesma forma que na depressão, em relação à autoestima, também há discordâncias entre autores e estudos realizados, o que aponta para a necessidade de mais investigações sobre este tema.

A presente pesquisa trouxe subsídios para a assistência de enfermagem no sentido de conhecer as reais necessidades da mulher em abortamento e assim minimizar o sofrimento mental das mesmas, especialmente aquelas que



apresentam estado depressivo associado. O enfermeiro pode ajudar também a melhorar seus níveis de autoestima e considerar os fatores resilientes, pois estes atuam melhorando os fatores de proteção e dando subsídios para o enfrentamento desta condição adversa.

Os indicativos de resiliência encontrados neste estudo mostram que, quando as mulheres estão felizes, elas ajudam as pessoas, contam mais piadas, sentem-se bem. Entretanto, algumas mulheres referem que se isolam, se calam e choram quando sentem raiva, e algumas gritam, ficam agressivas ou discutem e brigam por pouco, estando de acordo com os casos que apresentam sinais de depressão. Muitas mulheres relataram a situação do aborto ou a gravidez como frustrante.

Relataram que, entre suas maiores dificuldades, estavam o momento do aborto, a situação financeira e emprego. Recorrem principalmente à mãe nas dificuldades, ao companheiro e a Deus. Referem que ter força de vontade e otimismo ajuda a vencer as dificuldades. Relataram como desejo do momento a vontade de ter um filho, de ter um emprego ou de conseguir um emprego melhor.

O enfrentamento do estresse pode se dar de modos diferentes, e a forma como o indivíduo escolhe suas estratégias está determinada por seus recursos internos e externos. Bulacio (2004) afirma que o encontro do mundo exterior com o sujeito, mediado cognitivamente, o qual pode não ser acessível conscientemente, vai ser responsável pela forma como o sujeito entende, vê e pensa sobre a experiência que está vivendo, como este vê o momento estressor e também sua dinâmica interna e externa para lidar com as situações em sua vida e depende também de fatores protetores e de risco.

Minimizar ou subtrair os efeitos prejudiciais do estresse e aproximar a realização pessoal e a esperança na vida são condutas que podem ser aprendidas por estratégias eficazes de enfrentamento, tais como a resiliência. Exercícios físicos, administração do tempo, técnicas de respiração e relaxamento são algumas respostas adaptativas eficazes. Entretanto, quando estas não ocorrem, podem ser substituídas por comportamentos mal adaptados envolvendo abuso de cafeína, tabaco, álcool, drogas e manifestações alteradas do humor (FARAH, 2001).

As variações do humor são naturais, mostrando que o indivíduo reage, conforme suas percepções do seu mundo. As emoções e o humor têm funções

adaptativas, assim a alegria, o medo, a raiva, a ansiedade são componentes normais. Extremos no humor estão ligados a experiências humanas e tornam difícil a avaliação de um nível não adaptado ou patológico dessas reações (STUART, 2001).

Percebeu-se, durante o estudo, o medo de exposição da situação pela qual passam estas mulheres, preferindo muitas vezes ficarem nos quartos, ao invés de andar pelos corredores. Muitas delas ficavam com os lençóis cobrindo seus rostos e, se o leito era do lado da parede, viravam-se para o lado da parede para evitar serem vistas e muitas ficavam quietas, talvez refletindo sobre o ocorrido.

Considerando o aborto e a depressão como problemas de saúde pública e que necessitam de ampla atenção e cuidado, as intervenções de enfermagem são muito importantes no conjunto de ações com vistas à assistência integral da mulher.

Mesmo sabendo da importância dos aspectos biopsicossociais evidenciados até aqui, na prática, durante a coleta dos dados observou-se que a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres tinha um enfoque acentuado no desempenho técnico, com pouca atenção para outras dimensões, tais como qualidade de vida, autoestima e violência domiciliar. Além disso, percebem-se deficiências na formação do profissional para o cuidado de enfermagem em situações como aborto provocado ou estupro.

Apesar de não ser o objetivo do presente estudo, acredita-se que a conduta da enfermagem poderia minimizar os efeitos pós-traumáticos, conferindo maior atenção a essas mulheres, objetivando um cuidado mais humano e, conseqüentemente, de melhor qualidade. A enfermagem pode atuar também aproveitando esta oportunidade para orientá-las quanto aos métodos contraceptivos e as dificuldades com o seu uso.

O trabalho de Thonchin et al. (2010) mostra o quanto é importante para a pessoa que precisa de ajuda uma assistência de boa qualidade com programas e ações de saúde, diminuindo os riscos de morbimortalidade no ciclo-gravídico-puerperal e o quanto os profissionais podem fazer a diferença na assistência e no cuidado às pacientes, de conscientização e de adesão às orientações e aos cuidados.

O aborto no Brasil é legalizado somente em duas situações como risco para a mãe e estupro. A não legalização permite a desigualdade no atendimento, aumentando assim a morbimortalidade das mulheres. Depois que esta mulher já

está na condição de abortamento, não ajudaram nem o julgamento nem discussões sobre o tema. O que ajuda é o cuidado prestado.

