

# Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras

ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA<sup>1</sup>, GLÁUCIA ROSANA GUERRA BENUTE<sup>2</sup>, GEORGE DANTAS DE AZEVEDO<sup>3</sup>, ELZA MARIA DO SOCORRO DUTRA<sup>4</sup>, CRISTINA GIGLIOTTI BORSARI<sup>5</sup>, MELINA SÉFORA SOUZA REBOUÇAS<sup>6</sup>, MARA CRISTINA SOUZA DE LUCIA<sup>7</sup>, MARCELO ZUGAIB<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Livre-docente; Professora Associada, Departamento de Obstetria e Ginecologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, São Paulo, SP

<sup>2</sup> Doutora em Ciências; Psicóloga, Divisão de Psicologia, Instituto Central, Hospital das Clínicas, FMUSP, São Paulo, SP

<sup>3</sup> Doutor em Medicina, Área de Concentração: Tocoginecologia; Docente do Departamento de Morfologia e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN

<sup>4</sup> Doutora em Psicologia Clínica; Docente do Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, UFRN, Natal, RN

<sup>5</sup> Psicóloga, Aluna do Curso de Pós-graduação do Departamento de Obstetria e Ginecologia, FMUSP, São Paulo, SP

<sup>6</sup> Mestre em Psicologia; Psicóloga Docente do Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, UFRN, Natal, RN

<sup>7</sup> Doutora em Psicologia Clínica; Psicóloga, Diretora da Divisão de Psicologia da Divisão de Psicologia, Instituto Central, Hospital das Clínicas, FMUSP, São Paulo, SP

<sup>8</sup> Professor Titular, Departamento de Obstetria e Ginecologia, FMUSP, São Paulo, SP

Trabalho realizado no Departamento de Obstetria e Ginecologia, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Departamento de Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Morfologia e Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN

Artigo recebido: 27/03/2011  
Aceito para publicação: 08/08/2011

**Suporte Financeiro:**  
Ministério de Ciência e Tecnologia/  
Fundo Setorial de Saúde e do  
Departamento de Ciência e  
Tecnologia da Secretaria de  
Ciência, Tecnologia e Insumos  
Estratégicos – DECIT/SCTIE –  
do Ministério da Saúde, por  
intermédio do Conselho Nacional  
de Desenvolvimento Científico e  
Tecnológico – CNPq

**Correspondência para:**  
Roseli Mieko Yamamoto Nomura  
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 255,  
10º andar, sala 10037  
CEP: 05403-000  
São Paulo, SP, Brasil  
roseli.nomura@hotmail.com

**Conflito de interesse:** Não há.

©2011 Elsevier Editora Ltda.  
Todos os direitos reservados.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto e o diagnóstico de depressão maior comparando mulheres de duas capitais brasileiras (São Paulo e Natal). **Métodos:** Estudo transversal realizado de janeiro de 2009 a maio de 2010, envolvendo a realização de entrevistas semidirigidas com mulheres em situação de abortamento (interrupção até a 22ª semana de gestação) atendidas em hospitais universitários de São Paulo (n = 166) e Natal (n = 150). Para o diagnóstico de depressão, foi aplicada a versão em português do instrumento Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD). **Resultados:** Não houve diferença significativa (p = 0,223) na proporção de abortamentos provocados: Natal (7,3%) e São Paulo (12,0%). O diagnóstico de depressão foi elevado nas mulheres em situação de abortamento, em proporção significativamente maior na cidade de Natal do que em São Paulo (50,7% contra 32,5%, respectivamente, p < 0,01). Quanto aos aspectos emocionais, não houve diferença na ocorrência de sentimentos de culpa (Natal 27,7%; São Paulo 23,3%; p = 0,447). A participação do companheiro foi satisfatória pelas mulheres em proporção semelhante nas capitais (Natal 62,0%; São Paulo 59,0%; p = 0,576). Não se constata diferença na proporção de mulheres que relatam ter sofrido violência, relacionada ou não ao aborto (Natal 22,9%; São Paulo 16,6%; p = 0,378). **Conclusão:** Embora não tenha sido constatada diferença entre os aspectos emocionais e sociais na comparação entre as duas capitais, verificou-se elevada proporção de mulheres com depressão maior, sendo mais frequente na cidade de Natal, o que denota a importância de suporte psicossocial nos serviços de atenção à saúde da mulher.

