



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Tamara Santiago Mascarenhas

**CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E EMOCIONAIS DE LONGO PRAZO
DO ABORTAMENTO ESPONTÂNEO**

São Luís
2017

Tamara Santiago Mascarenhas

**CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E EMOCIONAIS DE LONGO PRAZO
DO ABORTAMENTO ESPONTÂNEO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para a obtenção do grau de Médica.

Orientadora: Profa Dra Luciane Maria Oliveira Brito

São Luís

2017

CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E EMOCIONAIS DE LONGO PRAZO DO ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado à Universidade Federal do Maranhão como pré-requisito para a obtenção do grau de médica.

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra Luciane Maria Oliveira Brito - Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Profa Dra Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa – Examinadora I
Universidade Federal do Maranhão

Profa Ms Adriana Lima dos Reis Costa – Examinador II
Universidade Federal do Maranhão

Dr Rodrigo de Souza Barcelos Barroqueiro – Examinador III
Externo

Dedico este trabalho a Deus, pois sem Ele jamais conseguiria.

“Disse-lhes Jesus: Eu sou a ressurreição e a vida.

Quem crê em mim, ainda que morra, viverá;

(João 11:25)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Sifredo Mascarenhas e Maria de Lourdes Santiago, que me criaram e cuidaram de mim com todo o amor e carinho, dando o seu melhor. Devo o que sou hoje a vocês e espero honrá-los sempre.

Aos meus irmãos, Silvano e Vinícius Mascarenhas, pelo seu apoio, amizade e todos os risos. Sou grata a Deus por ter irmãos tão queridos.

Ao meu noivo, Raphael Gomes, meu amado companheiro, benção de Deus que tem tornado minha vida mais feliz.

Aos meus avós Geraldino e Cecília, e familiares, cuja amizade e ajuda foram essenciais para que pudesse alcançar meu sonho de ser médica. Sou muito grata a vocês por tudo que fizeram por mim.

Às minhas amigas Andrieli Barros e Joyce Leal, cuja companhia, amizade e parceria ao longo do curso foram essenciais para alcançar todas as vitórias até aqui. Vocês vão sempre morar no meu coração!

Aos amigos Adriano Cotrim e Raphael Simioli, grandes parceiros durante o internato, agradeço toda a ajuda e amizade de vocês!

À Profa Dra Luciane Maria Oliveira Brito, minha orientadora, e à Profa Dra Joyce Engel, por todas as oportunidades de aprendizado e crescimento no meio de pesquisa.

Ao Prof Dr Vandilson Rodrigues e à Cibelle Dutra, os quais se mostraram muito acessíveis e me ajudaram muito nesse trabalho.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Hospital Universitário da UFMA, instituições nas quais construí uma formação médica da qual posso me orgulhar.

Aos professores e residentes que me ensinaram e inspiraram durante esses anos. Muito obrigada por sua dedicação e solidariedade!

Por fim, a todas as pessoas com quem tive contato durante sua internação ou consulta. Vocês me ajudaram não só no aprendizado da medicina em si, mas também do lidar com o ser humano em momentos tão vulneráveis de sua vida. Espero retribuir com o exercício de uma medicina humanizada, com mansidão e amor.

RESUMO

Introdução: O abortamento espontâneo é um acontecimento frequente na vida das mulheres e cujo impacto psicológico e emocional é muitas vezes negligenciado por profissionais de saúde e pela sociedade como um todo. Os estudos atuais sobre o assunto têm um prazo limitado, de até cinco anos de duração. **Objetivo:** Estudar a relação entre abortamento espontâneo e consequências psicoemocionais de longo prazo. **Métodos:** Estudo coorte retrospectivo. A amostra foi composta por 73 mulheres, divididas em três grupos: um com história de abortamento espontâneo há cinco anos ou mais; outro com histórico de abortamento espontâneo há menos de cinco anos e; o terceiro grupo, sem história de abortamento espontâneo. Para a coleta de dados foram aplicados três questionários, um deles para dados sociodemográficos e caracterização da experiência de abortamento; e os outros dois, os Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck, para aferir a sintomatologia de depressão e ansiedade, respectivamente. **Resultados:** O grupo com abortamento há longo prazo teve uma prevalência de depressão de 22,0% e de ansiedade de 37,5%, sem diferença significativa entre os grupos. No mesmo grupo, a maioria referiu superação do trauma ($p < 0,01$), percepção de empatia por parte dos profissionais de saúde durante o abortamento ($p = 0,04$) e, a minoria referiu que o abortamento significou uma perda de uma parte de seu parceiro ($p = 0,04$). **Conclusão:** O abortamento espontâneo não mostrou estar relacionado com depressão e ansiedade a longo prazo, havendo maior percepção de superação da experiência de abortamento com o passar do tempo.

Palavras-chave: Aborto espontâneo. Ansiedade. Depressão. Saúde da mulher.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra, qualidade do relacionamento conjugal e histórico de abortamento induzido. São Luís, 2017.....	31
Tabela 2. Idade, quantidade de filhos vivos, escores do BDI e BAI, tempo de duração do luto e decorrido desde o abortamento, e quantidade de abortamento espontâneos da amostra. São Luís, 2017..	32
Tabela 3. Resultados do BDI e BAI entre os grupos de estudo. São Luís, 2017	33
Tabela 4. Características da gestação e da experiência de abortamento espontâneo. São Luís, 2017.....	33

SUMÁRIO

1. ARTIGO CIENTÍFICO	9
RESUMO	9
SUMMARY	10
INTRODUÇÃO	10
MÉTODOS	11
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO	16
CONCLUSÕES	20
REFERÊNCIAS	21
APÊNDICES	25
APÊNDICE I	26
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	26
APÊNDICE III	31
Tabela 1.....	31
Tabela 2.....	32
Tabela 3.....	33
Tabela 4.....	33
ANEXOS	37
ANEXO I	38
NORMAS DA REVISTA.....	38
ANEXO II	45
PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HUUFMA ...	45
ANEXO III	46
INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK II	46
ANEXO IV	49
INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)	49

1. ARTIGO CIENTÍFICO

CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E EMOCIONAIS DE LONGO PRAZO DO ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

LONG-TERM PSYCHOLOGICAL AND EMOTIONAL CONSEQUENCES OF MISCARRIAGE

RESUMO

Objetivo: Estudar a relação entre abortamento espontâneo e consequências psicológicas e emocionais de longo prazo. **Métodos:** Estudo coorte retrospectivo. A amostra foi composta por 73 mulheres, divididas em três grupos: um com história de abortamento espontâneo há cinco anos ou mais; outro com histórico de abortamento espontâneo há menos de cinco anos e; o terceiro grupo, sem história de abortamento espontâneo. Para a coleta de dados foram aplicados três questionários, um deles para dados sociodemográficos e caracterização da experiência de abortamento; e os outros dois, os Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck, para aferir a sintomatologia de depressão e ansiedade, respectivamente. **Resultados:** O grupo com abortamento há longo prazo teve uma prevalência de depressão de 22,0% e de ansiedade de 37,5%, sem diferença significativa entre os grupos. No mesmo grupo, a maioria referiu superação do trauma ($p < 0,01$), percepção de empatia por parte dos profissionais de saúde durante o abortamento ($p = 0,04$) e, a minoria referiu que o abortamento significou uma perda de uma parte de seu parceiro ($p = 0,04$). **Conclusão:** O abortamento espontâneo não mostrou estar relacionado com depressão e ansiedade a longo prazo, havendo uma maior autopercepção de superação da experiência de abortamento com o passar do tempo.

Palavras-chave: aborto espontâneo, depressão, ansiedade, saúde da mulher.

SUMMARY

Objective: To study the relationship between miscarriage and long-term psychological and emotional consequences. **Methods:** Retrospective cohort study. Seventy-three women, divided in three groups, composed the sample: one with history of spontaneous abortion five years ago or more; other with historic of spontaneous abortion less than five years in the past and; the third group, with no history of miscarriage. For data gathering, it was used three questionnaires, one of them for sociodemographic information and characterization of the experience of miscarriage; and, the other two, the Beck Depression and Anxiety Inventories, to assess symptomatology of depression and anxiety, respectively. **Results:** The group with long-term miscarriage had a prevalence of depression of 22.0%, and of 37.5% for anxiety, with no significant difference among the groups. In the same group, the majority referred having overcome the trauma ($p < 0.01$), perception of empathy from health professionals during the miscarriage ($p = 0.04$) and, the minority referred that the spontaneous abortion had meant a loss of a part of their partner ($p = 0.04$). **Conclusion:** Miscarriage has not been shown to be related with depression and anxiety in a long term, existing a greater self-perception of overcoming the abortion experience over time.

Keywords: spontaneous abortion, depression, anxiety, women's health.