O presente estudo mostra a importância de olhar esta mulher em todo seu contexto, a importância de identificar suas necessidades são somente físicas, mas psicológicas e emocionais, os fatores de risco e de proteção como estratégias para ajudá-la a aumentar seu nível de resiliência e não desenvolver outras doenças.

Esses dados mostram que o aborto é um evento estressante e de luto. Eventos estressores são circunstâncias que aparecem sem serem usualmente antecipadas e que podem induzir a transtornos psicopatológicos susceptíveis de se manterem por longos anos, caso não sejam devidamente tratados.

Neste estudo, além de refletir sobre a importância do contexto social das mulheres, sua qualidade de vida, níveis de autoestima e resiliência, fatores de risco e protetores e a influência e a interface desses fatores, é interessante a busca, oferecendo-se subsídios para pesquisas e elaboração de programas de intervenção social e atuação do enfermeiro e outros profissionais junto às mulheres em situação de abortamento, independente da etiologia. Há consenso sobre a importância do olhar humanista sobre essas questões, porém, na prática da enfermagem, as divergências ideológicas, econômicas e até operacionais refletem-se em deficiências com consequências profundas na saúde mental das mulheres.

Este estudo desperta também para a importância de programas de assistência à mulher, com a finalidade de melhor orientá-la a respeito de seu corpo, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, riscos decorrentes do aborto provocado e de todo o conjunto de atividades básicas e simplificadas de prevenção e terapêutica, podendo assim gerar novas reflexões para profissionais da área, atuantes no dia a dia profissional, e agregar conhecimento à realidade deste fato, podendo melhorar o atendimento de enfermagem a este grupo vulnerável da população.

Enfim, percebe-se que a depressão envolve um contexto sociodemográfico e clínico, incluindo estima pessoal, fatores de risco e proteção, aspectos comportamentais e cognitivos. Todos esses fatores influenciam no desenvolvimento ou não da depressão, independente desta ter se iniciado anteriormente ou posteriormente ao episódio de abortamento.

# *Conclusões*

---

*"A primeira lei da natureza é a tolerância - já que temos todos uma porção de erros e fraquezas."*

**\_ Voltaire**

## 6. CONCLUSÕES

Tendo por base a bibliografia sobre este tema e os resultados da pesquisa desta tese, o aborto pode ser visto como um tipo de perda pessoal, acidental e um problema grave de saúde pública, cujo número de ocorrências é grande. Devido à parcialidade da lei brasileira que descriminaliza o aborto praticado e por impedir que isto aconteça, muitas vezes, ocorre de forma clandestina, podendo ser fatal ou causar profundas sequelas psicológicas e físicas à mulher. Estes conceitos merecem novas reflexões da academia.

As discussões sobre o aborto rivalizam-se entre si, ficando para segundo plano o aspecto psicológico da mulher e desconsiderando que a tomada de decisão sobre o aborto envolve um contexto de vida, aspectos biopsicossociais e até da assistência à saúde. O preconceito não respeita a decisão da mulher, inclusive os casos de perda espontânea acabam vivendo o processo de culpa e de preconceito, por ser uma sociedade que valoriza a maternidade.

As mulheres do presente estudo são jovens, predominantemente solteiras, com relacionamento estável, de religião católica e com poucas atividades de lazer; metade destas mulheres não tem fonte de renda e depende financeiramente do companheiro, dos pais ou de outros para se manter. Apesar deste fato, elas referem não ter grandes problemas financeiros, têm casa própria, onde residem há mais de um ano e apesar das boas condições de higiene a consideram desagradável e insegura.

Registraram-se altos índices de doenças familiares e poucos casos de óbito recente na família. Grande parcela das mulheres em abortamento relata não ter passado por problemas de relacionamento durante a gravidez e nunca ter sofrido nenhum tipo de violência física, psicológica, social; no entanto, das que sofreram violência, a maioria relatou uso de álcool e drogas na família. Houve, neste estudo, associação entre violência familiar e aborto provocado, mostrando que, das mulheres que sofreram violência familiar, todas tem histórias sugestivas de abortamento provocado ou de aborto provocado propriamente dito.

Observa-se que a grande maioria encontrava-se nos primeiros meses de gestação, com aborto incompleto, referido como espontâneo. Apesar de grande parte delas não ter planejado a gravidez, consideravam como ótima e boa a relação com o parceiro e relataram aceitação da gravidez por ele, sendo a maioria com parceiro único. Apesar da mulher ter relações estáveis, atualmente

a fecundidade tem caído por conta do seu crescimento profissional, sua preocupação com sua carreira.

Um fato importante observado neste estudo é que grande parte das mulheres, apesar de não planejar a gravidez, não fazia uso de métodos contraceptivos e até referia dificuldades no seu uso.

A maioria tomou algum tipo de medicamento durante a gravidez e tem algum problema de saúde, no entanto, um grande número delas refere sua saúde como ótima e boa e não tem hábitos adversos como fumo, álcool e drogas; por outro lado, não realizam nenhuma atividade física. Referem também ótima capacidade para o trabalho, bons hábitos alimentares, de sono ou de interesse sexual. Menos da metade relatou mudança no padrão alimentar, de sono e de interesse sexual no momento.