**Unitermos:** Aborto; depressão; saúde mental; aborto espontâneo; aborto induzido.

## SUMMARY

### Depression, emotional and social aspects in the abortion context: a comparison between two Brazilian capitals

**Objective:** To assess emotional and social aspects in the experience of abortion and the diagnosis of major depression, comparing women from two Brazilian cities (São Paulo – SP, Natal – RN). **Methods:** A transversal study was carried out from January 2009 to May 2010, through semi-directed interviews with women undergoing an abortion (up to 22 weeks gestation) treated at university hospitals in São Paulo – SP (n = 166) and Natal – RN (n = 150). The Portuguese version of the Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) instrument was applied for the diagnosis of depression. **Results:** There was no significant difference (p = 0.223) in the proportion of induced abortions when comparing the two capital cities: Natal (7.3%) and São Paulo (12.0%). The diagnosis of depression was high among women undergoing an abortion and was significantly higher in Natal than in São Paulo (50.7% vs. 32.5%, p < 0.01). Regarding emotional aspects, there was no difference in the occurrence of guilt feelings (Natal 27.7%; São Paulo 23.3%; p = 0.447). The partner's involvement was considered satisfactory by women in similar proportions in the two capitals (Natal 62.0%; São Paulo 59.0%, p = 0.576). No difference was found in the proportion of women who reported violence, related or not to the abortion (Natal 22.9%; São Paulo 16.6%; p = 0.378). **Conclusion:** Although there was no difference between the emotional and social aspects in the comparison between the two capitals, there was a high proportion of women with major depression, more frequent in the city of Natal than in São Paulo, which demonstrates the importance of psychosocial support in the women's healthcare system.

**Keywords:** Abortion, induced; abortion, spontaneous; depression mental health.

## INTRODUÇÃO

Na perspectiva das políticas públicas de saúde, a discussão do aborto está incluída nos programas de saúde da mulher preconizados para o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). O tema enfoca as perspectivas de gênero, sexualidade e acesso a direitos reprodutivos. É reconhecido como problema de saúde pública, pois além de ser importante causa de morte materna, trata-se de tema difícil de ser abordado com diversas implicações à saúde da mulher, retratado como a terceira causa de morte materna no nosso meio<sup>1</sup>.

Quando se fala em saúde mental associada ao abortamento, sob qualquer enfoque, encontra-se grande divergência na literatura<sup>2</sup>. Alguns estudos apontam que, após o abortamento, as mulheres estariam mais propensas a desenvolver depressão<sup>3-5</sup> ou transtorno do estresse pós-traumático<sup>6,7</sup>, principalmente aquelas que relatam violência física, emocional ou abuso sexual<sup>8</sup>. Mulheres cuja primeira gravidez terminou em aborto apresentam risco de depressão 65% maior que as mulheres cuja primeira gravidez resultou em nascimento<sup>4</sup>. Em estudo realizado nos Estados Unidos, com população em que a primeira gestação era não intencional, verifica-se alto risco para depressão em 27,3% das mulheres que evoluíram com aborto<sup>5</sup>. Em mulheres que engravidaram pelo menos uma vez antes dos 25 anos, o abortamento foi relatado por 15% delas, e as que praticaram o abortamento apresentam elevadas taxas de depressão, ansiedade, pensamentos suicidas e adicção em drogas<sup>9</sup>. Outros estudos<sup>10-13</sup> concluem que o abortamento legalizado, realizado no primeiro trimestre da gravidez, não traria consequências para a saúde mental. A maioria dos estudos sobre aborto é realizada na Região Sudeste do Brasil (75%), com uma concentração dos dados no Estado de São Paulo (58% do total das publicações), seguido por Bahia, Ceará, Pernambuco, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul<sup>10</sup>. Considerando a necessidade do conhecimento da realidade vivida pelas mulheres nos demais estados do país, torna-se importante comparar diferentes regiões. Além disso, o estudo de duas capitais em regiões distintas do Brasil (Sudeste e Nordeste) permite, em última análise, refletir sobre o princípio da equidade, possibilitando a compreensão da existência ou não de realidades diferentes, possibilitando, assim, intervenções específicas para necessidades específicas.