INTRODUÇÃO

O abortamento espontâneo (AE) é a complicação mais comum da gestação¹. Estima-se que ele ocorra em 15 a 27,7% de todos os processos de gravidez confirmados, sendo sua incidência precisa desconhecida, devido a diversas circunstâncias que tornam difícil sua aferição exata (i.e, variações em definições, aborto espontâneo em casa, falta de registro de bebês abortados)^{2,3,4,5}. Portanto, o término espontâneo da gravidez anterior à idade de viabilidade é uma das questões mais comuns de saúde para mulheres e pode ser considerado uma experiência feminina universal.

Há duas décadas atrás, um número de estudos relacionados à depressão e ansiedade³, e alguns relacionados a distúrbios pós-traumáticos posteriores ao aborto, identificaram que essas desordens ocorreram usualmente após o AE⁶; no entanto, a maioria dos estudos têm sido limitados a 2 anos ou menos após o aborto espontâneo, com um estudo encontrado⁷ que examinou o estresse mental em mulheres com abortamento induzido e espontâneo em até cinco anos após o término da gravidez.

Acredita-se que a relação entre aborto espontâneo e transtornos mentais esteja de acordo com a prevalência da depressão em mulheres, uma vez que o público feminino tem duas vezes mais depressão quando comparado ao masculino^{8,9,10,11,12}. Estudos sugerem que, no Brasil, a depressão também é uma das desordens mentais mais comuns, com prevalência de 17,0%¹³, sendo que mulheres têm 1,5 mais chance do que homens de apresentarem algum transtorno mental ao longo da vida. Um estudo envolvendo 18 países, revelou ainda o Brasil como tendo a maior prevalência de transtornos mentais entre os países de renda média avaliados¹⁴.

O AE é considerado um momento de perda ou de estresse e, por isso, trata-se de um fator que contribui para o desenvolvimento de depressão grave. Uma relação entre abortamento espontâneo e o aumento no índice de suicídio foi registrada em um estudo realizado na Finlândia, no qual mulheres que sofreram AE tiveram um nível de suicídio significativamente alto dentro de um ano após o término da gravidez¹⁵.

Embora estudos anteriores tenham sugerido possíveis relações entre aborto espontâneo e transtornos mentais, não houve investigação além de cinco anos após a perda. Considerando assim a prevalência de depressão e ansiedade e a incidência de abortamento espontâneo, o presente estudo investigou as associações entre o abortamento espontâneo e transtornos mentais a longo prazo.

MÉTODOS

O presente estudo é um coorte retrospectivo, conduzido pelo período de um ano, entre 2016 e 2017, em São Luís, MA, Brasil, no Hospital Universitário

da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), em sua unidade Materno-infantil (HUMI).

A amostra se deu por conveniência, composta por 73 mulheres. Essa amostra era dividida em três grupos: um deles composto por mulheres com história prévia de abortamento espontâneo ocorrido há cinco anos ou mais, chamado de grupo principal; outro, composto por mulheres com história de abortamento espontâneo há menos de 5 anos, denominado de grupo 2; e, por último, um com mulheres sem nenhum histórico de abortamento espontâneo, chamado de grupo 3. Os dois últimos grupos foram usados para comparação.

Foram incluídas todas aquelas de 18 anos de idade ou mais, as quais aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e responder aos questionários. O histórico de abortamento espontâneo foi autorreferido pela entrevistada, visto que o longo tempo decorrido desde o evento poderia prejudicar o relato preciso da idade gestacional. Foram excluídas aquelas cuja perda de gestação não tenha sido conforme a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de aborto espontâneo, que é: morte fetal antes de 23 semanas de gestação e cujo feto tenha apresentado peso inferior a 500g.¹⁶

Foram aplicados três questionários: um deles baseado no “The Texas revised Inventory of Grief”¹⁷ e “Impact of Miscarriage Scale”¹⁸, que visa a descrição da experiência do abortamento, além de: questões a respeito de dados sociodemográficos (idade, cor, escolaridade, renda familiar, atividade profissional, estado civil, orientação sexual, etilismo, tabagismo); ocorrência prévia de aborto espontâneo (número e tempo decorrido desde a perda); histórico psicológico e psiquiátrico (tipo de desordem, incluindo o período em que ocorreram, duração, se precederam o(s) abortos espontâneos, se há histórico familiar e se houve tratamento adequado); questões sobre fatores relacionados às consequências psicológicas do abortamento espontâneo, tais como estabilidade no relacionamento conjugal, planejamento prévio da gravidez, idade gestacional no momento do abortamento, tipo de apoio/ suporte recebido após a perda e se o mesmo foi adequado ou não, empatia por parte de profissionais

de saúde e da sociedade em geral; histórico de aborto induzido, número de filhos vivos e idade dos mesmos.

Os outros dois questionários aplicados visavam a identificação de depressão e transtornos de ansiedade: o Beck Depression Inventory II - BDI¹⁹ e o Beck Anxiety Inventory – BAI²⁰. O BDI é um questionário de 21 questões que visa a identificação de sintomas depressivos, sendo o diagnóstico de depressão a partir do escore 14¹⁹. Semelhantemente, o BAI é também um questionário de 21 questões, mas que objetiva identificar sintomas somáticos de ansiedade, com ansiedade presente a partir do escore 10²¹.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão conforme resolução de número 466/2012, sob parecer de número 23/2016.

Os dados foram incluídos em banco de dados criado no software Epi Info® 7, sendo removidos todos os fatores de identificação das participantes. Inicialmente foi realizada a estatística descritiva utilizando medidas de frequência absoluta, relativa, média e desvio-padrão. A distribuição das variáveis categóricas entre os grupos de estudo foi analisada utilizando os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher. Para as variáveis numéricas, a normalidade foi previamente avaliada através do teste de Bartlett, sendo selecionado o teste ANOVA para os dados paramétricos ou o teste Kruskal-Wallis para os dados não paramétricos. Para todas as análises adotou-se um nível de significância inferior a 5% ($P < 0,05$).

RESULTADOS

O total de participantes do estudo foi de 73 mulheres, divididas em três grupos. O grupo principal foi composto por 32 integrantes; o grupo 2 apresentou 18 participantes; enquanto o número de sujeitos no grupo 3 foi de 23.

Conforme demonstrado nas tabelas 1 e 2, as participantes do estudo tinham uma média de idade de 34 anos, a maioria era parda (78,0%), católica (49,3%), do lar (41,1%), com ensino médio completo (43,8%), renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos (48,0%), heterossexual (98,6%), não etilista (94,5%), e não tabagista (98,6%). Quanto ao relacionamento conjugal, a

maior parte encontrava-se em união estável (54,8%) e considerava seu relacionamento bom (41,0%). Cada participante tinha uma média aproximada de dois filhos.

Histórico de abortamento induzido estava presente em 15,5% do total da amostra, tendo uma prevalência de 18,8% no grupo principal; de 5,6% no grupo 2, e; de 19,0% no grupo 3. Contudo, essa diferença entre os grupos não se mostrou significativa ($p=0,06$).

Dentre essas variáveis citadas, as que mostraram significância foram idade ($p<0,01$) e religião ($p=0,02$). A média de idade no grupo com abortamento há cinco anos ou mais foi de 37,5 anos, enquanto no grupo com abortamento há menos de cinco anos foi de 26 anos. Já dentre aquelas sem experiência de aborto a média foi de 36 anos de idade.

Quanto à sintomatologia de depressão e ansiedade, a diferença entre os grupos não foi significativa ($p=0,21$ e $p=0,10$, respectivamente). Conforme mostrado na Tabela 3, apenas 19,0% ($n=14$) tinham depressão presente, e 26,0% ($n=19$), ansiedade. A maior parte do total de participantes apresentaram depressão em nível moderado (12,3%) e/ ou ansiedade em nível leve (15,0%). A média de escore no BDI foi de $8,2 \pm 9,0$ ($p=0,40$) e no BAI de $7,4 \pm 8,3$ ($p=0,80$).

Em relação à experiência de abortamento, conforme apresentado na Tabela 4, o tempo médio de duração do luto foi de $3,0 \pm 4,0$ meses ($p=0,42$). Mostrou-se significativa a diferença de tempo decorrido desde o abortamento ($p<0,01$), tendo uma média total de $10,5 \pm 11,4$ anos; no grupo principal essa média foi de $15,4 \pm 11,7$ anos, e; no grupo 2, a média de tempo foi de $2,0 \pm 1,0$ anos. Os grupos tiveram em média $1,0 \pm 0,9$ abortos espontâneos ($p=0,52$).

A maioria das gestações que evoluíram para abortamento não foram planejadas, correspondendo a 70,0% do total ($p=0,17$). Cerca de 38,0% dos abortos espontâneos ocorreram com antes de 10 semanas de gestação; outros 36,0% se deram entre 10 e menos de 16 semanas; os 26,0% restantes aconteceram após esse período, antes de 23 semanas, não sendo encontrada diferença significativa entre os grupos ($p=0,64$).