Metade da população pesquisada pontuou algum nível de depressão, o que está acima de todos os índices encontrados na literatura. Muitas delas referiram que sua saúde mental era mais ou menos e algumas já haviam tido depressão anteriormente (4 estavam com o diagnóstico confirmado no momento), fazendo uso de antidepressivos.

Parte dos sujeitos que pontuou algum grau de depressão estava na faixa dos 40 anos, entretanto, os casos de depressão grave estavam mais entre jovens adultas, resultados bastante preocupantes.

Fato interessante foi que a maioria das mulheres que estão passando pela primeira gravidez ou primeiro aborto não apresentou sinais de depressão, já as que têm depressão grave tiveram mais do que uma gestação ou mais que um episódio de abortamento.

O nível de depressão apresenta-se maior entre as mulheres que fizeram acompanhamento pré-natal do que entre aquelas que não realizaram, fato que pode estar associado com maior expectativa daquelas que realizaram.

Dentre as mulheres que estavam passando por abortamento e que não apresentaram sinais de depressão, a grande maioria referiu sua saúde mental como ótima e boa. Entre aquelas que tinham sinais de depressão moderada e grave estavam as piores avaliações de saúde mental percebida, havendo associação entre o fato de aborto natural e provocado, mostrando que as mulheres com aborto provocado avaliam sua saúde mental como regular, ruim ou péssima.

As mulheres com depressão grave registraram mais isolamento social, maiores dificuldades financeiras e também sofreram algum tipo de violência familiar e uso de drogas; consideram que sua moradia está em más condições de higiene ou limpeza, não trabalham e consideram como ruim ou péssima sua capacidade para o trabalho, diminuição no interesse sexual, interferência no sono e na alimentação, fatos compatíveis com o quadro depressivo.

Apesar de a autoestima ser influenciada por diversos fatores e difícil de ser medida exatamente, este estudo fornece indicadores do nível de autoestima das mulheres em abortamento, mostrando a associação com fatores biopsicossociais em que se encontram.

Grande maioria das mulheres entrevistadas apresentaram média ou baixa autoestima. São dados preocupantes, pois a estima pessoal é o retrato que a pessoa traz de si. Consequentemente, a estima pessoal somada a bons indicadores de resiliência podem atuar como fatores de proteção à saúde mental.

As mulheres com indicadores de melhores níveis de resiliência mostram-se mais positivas, de bem com a vida, têm mais fatores protetores (religião, apoio familiar e do companheiro, melhor autoestima, melhor autoimagem, trabalham, maior expectativa e esperança em relação à vida) do que de risco (dificuldade financeira, isolamento familiar, pouco apoio familiar e do companheiro, histórias de violência, abuso de drogas e álcool, múltiplos parceiros, falta de emprego e moradia, dentre outros), indicando também melhores níveis de autoestima e menores índices de depressão.

Limitações do estudo: 1) dificuldade das mulheres em falar sobre o aborto, principalmente no caso de aborto provocado, por ser um tema parcialmente legalizado no Brasil; 2) a resiliência e a autoestima envolvem uma série de elementos biopsicossociais e é difícil obter dados muito precisos; 3) Inicialmente, pensou-se em coletar os dados deste estudo no momento do abortamento, como foi feito e depois de um ano e dois, isto poderá ser feito em estudos futuros.

Este estudo confirma que existe convergência entre aborto e depressão devido à alta frequência de casos encontrados e pela possibilidade já confirmada por outros estudos da frequência de mortalidade, sendo importante a implantação de políticas públicas com participação dos líderes por meio de ações sociais informativas sobre gravidez não planejada, métodos contraceptivos, violência contra a mulher, resiliência, saúde mental, prevenção em massa e

atuação com profissionais para que se tornem mais qualificados para lidar com a temática.

O abortamento é um episódio especial, responsável por intenso sofrimento físico e existencial, podendo gerar consequências como depressão e diminuição da estima pessoal. É preciso estimular a enfermagem a reconhecer as necessidades de implementar os cuidados e reforçar os aspectos resilientes dessas mulheres. Portanto, considera-se importante investir na formação e na qualificação dos enfermeiros, tanto no aspecto técnico como de humanização do cuidado.