O objetivo deste estudo é avaliar aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto e o diagnóstico de depressão maior comparando mulheres em São Paulo e Natal.

## MÉTODOS

Este estudo foi realizado entre janeiro de 2009 e maio de 2010. O protocolo de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa das duas instituições participantes.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: mulheres com diagnóstico de abortamento, definido como interrupção da gravidez até a 22ª semana de gestação, atendidas nos serviços de pronto atendimento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (São Paulo-SP) e Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal-RN).

A escolha dos hospitais e o perfil das pacientes foram compreendidos por meio do princípio da equidade, utilizando-se os seguintes critérios: ser hospital universitário de referência na capital e realização de atendimento pelo SUS para pacientes que procuram o pronto atendimento em caráter de urgência e/ou por encaminhamento de outros hospitais.

Após o procedimento médico para tratamento do abortamento, as mulheres foram convidadas a participar da pesquisa e esclarecidas sobre os procedimentos da entrevista. Em seguida, todas as voluntárias assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semidirigidas, que apresentavam roteiro previamente elaborado, e o sujeito da pesquisa tinha liberdade de falar o que desejasse em cada questão formulada. As entrevistas tiveram duração média de uma hora e foram realizadas por psicólogas capacitadas especificamente para os propósitos da pesquisa. O questionário foi composto de perguntas fechadas que incluíam dados demográficos, como idade (anos), escolaridade (ensino fundamental, médio ou superior), estado conjugal (com companheiro ou sem companheiro), ocupação (com ou sem atividade laboral, ou estudante), número de gestações, número de partos, número de abortos, antecedente de aborto provocado (sim ou não), número de filhos vivos, idade gestacional do aborto atual (semanas), religião (católica, evangélica, outros e sem religião), crença de fé (presente ou ausente), renda familiar mensal (reais), número de pessoas na família e renda *per capita* (reais).

Foram formuladas questões abertas ou semidirigidas abordando os seguintes aspectos: sentimentos vividos por ocasião da suspeita sobre ocorrência de gestação e quando a mesma foi confirmada, existência de apoio familiar, de amigos ou do parceiro frente à situação do abortamento, como foi o apoio do parceiro, ocorrência prévia de violência, física, sexual ou emocional, e possível relação da violência vivida com o aborto. Foi também investigada a existência de sentimento de culpa ou arrependimento relacionados ao aborto. Com o transcorrer da entrevista, a entrevistadora assegurava o caráter sigiloso e a garantia da confidencialidade dos dados informados, e, nessa condição, a mulher era estimulada a esclarecer sobre qual foi o tipo de abortamento, espontâneo ou provocado.

Para o diagnóstico de depressão maior foi aplicada a versão validada para a língua portuguesa do instrumento

*Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (Avaliação da Atenção Primária de Transtornos Mentais ou PRIME-MD)<sup>14</sup>. Este instrumento permite a investigação de transtornos mentais e é composto por módulos, que podem ser avaliados em conjunto ou separadamente. No presente estudo foi utilizado o módulo para avaliação dos transtornos de humor no diagnóstico de transtorno depressivo maior<sup>9</sup>.

O sistema de classificação PRIME-MD foi desenvolvido para ajudar na avaliação e diagnóstico de doenças mentais na atenção primária. A concordância entre o PRIME-MD e o diagnóstico feito por profissionais independentes da área de saúde mental é excelente, com uma sensibilidade de 83%, especificidade de 88%, valor preditivo positivo de 80% e uma acurácia global de 88%<sup>15</sup>. Em vista de sua utilidade e facilidade de aplicação, este sistema é considerado um instrumento adequado para avaliar a relevância dos transtornos psiquiátricos em pacientes ambulatoriais de obstetrícia. Este foi o instrumento escolhido para a presente pesquisa, que também tem sido indicado para avaliar transtornos mentais no período gestacional<sup>16</sup>.

