

Associações do abortamento com depressão, indicadores clínicos, sociodemográficos e de proteção.

Associations of abortion with depression, self-esteem and protection.

Asociaciones del aborto con la depresión, la autoestima y la protección.

Gondim Mariana ZEFERINO-MARIUTTI ¹

Antonia Regina Ferreira FUREGATO ²

Jair Lício Ferreira SANTOS ³

RESUMO: Abortamento pode estar associado a diversos fatores. Este estudo objetivou identificar presença de sintomas de depressão em mulheres com abortamento associando-os com indicadores clínicos, sociodemográficos e protetores. Mulheres internadas em hospital público. Utilizou-se Questionário geral, Inventário de Depressão e Escala de Autoestima. Estatística descritiva procurando associação entre as variáveis. Fizeram parte da pesquisa 120 mulheres, maioria branca (71%), 63% solteiras, 87% têm religião, 67% ensino médio e 51% sem fonte de renda. Clinicamente, 49% em primeira gestação, 33% tiveram abortos anteriores e 57% apresentavam sinais indicativos de depressão. Encontrou-se associação entre aborto provocado, uso de álcool e drogas na família e violência familiar. Metade da amostra pontuou algum nível de depressão e baixa ou média estima pessoal. Fatores de proteção para depressão foram: ter parceiro, trabalho, religião e situação financeira. Concluiu-se que abortamento tem associação com depressão. A enfermagem deve implementar cuidados reforçando os aspectos resilientes apresentados pelas mulheres.

Palavras-chave: Aborto, Saúde da mulher, Saúde mental, Enfermagem.

ABSTRACT: Abortion may be associated with risk factors. This study aimed to identify the presence of symptoms of depression in miscarriaged women and this association with demographic and clinic informations. Interviewed 120 women in a public hospitals. We used: a general questionnaire, Beck Depression Inventory, Self-Esteem Scale. Descriptive statistical analysis correlated abortion and depression variables. The 120 women, were mostly white (71%), 63% were single, 87% have religion, 67% and have high school and 51% no have louse source of income. Clinically: 49% are pointed in first pregnancie, 33% had previous miscarriages. 57% of the 120 women showed signs of depression. Protective factors for depression

¹ Enfermeira Doutora pela EERP/USP. Docente da UNIP – Ribeirão Preto – SP e Libertas em MG. mgmariutti@yahoo.com.br

² Prof Titular do Depto de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP/USP. furegato@eerp.usp.br

³ Prof Titular do Depto de Medicina Social da FMRP/USP jalifesa@usp.br

were: having a partner, work, religion and financial situation. There was association between induced abortion with alcohol and drugs in the family and family violence. Half of the sample pointed some level of depression and low or medium-esteem. The abortion may be related to depression. Nursing care should implement and strengthen the resilient aspects of these women. Keywords: Abortion. Women's Health. Mental Health. Nursing.

RESUMÉN: El aborto puede estar asociado con factores de riesgo. El objetivo deste estudio fue identificar la presencia de síntomas de depresión en mujeres con aborto involuntario su asociación con informaciones demográficas y clínicas. Entrevistó a 120 mujeres em hospitales público. Se utilizó: cuestionario general, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Autoestima. Análisis estadístico descriptivo correlacionando las variables aborto y depresión. De las 120 mujeres, en su mayoría blancos (71%), el 63% solteros, 87% tiene la religión, el 67% secundaria con ninguna com y 51% sem la fuente de ingresos. Clínicamente: el 49% en los primeros embarazos, 33% com abortos involuntarios anteriores. De las 120 mujeres, 57% mostraron señales de depresión. Los factores de protección para la depresión: tener una pareja, trabajo, religión y situación financiera. Se observo asociación entre aborto inducido con alcohol, drogas y en la violencia en el hogar y la familia. La mitad de la muestra obtuvo un cierto nivel de depresión y baja autoestima o mediano. El aborto puede estar relacionado con la depresión. Los cuidados de enfermería deben implementar y fortalecer los aspectos resilientes de estas mujeres. Palabras clave: Abort. Salud de la mujer. Salud Mental. Enfermería.

INTRODUÇÃO

1. O aborto é a interrupção da gravidez ou expulsão do produto da concepção antes que o feto seja viável (22ª semana), com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou com menos de 16 centímetros¹. Trata-se de um tema antigo, polêmico e que tem sido abordado sob várias óticas: clínica, jurídica, feminista, religiosa, bioética e política. É uma questão difícil de lidar devido aos tabus, preconceitos e discriminação especialmente quando há intenção no ato de abortar. A decisão de ser mãe não é uma decisão individual, pois envolve outras pessoas e uma série de fatores econômicos e sociais⁽¹⁻⁸⁾.

1. Estima-se que sejam praticados 1,4 milhões de abortos anuais no Brasil, sendo 20% clandestinos. Estudos mostram associação do fator emocional com o abortamento, tanto espontâneo como provocado, com alta probabilidade da mulher pós-abortamento apresentar transtornos mentais como depressão, aumento do uso de drogas e diminuição da estima pessoal^(1,2,6).

A Organização Mundial da Saúde estima que sejam praticados 42 milhões de abortos por ano no mundo causando mortes e sequelas como a depressão⁽¹⁻³⁾.

Por outro lado, a mulher que engravida sem planejar pode não recorrer ao aborto e apresentar

depressão pós-parto ou outro transtorno mental. Existe inclusive a possibilidade da mulher já ter sinais de depressão antes deste episódio o que favorece o desenvolvimento do transtorno.

Após o abortamento, podem manifestar-se sentimentos de culpa ou medo de ser culpada, envolvendo preocupação com o corpo e desejo de rever projetos de vida, mudar os rumos de seus relacionamentos. Estudos mostram que o sofrimento psíquico mais intenso pode durar até seis meses no caso de abortamento espontâneo e cinco anos no induzido^(3,4, 6-10).

Além dos fatores externos que determinam condutas das pessoas e sua auto-estima, o indivíduo seleciona formas de satisfazer suas necessidades de acordo com a maneira de se relacionar com o mundo, utilizando diferentes mecanismos de enfrentamento. A auto-estima está relacionada com a personalidade, resulta no que a pessoa é, e nas diferentes dimensões essenciais ao desenvolvimento de fatores de risco e de proteção pessoal⁽¹²⁾.

Assim, detectar precocemente os sinais de depressão e atuar no cuidado às mulheres em situação de aborto é responsabilidade dos profissionais de saúde. Na formação básica do enfermeiro pouca ênfase tem sido dada às questões da saúde mental das mulheres e menos ainda à intersecção entre o aborto e depressão. Portanto, há necessidade de estudos que mostrem a importância de identificar nos casos de depressão a ocorrência anterior de abortamento bem como nos casos de abortamento^(3,4,6,7-10).

O objetivo deste estudo foi identificar a presença de sintomas sugestivos de depressão em mulheres internadas em um hospital público em decorrência de abortamento e sua associação com indicadores clínicos, sócio-culturais, níveis de auto-estima e fatores de proteção.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, utilizando-se de avaliação psicométrica pressupondo-se que haja associação da depressão com o abortamento e as condições que permeiam esta ocorrência.

Os dados foram coletados em duas enfermarias no Setor de Ginecologia e Obstetrícia na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, no período de agosto de 2008 a setembro de 2009. Os sujeitos foram 120 mulheres internadas com diagnóstico principal de abortamento, sendo incluídas todas as mulheres internadas com esse diagnóstico. Apesar de haver previsão de fluxo de 14 a 20 abortos por mês, muitos casos de aborto foram encaminhados para outro hospital, por falta de leito nesta Unidade, o que exigiu mais tempo na coleta de dados.

Instrumentos para coleta dos dados: 1 – Questionário para Identificação do sujeito e do seu contexto sócio-demográfico, clínico e fatores protetores (ICMA); 2 – Inventário de Depressão de Beck (IDB), 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; Escala de Autoestima de Rosenberg, composta por 10 itens para identificação de níveis de autoestima.

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética do HCFMRP USP em 26/05/2008, Processo 5464/2008. Durante as entrevistas, as mulheres tiveram oportunidade de serem orientadas quando necessário. Todas assinaram o Termo de Consentimento, após serem devidamente esclarecidas. Houve 2 recusas.

Os resultados foram agrupados em planilhas do Excel e submetidos à análise estatística pelo STATA. Foi aplicado o Teste Exato de Fisher, evidenciando as associações entre as variáveis, considerando-se significantes aquelas cujo valor de P fosse inferior a 0,05.

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em: a) perfil sócio-demográfico e clínico das mulheres em abortamento; b) associação do abortamento com depressão e outras variáveis.

A – PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO: a idade das 120 mulheres variou dos 16 aos 44 anos, estando a maioria entre 18 e 34 anos (70%); 71% brancas; 51% não têm fonte de renda. 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	%
Estado civil:		
solteira	75	63
casada	40	33
separada	4	3
viúva	1	1
Companhia:		
vive só	33	28
com companheiro	87	72
Escolaridade:		
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
Cor:		
branca	85	71
parda	26	21
negra	7	6
amarela	2	2
Profissão:		
desempregada	42	35
do lar	11	9
doméstica	14	12
estudante	8	7
vendedora	5	4
trabalho remunerado	40	33

Mais da metade das mulheres (56%) tem casa própria e a maioria (80%) tinha entre duas a oito pessoas morando na mesma casa, sendo 93% com bom saneamento. Apesar disso, 68 mulheres consideram sua moradia insegura.

Das informações sobre suas relações 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% tinha problemas com a família e oito no trabalho; 36% delas referiram isolamento social; 78% relataram não ter problemas financeiros; 75% não tiveram mudança de residência no último ano; 63% referiram doenças familiares e 32% tiveram óbito recente na família.

Embora a maioria das mulheres afirme que nunca sofreu nenhum tipo de violência física, nem psicológica ou social, 20% sofreram violência física, 24% psicológica, 4% social e 34% delas relataram uso de drogas e álcool na família.

Somente 27% das mulheres referiram usufruir de algum tipo de lazer. A religião foi considerada importante pela grande maioria das mulheres (87%) mesmo sendo 55% praticantes.

Em relação aos dados obstétricos, observa-se que 72% tiveram de 1 a 3 gestações; 56% já tinham passado por parto normal e 27% por parto cesárea; 33% delas já tinham tido abortos anteriores como mostra a Tabela 2.

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

Variáveis obstétricas		%
Gestações incluindo esta:		
1 a 3	86	72
4 a 6	25	21
7 a 9	7	5
10 a mais	2	2
Número de partos:		
0	42	35
1 a 3	67	56
4 a 6	9	7
8 e mais	2	2
Número de abortos:		
1 a 3	113	94
4 a 7	5	4
8 e mais	2	2
Planejamento da gravidez:		
sim	50	42
não	70	58
Tipo de aborto:		
ameaça de aborto	5	4
completo	5	4
incompleto	93	77
retido	8	7
infectado	9	8

Observou-se que a grande maioria das mulheres (87,5%) encontrava-se entre a 11ª e a 20ª semana de gestação, sendo que somente 57% fizeram o pré-natal. O tipo de aborto mais freqüente foi o incompleto (77%) embora a maioria (75%) tenha afirmado que este era natural. Através dos relatos das experiências observou-se que 23% delas era sugestivamente provocado, pois não assumiram ser natural e nem mencionaram ter induzido o aborto; 2% afirmaram que o aborto era provocado.