# *Referências\**

---

*"O tempo convence mais do que argumentos."*

**\_ Thomas Paine**

---

\* De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA). **Guia essencial de depressão**. São Paulo: Aquariana, 2002.
- ANDERSON, K. L.; BURCKHARDT, C. S. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 20, n. 2, p. 298-306, 1999.
- ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.
- ARAUJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAUJO, E. Occupational stress and health: contributions of the demand-control model. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8; n. 4, p. 991-1003, 2003.
- AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 377-388, 2003. Suplemento 2.
- AUGUSTO, L. G. S. Qualidade de vida: necessidade reflexiva da sociedade contemporânea. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 27-28, 2000.
- AZEREDO, S; STOLCKE, V. **Direitos reprodutivos**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/PRODIR, 1991.
- BARRETO, M. **Gênero, saúde e trabalho**. São Paulo: CUT, 1998. (Caderno do Núcleo Temático Relações de Gênero para Formadores da Rede Nacional de Formadores da CUT).
- BIFFI, G. B.; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 262 – 269, 2004
- BLEGER, J. **Psicologia de conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **20 anos de pesquisa no Brasil**. Brasília, DF, 2008a. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2010.
- 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, DF, 2008b. Disponível em: <[http://www.ipas.org.br/arquivos/facts\\_h\\_mag.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/facts_h_mag.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos**. 3. ed. Brasília, DF, 2000.
- BROEN, A. N. et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. **BioMedCentral Medicine**, London, v. 3, n. 18, p. 1-14, 2005.
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- BRUNO, Z.; OLIVEIRA, C. M. Impacto da gravidez na adolescência: avaliação um ano após o parto ou aborto. **Revista de Medicina da Universidade Federal do Ceará**, Fortaleza, v. 40, n. 1-2, p. 31-40, 2000.
- BULACIO, J. M. **Ansiedad, estrés y práctica clínica**. Buenos Aires: Libéria Akadia, 2004.

- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan./mar. 2000.
- CARDOSO, M. A doença da alma. **Veja**. São Paulo: Editora Abril, p.94-101, 31 Mar. 1999. Seção Especial
- CASIQUE, L.; FUREGATO, A. R. F. Violencia perpetrada por compañeros íntimos en mujeres. **Index de Enfermería**, Granada, v. 56, p. 17-21, 2007.
- CASTAÑÓN, M. A H; LUIS, M. A V. Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 806-10, 2008. ok
- COLAS, O. R. et al. Aborto legal por estupro: primeiro programa público do país. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 81-85, 1994.
- COLLUCCI, C. Uma em cada sete mulheres jovens já fez aborto. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 2010. C 1 Folha Ribeirão.
- CORDAS, T. A.; SALZANO, F. T. **Saúde mental da mulher**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- COSTA, S. V. L. **A violência conjugal e sua influência na decisão da mulher pelo aborto**. 2001. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.
- COSTA, C. F. F. et al. Aspectos epidemiológicos comparativos entre abortamento provocado e espontâneo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 179-184, 1996.
- COWAN, P. A.; COWAN, P. C.; SCHULZ, M. S. Thinking about risk and resilience in families. In: HETHERING, E. M.; BLEACHEMAN, E. A. (Eds.). **Stress, coping and resiliency in children and families**. Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1996. p. 1-38.
- DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 177-178, 2006.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- DICIONÁRIO médico Blakiston. São Paulo: Andrei, 1997.
- DINI, G. M. **Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da Escala de Auto-Estima de Rosenberg**. 2001. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.
- DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52, 2004.
- DINIZ, D. Aborto e saúde pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1992-1993, 2007.
- DSM-IV manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- EDWARD, K. Resilience: a protector from depression. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, St. Louis, v. 11, n. 4, p. 241-243, 2005.
- ENGELHARD, I. M.; VAN DEN HOUT, M. A.; ARNTZ, A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. **General Hospital Psychiatry**, New York, v. 23, n. 2, p. 62-66, Mar./Apr. 2001.
- ESPÍRITO SANTO, P. S. M. F. **Aborto - Percepção de profissionais de emergência de Ribeirão Preto**. 2003. 151 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

- FARAH, O. G. D. **Stress e coping no estudante de graduação em Enfermagem: investigação e atuação**. 2001. 142 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- FLECK, M. P. A. et al. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, p. 114-122, 2005.
- FLEURY, S. Aborto: descriminalizar para prevenir. **Radis: Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 58, p. 19, jun. 2007.
- FONSECA, W. et al Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 279-286, abr./jun. 1998.
- FONSECA, W. et al. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 13-18, 1996.
- FORATTINI, O. P. Qualidade de vida e o meio urbano. A cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 75-86, 1991.
- FUREGATO, A. R. F. **Bases do relacionamento interpessoal em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2009. (PROENF/Saúde do Adulto, Ciclo 4, Módulo 1).
- FUREGATO, A. R. F. A enfermagem e o manejo da depressão. In: CICLO DE ESTUDOS EM SAÚDE MENTAL, 8., 2000, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: FMRP/ USP, 2000. p. 151-157.
- FUREGATO, A. R. F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.
- FUREGATO, A. R. F. et al. Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 401-408, 2005.
- GALLAR, M. **Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente**. Madrid: Paraninfo, 1998.
- GOLDIM, J. R. Conflito de interesses. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, v. 5, n. 9, p. 21-22, jan 2002.
- GOLLOP, T. O descompasso entre o avanço da ciência e a lei. **Revista USP**, São Paulo, v. 24, p. 54-59, dez./ fev. 1994/1995.
- GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-50, set./out. 1998. Número Especial.
- GROTBERG, E. H. **A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit**. The Hague: Bernard Van Leer Foundation, 1995.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.
- HERNANDEZ, P.; ALONSO, S. **Women and depression**. New York: Nova Science Publishers, 2008.
- HOLLAND, J. C. Managing depression in the patient with cancer. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, New York, v. 37, n. 6, p. 366-371, Nov./Dec. 1987.
- INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. **Morte e negação: abortamento inseguro e pobreza: encarte Brasil**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 2007.
- IPAS BRASIL. INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL. Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro, n. 30, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/pesquisas/factsh.PDF>>. Acesso em: 22 ago. 2010.