Quanto às fontes de apoio recebido estão: parceiro (84,0%; $p=0,39$), família (94,0%; $p=0,71$), amigos (85,7%; $p=0,49$), enfermeiros (49,0%; $p=0,69$),

médicos (45,0%; $p= 0,8$) e psicólogos (6,0%; $p=0,71$). Dentre aquelas que receberam apoio de profissionais de saúde, a maioria considerou a qualidade desse apoio boa (42,0%), com um valor de p de 0,24. Outros 20,0% acharam ótimo ou excelente, enquanto 4,0% e 8,0% consideraram satisfatório e ruim, respectivamente.

Houve significativa diferença entre os grupos quanto à percepção de presença de empatia pelos profissionais de saúde que as apoiaram ($p=0,04$). No grupo com aborto há cinco anos ou mais, 87,5% referiram que os profissionais de saúde apresentaram empatia, enquanto no grupo com aborto há menos de 5 anos, somente 54,0% compartilhou da mesma opinião.

Em se tratando da experiência de abortamento, a maior parte das mulheres referiu sentir que: perdeu uma pessoa (92,0%; $p=0,28$); sempre terá espaço no seu coração para aquele bebê (88,0%; $p=0,65$); perdeu uma parte de si mesma (82,0%; $p=0,45$); o abortamento espontâneo foi só uma perda de uma gestação (42,0%; $p=0,52$); o abortamento foi um perda de uma parte sua e de seu parceiro (56,0%; $p=0,04$). Neste último caso, no grupo principal, apenas 44,0% concordaram com a afirmação, enquanto no grupo 2, uma proporção de 77,8% estavam de acordo.

A maior parte das participantes referiu ter superado o abortamento espontâneo (82,0%), com significativa diferença entre os grupos ($p<0,01$). Dentre o grupo principal, foi maior a frequência de superação autorreferida da experiência, de 94,0%, contra somente 61,0% no grupo 2. Houve ainda relevância estatística quanto à impressão de o aborto espontâneo ter sido igual a perda de esperança ($p<0,01$). Do total, 52,0% tiveram essa opinião. No grupo com história de abortamento espontâneo há cinco anos ou mais, essa resposta prevaleceu em apenas 32,5% dos casos, comparado a 78,0% no grupo com história mais recente de abortamento. Grande parte das mulheres entrevistadas referiu ainda perguntar-se porque o abortamento aconteceu consigo, correspondendo a 66,0% do total, 31,0% do grupo principal, e 66,7% do grupo 2, sendo esse um dado com significância estatística ($p=0,03$).

As demais impressões da maioria sobre a experiência de abortamento, descritas na Tabela 4, foram: não se irrita quando as pessoas chamam o bebê

que perdeu de feto (80,0%; $p=0,14$); o aborto não representou um grande empecilho em sua vida (80,0%; $p= 0,73$); não sente que seu corpo lhe traiu (64,0%; $p=0,99$); o aborto não destruiu seu entusiasmo pela vida (92,0%; $p=0,61$); quando pensa no aborto ainda sente dores emocionais (52,0%; $p=0,5$); sente que com o aborto perdeu uma chance de ser mãe (56,0%; $p=0,4$); depois do aborto estava se sentindo triste mas então superou isso (92,0%; $p=0,61$); o aborto espontâneo é como um pesadelo (58,0%; $p= 0,22$); o aborto espontâneo é como ir de um extremo de felicidade a outro, total infelicidade (76,0%; $p=0,49$); o aborto foi um evento horrível, devastador (66,0%; $p= 0,23$); o aborto não é igual a uma grande perda de controle (64,0%; $p=0,99$); não sentiu-se muito isolada, sem ninguém com quem compartilhar a experiência (80,0%; $p=0,73$); não se sentiu muito sozinha em sua perda (78,0%; $p=0,29$); não se sente culpada pelo aborto espontâneo (88,0%; $p=0,4$); não sente que perdeu seu orgulho com a perda da criança (86,0%; $p=0,23$); não fica pensando no fato de que a criança só existe na sua mente (60,0%; $p=0,17$).

DISCUSSÃO

A maior prevalência de depressão e ansiedade a longo prazo em mulheres com histórico de AE, hipótese do estudo, não foi confirmada. Constatou-se que o grupo sem AE apresentou maior prevalência de depressão (26,0%), enquanto o grupo com abortamento há mais de 5 anos teve a maior prevalência de ansiedade (37,5%), contudo sem relevância estatística, contudo sem diferença significativa entre os grupos.

Apesar de estudos prévios terem demonstrado consequências psicológicas associadas ao abortamento espontâneo, tal relação não se mostrou duradoura, assim como se deu no presente estudo^{22,23,24,25,26}. Outros estudos mostraram uma prevalência de depressão de 29,0% imediatamente após o abortamento²⁵ e de 18,6% com 6 – 10 semanas²⁷. No presente estudo, a prevalência de depressão foi menor, de 5,6% no grupo com abortamento há menos de 5 anos, com uma média de 2 anos após o abortamento, em relação ao grupo sem nenhum histórico dessa perda gestacional. Isso sugere que numa média de 2 anos após o abortamento, a prevalência de depressão se encontra

notavelmente menor quando comparado àquela do período mais imediato após o abortamento.

Considerando que foi maior a prevalência de depressão nos grupos principal e no grupo 3, de 22,0 % e 26,0%, respectivamente, nos quais a média de idade foi significativamente maior, supõe-se de que a idade seja um dos fatores que influenciou nessa associação. Kulathilaka et al.²⁷ encontraram significância no risco relativo entre abortamento espontâneo e depressão, contudo o mesmo não prevaleceu após correção para idade e amenorreia, corroborando com a ideia de que a idade teve um papel fundamental na maior prevalência de depressão encontrada. Contudo, em resultados de outros estudos, o abortamento não pareceu gerar mais sintomas depressivos em mulheres de maior idade, o que vai de encontro à suposição apresentada previamente^{22,28}. Ainda assim, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa, então pode ter sido aleatória a maior prevalência de depressão nessas participantes.

O escore médio no BAI classificou as participantes deste estudo como não tendo transtorno de ansiedade. Isso diverge dos achados de Benute et al.²⁸, em que o escore médio alcançado em teste diagnóstico de ansiedade foi compatível com provável presença de ansiedade. Contudo, esse mesmo estudo conduziu sua investigação no período de somente 30 dias após o abortamento, que é mais curto que o do presente estudo, além de utilizar instrumento que não o BAI para investigação de ansiedade. Ainda assim, a comparação de ambos sugere que a ansiedade, tal como a depressão, tende a diminuir com o passar do tempo, já não sendo mais identificada após 2 anos da experiência de abortamento.

Existem limitações ao comparar os resultados do presente estudo com outros, dada a diversidade de metodologias utilizadas nas pesquisas sobre consequências psicológicas do abortamento espontâneo. Foram identificados dois estudos prévios os quais lançaram mão do mesmo instrumento deste, o BDI, o estudo de Lok et al.²⁶ e Francisco et al.²⁹. No primeiro, identificou-se uma redução do escore do BDI ao longo de um ano, e a diferença, antes significativa imediatamente após a perda, já não se mostrou importante após 12 meses. Lok

et al.²⁶ mostrou ainda, que aquelas que tiveram escores altos logo após o abortamento espontâneo, permaneceram com escores elevados um ano depois, sendo essa diferença significativa. No segundo estudo, mulheres gestantes com abortamento de repetição tiveram uma incidência de depressão duas vezes maior que aquelas sem histórico de abortamento. Quanto ao período do estudo, o estudo mais longo encontrado foi o de Broen et al.⁷, estudo prospectivo que mostrou que após cinco anos decorridos do evento, as mulheres que sofreram abortamento espontâneo apresentaram menores escores na Escala de Impacto do Evento (a qual mede reações de estresse após eventos traumáticos) em relação à culpa, luto, evasão, perda e raiva, resultados compatíveis com os apresentados neste estudo.

Ainda no estudo de Broen et al.⁷, depressão e ansiedade só foram significativamente maiores que na população geral até 10 dias do aborto. Já no estudo de Beutel et al.²⁵, a prevalência de depressão mostrou-se maior que na população geral imediatamente após o aborto, já não sendo identificada diferença significativa após 6 meses.

Acerca da diferença no perfil religioso, a proporção de mulheres que se declarou cristã (82,2%) foi semelhante a de outro estudo³⁰. A frequência relativa de cristãs foi maior dentre as que já sofreram abortamento espontâneo, havendo ainda uma proporção consideravelmente maior de católicas no grupo com abortamento a menos tempo. A religião poderia ser interpretada nesse contexto como um dos fatores de proteção contra depressão, considerando que o grupo 3, o qual apresentou maior proporção de pessoas deprimidas, também é o mesmo grupo que tem significativamente mais participantes que se declararam sem religião.