Os relatos dos sentimentos vivenciados obtidos na entrevista semidirigida foram submetidos à técnica de Análise Temática ou de Conteúdo que tem como objetivo descrever, interpretar e compreender os dados. A técnica foi utilizada para apresentar de forma objetiva, sistemática e quantitativa o conteúdo manifesto nas entrevistas. O foco não foi descrever os conteúdos, mas sim verificar o que foi revelado após o tratamento dos dados pela codificação dos mesmos, transformando-os em categorias por meio de uma análise transversal. As entrevistas foram recortadas ao redor de cada tema-eixo ou unidade de significação de interesse. Os núcleos de sentido que compõem a comunicação de cada paciente foram delineados e, então, realizados os recortes para categorizar os conteúdos. Todos os resultados obtidos com a categorização foram analisados com técnicas quantitativas.

Os resultados foram analisados por meio do programa Estatística para Windows (versão 4.3, Statsoft, Inc., 1993). As variáveis foram examinadas descritivamente, calculando-se médias e desvios-padrão, frequências absolutas e relativas. Os dados categóricos e quantitativos foram avaliados pelo teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher quando indicado. As variáveis contínuas foram analisadas pelo teste *t* de Student. O nível de significância utilizado para os testes foi de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 166 mulheres em São Paulo e 150 mulheres em Natal. As características demográficas e os antecedentes obstétricos estão apresentados na Tabela 1. Na comparação entre as duas capitais, verificou-se que a média da idade das mulheres que apresentaram o diagnóstico de aborto é significativamente menor na cidade

de Natal, bem como a idade gestacional em que ocorreu o aborto. Não se constatou diferença no perfil da história obstétrica prévia quando foram comparadas as participantes das duas cidades. Houve diferença significativa na proporção de mulheres exercendo atividade laboral, sendo esta proporção maior em São Paulo. Quanto à renda familiar, tanto referente ao valor total como para o valor *per capita*, observou-se que a média foi maior entre as paulistas. A distribuição das mulheres de acordo com a religião foi significativamente diferente na comparação realizada entre as duas cidades, e a crença de fé foi significativamente menor nas mulheres entrevistadas em São Paulo.

A análise de conteúdo das vivências experimentadas pelas mulheres que apresentaram o abortamento está apresentada na Tabela 2. Não se constatou diferença significativa na proporção de abortamentos provocados entre as mulheres entrevistadas, quando comparadas as duas cidades. Quanto às vivências relatadas, na suspeita da gravidez, encontraram-se relatos de aspectos positivos em maior proporção entre as potiguares, o mesmo ocorrendo quanto aos sentimentos vivenciados na confirmação da gravidez. Não foi constatada diferença significativa na proporção de mulheres entrevistadas que tenham relatado sentimentos de culpa ou de arrependimento na comparação entre as duas cidades.

O relato de apoio de familiares ou amigos foi semelhante na comparação entre as duas cidades, bem como a participação do parceiro na vivência da situação do aborto. Não houve diferença na proporção de mulheres que tenham relatado violência sofrida, relacionada ou não ao aborto, na comparação entre as duas cidades (Tabela 2).

Na Tabela 3, estão apresentados os resultados referentes ao diagnóstico de depressão maior pelo PRIME-MD. Verificou-se proporção significativamente maior de depressão nas mulheres entrevistadas na cidade de Natal, com diferenças nos relatos dos sintomas: as mulheres entrevistadas na cidade de Natal relataram proporção significativamente maior de alterações do sono, fadiga, modificação no apetite, redução na concentração e alterações psicomotoras, quando comparadas às mulheres entrevistadas na cidade de São Paulo.

## DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu verificar que, na vivência do aborto, é elevada a proporção de mulheres que apresentam diagnóstico de depressão maior, e essa proporção é significativamente mais alta nas mulheres entrevistadas na cidade de Natal. Não existem estudos nacionais prévios comparando estas capitais quanto à ocorrência de depressão em mulheres que vivenciaram o abortamento. No presente estudo, nos casos de abortamento, a proporção de mulheres com diagnóstico de depressão maior foi de 32,5% na cidade de São Paulo e 50,7% na cidade de Natal, valores

**Tabela 1** – Características das mulheres com abortamento de acordo com a cidade em que a pesquisa foi realizada

	São Paulo (SP) n = 166		Natal (RN) n = 150		p
Idade, anos, média (DP)	27,9	(7,5)	26,2	(6,9)	0,033
Estado marital					
Com companheiro	141	(84,9)	131	(87,3)	0,652
Sem companheiro	25	(15,1)	19	(12,7)	
Idade gestacional do aborto, semanas, média (DP)	11,3	(3,8)	13	(4,8)	< 0,001
Paridade					
0	63	(38,0)	60	(40,0)	0,797
≥ 1	103	(62,0)	90	(60,0)	
Aborto anterior					
0	121	(72,9)	110	(73,3)	0,969
≥ 1	45	(27,1)	40	(26,7)	
Aborto provocado anterior					
0	156	(94,0)	144	(96,0)	0,574
≥ 1	10	(6,0)	6	(4,0)	
Filho vivo					
0	66	(39,8)	61	(40,7)	0,961
≥ 1	100	(60,2)	89	(59,3)	
Escolaridade					
Fundamental	52	(31,3)	47	(31,3)	0,729
Médio	99	(59,6)	93	(62,0)	
Superior	15	(9,0)	10	(6,7)	
Ocupação					
Com atividade laboral	124	(74,7)	79	(52,7)	< 0,001
Sem atividade laboral	28	(16,9)	55	(36,7)	
Estudante	14	(8,4)	16	(10,7)	
Renda familiar, reais, média (DP)	1487,1	(1002,4)	1182,9	(967,7)	< 0,01
Número de pessoas na família, média (DP)	3,5	(1,5)	3,9	(2,2)	0,06
Renda per capita, reais, média (DP)	508,8	(434,1)	383,7	(389,2)	< 0,01
Religião					
Católica	89	(53,6)	95	(63,3)	0,003
Evangélica	49	(29,5)	31	(20,7)	
Outras	18	(10,8)	24	(16,0)	
Sem religião	10	(6,0)	0	(0)	
Crença de fé					
Sim	156	(94,0)	150	(100)	0,002
Não	10	(6,0)	0	(0)	

de relevante importância que demonstram a presença de suporte especializado para as mulheres que vivenciam o aborto, quer espontâneo ou provocado, principalmente no setor público de atendimento à saúde.

O aborto por si só interrompe um percurso biológico natural e esperado socialmente, independentemente do desejo pela gestação e pelo filho, faz com que a mulher se depare com a possibilidade da maternidade, desper-

tando diferentes sentimentos e fantasias. No presente estudo, na suspeita e na confirmação da gestação destacam-se sentimentos negativos, em ambas as capitais. No momento em que a gestação é interrompida, fazer uma reavaliação das escolhas realizadas (quer seja pela gestação quer seja por sua interrupção) e da perspectiva de futuro é inevitável e confronta a mulher com a perspectiva de um vazio (mesmo que momentâneo), com a perda e com a morte.