- JONES, R. K.; DARROCH, J. E.; HENSHAW, S. K. Contraceptive use among US women having abortion in 200-2001. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, New York, v. 34, n. 6, p. 294-303, Nov./ Dec. 2002.
- JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 74-79, 2006.
- KITAMURA, T. Escalas de automensuração da depressão: algumas questões metodológicas. In: MAJ, M.; SARTORIUS, N. **Transtornos depressivos**. Tradução Cláudia Dornelles. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- KLIER, C. M.; GELLER, P. A.; NEUGEBAUER, R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 59, n. 1, p. 13-21, 2000.
- KÜBLER-ROSS, E. **Estudos sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal, and Coping**. New York: Springer. 1984.
- LAZURE, H. **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.
- LIMA, B. G. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 7, n. 3, p. 168-172, 2000.
- LONGO, R. T. Estudo sobre aborto - uma primeira aproximação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1997, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto, 1997.
- LOWENKRON, T. O desafio do suicídio: contribuição e bases psicanalíticas para abordagens das depressões. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 1, p. 97-106, jan./mar. 2009.
- LUCENA, R. C. B. **Características de mulheres internadas por aborto em uma maternidade pública em Recife-PE**: dimensão do problema e sua relação com a prática contraceptiva. 2000. 104f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2000.
- MAJ, M.; SARTORIUS, N. **Transtornos depressivos**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- MARÍN-LEÓN, L. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 5, p.1433-1440, set./ out. 2005.
- MARISCAL, J. D. O. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. **Revista Ser Médico**, São Paulo, v. 4, n. 5, p. 2-9, 2001.
- MARIUTTI, M. G. **O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento**. 2004. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A R F. Fatores protetores e de risco para depressão em mulheres após o aborto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 2, p. 183-189, 2010.
- MARIUTTI, M. G.; BOEMER, M. R. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p.59-71, 2003.
- MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S. Nursing care according to women in abortion situations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 20-26, jan./ fev. 2007.
- MARIUTTI, M. G. et al. Abortamento: um estudo da morbidade hospitalar no país. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 67, n. 4, p. 97-103, 2010.
- MASTEN, A. S.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective factors in development psychopathology. In: LAHEY, B. B.; KAZDIN, A. E. **Advances in clinical child psychology**. Nova York: Plenum Press, 1985. v. 8, p. 1-52.

- MINZONI, M. A. et al. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: a busca de uma posição. **Enfermagem em novas dimensões**, São Paulo, v. 3, n. 6, p.350-355, 1977.
- MONAT, A.; LAZARUS, R. S. Stress and coping – some current issues and controversies. In: MONAT, A.; LAZARUS, R. S (eds). **Stress and coping – an anthology**. 3 ed. New York: Columbia University Press, 1991. p.1-16.
- MONTGOMERY, S. **Confrontando la depression. Guia del médico**. New York: Pfizer Internacional, 1997.
- MORAIS, P. A. C.; DALGALARRONDO, P. Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 50-56, jan./ mar. 2006.
- MUCCHIELLI, R. **A entrevista não-diretiva**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.
- OKASHA, A. Subdiagnóstico da depressão: seu impacto nas comunidades. In: MAJ, M; SARTORIUS, N. **Transtornos depressivos**. Tradução Cláudia Dornelles. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 35-80.
- OLIVEIRA, M. I. **Auto-estima**: subsídios para avaliação em universitários. 1984. 169 f. Dissertação (Mestre em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 1984.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A resolução de problemas de saúde mental**. In: \_\_\_\_\_. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, 2001. Disponível em <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)> Acesso em: 15 ago. 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Programa de Salud Mental**, División de Promoción de Salud. Modelo para la capacitación de la enfermera general en identificación y manejo de los transtornos afectivos. Generalista I. Washington, 1999.
- OSIS, M. J. D. et al.. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 444-451, 1996.
- PAZELLO, E. Fecundidade e participação no mercado de trabalho: a diferença de comportamento entre mulheres que têm e mulheres que não têm filhos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DO TRABALHO – ABET, 8., 2003. São Paulo. **Anais...**, São Paulo, 2003.
- PEGORARO, R. F. **Receber e prover cuidados**: a trajetória de uma mulher em sofrimento psíquico. 2007. 272 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- PÉREZ, B. A. G. **Aborto provocado**: representações sociais de mulheres. 2006. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
- PEREIRA, J. C. R. Princípios gerais de análise multivariada. In: \_\_\_\_\_. **Análise de dados qualitativos**: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 1999. p. 101-151.
- PEREIRA, A. M. S. **Coping, auto-conceito e ansiedade social**: sua relação com o rendimento escolar. 1991. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Coimbra, Coimbra. 1991.
- PERRIN, E.; BIANCHI-DEMICHELI, F. Sexual life, future of the couple and contraception after voluntary pregnancy termination. Prospective study in Geneva (Switzerland) with 103 women. **Revue Médicale de la Suisse Romande**, Lausanne, v. 122, n. 5, p. 257-260, 2002.