Houve significativa diferença entre os grupos quanto à percepção de presença de empatia pelos profissionais de saúde que as apoiaram ($p=0,04$). No grupo com abortamento há cinco anos ou mais, 87,5% referiram que os profissionais de saúde apresentaram empatia, enquanto no grupo com abortamento há menos de 5 anos, somente 54,0% compartilharam da mesma opinião. Isso permite inferir que haveria, ou uma diferença real na empatia demonstrada pelos profissionais de saúde durante a década que separaria as

experiências de abortamento, sendo essa empatia mais frequente no passado que atualmente, ou ainda, poderia haver diferença na forma como cada grupo percebeu empatia pelos profissionais, mesmo tendo recebido atendimentos semelhantes. Acerca do assunto, foi demonstrado em estudos prévios que as mulheres que sofreram perdas gestacionais consideram importante que a equipe de saúde demonstre empatia com a experiência que elas estão vivenciando, sendo o cuidado e a compreensão oferecidos no momento da perda fatores que influenciam no processo de luto dos pais^{31,32,33}. Recentemente, um estudo evidenciou ainda que somente 45,0% dos participantes com histórico de abortamento espontâneo referiram ter recebido apoio emocional adequado de médicos³⁴, o que é compatível com a baixa proporção de participantes que referiram empatia descrita acima. Todavia, para confirmação das hipóteses apresentadas seria necessário novo estudo que caracterizasse com mais detalhes o atendimento fornecido pelos profissionais de saúde.

A descrição de certas características da experiência de abortamento espontâneo parece alterar-se conforme o período de tempo após o trauma. Um exemplo foi a percepção de o abortamento ter sido uma perda de parte da mulher e de seu parceiro (56,0%; $p=0,04$). No grupo principal, apenas 44,0% concordaram com a afirmação, enquanto no grupo 2, aproximadamente 78,0% estavam de acordo, o que evidencia neste grupo uma percepção de maior vínculo do parceiro com o feto. A respeito da experiência masculina no abortamento espontâneo, foi evidenciado que as mulheres parecem ter um laço maior com a criança ainda no início da gestação do que seus parceiros²⁵. Aquelas que tiveram a experiência de aborto mais recente podem ainda ter contado com uma participação mais ativa do parceiro durante a gestação, e notado assim maior criação de vínculo e conseqüente sofrimento mais evidente após a perda da criança. Existem vários estudos que demonstraram a importância do suporte do parceiro durante a gestação^{35,36,37}, mas ainda seriam necessários novos estudo para confirmação da hipótese colocada previamente.

A quase totalidade das mulheres do grupo com história de abortamento há 5 anos ou mais referiu ter superado o trauma causado pela perda, com uma diferença importante quando comparado ao grupo com uma perda há menos de

5 anos. Isso mostra que, ainda que diversos estudos anteriores tenham constatado que já não uma prevalência maior de sintomas depressivos a partir do primeiro ano pós-abortamento^{22,23,25,24,26}, aproximadamente 40,0% das mulheres ainda refere não ter superado o abortamento cerca de 2 anos após o evento, período médio de tempo decorrido do abortamento no grupo mencionado.

Nota-se que apesar de haver diferença considerável de tempo decorrido após o abortamento entre o grupo principal e o grupo 2, ambos foram semelhantes quanto à autopercepção de dores emocionais decorrentes da lembrança do evento e quanto à descrição da experiência de abortamento como algo horrível, o que sugere que o abortamento é uma experiência traumática, com significado importante para a maioria das mulheres, ainda que não acarrete em diagnóstico de depressão ou ansiedade a longo prazo. O significado pessoal dessa experiência e a capacidade de enfrentamento do indivíduo podem ser importantes indicadores a serem considerados pelos profissionais de saúde para triagem daquelas mulheres ou mesmo casais que precisariam de maior suporte após a perda³⁸.

Uma das características positivas do presente estudo foi o diagnóstico clínico, e não autorreferido, de depressão e ansiedade. Quanto às limitações, algumas estão pontuadas a seguir: amostra pequena e por conveniência, estando as mulheres participantes em sua maioria internadas, em puerpério, ou em pós-operatório de cirurgia ginecológica; o abortamento foi autorreferido e, sendo um estudo retrospectivo pode ter havido viés em relação às informações sobre o abortamento fornecidas pelas participantes; os grupos de comparação não foram pareados, sendo bastante diferentes quanto à idade, por exemplo.

CONCLUSÕES

Observou-se que as mulheres que sofreram abortamento espontâneo a longo prazo não tiveram sintomatologia de depressão e ansiedade significativamente maior que aquelas com experiência de abortamento a curto prazo ou aquelas sem histórico de abortamento espontâneo. Comparando-se com as mulheres que sofreram abortamento a curto prazo, aquelas com

abortamento espontâneo há mais tempo notaram menor impacto ao seu parceiro, referiram maior superação do trauma e, uma menor proporção descreveu o abortamento espontâneo como uma perda de esperança e ainda se perguntavam porque isso aconteceu consigo.

REFERÊNCIAS

1. Andersen A-MN. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ* 2000;320(7251):1708-1712.
2. Robinson GE, Stirtzinger R, Stewart DE, Ralevski E. Psychological reactions in women followed for 1 year after miscarriage. *J Reprod Infant Psychol* 1994;12(1):31-36.
3. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(2):229-247.
4. Chojenta C, Harris S, Reilly N, Forder P, Austin MP, Loxton D. History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS One* 2014;9(4).
5. Nikčević A V., Nicolaidis KH. Search for meaning, finding meaning and adjustment in women following miscarriage: A longitudinal study. *Psychol Heal* 2014;29(1):50-63. doi:10.1080/08870446.2013.823497.
6. Bowles S V, Bernard RS, Epperly T, et al. Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion. *J Fam Pract* 2006; 55(11):969-973.
7. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Med* 2005;3:18. doi:10.1186/1741-7015-3-18.
8. Pio M, Fleck DA, Flávia A, Lima S, Louzada S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde care service , Brazil. *Rev Saúde Pública* 2002;36(4):431-438.
9. De Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr Clin* 2006;33(2):43-54.
10. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em

indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad.saúde pública* 2008;24(9):2043-2053.

11. Hegadoren K, Norris C, Lasiuk G, da Silva DG V, Chivers-Wilson K. The many faces of depression in primary care. *Texto Context Enferm* 2009;18(1):155-164.
12. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev Psiquiatr Clin* 2012;39(6):194-197.
13. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37(7):316-325.
14. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011;9(1):90.
15. Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. *BMJ* 1996;313(7070):1431-1434.
16. WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. *Definitions and Indicators in Family Planning Maternal and Child Health and Reproductive Health.*; 2001.
17. Wilson S. The validation of the Texas revised inventory of grief on an older Latino sample. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2007;2(4):33-60.
18. Swanson KM. Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nurs Res* 1999;48(6):288-298.
19. Beck A, Steer R, Brown G. Beck Depression Inventory-II. San Antonio 1996:12-15.
20. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Anxiety Inventory. *Behav Res Ther* 1990;37:25-74.
21. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(6):893-897.
22. Neugebauer R, Kline J, O'Connor P, et al. Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *Am J Public Health*

- 1992;82(10):1332-1339.
23. Prettyman RJ, Cordle CJ, Cook GD. A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *Br J Med Psychol* 1993.
 24. Janssen HJ, Cuisinier MC, Hoogduin K a, de Graauw KP. Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *Am J Psychiatry* 1996;153:226-230.
 25. Beutel M, Willner H, Deckardt R, Von Rad M, Weiner H. Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: Results from a longitudinal study. *J Psychosom Res* 1996;40(3):245-253.
 26. Lok IH, Yip AS-K, Lee DT-S, Sahota D, Chung TK-H. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertil Steril* 2010;93(6):1966-1975.
 27. Kulathilaka S, Hanwella R, de Silva VA. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry* 2016;16(1):100.
 28. Benute GRG, Nomura RMY, Pereira PP, Lucia MCS de, Zugaib M. [Spontaneous and induced abortion: anxiety, depression and guilty]. *Abort espontaneo e provocado ansiedade, Depress e culpa*. 2009;55(3):322-327.
 29. Francisco MDFR, Mattar R, Bortoletti FF, Nakamura MU. Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. *Rev Bras Ginecol e Obs* 2014;36(4):152-156.
 30. Nonnenmacher D, Benute GRG, Nomura RMY, et al. Abortion: a review of women's perception in relation to their partner's reactions in two Brazilians cities. *Rev Assoc Med Bras* 2014;60(4):327-334.
 31. Côté-Arsenault D, Dombeck MTB. Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: Relationship to anxiety in the current pregnancy. *Health Care Women Int* 2001;22(7):649-665.
 32. Armstrong DS. Impact of Prior Perinatal Loss on Subsequent Pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(6):765-773.
 33. Debackere KJ, Hill PD, Kavanaugh KL. The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(5):525-537.