**Tabela 2** – Vivências das mulheres com abortamento de acordo com a cidade em que a pesquisa foi realizada

	São Paulo (SP) n = 166		Natal (RN) n = 150		P
<b>Tipo de aborto</b>					
Espontâneo	146	(88,0)	139	(92,7)	0,223
Provocado	20	(12,0)	11	(7,3)	
<b>Sentimentos quando houve a suspeita da gravidez</b>					
Positivos	60	(36,2)	70	(46,7)	0,003
Negativos	47	(28,3)	42	(28,0)	
Ambivalentes	17	(10,2)	10	(6,7)	
Não especificados	31	(18,7)	9	(6,0)	
Soube da gravidez no diagnóstico do aborto	11	(6,6)	19	(12,7)	
<b>Sentimentos quando houve a confirmação da gravidez</b>					
Positivos	68	(41,0)	70	(46,7)	0,013
Negativos	39	(23,5)	31	(20,7)	
Ambivalentes	21	(12,7)	22	(14,7)	
Não especificados	27	(16,3)	8	(5,3)	
Soube da gravidez no diagnóstico do aborto	11	(6,6)	19	(12,7)	
<b>Culpa</b>					
Não	120	(72,3)	115	(76,7)	0,447
Sim	46	(27,7)	35	(23,3)	
<b>Como agiria se fosse vivenciar de novo a situação da gestação</b>					
Igual	74	(44,6)	54	(36,0)	0,100
Diferente	87	(52,4)	85	(56,7)	
Não sabe	5	(3,0)	11	(7,3)	
<b>Teve apoio de alguém na situação do aborto</b>					
Sim	142	(85,5)	124	(82,7)	0,586
Não	24	(14,5)	26	(17,3)	
<b>Como foi a participação do companheiro na situação do aborto</b>					
Satisfatória	98	(59,0)	93	(62,0)	0,576
Não satisfatória	15	(9,0)	9	(6,0)	
Não soube do aborto	27	(16,3)	29	(19,3)	
Não especificada	26	(15,7)	19	(12,7)	
<b>Relata ter sofrido violência</b>					
Não	128	(77,1)	125	(83,3)	0,378
Sim, não relacionada ao aborto	25	(15,1)	17	(11,3)	
Sim, relacionada ao aborto	13	(7,8)	8	(5,3)	

A crença de que a mulher que não gera filhos saudáveis foge ao padrão cultural imposto, uma vez que a sociedade espera que todas as mulheres tenham filhos, já que, biologicamente, a mulher possui uma “função” maternal que inclui proteger, nutrir e abrigar o filho. Os desvios dessas necessidades internas desencadeiam a culpa tal como evidenciado em parte das mulheres entrevistadas neste estudo.

As diferenças sociodemográficas encontradas nos dois grupos confirmam a complexidade da assistência ao paciente SUS enquanto Programa Nacional de Saúde e reforçam a influência da dimensão geográfica do Brasil. Embora neste estudo tenha se constatado diferenças significativas em idade, idade gestacional do aborto, atividade laboral, renda familiar, renda *per capita*, religião e crença de fé entre as mulheres dos dois grupos, os dados englobam as faixas especificadas em outros estudos<sup>17</sup>.

**Tabela 3** – Sintomatologia depressiva avaliada pelo PRIME-MD em mulheres com abortamento de acordo com a cidade em que a pesquisa foi realizada

Sintomas	São Paulo (SP) n = 166		Natal (RN) n = 150		p
	n	(%)	n	(%)	
Insônia ou hipersonia	100	(60,2)	113	(75,3)	0,006
Fadiga ou perda de energia	87	(52,4)	108	(72,0)	< 0,001
Diminuição ou aumento de apetite	89	(53,6)	122	(81,3)	< 0,001
Menor interesse nas atividades diárias	72	(43,4)	79	(52,7)	0,124
Humor deprimido	62	(37,4)	69	(46,0)	0,149
Sentimento de inutilidade ou culpa	53	(31,9)	43	(28,7)	0,612
Diminuição da concentração	41	(24,7)	69	(46,0)	< 0,001
Agitação ou retardo psicomotor	51	(30,7)	80	(53,3)	< 0,001
Recorrentes pensamentos de morte	15	(9,0)	22	(14,7)	0,168
Diagnóstico de depressão maior	54	(32,5)	76	(50,7)	0,002

Nos serviços públicos, muitas vezes, a falta de vagas e a grande demanda por atendimentos obstétricos prejudica a qualidade do acolhimento prestado às mulheres em situação de abortamento, podendo contribuir para a ocorrência da depressão. Espera-se que muitas dessas mulheres tenham superado, com o tempo, as adversidades emocionais; e que os gestores do sistema público de saúde garantam condições que possibilitem plena atenção à saúde da mulher, tanto do ponto de vista físico como mental.

A importância do estudo enfocando a comparação entre duas capitais diferentes se dá pela possibilidade de observar o fenômeno do aborto como fonte de informação útil para o entendimento da qualidade da assistência ao aborto no país, em especial a sua variabilidade por região.

No Rio Grande do Norte tem-se 3.136 internações no SUS decorrentes de aborto e em São Paulo, 47.942<sup>18</sup>. As variações do número de internações entre Estados e regiões decorrentes do aborto acompanham, de certa forma, a situação de renda e de acesso a serviços de saúde<sup>19</sup>.

A vivência psicológica da mulher frente ao aborto não é uniforme, pois varia em função das características pessoais, eventos que estejam associados à gravidez, às circunstâncias de sua vida e de seus relacionamentos no momento do aborto<sup>2</sup>. No presente estudo, as características sociodemográficas das populações analisadas diferem quanto à idade materna, ocupação das mulheres, renda pessoal e familiar, bem como os perfis de distribuição quanto à religião e crença de fé, demonstrando diferenças nas circunstâncias de vida. Essas características podem estar relacionadas às diferenças constatadas na vivência das mulheres com abortamento nas capitais estudadas, bem como ao diagnóstico de depressão maior. Na cidade de Natal, as mulheres que apresentaram abortamento são mais jovens, com menor renda familiar e *per capita*,

maior proporção de mulheres sem atividade laboral, denotando situação de maior vulnerabilidade social, que culmina com maior frequência de sintomas depressivos. O contexto mostra também menor religiosidade nas mulheres entrevistadas em São Paulo, o que pode estar associado à visão mais pragmática dos aspectos da vida. Na cidade de Natal, é maior a religiosidade das mulheres, o que corrobora com outros estudos que apontam maior concentração de mulheres católicas na região Nordeste do Brasil<sup>1</sup>. Apesar de não ser constatada diferença significativa, a proporção de abortamentos intencionais é maior na capital paulistana. Também em São Paulo, constatou-se maior dificuldade das mulheres em expressarem seus anseios frente à suspeita ou à confirmação da gravidez, com sentimentos não especificados quando se confrontam com a possibilidade da maternidade. Essas posturas podem estar relacionadas ao estilo de vida das sociedades de grandes metrópoles, onde o papel da mulher vem sendo redefinido na modernidade.

O aborto está associado a altas taxas de ambas as reações emocionais, positivas e negativas. Entretanto, em estudo de Menezes *et al.*<sup>20</sup>, as reações negativas ao aborto foram associadas a distúrbios de saúde mental subsequentes com taxas de transtornos mentais de 1,4 a 1,8 vezes maiores do que as que não relatam aborto. Na análise da sintomatologia associada ao diagnóstico de depressão maior, o presente estudo revelou que os sintomas de fadiga ou perda de energia e as alterações do apetite foram menos frequentes nas mulheres de São Paulo. Esse aspecto pode estar relacionado à dinâmica de vida nessa cidade, onde a percepção corporal é relativamente menos intensa frente às atividades cotidianas. O mesmo se verificou em relação à diminuição da concentração, agitação ou retardo psicomotor, sintomas proporcionalmente mais presentes nas mulheres entrevistadas em Natal.

No Brasil, a legislação só permite o aborto em poucas exceções: quando não há outro meio de salvar a vida da mulher e nas gravidezes resultantes de violência sexual. No entanto, outros motivos podem levar a mulher a interromper intencionalmente a gravidez. Geralmente essa opção envolve argumentos particulares e individuais, de modo geral, fundamentados em questões sociais, econômicas e emocionais, mas por vezes é permeada também pela violência doméstica ou sexual<sup>21-23</sup>. O presente estudo verificou que proporção relevante de mulheres relata ter vivido situação de violência, relacionada ou não ao abortamento. Não houve diferença entre as cidades analisadas, o que denota a importância da investigação ativa desses aspectos em nossa sociedade, pois a violência permeia os relacionamentos humanos. Muitas vezes, o profissional da saúde pode desempenhar papel importante na identificação de fatores associados aos problemas de saúde mental, para que seja garantido o pleno atendimento às mulheres.

É importante ressaltar que muitos estudos sobre distúrbios psicológicos relacionados ao abortamento apresentam dificuldades metodológicas na elaboração dos grupos de comparação, no controle de variáveis de confusão, e na avaliação da história reprodutiva anterior. A comparação entre estudos também demonstra ser de difícil realização, pelas diferenças amostrais, diversidade das medidas relacionadas à avaliação da saúde mental e dos momentos em que são realizadas as entrevistas em relação à ocorrência do aborto<sup>24</sup>.

A realização de estudos sobre o aborto permite proposição de novas políticas públicas de saúde, pois retratam o caráter recorrente deste fenômeno e permitem uma compreensão da problemática como questão de saúde da mulher, que necessita de cuidados e atenção específica para minimizar as complicações físicas, emocionais e sociais. Embora não tenha sido constatada diferença entre os aspectos emocionais e sociais na comparação entre as duas capitais, verificou-se elevada proporção de mulheres com depressão maior, sendo mais frequente na cidade de Natal, o que denota a importância de suporte psicossocial nos serviços de atenção à saúde da mulher.

## REFERÊNCIAS

- Diniz D. Aborto e saúde pública no Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2007;23:1992-3.
- Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *Am Psychol*. 2009;64:863-90.
- Benute GR, Nomura RM, Pereira PP, Lucia MC, Zugaib M. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55:322-7.
- Cogle JR, Reardon DC, Coleman PK. Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Med Sci Monit*. 2003;9:CR105-12.
- Reardon DC, Cogle JR. Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study. *BMJ*. 2002;324:151-2.
- Engelhard IM, van den Hout MA, Vlaeyen JW. The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behav Med*. 2003;29:80-4.
- Bowles SV, Bernard RS, Epperly T, Woodward S, Ginzburg K, Folen R, et al. Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion. *J Fam Pract*. 2006;55:969-73.
- Morland LA, Leskin GA, Block CR, Campbell JC, Friedman MJ. Intimate partner violence and miscarriage: examination of the role of physical and psychological abuse and posttraumatic stress disorder. *J Interpers Violence*. 2008;23:652-69.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:16-24.
- Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological responses after abortion. *Science*. 1990;248:41-4.
- Major B, Cozzarelli C, Cooper ML, Zubek J, Richards C, Wilhite M, et al. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:777-84.
- Rees DI, Sabia JJ. The relationship between abortion and depression: new evidence from the fragile families and child wellbeing study. *Med Sci Monit*. 2007;13:CR430-6.
- Schmiege S, Russo NF. Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2005;331:1303.
- Fraguas R Jr, Henriques SG Jr, De Lucia MS, Iosifescu DV, Schwartz FH, Menezes PR, et al. The detection of depression in medical setting: a study with PRIME-MD. *J Affect Disord*. 2006;91:11-7.
- Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:759-69.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Aström M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol*. 2004;159: 872-81.
- Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correia L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:279-86.
- Brasil. Ministério da Saúde. Data SUS; 2000. Banco de dados. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Rede Saúde. Dossiê Aborto Inseguro. Disponível em: <http://www.observatoriodogenero.gov.br/>.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Reactions to abortion and subsequent mental health. *Br J Psychiatry*. 2009;195:420-6.
- Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *CMAJ*. 2005;172:637-41.
- Menezes GM, Aquino EM, Silva DO. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:1431-46.
- Silverman JG, Gupta J, Decker MR, Kapur N, Raj A. Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. *BJOG*. 2007;114:1246-52.
- Menezes G, Aquino EM. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2009;25:S193-204.