- PIMENTEL, S.; PANDJARJIAN, V. Globalização e direito das mulheres. **Folha de S. Paulo Online**. 2001. Disponível em: <<http://www.folhasp.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2003.
- PIRES, M. Os direitos humanos das mulheres, longo caminho a percorrer. **Revista Adusp**, n. 47, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.adusp.org.br/revista/47/rev47.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2010.
- PLACCO, V. M. N. S. Prefácio. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 7-12.
- RIBEIRO, M. L. **O cuidado às mulheres no aborto provocado: um olhar da enfermagem**. 2008. Monografia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- ROCHA, M. I. B. As questões do planejamento familiar e do aborto provocado. **Mulher, Política & Sociedade**. Brasília, DF, v. 9, n. 20, p. 76-79, 1999.
- RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A. C. L. F. Uma perspectiva psicossocial e psicossomática: via estresse de trabalho. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 93-107.
- ROGERS, C. L. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton: Princeton University Press, 1965.
- RUDIO, F. V. **Compreensão humana e ajuda ao outro**. Petrópolis: Vozes, 1999a.
- RUDIO, F. V. **Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia**. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 1999b.
- RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, Menasha, v. 57, n. 3, p. 316-31, 1987.
- RUTTER, M. **Maternal deprivation reassessed**. Harmondsworth: Penguin, 1981.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- SARWER, D. B. et al. A. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. **Plastic and Reconstructive Surgery**, Baltimore, v. 101, n. 6, p. 1644-1649, 1998.
- SAS INSTITUTE. **SAS/STAT® User's Guide**. Version 8, Cary: SAS Institute., 1999.
- SCORZAFAVE, L. G. D. S. **Caracterização da inserção feminina no mercado de trabalho e seus efeitos sobre a distribuição de renda**. 2004. 87 f. Tese (Doutorado em Teoria Econômica) - Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- SCORZAFAVE, L. G. D. S.; MENEZES-FILHO, S. Participação feminina no mercado de trabalho brasileiro: evolução e determinantes. **Pesquisa e Planejamento Econômico**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 441- 478, 2001.
- SILVA, M. C. F. **Depressão: Pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde**. 2001. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- SILVA, M. M. A. **Masculinidade e gênero: discursos sobre responsabilidade na reprodução**. 1999. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1999.
- SILVA, C. S.; RONZANI, T. M.; FURTADO, E. P. Relação entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 35, n. 2, p. 111-118, abr./jun. 2009.

- SILVA, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F.; COSTA JÚNIOR, M. L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 7-13, jan./ fev. 2003.
- SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 251-61, 1998.
- SIMÕES, C. M. **Desenvolvimento do professor e construção do conhecimento pedagógico**. Aveiro: Fundação João Jacinto de Magalhães, 1996.
- SIVIERO, I. M. P. S. **Saúde mental e qualidade de vida de infartados**. 2003. 111 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
- SOUZA, A. I.; AQUINO, M. M. A. Epidemiologia do abortamento na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 161-165, 1999.
- STUART, G. W. Respostas emocionais e transtornos de humor. In: STUART, G. W.; LARAIA, M. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, p.380-416, 2001.
- TAVARES, J. **Formação e resiliência**. Porto: Porto Editora, 1998. (Rumus 20).
- TRONCHIN, D. M. R et al. O olhar dos usuários de um hospital de ensino: uma análise da qualidade assistencial às gestantes e aos recém-nascidos. **Revista Texto &Contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 401-408, 2006.
- VALONGUEIRO, S. Mortalidade (materna) por aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12., 2000, Caxambu. **Anais...** Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2000, v 1. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20\(Materna\)%20por%20Aborto%20-%20Fontes,%20M%C3%A9todos%20e%20Instrumentos%20de%20Estima%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20(Materna)%20por%20Aborto%20-%20Fontes,%20M%C3%A9todos%20e%20Instrumentos%20de%20Estima%C3%A7%C3%A3o.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2010.
- VAZ SERRA, A. **O stress na vida de todos os dias**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1999.
- VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n.3, p.246-252, 2005.
- VERARDO, M. T. **Aborto – um direito ou um crime**. 5. ed. São Paulo: Moderna, 1986. (Coleção polêmica)
- VIANNA, L. A. C.; BOMFIM, G. F. T.; CHICONE, G. Self steem of rapedwomen. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 695-701, 2006.
- VILLELA, W. V. **Mulher e saúde mental: da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina**. 1992. 185 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.