34. Bardos J, Hercz D, Friedenthal J, Missmer SA, Williams Z. A national survey on public perceptions of miscarriage. *Obstet Gynecol* 2015;125(6):1313-1320.
35. Bloch JR, Webb DA, Mathews L, Dennis EF, Bennett IM, Culhane JF. Beyond marital status: The quality of the mother-father relationship and its influence on reproductive health behaviors and outcomes among unmarried low income pregnant women. *Matern Child Health J* 2010;14(5):726-734.
36. Stapleton LRT, Schetter CD, Westling E, et al. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *J Fam Psychol* 2012;26(3):453-463.
37. Cheng ER, Rifas-Shiman SL, Perkins ME, et al. The Influence of Antenatal Partner Support on Pregnancy Outcomes. *J Women's Heal* 2016;25(7):672-679.
38. Huffman CS, Swanson K, Lynn MR. Measuring the Meaning of Miscarriage: Revision of the Impact of Miscarriage Scale. *J Nurs Meas* 2014;22(1):29-45.

APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de pesquisa: **CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E EMOCIONAIS DE LONGO PRAZO ASSOCIADAS A HISTÓRIA DE ABORTO ESPONTÂNEO**

A senhora está sendo convidada pela Dra Luciane Maria Oliveira Brito, médica pesquisadora da Universidade Federal do Maranhão, a participar deste projeto de pesquisa. O objetivo principal desta pesquisa é estudar a relação entre aborto espontâneo e problemas psicológicos e/ ou emocionais de longa duração.

Você será solicitada a dar informações pessoais, dentre os quais, se teve aborto anteriormente e alguns detalhes sobre o mesmo, além de informações sobre estado emocional e psicológico atuais. Afirmando que você não é obrigado a participar do estudo e que isso não trará prejuízo à senhora ou aos seus familiares.

Existe o risco de que a senhora possa se sentir desconfortável com algumas das perguntas, pois a lembrança do aborto espontâneo pode trazer sentimentos desagradáveis, os quais podem durar apenas pelo tempo da entrevista ou por mais tempo dependendo de como a senhora lida com essa lembrança. Contudo, os questionários serão aplicados da maneira mais respeitosa possível, podendo a senhora se recusar a responder qualquer pergunta ou se recusar a participar a qualquer momento. Você não precisa fornecer informações sobre aquilo que não quiser falar. A senhora poderá ainda receber encaminhamento para serviço de psicologia se for necessário e se a senhora estiver de acordo. A senhora tem ainda o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

A sua participação na pesquisa contribuirá para o crescimento do conhecimento científico, que pode ser usado para melhorar a saúde pública.

Explico que não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa. Foi garantido que as informações dadas ao projeto serão confidenciais, ou seja, seu nome não será divulgado.

Este documento é formado por duas vias. As duas vias deverão ser assinadas e rubricadas pelo pesquisador e por você. Neste termo há o nome e telefone do pesquisador responsável.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), instituição responsável por revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, pelas decisões sobre a ética da pesquisa, para garantir e resguardar a integridade e os direitos dos participantes.

Mais informações ou esclarecimentos podem ser solicitados à Dra Luciane Maria Oliveira Brito ou outro membro de sua equipe, pessoalmente ou pelo telefone (98) 3272-9520, em horário comercial. Em caso de outras dúvidas, queixa ou denúncia sobre esta pesquisa, você poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra através do telefone (98) 2109-1092 ou diretamente no Comitê de Ética em Pesquisa no endereço Rua Barão de Itapary, 227, quarto andar, Centro, São Luís – Ma.

Por fim, concorda em participar do projeto como participante da pesquisa e estudo agora proposto, o que fica confirmado pela sua assinatura abaixo.

(Local) _____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do pesquisador responsável ou membro da equipe:

NOME do participante da pesquisa:

Assinatura do participante da pesquisa:

APÊNDICE II:

Teste de Impacto do Aborto Espontâneo

Nome: _____ Telefone: _____

Idade: _____ Cor (autodeclarada): _____

Religião: _____ Profissão: _____ Estado Civil:

_____ Escolaridade: Analfabeto __ EFC __ EFI __ EMC __

EMI__ ESI__ ESC__ Renda Familiar (salários mínimos): Até ½__ [½ - 1[__

[1-2[__ [2-4[__ [4-5[__ [5-10[__ > 10__

Orientação Sexual: _____ Etilismo (doses p/ dia):

Tabagismo (massos p/ dia): _____

1) Quantos filhos vivos você tem? _____ Qual a idade deles? 1º ____; 2º ____; 3º ____
4º ____; 5º ____; 6º ____; _____

2) Nº de Gestações: _____ Nº de Abortos: _____ Nº de Partos: _____

3) Tratamento psicológico prévio? S () N () 4) Tratamento psiquiátrico prévio? S () N ()

5) Quais desordens foram identificadas nesses tratamentos? _____

6) Quando ocorreram essas desordens? Antes ou depois do aborto?

7) Qual a duração dessas desordens? _____

8) Há alguém na família com histórico de desordens psicológicas e/ ou psiquiátricas? Quem e qual (is) desordens? _____

9) Houve tratamento adequado para a(s) desordem(s)? _____

10) Você considera seu relacionamento conjugal: ruim__ satisfatório__ bom__ ótimo__
excelente__

11) Você já teve aborto induzido? S () N () Quantos? _____

Caracterização de cada Aborto Espontâneo:

12) Tempo decorrido desde o aborto (em anos): _____ 13) Foi uma gravidez planejada?

S () N ()

14) Idade Gestacional no momento do aborto (semanas): <10 () 10< e <16 () <16 e <23 ()

15) Por quanto tempo ficou de luto? _____

16) Você recebeu apoio do seu parceiro como gostaria após o(s) aborto(s)? S () N ()

17) Você recebeu apoio de outro tipo após o aborto? Família () Amigos () Enfermeiros ()
Médicos () Psicólogos () Outros () _____

18) O que você achou do suporte recebido pelos profissionais de saúde? Ruim ()
Satisfatório ()

Bom () Ótimo () Excelente ()

19) Houve empatia por parte dos profissionais de saúde? S () N ()

Questionário de Impacto do Aborto Espontâneo

		Completamente Verdadeiro	Mais verdadeiro	Mais ou menos verdadeiro	Pouco verdadeiro	Falso
Perda do bebê						
1	Eu senti que perdi uma pessoa.	1	2	3	5	6
2	Eu sinto que sempre terei espaço no meu coração para aquele bebê.	1	2	3	5	6
3	Sinto que perdi uma parte de mim mesma.	1	2	3	5	6
4	Meu aborto espontâneo foi só uma perda de uma gestação.	1	2	3	5	6
5	O aborto espontâneo foi uma perda de uma parte de mim e do meu parceiro.	1	2	3	5	6
6	Eu em irritado quando as pessoas chamam o bebê que perdi de feto.	1	2	3	5	6
Significado Pessoal						
7	Eu superei o aborto espontâneo.	1	2	3	5	6
8	Meu aborto representa um grande empecilho.	1	2	3	5	6
9	Sinto que meu corpo me traiu.	1	2	3	5	6
10	Meu aborto destruiu meu entusiasmo pela vida.	1	2	3	5	6
11	Quando eu penso no meu aborto ainda sinto dores emocionais	1	2	3	5	6
12	Senti com o aborto que perdi uma chance de ser mãe.	1	2	3	5	6
13	Depois do meu aborto eu estava me sentindo triste, mas então eu superei isso.	1	2	3	5	6

Evento Devastador						
14	O aborto espontâneo é como um pesadelo.	1	2	3	5	6
15	O aborto espontâneo é como ir de um extremo de felicidade a outro, total infelicidade.	1	2	3	5	6
16	Meu aborto foi um evento horrível, devastador.	1	2	3	5	6
17	Aborto espontâneo é igual a perda de esperança.	1	2	3	5	6
18	O aborto espontâneo é igual a uma grande perda de controle.	1	2	3	5	6
Isolamento						
19	Eu me senti muito isolada, sem ninguém com quem compartilhar a minha experiência de aborto espontâneo.	1	2	3	5	6
20	Eu me senti muito sozinha na minha perda.	1	2	3	5	6
21	Me sinto culpada pelo aborto espontâneo.	1	2	3	5	6
22	Eu sinto que perdi meu orgulho com a perda da criança.	1	2	3	5	6
23	Eu fico pensando no fato de que a criança só existe na minha mente.	1	2	3	5	6
24	Eu me pergunto porque isso aconteceu comigo.	1	2	3	5	6