Apesar da maioria considerar a relação com o companheiro ótima (62%) ou boa (23%), mais da metade delas não planejou esta gravidez. No entanto, 85% relataram aceitação da gravidez pelo parceiro, 11% não aceitação e 2% disseram 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.

Quando engravidaram, 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% cirúrgico; 47% relataram dificuldades com uso de método contraceptivo, sendo a maioria pelos efeitos colaterais, desconfortos ou esquecimento.

Quanto a sua saúde, 77% autoavaliaram como ótima e boa. Especificamente em saúde mental, 77 mulheres referiram ser ótima ou boa, 37 mais ou menos, 6 ruim e péssima. Mais de 1/3 do total delas referiu depressão anterior sendo que quatro estavam com o diagnóstico e tratamento no momento. Quanto as doenças pessoais, 48% referiram não ter nenhum problema de saúde. O uso de medicação durante a gravidez foi relatado por 64% sendo 29% referentes a gravidez, 18% medicamentos em uso anteriormente.

A maioria nega hábitos adversos: 72% não fumam, 86% referem não fazer uso de álcool e 93% não usa drogas. A grande maioria refere ter ótima (37%) ou boa (40%) capacidade para o trabalho. Referem ter ótimos (20%) ou bons (52%) hábitos alimentares, entretanto, 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% referido 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 recente neste padrão.

B – ASSOCIAÇÃO DO ABORTAMENTO COM DEPRESSÃO E OUTROS DADOS (CLÍNICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS E PROTETORES)

Os resultados do Inventário de Depressão de Beck mostraram que das 120 mulheres entrevistadas, 68 apresentaram sinais indicativos de depressão, sendo que 33 com distímia ou depressão leve, 22 moderada e 13 com sinais de depressão grave (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre idade e presença de sinais indicativos de depressão entre mulheres em abortamento

Idade	Depressão							
	Ausente		Leve		Moderada		Grave	
	n	%	n	%	n	%	n	%
15-19	7	14	6	18	1	4	2	15
20-24	15	28	10	30	5	22	4	31
25-29	13	25	5	15	8	36	1	8
30-34	9	17	9	28	5	26	4	31
35-39	6	12	3	9	2	8	2	15
40-44	2	4			1	4		
Total		52		33		22		13

A maioria das mulheres que trabalha não apresenta sinais de depressão (60%) ou tem depressão leve (37%). Entre as que não trabalham observa-se aumento proporcional do nível de depressão. Entre as 92 mulheres com boa capacidade para o trabalho, metade não tem sinais de depressão.

Entre as que apresentam capacidade entre regular, ruim e péssima estão aquelas que apresentaram indicativo de depressão.

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%). Entre as 113 mulheres com parceiro único, 49 não apresentaram sinais de depressão. Das sete com múltiplos parceiros, cinco apresentaram sinais de depressão.

Dentre as 13 mulheres com depressão grave 69% não realizaram o pré-natal e entre as 52 que não tinham nenhum sinal de depressão, 67% realizaram o pré-natal.

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.

Das mulheres em situação de abortamento que apresentaram sinais de depressão grave, 69% referiram que o sono era ruim ou péssimo. Para as mulheres sem depressão, 63% referem ter ótimo ou bom padrão de sono.

Dentre mulheres sem depressão, 61% referem que não mudaram o padrão sexual e entre as que apresentam sinais de depressão grave 51,5% diminuíram seu interesse.

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, juntamente com casos de isolamento social, problema financeiro, falta de higiene e más condições de limpeza da sua moradia. Havia 4 casos de diagnóstico atual de depressão e uso de medicamentos antidepressivos.

Encontrou-se associação entre a auto-avaliação da saúde mental e a natureza do aborto ($p = 0,044$). Os casos de aborto natural resultam em maior porcentagem de preocupação da saúde mental como sendo ótima e boa; no entanto, no aborto provocado, mais da metade das mulheres avaliaram sua saúde mental como regular, ruim ou péssima (54%).

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. Porém, entre as que não têm depressão 92% referem ter alguma religião.

Os resultados da Escala de Auto-estima de Rosenberg mostram que das 120 mulheres entrevistadas, 119 apresentaram de média à baixa estima pessoal, sendo que das 109 com níveis médios de estima, 72% não tiveram episódio de depressão anterior.

Chamou a atenção que entre as mulheres com baixa estima pessoal, 80% referiram problemas com 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 ($p < 0,015$).

Evidenciou-se também associação entre violência e natureza do aborto ($p = 0,047$); 46% das mulheres que sofreram violência familiar apresentam histórias sugestivas de abortamento provocado. Das 13 mulheres com depressão grave, 23% sofreram algum tipo de violência familiar.

O uso de álcool pelas mulheres em situação de abortamento tem associação com a natureza do aborto (Fisher $p = 0,007$). Observou-se que 9 das 17 mulheres que faziam uso de álcool tiveram aborto provocado. Houve também 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.

Possíveis fatores protetores foram também considerados. 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. Quando estão com raiva, metade das mulheres se isola, se cala ou chora, 47 gritam, ficam agressivas, discutem e brigam com todos, oito vão à igreja ou dialogam sobre o ocorrido, “respiram fundo” para não ficarem agressivas.

As dificuldades atuais, identificadas pelas mulheres, estão relacionadas principalmente ao aborto (24%), ao trabalho e ao estudo (4%). As qualidades que ajudam a vencer as dificuldades segundo estas mulheres são fé em Deus (44), força de vontade (15), perseverança (10), comunicação (5), paciência (4), calma (3), determinação (2), e coragem (1). Nos casos de depressão grave, a grande maioria (80%) refere como qualidade sua fé em Deus. Quando têm dificuldades, procuram a mãe (35), o companheiro (37) e a família (17) ou recorrem a Deus (12).

Os fatores de proteção para depressão significativos estatisticamente foram: ter parceiro ($p = 0,047$), trabalho ($p = 0,056$), religião ($p = 0,054$), situação financeira equilibrada ($p = 0,052$) e apoio familiar ($p = 0,058$).

DISCUSSÃO

As transformações no papel da mulher brasileira fizeram com que a fecundidade caísse significativamente e que adiasse ou diminuísse o número de filhos em prol da sua realização profissional, pessoal e afetiva⁽¹²⁾. Com essa queda de fecundidade, o aborto provocado e o uso de contraceptivos tendem a aumentar^(12,13). Entretanto, o perfil sócio-econômico das mulheres por abortamento nos serviços de saúde não tem sido alterado nos últimos anos^(1,5).

A informação sobre o arranjo domiciliar das mulheres, além do estado civil, mostrou que a maioria encontrava-se em relação conjugal estabelecida (formal ou informal) e vivia junto com o companheiro, coincidindo com a informação da aceitação da gravidez pelo parceiro.

Entre as mulheres que decidiram abortar, a maioria vivia uma relação estável ou segura, o que coincide com resultados de estudos^(5,13,14). Trata-se de um indicador da valorização do papel masculino do sentido de compartilhar, ter sensibilidade e empatia com a situação vivenciada pela parceira⁽¹⁶⁾.

Este estudo revelou que a maioria das mulheres frequentou o ensino médio completo e o superior completo. Apesar disso, grande parte das mulheres não trabalhava e não tinha fonte de renda, dependendo economicamente do companheiro, dos pais e de outros.

Interessante observar que pesquisas realizadas na década de 1990 indicavam a maioria das mulheres em abortamento, principalmente induzido, participando do mercado de trabalho, configurando uma mudança significativa, em relação a estudos do final dos anos 1980 que também registravam mais da metade das mulheres com experiência de aborto induzido, fora do mercado de trabalho^(12,15-17).

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. Um dado intrigante é que, apesar da 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.

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 e tem pouco poder de negociação em relação à sexualidade^(7,9,15).

O tipo de aborto foi informado pela maioria das entrevistadas para este estudo como sendo natural. Trabalhos mostram que 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 a indução do aborto. 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^(1,2,13).

A legalização do aborto no Brasil que permite este procedimento em casos de estupro, risco de vida para a mãe e, mais recentemente, em casos de anencefalia pode favorecer desigualdades no atendimento de mulheres pobres e ricas na situação do abortamento, em termos de assistência, principalmente nos países em desenvolvimento^(1,18).

A maioria das mulheres avaliou-se com ótima capacidade para trabalho, porém não trabalha e nem realiza atividades físicas. A presença de filhos ou a maternidade pode causar impacto negativo sobre a participação da mulher na sociedade produtiva, o que pode explicar por que, apesar de terem parceiro único e união estável, muitas não planejaram a gravidez⁽¹⁶⁾.

Elas referem ter boa alimentação e pouca mudança alimentar durante a gestação. 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.

O estado de saúde mental das mulheres da amostra foi sentido pela metade como bom^(5,6,14).

Encontrou-se neste estudo, associação entre violência familiar, depressão e aborto provocado. 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^(5,6,14).

Incluindo o papel do aparelho psíquico na reação ao estresse, a atitude pessoal está ligada ao modo como o indivíduo percebe os eventos. Metade da população pesquisada pontuou para algum nível de depressão, o que está acima dos índices relatados na literatura. Mesmo o fato de indicar 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 a depressão é um sério problema de saúde pública, causando incapacidade e conseqüente deterioração da qualidade de vida e que muitas vezes pode estar presente antes mesmo da gravidez⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Um estudo sobre depressão durante a gravidez em mulheres atendidas no sistema público em Pelotas mostrou que 21% das participantes apresentaram episódio depressivo na gravidez, ressaltando a importância do papel do profissional de saúde no diagnóstico precoce e adoção de medidas terapêuticas, mostrou maior evidência da depressão nas grávidas adolescentes⁽¹⁹⁻²⁴⁾.

Observou-se que a maioria das mulheres que trabalham não apresentaram sinais de depressão ou tinha sinais leves.

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.

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. Apesar da 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. A maioria que relata alteração no seu hábito alimentar, ou sono ruim e péssimo e diminuição no interesse sexual apresentou sinais de depressão grave.

Chama a atenção também que as mulheres com sinais de depressão grave apresentam isolamento social, maiores dificuldades financeiras e também sofreram algum tipo de violência familiar ou registraram uso de drogas na família.

Os resultados da avaliação da autoestima mostram que grande parte das mulheres entrevistadas na presente amostra apresentou níveis médios de autoestima. Os conceitos de autoestima e de autoconceito, bem como as diferentes dimensões pessoais são essenciais para desenvolvimento de atitude positivas e construtivas⁽¹¹⁾.

Quase todas as mulheres deste estudo afirmaram ter religião e metade delas não é praticante. A grande maioria de católicas e evangélicas é praticante. 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^(1,5). Por outro lado, 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^(1,5,14).

A presente pesquisa trouxe subsídios para a assistência de enfermagem no sentido de conhecer diversas necessidades da mulher em abortamento e assim minimizar o sofrimento das mesmas, especialmente aquelas que apresentam estado depressivo associado, pois estes atuam melhorando os fatores de proteção e dando subsídios para o enfrentamento desta condição adversa.

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.

CONCLUSÕES

Este estudo confirma que existe convergência entre aborto e depressão, pois mais da metade das mulheres apresentou sinais indicativos de depressão e pela possibilidade já confirmada por outros estudos da frequência de morbi-mortalidade.

As mulheres do presente estudo são jovens, solteiras, com relacionamento estável, católicas e com poucas atividades de lazer, sem fonte de renda. 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 confirmando a associação entre violência familiar e aborto provocado.

As mulheres com sinais de depressão grave registraram maior frequência de isolamento social, maiores dificuldades financeiras, problemas de moradia, não trabalham e sofreram algum tipo de violência em famílias, uso de álcool ou drogas;

Este estudo, além de mostrar a importância do contexto social das mulheres e a influência e interface com depressão e aborto provocado, oferece subsídios para pesquisas e elaboração de programas de intervenção social bem como para o cuidado da enfermagem e da saúde em geral. Dessa forma, é preciso estimular a enfermagem a reconhecer as necessidades de implementar os cuidados e reforçar os aspectos positivos dessas mulheres. Portanto, considera-se importante investir na formação e na qualificação dos enfermeiros tanto no aspecto técnico como de humanização do cuidado.

Limitações do estudo: dificuldade das mulheres falarem sobre o aborto, principalmente o provocado, por ser um tema parcialmente legalizado no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório “Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisas no Brasil [texto na Internet]. Brasília; 2008. [citado 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto_e_saude_publica_vs_preliminar.pdf. Acesso em 23/06/2012.
2. Diniz D. Aborto e saúde pública no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007;9(23):1992-3.
3. Broen AN et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BioMedCentral Medicine*. 2005;3(18):1-14.
4. Engelhard IM, Van Den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*. 2001;23(2):62-6.
5. Ramos, KS et al. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. *Rev. esc. enferm. USP*, S. 2010;44(3):605-610.
6. Mariutti MG; Furegato, ARF. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. *Rev. bras. Enferm.* 2010;63(2):183-9.
7. Mariutti MG, Almeida, AM, Panobianco, MS. Nursing care according to women in abortion situations. *Rev latinoamericana de Enfermagem*. 2007;15(1):20-6.
8. Gontijo DT, Medeiros M. Gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. *Rev Eletrônica Enferm.* 2004; 24 (2): 394-9.
9. Klier CM, Geller PA, Neugebauer R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage.

Journal of Affective Disorders, Amsterdam. 2000;59(1):13-21.

10. 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*. 2002;122(5):257-60.

11. PLACCO, VMN. S. Prefácio. In: TAVARES, J. (Org.). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez. 2001; p.7-12.

12. Pazello E. Fecundidade e participação no mercado de trabalho: a diferença de comportamento entre mulheres que têm e mulheres que não têm filhos. In: PEGORARO RF. *Receber e prover cuidados: a trajetória de uma mulher em sofrimento psíquico*. 2007. 272 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

13. Mariutti MG. et al. Abortamento: um estudo da morbidade hospitalar no país. *Revista Brasileira de Medicina, São Paulo*. 2010;67(4):97-103.

14. Aquino, EML et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2003;19(2):377-388.

15. Rodrigues, MM et al. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. *Rev. esc. enferm. USP*. 2005;39(3):258-267.

16. Araujo TM, Graça, CC, Araujo E. Occupational stress and health: contributions of the demand-control model. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*. 2003;8(4):991-1003

17. Couto et al. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Sao Paulo Med. J.* 2009;127 (4):185-189.

18. 2. Brasil. Ministério da Justiça. Supremo Tribunal Federal (STF) Supremo julga Arquição de descumprimento de preceito fundamental 54. Disponível em: www.stf.jus.br/portal/constituicao. Acesso em 23/06/2012.

19. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

20. Maj M, Sartorius N. *Transtornos depressivos*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

21. Nomura, R et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(6):644-650.

22. Andrade LHS, et al. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev Psiq Clín, São Paulo. 2006;33(2):43-54.

23. Silva, RA et al. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. Rev Bras Psiquiatr. 2010; 32(2):139-144.

24. Benute, GRG et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. Rev Assoc Med Bras. 2011; 55(3):130-56.

Artigo apresentado em 07-05-13

Artigo aprovado em 02-04-14

Artigo publicado no sistema em 29-12-14