# *Apêndices*

---

*"Nada há de te fazer parar quando segues o caminho que faz teu coração  
vibrar."*

**\_ Carolina Salcidez**

**APÊNDICE 1**  
**IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE**  
**ABORTAMENTO**

Enfermaria:

CÓD:

**I – IDENTIFICAÇÃO:**

- Nome \_\_\_\_\_

- nasc: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

End e fone: \_\_\_\_\_

- Estado Civil

Solteira

Casada

Separada

Viúva

Vive só

C/ companheiro

- Idade: \_\_\_\_\_

- Cor:

Branca

Parda

Negra

Amarela

- Escolaridade

Analfabeto

A

fundamental

I

C

Médio

I

C

Superior

I

C

- Trabalho remunerado:

Sim

Não

Qual \_\_\_\_\_

Fonte de renda \_\_\_\_\_

**II – INFORMAÇÕES CLÍNICAS**

**A) Dados Ginecológicos:**

- Número de: Gestações \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_

- Tipos de parto: Normal: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_ Fórceps: \_\_\_\_\_

- DUM: \_\_\_\_\_ GT: \_\_\_\_\_

- Gravidez

Planejada

Não planejada

- Aborto (Diagnóstico):

Ameaça de Aborto

Completo

Incompleto

Retido

Infectado

- Relação com o parceiro:

Ótima

Boa

Ruim

- Parceiros:

Sim

Não

Múltiplos

- Aceitação da gravidez pelo parceiro:

Sim

Não

- Aborto:

Natural

Sugestivamente provocado

Provocado

- Acompanhamento Pré-Natal: \_\_\_\_\_

- Teve algum tombo/queda:

Sim

Não

- Medicações ou procedimentos realizados (tipo e dosagem):
- Método contraceptivo e dificuldades \_\_\_\_\_

**Outras informações de interesse clínico:**

- Doenças pessoais: \_\_\_\_\_
- O que acha de sua saúde física:
- Hábitos: Fumo:   \_\_\_\_\_  
 Álcool:   \_\_\_\_\_  
 Drogas:   \_\_\_\_\_
- Capacidade para o trabalho:
- Atividades Físicas:
- Alimentação: \_\_\_\_\_
- Sono: \_\_\_\_\_
- Interesse sexual: \_\_\_\_\_
- O que acha da sua saúde mental:
- Teve diagnóstico de depressão:   \_\_\_\_\_

**III – CONTEXTUALIZAÇÃO PSICOSSOCIAL**

A) **Moradia:** Condições:

Nº de pessoas =                      Nº de quartos=

**B) Acontecimentos durante a gravidez (especificar):**

- Problemas de relacionamento
- Isolamento Social   \_\_\_\_\_
- Problema financeiro:   \_\_\_\_\_

- Mudança de residência: \_\_\_\_\_

- Doença na família:  Crônicas  Agudas \_\_\_\_\_

- Óbito (especifique): \_\_\_\_\_

- Violência (tipo e frequência): \_\_\_\_\_

Física

Psicológica

Social

- Uso de drogas ou bebidas alcoólicas por pessoa da família: \_\_\_\_\_

C) Lazer:  TV  Vídeo  CD  Rádio  Praça  Cinema  Dança

Música

Leitura

Shopping

D) **Religião** sim não Qual? \_\_\_\_\_

#### **IV – FATORES DE PROTEÇÃO**

1. Quando você está feliz, como você reage? \_\_\_\_\_

2. Como você reage, quando está com raiva? \_\_\_\_\_

3. Você tem alguma frustração? \_\_\_\_\_

4. Quais são suas maiores dificuldades? \_\_\_\_\_

5. Quando você tem alguma dificuldade, a quem recorre? \_\_\_\_\_

6. Quais são suas qualidades que lhe ajudam a vencer suas dificuldades? \_\_\_\_\_

7. O que você gostaria que lhe acontecesse? \_\_\_\_\_

8. Onde seus problemas de saúde são atendidos? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa que será realizada pela doutoranda da Enfermagem de Ribeirão Preto – USP – Mariana Gondim Mariutti, que tem como objetivo verificar a presença de depressão em mulheres com abortamento.

Fui informada que vou colaborar por meio de uma entrevista individual com a pesquisadora, por meio de perguntas as quais responderei se eu me sentir à vontade.

Fui informada de que tenho total liberdade para recusar a participar da pesquisa, para retirar o consentimento se eu assim considerar necessário e também para não permitir que meu relato e respostas sejam gravados, caso eu não me sinta à vontade para que isto seja feito, sem sofrer nenhum tipo de penalização. A pesquisadora garantiu-me que será mantido o anonimato da pessoa, que as respostas serão utilizadas somente para os objetivos do estudo e que, se houver ainda alguma dúvida a respeito da pesquisa ou da minha participação, poderei pedir por novos esclarecimentos.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Paciente

RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

COREN: 99.702

RG:24200740-5

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_ .

# *Anexos*

---

*"E o fim é belo incerto... depende de como você vê  
O novo, o credo, a fé que você deposita em você e só..."*

**\_ Fernando Anitelli**

## ANEXO 1

### INVENTÁRIO DE BECK

INICIAIS: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Nome (opcional): \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Neste questionário há 21 grupos com afirmativas. Por favor, leia cada uma com cuidado. Escolha a única afirmação em cada grupo que melhor descreva o modo como você esteve se sentindo na semana passada, inclusive hoje! Circule o número do lado da afirmação que você colheu. Se várias afirmações no grupo aplicarem-se igualmente bem, circule cada uma.

1. Eu não me sinto triste.  
     Eu me sinto triste.  
     Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso.  
     Eu estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
  
2. Eu não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro.  
     Eu me sinto desencorajado em relação ao futuro.  
     Eu sinto que não tenho nada porque esperar.  
     Eu sinto que o futuro não tem esperanças e que as coisas não podem melhorar.
  