APÊNDICE III

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra, qualidade do relacionamento conjugal e histórico de abortamento induzido. São Luís, 2017

Variáveis	Experiência de aborto				Sem experiência de aborto		Total		p
	5 anos ou mais		Menos de 5 anos		n	%	n	%	
	n	%	n	%					
Cor									0,56
Branca	4	12,5	0	0,0	2	8,7	6	8,2	
Parda	25	78,1	15	83,3	17	73,9	57	78,1	
Preta	3	9,4	3	16,7	4	17,4	10	13,7	
Religião									0,02
Católica	13	40,6	14	77,8	9	39,1	36	49,3	
Protestante	14	43,7	1	5,6	9	39,1	24	32,9	
Nenhuma	5	15,6	3	16,7	5	21,7	13	17,8	
Profissão									0,09
Do Lar	13	40,6	5	27,8	12	52,2	30	41,1	
Autônoma	6	18,7	1	5,6	1	4,3	8	10,9	
Doméstica	3	9,4	1	5,6	1	4,3	5	6,8	
Professora	2	6,2	1	5,6	2	8,7	5	6,8	
Desempregada	1	3,1	2	11,1	1	4,3	4	5,5	
Estudante	2	6,2	1	5,6	1	4,3	4	5,5	
Lavradora	3	9,4	0	0,0	0	0,0	3	4,1	
Serviços Gerais	0	0,0	1	5,6	2	8,7	3	4,1	
Pescadora	0	0,0	0	0,0	2	8,7	2	2,7	
Outras	2	6,2	6	33,3	1	4,3	9	12,3	
Estado Civil									0,27
Casada	6	18,7	4	22,2	8	34,8	18	24,7	
Solteira	5	15,6	2	11,1	4	17,4	11	15,1	
União Estável	17	53,1	12	66,7	11	47,8	40	54,8	
Viúva	4	12,5	0	0,0	0	0,0	4	5,5	
Escolaridade									0,14
Analfabeta	1	3,1	0	0,0	1	4,3	2	2,7	
EFC	3	9,4	2	11,1	1	4,3	6	8,2	
EFI	7	21,9	0	0,0	7	30,4	14	19,2	
EMC	12	37,5	13	72,2	7	30,4	32	43,8	
EMI	6	18,7	1	5,6	3	13,0	10	13,7	
ESC	0	0,0	1	5,6	3	13,0	4	5,5	
ESI	3	9,4	1	5,6	1	4,3	5	6,8	
Renda Familiar (em salários mínimos)									0,19
<1/2	3	9,4	0	0,0	0	0,0	3	4,0	
[1/2-1[	4	12,5	3	16,7	2	8,7	9	12,3	
[1-2[	15	46,9	8	44,4	12	52,2	35	48,0	
[2-4[	8	25,0	5	27,8	4	17,4	17	23,3	
[4-5[	2	6,2	2	11,1	0	0,0	4	5,5	
[5-10[	0	0,0	0	0,0	2	8,7	2	2,7	
>10	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,4	
Não sabe	0	0,0	0	0,0	2	8,7	2	2,7	
Orientação Sexual									1,00
Heterossexual	31	96,9	17	100,0	23	100,0	71	98,6	
Homossexual	1	3,1	0	0,0	0	0,0	1	1,4	

Etilismo										0,11
Presente	4	12,5	0	0,0	0	0,0	4	5,5		
Ausente	28	87,5	18	100,0	23	100,0	69	94,5		
Tabagismo										0,56
Presente	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	1,4		
Ausente	32	100,0	18	100,0	22	96,7	72	98,6		
Relacionamento conjugal										0,27
Ruim	1	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,5		
Satisfatório	1	3,2	3	20,0	0	0,0	4	6,0		
Bom	14	45,2	3	20,0	10	50,0	27	41,0		
Ótimo	2	6,5	3	20,0	2	10,0	7	10,6		
Excelente	6	19,4	4	26,7	4	20,0	14	21,2		
Histórico de aborto induzido										0,06
Presente	6	18,8	1	5,6	4	19,0	11	15,5		
Ausente	26	81,3	17	94,4	17	81,0	60	84,5		

Tabela 2. Idade, quantidade de filhos vivos, escores do BDI e BAI, tempo de duração do luto e decorrido desde o abortamento, e quantidade de abortamento espontâneos da amostra. São Luís, 2017

Variáveis	Experiência de aborto				Sem experiência de aborto		Total		p
	5 anos ou mais		Menos de 5 anos		média	±dp	média	±dp	
	média	±dp	média	±dp					
Idade	37,5	±13,6	25,8	±6,5	36,3	±11,5	34,3	±12,4	<0,01
Quantidade de filhos vivos	1,9	±1,5	1,3	±0,9	1,9	±1,3	1,8	±1,3	0,28
Escore BDI	8,4	±10,5	6,0	±6,0	9,6	±8,4	8,2	±9,0	0,40
Escore BAI	9,0	±11,0	5,5	±5,2	6,4	±5,0	7,4	±8,3	0,80
Tempo de duração do luto (meses)	3,3	±4,6	2,3	±2,0	–	–	3,0	±4,0	0,42
Tempo decorrido desde o aborto	15,4	±11,7	2,0	±1,0	–	–	10,5	±11,4	<0,01
Quantidade de aborto espontâneos	1,4	±0,8	1,5	±0,7	–	–	1,0	±0,9	0,52

Tabela 3. Resultados do BDI e BAI entre os grupos de estudo. São Luís, 2017

Variáveis	Experiência de aborto				Sem experiência de aborto		Total		p
	5 anos ou mais		Menos de 5 anos		n	%	n	%	
	n	%	n	%					
Depressão									0,21
Presente	7	22,0	1	5,6	6	26,0	14	19,0	
Ausente	25	79,0	17	94,4	17	74,0	59	81,0	
Ansiedade									0,10
Presente	12	37,5	2	11,0	5	21,7	19	26,0	
Ausente	20	62,5	16	89,0	18	78,3	54	74,0	
Nível de Depressão									0,39
Mínima ou ausente	25	78,1	17	94,4	17	73,9	59	80,8	
Leve	1	3,1	0	0,0	2	8,7	3	4,1	
Moderada	4	12,5	1	5,6	4	17,4	9	12,3	
Maior	2	6,3	0	0,0	0	0,0	2	2,7	
Nível de Ansiedade									0,15
Mínima ou ausente	22	68,8	16	88,9	18	78,3	56	76,7	
Leve	4	12,5	2	11,1	5	21,7	11	15,0	
Moderada	5	15,6	0	0,0	0	0,0	5	7,0	
Severa	1	3,1	0	0,0	0	0,0	1	1,4	

Tabela 4. Características da gestação e da experiência de abortamento espontâneo. São Luís, 2017

Variáveis	Experiência de aborto				Total		p
	5 anos ou mais		Menos de 5 anos		n	%	
	n	%	n	%			
Gravidez planejada							0,17
Sim	7	22,0	8	44,4	15	30,0	
Não	25	78,0	10	55,6	35	70,0	
Idade Gestacional durante AE							0,64
<10	11	34,4	8	44,4	19	38,0	
[10-16[	13	40,6	5	27,8	18	36,0	
[16-23[	8	25,0	5	27,8	13	26,0	
Recebeu apoio do parceiro							0,39
Sim	26	81,3	16	88,9	42	84,0	
Não	6	18,8	2	11,1	8	16,0	
Recebeu apoio da família							0,71
Sim	30	93,8	17	94,4	47	94,0	
Não	2	6,3	1	5,6	3	6,0	
Recebeu apoio de amigos							0,49
Sim	26	83,9	16	88,9	42	85,7	
Não	5	16,1	2	11,1	7	14,3	
Recebeu apoio de enfermeiros							0,69
Sim	14	45,2	10	55,6	24	49,0	
Não	17	54,8	8	44,4	25	51,0	
Recebeu apoio de médicos							0,80
Sim	14	45,2	8	44,4	22	45,0	

Não	17	54,8	10	55,6	27	55,0	
Recebeu apoio de psicólogos							0,71
Sim	2	6,3	1	5,6	3	6,0	
Não	30	93,8	17	94,4	47	94,0	
Qualidade do apoio dos profissionais de saúde							0,24
Ótima ou excelente	8	25,0	2	11,0	10	20,0	
Boa	14	43,8	7	39,0	21	42,0	
Ruim	1	3,1	3	16,7	4	8,0	
Satisfatória	1	3,1	1	5,5	2	4,0	
N/A	8	25,0	5	27,8	13	26,0	
Empatia por parte dos profissionais de saúde							0,04
Presente	21	87,5	7	54,0	28	75,7	
Ausente	3	12,5	6	46,0	9	24,3	
Senti que perdi uma pessoa							0,28
Sim	28	87,5	18	100,0	46	92,0	
Não	4	12,5	0	0,0	4	8,0	
Sinto que sempre terei espaço no meu coração para aquele bebê							0,65
Sim	29	90,6	15	83,3	44	88,0	
Não	3	9,4	3	16,7	6	12,0	
Sinto que perdi uma parte de mim mesma							0,45
Sim	25	78,1	16	88,9	41	82,0	
Não	7	21,9	2	11,1	9	18,0	
Meu aborto espontâneo foi só uma perda de uma gestação							0,52
Sim	15	46,9	6	33,3	21	42,0	
Não	17	53,1	12	66,7	29	58,0	
O aborto espontâneo foi uma perda de uma parte de mim e do meu parceiro							0,04
Sim	14	44,0	14	77,8	28	56,0	
Não	18	56,0	4	22,2	22	44,0	
Eu me irrita quando as pessoas chamam o bebê que perdi de feto							0,14
Sim	4	12,5	6	33,3	12	20,0	
Não	28	87,5	12	66,7	40	80,0	
Eu superei o aborto espontâneo							<0,01
Sim	30	94,0	11	61,0	41	82,0	
Não	2	6,0	7	39,0	9	18,0	
Meu aborto representa um grande empecilho							0,73
Sim	7	22,0	3	16,7	10	20,0	
Não	25	78,0	15	83,3	40	80,0	
Sinto que meu corpo me traiu							0,99
Sim	12	37,5	6	33,3	18	36,0	

Não	20	62,5	12	66,7	32	64,0	
Meu aborto destruiu meu entusiasmo pela vida							0,61
Sim	2	6,3	2	11,1	4	8,0	
Não	30	93,8	16	88,9	46	92,0	
Quando penso no meu aborto ainda sinto dores emocionais							0,50
Sim	15	47,0	11	61,0	26	52,0	
Não	17	53,0	7	39,0	24	48,0	
Senti com o aborto que perdi uma chance de ser mãe							0,40
Sim	16	50,0	12	66,7	28	56,0	
Não	16	50,0	6	33,3	22	44,0	
Depois do aborto eu estava me sentindo triste, mas então superei isso							0,61
Sim	30	93,8	16	88,9	46	92,0	
Não	2	6,2	2	11,1	4	8,0	
O aborto espontâneo é como um pesadelo							0,22
Sim	16	50,0	13	72,2	29	58,0	
Não	16	50,0	5	27,8	21	42,0	
O aborto espontâneo é como ir de um extremo de felicidade a outro, total infelicidade							0,49
Sim	23	72,0	15	83,3	38	76,0	
Não	9	28,0	3	16,7	12	24,0	
Meu aborto foi um evento horrível, devastador							0,23
Sim	19	59,4	14	78,0	33	66,0	
Não	13	40,6	4	22,0	17	34,0	
Aborto espontâneo é igual a perda de esperança							<0,01
Sim	12	37,5	14	78,0	26	52,0	
Não	20	62,5	4	22,0	24	48,0	
O aborto espontâneo é igual a uma grande perda de controle							0,99
Sim	11	34,4	7	38,9	18	36,0	
Não	21	65,6	11	61,1	32	64,0	
Eu me senti muito isolada, sem ninguém com quem compartilhar a minha experiência de aborto espontâneo							0,73
Sim	7	22,0	3	16,7	10	20,0	
Não	25	78,0	15	83,3	40	80,0	
Eu me senti muito sozinha na minha perda							0,29
Sim	9	28,0	2	11,0	11	22,0	
Não	23	72,0	16	89,0	39	78,0	
Me sinto culpada pelo aborto espontâneo							0,40

Sim	5	15,6	1	5,6	6	12,0	
Não	27	84,4	17	94,4	44	88,0	
Eu sinto que perdi meu orgulho com a perda da criança							0,23
Sim	3	9,4	4	22,2	7	14,0	
Não	29	90,6	14	77,8	43	86,0	
Eu fico pensando no fato de que a criança só existe na minha mente							0,17
Sim	10	31,3	10	55,6	20	40,0	
Não	22	68,8	8	44,4	30	60,0	
Eu me pergunto porque isso aconteceu comigo							0,03
Sim	10	31,0	12	66,7	22	44,0	
Não	22	69,0	6	33,3	28	66,0	

ANEXOS

ANEXO I

NORMAS DA REVISTA

Instruções aos Autores

Objetivo e política editorial

A Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB), editada pela Associação Médica Brasileira, desde 1954, tem por objetivo publicar artigos que contribuam para o conhecimento médico. A RAMB é indexada nas bases de dados SciELO, Science Citation Index Expanded (SCIE), Scopus, Web of Science, Institute for Scientific Information (ISI), Index Copernicus, LILACS, MEDLINE e CAPES - QUALIS B2. Atualmente, a revista é produzida apenas em versão online, de livre acesso em (www.ramb.org.br) e os artigos são publicados na língua inglesa.

A RAMB aceita para publicação artigos nas seguintes categorias: Artigos Originais, Artigos de Revisão, Correspondências, Ponto de Vista, Panorama Internacional, À Beira do Leito e Imagem em Medicina. O Conselho Editorial recomenda fortemente que os autores leiam a versão on-line da RAMB e analisem os artigos já publicados como modelo para a elaboração de seus trabalhos.

A submissão dos artigos é totalmente gratuita, sem cobrança de qualquer taxa para os autores.

Informações gerais

Como submeter artigos

Os artigos e correspondências deverão ser enviados somente via internet pelo seguinte endereço eletrônico: www.ramb.org.br. Basta a realização de um cadastro, seguido do envio do manuscrito, obedecendo as normas aqui descritas. Só serão aceitos artigos que, dentre seus autores, contenha, no mínimo, um médico.

Os artigos poderão ser escritos em português, espanhol ou na língua inglesa. Cada artigo, acompanhado de correspondência ao editor, deverá conter título, nome completo do(s) autor(es), instituição na qual o trabalho foi realizado e seção da revista à qual se destina.

O conteúdo do material enviado para publicação na RAMB não pode estar em processo de avaliação, já ter sido publicado, nem ser submetido posteriormente para publicação em outros periódicos. A critério do editor chefe, todos os artigos recebidos são revisados por membros do Conselho Editorial.

Ao preparar o manuscrito, os autores deverão indicar qual ou quais áreas editoriais estão relacionadas ao artigo, para que este possa ser encaminhado para análise editorial específica.

O Conselho Editorial recomenda que os autores façam uma busca por artigos relacionados ao tema e publicados anteriormente na RAMB ou em outros periódicos indexados no SciELO, utilizando as mesmas palavras-chaves do artigo proposto. Estes artigos devem ser considerados pelos autores na elaboração do manuscrito com o objetivo de estimular o intercâmbio científico entre os periódicos SciELO.

O que acontece depois que o artigo foi submetido

Em virtude do grande número de artigos enviados, o Conselho Editorial adotou critérios de seleção para o processo de revisão por pares. A exemplo do que acontece com outros periódicos, a maior parte dos artigos submetidos não passa para a fase detalhada de avaliação que é a revisão por pares. Os critérios que o Conselho Editorial adotou para essa seleção inicial incluem o perfil editorial da revista e de seus leitores, área de interesse do tema principal do trabalho, título e resumo adequados, redação bem elaborada, metodologia bem definida e correta (incluindo, no caso de estudos clínicos, tamanho amostral, metodologia estatística e aprovação por Comitê de Ética), resultados apresentados de maneira clara e conclusões baseadas nos dados. Esse procedimento tem por objetivo reduzir o tempo de resposta e não prejudicar os autores. A resposta detalhada, elaborada pelos revisores, só ocorre quando o artigo passa dessa primeira fase.

No caso de rejeição, a decisão sobre a primeira fase de avaliação é comunicada aos autores em média duas a três semanas depois do início do processo (que começa logo após a aprovação do formato pelo revisor de forma). O resultado da revisão por pares contendo a aceitação ou a rejeição do artigo para publicação ocorrerá no menor prazo possível.

Embora existam rigorosos limites de tempo para a revisão por pares, a maioria dos periódicos científicos conta com o notável esforço e a colaboração da comunidade científica que, por ter muitas outras atribuições, nem sempre consegue cumprir os prazos. Ao receber o parecer dos revisores, os autores deverão encaminhar, em comunicado à parte, todos os pontos alterados do artigo que foram solicitados pelos revisores. Além disso, o texto contendo as alterações solicitadas pelos revisores deverá ser reencaminhado à RAMB na cor vermelha, devendo ser mantido e sublinhado o texto anterior.

A ordem de publicação dos artigos será cronológica, podendo, no entanto, haver exceções definidas pelo Conselho Editorial. Os trabalhos aceitos para publicação serão enviados aos autores e deverão ser revisados e devolvidos no prazo de dois dias, caso contrário o artigo será publicado em sua forma original. Após a aprovação final pelos autores NÃO será possível modificar o texto.

CORPO EDITORIAL

O Corpo Editorial da RAMB é composto pelo Editor Geral, Editores Associados, Editores Colaboradores e Conselho Editorial nas seguintes áreas: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Saúde Pública, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Bioética, Cancerologia, Emergência e Medicina Intensiva, Medicina Farmacêutica e Medicina Baseada em Evidências. O Corpo Editorial será responsável pela revisão e aceitação ou não dos artigos enviados à revista para publicação. O editor-chefe tem as prerrogativas que o cargo lhe confere para aceitar ou não qualquer artigo, independentemente da revisão por pares, assim como definir a edição de sua publicação.

Estilo e preparação de originais

O trabalho deverá ser redigido em corpo 12, no máximo em 15 laudas de 30 linhas cada, espaço 1,5 linha, com margem de 3 cm de cada lado, no topo e no pé de cada página. Todas as páginas, excluída a do título, devem ser numeradas.

Página título

Deverá conter:

a) O título do trabalho, também na versão em inglês, deverá ser conciso e não exceder 75 toques ou uma linha.

b) Nome, sobrenome do autor e instituição a qual pertence o autor.

c) Nome e endereço da instituição onde o trabalho foi realizado.

d) Carta de apresentação, contendo assinatura de todos os autores, responsabilizando-se pelo conteúdo do trabalho, porém apenas um deve ser indicado como responsável pela troca de correspondência. Deve conter telefone, fax, e-mail e endereço para contato.

e) Aspectos éticos: carta dos autores revelando eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos ou indiretos) que possam influenciar ou ter influenciado os resultados da pesquisa ou o conteúdo do trabalho. Na carta deve constar ainda, quando cabível, a data da aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição à qual estão vinculados os autores. É absolutamente obrigatório o envio, juntamente com o artigo, do termo de copyright, disponível no site da Ramb, devidamente assinado pelos autores, sem o qual o artigo não seguirá o seu fluxo normal de avaliação

Tópicos dos artigos

Os artigos originais deverão conter, obrigatoriamente, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências Bibliográficas.

Notas de rodapé

Apenas quando estritamente necessárias; devem ser assinaladas no texto e apresentadas em folha separada após a do resumo, com o subtítulo "Nota de rodapé".

AGRADECIMENTOS

Apenas a quem colabore de modo significativo na realização do trabalho. Deve vir antes das referências bibliográficas.

RESUMO/SUMMARY

O resumo, com no máximo 250 palavras, deverá conter objetivo, métodos, resultados e conclusões. Após o resumo deverão ser indicados, no máximo, seis Unitermos (recomenda-se o vocabulário controlado do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, publicação da BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde). Para os termos em inglês recomenda-se o MeSH da base Medline. O Summary visa permitir a perfeita compreensão do artigo. Apresentar em folha separada e seguir o mesmo modelo do resumo: background, methods, results, conclusions. Deve ser seguido de keywords.

Artigos escritos em português devem conter, na segunda página, dois resumos: um em português e outro em inglês (Summary). Artigos escritos em espanhol devem apresentar resumos em inglês (Summary) e português. Os escritos em inglês devem conter resumo também em português.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências bibliográficas devem ser dispostas por ordem de entrada no texto e numeradas consecutivamente, sendo obrigatória sua citação. Devem ser citados todos os autores, totalizando seis; acima deste número, citam-se os seis primeiros seguidos de et al. O periódico deverá ter seu nome abreviado de acordo com a LIST OF JOURNALS INDEXED IN INDEX MEDICUS do ano corrente, disponível também on-line nos sites:

www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html ou www.nlm.nih.gov/citingmedicine ou, se não for possível, a Associação de Normas Técnicas (ABNT). Exemplos:

1. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996;73:1006-12.

2. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

3. The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4.

4. Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994;84:15.

5. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995.p.465-78.

6. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on line] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: URL: www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm.

7. Leite DP. Padrão de prescrição para pacientes pediátricos hospitalizados: uma abordagem farmacoepidemiológica [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

Referências de “resultados não publicados” e “comunicação pessoal” devem aparecer, entre parênteses, seguindo o(s) nome(s) individual (is) no texto. Exemplo: Oliveira AC, Silva PA e Garden LC (resultados não publicados). O autor deve obter permissão para usar “comunicação pessoal”.

CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

As citações bibliográficas no texto devem ser numeradas com algarismos arábicos sobrescritos, na ordem em que aparecem no texto. Exemplo: Até em situações de normoglicemia⁶.

FIGURAS, TABELAS, GRÁFICOS, ANEXOS

No original deverão estar inseridos tabelas, fotografias, gráficos, figuras ou anexos. Devem ser apresentados apenas quando necessários, para a efetiva compreensão do texto e dos dados, totalizando no MÁXIMO TRÊS.

a) As figuras, sempre em preto e branco, devem ser originais e de boa qualidade. As letras e símbolos devem estar na legenda.

b) As legendas das figuras e tabelas devem permitir sua perfeita compreensão, independente do texto.

c) As tabelas, com título e legenda, deverão estar em arquivos individuais.

d) É preciso indicar, em cada figura, o nome do primeiro autor e o número da figura. Figuras e tabelas deverão ser numeradas separadamente, usando algarismo arábico, na ordem em que aparecem no texto.

ABREVIÇÕES/NOMENCLATURA

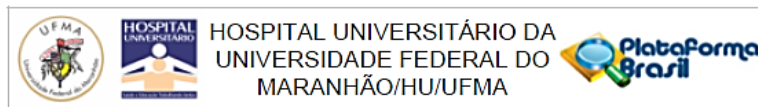
O uso de abreviações deve ser mínimo. Quando expressões extensas precisam ser repetidas, recomenda-se que suas iniciais maiúsculas as substituam após a primeira menção. Esta deve ser seguida das iniciais entre parênteses. Todas as abreviações em tabelas e figuras devem ser definidas nas respectivas legendas. Apenas o nome genérico do medicamento utilizado deve ser citado no trabalho.

TERMINOLOGIA

Visando o emprego de termos oficiais dos trabalhos publicados, a RAMB adota a Terminologia Anatômica Oficial Universal, aprovada pela Federação Internacional de Associações de Anatomistas (FIAA). As indicações bibliográficas para consulta são as seguintes: FCAT – IFAA (1998) – International Anatomical Terminology – Stuttgart – Alemanha – Georg Thieme Verlag , Editora Manole.

ANEXO II

PARECER DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HUUFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS E EMOCIONAIS DE LONGO PRAZO ASSOCIADAS A HISTÓRIA DE ABORTO ESPONTÂNEO

Pesquisador: Luciane Maria Oliveira Brito

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 55801416.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.874.988

Apresentação do Projeto:

O aborto espontâneo é um acontecimento frequente na vida das mulheres e cujo impacto psicológico e emocional é muitas vezes negligenciado por profissionais de saúde e pela sociedade como um todo. Os estudos atuais sobre o assunto têm um prazo limitado, de até cinco anos de duração. A pesquisa tem por objetivo estudar a relação entre aborto espontâneo e transtornos psicológicos e/ou consequências emocionais de longo prazo (cinco anos ou mais). Trata-se de estudo coorte retrospectivo. O estudo será coorte retrospectivo. Será conduzido em São Luís, MA, Brasil, na Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), na unidade Materno-infantil (HUMI), nos setores de ginecologia e obstetria, pediatria e Banco de Leite, nos quais as pacientes, mulheres acompanhantes das crianças internadas ou em consulta serão convidadas a participar, respectivamente, conforme o setor em que estejam. Será conduzido num prazo de um ano, com início após aprovação por meio de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). A amostra será aleatória. A amostra será composta por 200 mulheres de 18 anos de idade ou mais, sendo que 100 formarão grupo com história de aborto espontâneo (há 5 anos atrás ou mais), 50 formarão um grupo sem história de aborto espontâneo e outras 50 constituirão um grupo com história de

...

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

...

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 09 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa
(Coordenador)

<p>1. Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2. Pessimismo</p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p>3. Fracasso passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p>4. Perda de prazer</p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p>5. Sentimentos de culpa</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p> <p>6. Sentimentos de punição</p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>	<p>7. Auto-estima</p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10. Choro</p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p> <p>11. Agitação</p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p>12. Perda de interesse</p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É difícil me interessar por alguma coisa.</p>
--	--

Subtotal da página 1 XXXXXXXXXX

13. Indecisão

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

14. Desvalorização

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

15. Falta de energia

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

16. Alterações no padrão de sono

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

18. Alterações de apetite

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

19. Dificuldade de concentração




- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- 2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

20. Cansaço ou fadiga

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse por sexo

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Subtotal da página 1 Subtotal da página 2 Subtotal da página 2 Pontuação total 

ANEXO IV

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do Psicólogo®

© 2001 Casapsi Livraria Editora e Gráfica Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.