3. Eu não me sinto um fracasso.  
     Eu sinto que falhei mais do que a média das pessoas.  
     Quando olho para trás em minha vida, tudo só consigo ver é um monte de fracassos.  
     Eu sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
  
4. Eu obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava ter.  
     Eu não gosto das coisas do modo como costumava gostar.  
     Eu não obtenho satisfação real de mais nada.  
     Eu estou insatisfeito ou entediado com tudo.
  
5. Eu não me sinto particularmente culpado.  
     Eu me sinto culpado durante uma boa parte do tempo.  
     Eu me sinto bastante culpado durante a maior parte do tempo.  
     Eu me sinto culpado o tempo todo.
  
6. Eu não sinto que estou sendo punido.  
     Eu sinto que posso ser punido.  
     Eu espero ser punido.  
     Eu sinto que estou sendo punido.
  
7. Eu não me sinto decepcionado comigo.  
     Eu estou decepcionado comigo.  
     Eu estou aborrecido comigo.  
     Eu me odeio.
  
8. Eu não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.  
     Eu me critico pelas minhas fraquezas ou erros.  
     Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas.  
     Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.
  
9. Eu não tenho pensamento nenhum de me matar.  
     Eu tenho pensamentos de me matar, mas não os colocaria em prática.  
     Eu gostaria de me matar.  
     Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.
  
10. Eu não choro mais do que o habitual.  
     Eu choro mais agora do que costumava chorar.  
     Eu choro o tempo inteiro agora.  
     Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queira.

11. Eu não estou mais irritado agora do que sempre estou.  
Eu fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar.  
Eu me sinto irritado o tempo inteiro agora.  
Eu não fico nem um pouco irritado por coisas que costumavam me irritar.
12. Eu não perdi o interesse pelas outras pessoas.  
Eu estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar.  
Eu perdi a maior parte do meu interesse pelas pessoas.  
Eu perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13. Eu tomo decisões mais ou menos tão bem quanto eu sempre consegui.  
Eu adio tomar decisões mais do que costumava adiar.  
Eu tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes.  
Eu não consigo mais tomar decisão alguma.
14. Eu não sinto que minha aparência esteja pior do que era.  
Eu estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente.  
Eu sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer não atraente.  
Eu acredito que pareço feio.
15. Eu consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes.  
É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa.  
Eu não tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.  
Eu não consigo mais fazer trabalho algum.
16. Eu consigo dormir tão bem quanto o habitual.  
Eu não durmo tão bem quanto costumava dormir.  
Eu acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir.  
Eu acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. Eu não fico mais cansado que o habitual.  
Eu fico cansado mais facilmente do que costumava ficar.  
Eu fico cansado ao fazer quase qualquer coisa.  
Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. Meu apetite não está pior do que o habitual.  
Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser.  
Meu apetite está muito pior agora.  
Não tenho mais nenhum apetite.
19. Eu perdi pouco ou nenhum peso ultimamente.  
Eu perdi mais de 2,5 kg.  
Eu perdi mais de 5 kg.  
Eu perdi mais de 7,5 Kg.  
Eu estou propositalmente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( ) NÃO ( )
20. Eu não estou mais preocupado sobre a minha saúde do que o habitual.  
Eu estou preocupado com problemas físicos: mal-estares e dores ou desconforto estomacal.  
Eu estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas.  
Eu estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.
21. Eu não percebi nenhuma mudança recente em meu interesse por sexo.  
Eu estou menor interessado em sexo do que costumava estar.  
Eu estou muito menos interessado em sexo agora.  
Eu perdi completamente o interesse por sexo.



## ANEXO 2

Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) versão validada por Dini (2001)

a) Concordo plenamente	b) Concordo	c) Discordo	d) Discordo plenamente
1	2	3	4

1) De uma forma geral (apesar de tudo) estou satisfeito comigo mesmo (a).

1	2	3	4
---	---	---	---

2) Às vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).

1	2	3	4
---	---	---	---

3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

1	2	3	4
---	---	---	---

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que ensinadas)

1	2	3	4
---	---	---	---

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

1	2	3	4
---	---	---	---

6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).

1	2	3	4
---	---	---	---

7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.

1	2	3	4
---	---	---	---

8) Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). (Dar-me mais valor).

1	2	3	4
---	---	---	---

9) Quase sempre estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracasso (a).

1	2	3	4
---	---	---	---

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a).

1	2	3	4
---	---	---	---

## ANEXO 3



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA  
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

COPIA



Ribeirão Preto, 27 de maio de 2008

Ofício nº 1767/2008  
CEP/MGV

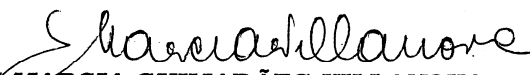
Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“PRESENÇA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, NÍVEIS DE AUTO-ESTIMA E RESILIÊNCIA ENTRE MULHERES EM ABORTAMENTO”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 267ª Reunião Ordinária realizada em 26/05/2008, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 5464/2008.

*Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.*

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

  
**DRª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**  
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em  
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras  
**MARIANA GONDIM MARIUTTI**  
**PROFª DRª ANTONIETA REGINA FERREIRA FUREGATO (Responsável)**  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP