



Metasínteses Qualitativas e Revisões Integrativas

Aborto, depressão, autoestima e resiliência: uma revisão

Abortion, depression, self-esteem and resilience: a revision

Mariana Gondim Mariutti Zeferino¹

Antonia Regina Ferreira Furegato²

¹Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP - Brasil

²Professora Titular, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP - Brasil

RESUMO - Este estudo objetivou focalizar a depressão e o aborto como problemas de saúde pública, destacando importantes textos que abordam o contexto social das mulheres, sua qualidade de vida, níveis de autoestima, fatores de risco e protetores, bem como, refletir sobre a influência e a interface entre esses fatores. Foi realizada revisão de 1986 a 2010, através dos bancos de dados Medline, Lilacs e Dedalus, cruzando as palavras aborto, depressão, resiliência e autoestima. Os resultados indicam divergências conceituais em algumas posições, porém há consenso sobre a maior frequência de depressão em mulheres e a ocorrência do aborto entre mulheres jovens. Na síndrome pós-aborto pode ocorrer o luto incluso com recordações do ocorrido que variam de acordo com o tipo de aborto, o contexto social da mulher, seu nível de autoestima, os fatores protetores (resiliência) e a tendência em manifestar estados depressivos.

Palavras-chave: Aborto; Depressão; Mulher; Enfermagem.

ABSTRACT - This study aimed to focus both the depression and the abortion as problems of public health, pointing out important texts dealing the social context of the women, their quality of life, levels of self-esteem, risk and protectors factors, as well as reflections about the influence and the interface among these factors. We realized a revision since 1986 until 2010, through the data bases of the Medline, Lilacs and Dedalus, crossing the words abortion, depression, resilience and self-esteem. Researchers of this subject have some divergence but there are consensus that the depression is more frequent in women and that the abortion between young women. In the syndrome after-abortion, is possible to be the fight enclosed, with memories of the situation according with the kind of abortion, the social context of each woman, her self-esteem level, the protective factors (resilience) and tendency to manifest depressive states.

Keywords: Abortion; Depression; Woman; Nursing.

1. INTRODUÇÃO

Embora não haja uma relação direta de causa e efeito entre aborto e depressão, sua associação tem sido reconhecida. Trabalhos recentes chamam a atenção para a alta frequência de melancolia, sentimentos de culpa e diminuição de autoestima em mulheres que vivenciaram alguma situação de abortamento¹⁻⁴.

O abortamento é um episódio especial, responsável por intenso sofrimento físico e existencial, podendo gerar conseqüências como depressão e diminuição da estima pessoal dependendo do contexto sócio-econômico e cultural das mulheres associado aos fatores de risco tais como os fatores econômicos, apoio familiar e do companheiro, uso de álcool e drogas por elas e pela família, desemprego, falta de renda, trabalho, moradia e qualidade de vida⁵⁻⁹.

A enfermagem brasileira tem reconhecido há muito tempo que não apenas a saúde física, mas também a saúde mental é um direito do ser humano, sendo uma de suas tarefas promover a saúde mental

das pessoas em todas as fases do processo saúde-doença.

A doença mental está presente no cotidiano das práticas da enfermagem, independente da especialidade e do serviço. Assim, os profissionais precisam estar preparados para identificar precocemente suas manifestações e dar assistência ao portador de transtorno mental onde quer que a pessoa se apresente¹⁰.

Portanto, na formação básica do enfermeiro,

Autor correspondente

Antonia Regina Ferreira Furegato.

Universidade de São Paulo.

Av. Bandeirantes, 3900.

Ribeirão Preto /SP – CEP: 14040-902.

Telefone: (16) 36023422.

Email : furegato@eerp.usp.br

Artigo encaminhado: 30/05/2013

Aceito para publicação: 30/07/2013

maior ênfase deve ser dada à saúde mental das mulheres e à intersecção entre o aborto e a depressão, pois o aborto é responsável por altos índices de morbimortalidade. Registra-se 1,4 milhões de abortos/ano no Brasil e 42 milhões no mundo, causando 13% das mortalidades maternas, bem como depressão e suicídio¹¹⁻¹⁵.

Assim, detecta r precocemente os sinais de depressão e atuar em âmbito multidisciplinar no cuidado às mulheres em situação de aborto é responsabilidade dos profissionais de saúde. Por estes motivos, este estudo objetivou discutir questões relativas à depressão e ao aborto como problemas de saúde, a partir de textos publicados sobre o tema.

2. METODOLOGIA

Realizou-se a pesquisa no banco de dados Medline, Lilacs e Dedalus, cruzando as palavras aborto com depressão, resiliência e autoestima. Selecionou-se os textos que abordavam os temas depressão, autoestima e resiliência e que tivessem como tema central o aborto. Inicialmente, foram selecionados pelo título e, após leitura do resumo, foram selecionados os textos pertinentes ao tema. O período da produção pesquisado foi de 1986 à 2010 tendo sido encontradas 56 obras. Foram incluídos na busca, periódicos, dissertações, teses e livros. A análise baseou-se nos textos encontrados nesta pesquisa bibliográfica.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar de serem encontradas 56 obras, foram selecionadas 32 por estarem mais diretamente relacionadas ao foco deste estudo: aborto e depressão. Entre os textos sobre abortamento havia 3 livros, 4 artigos, 2 dissertações, 1 tese; entre os textos sobre depressão havia 7 artigos, 3 livros. Sobre depressão e aborto foram encontrados 4 artigos, 1 tese, 1 jornal. Foram encontrados poucos textos sobre autoestima e resiliência ligados à questão de abortamento.

Textos selecionados	Número	Período
Aborto	10	1986-2010
Depressão	10	1997-2010
Aborto e depressão	6	2000-2010
Autoestima e resiliência	6	1981-2010

3.1. Sobre o aborto

Clinicamente, como a interrupção da gravidez ou expulsão do produto da concepção antes que o feto seja viável (22ª semana) ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando

menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 centímetros¹³.

O aborto é um tema polêmico cuja prática ocorreu em todas as épocas da história. Tem sido abordado sob várias óticas: clínica, jurídica, feminista, religiosa, bioética. Por estar envolto em tabus e preconceitos, é uma questão difícil de lidar devido à discriminação por parte da sociedade, especialmente quando há intenção da mulher no ato de abortar, podendo inclusive resultar que ela seja mal assistida. Além disso, a decisão de ser mãe não é uma decisão individual pois envolve pessoas e uma série de fatores econômicos e sociais^{1,5-7}.

Discussões sobre o direito de decisão, sobre o direito à vida, a lei e os abortos clandestinos, o problema como saúde pública, a questão da ciência e os avanços tecnológicos (redução embrionária, aconselhamento genético e o aborto eugênico), as circunstâncias individuais das mulheres (relacionamento com o parceiro, número de filhos, ter trabalho ou não, condições socioeconômicas, desejo de ser mãe, acesso a métodos, nível de instrução, histórias de vida, vícios e prostituições), o planejamento familiar e a descriminalização do aborto permeiam o tema⁷⁻⁸.

A Organização Mundial da Saúde estima que sejam praticados quatro milhões de abortos por ano no mundo, causando seqüelas e mortes. Assim, é importante pensar no dilema das mulheres diante da gravidez não planejada¹³.

Ressalta-se que cresce o consenso de que a legislação sobre o aborto está ultrapassada, pois calcula-se que ocorram 1,4 milhões de abortos clandestinos, por ano, no Brasil, sendo os procedimentos mal feitos a principal causa de morbimortalidade materna no país¹³.

Em estudo realizado com dados do Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde (DATASUS/MS), buscando avaliar a distribuição de diagnósticos de aborto por região, estado e município, no ano de 2006, observou-se que a taxa de internações, por 1.000 mulheres em idade fértil, segundo regiões do Brasil é maior no Nordeste, seguido das regiões Norte, Sudeste, Centro Oeste e Sul. Amapá é o estado da Região Norte que aparece com maior taxa de abortos e na classificação dos 50 municípios do Brasil com maior freqüência de aborto; a Bahia aparece com 21 municípios¹⁵.

As discussões sobre o aborto rivalizam-se entre si, considerando muitas vezes o direito do feto, ficando para segundo plano o aspecto psicológico da mulher.

No Brasil, desconsidera-se a questão econômica, pois observa-se que a ilegalidade parcial, não faz com que as mulheres deixem de abortar. Entretanto, mulheres com boa situação econômica procuram clínicas particulares e as mulheres de classe econômica mais baixa procuram clínicas clandestinas, nem sempre com boas condições⁷.

Outra questão é o papel dos profissionais da saúde e os aspectos relacionados a sua prática, tais como a formação que prioriza o aspecto biológico. Preparados para o evento da vida e para sua preservação, os profissionais da área de saúde quando presenciam a morte podem sentir-se despreparados¹⁶.

Analisando discursos de mulheres que vivenciavam a situação de abortamento, observou-se que estes poderiam ser utilizados pela enfermagem para nortear sua assistência, destacando-se entre elas a possibilidade da mulher expressar sua dor fisiológica e existencial, independente da causa do aborto, lembrando que não se trata de uma decisão individual, mas que envolve diversas circunstâncias e histórias de vida. Trata-se de uma experiência que pode ser apreendida também pelo sentimento de culpa ou medo de ser culpabilizada devido aos parâmetros valorativos da sociedade. Tanto as mulheres com abortos espontâneos ou com histórias sugestivas de abortos provocados sentiam culpa ou medo de serem culpabilizadas, por ser o aborto considerado um crime e envolvido por diversos valores. Muitas mulheres, mesmo com abortamento espontâneo, culpam-se por não conseguirem levar sua gravidez adiante. Também é uma experiência que envolve preocupação com o corpo e com a integridade do mesmo. Assim, é uma experiência que traz o desejo de rever seus projetos de vida, trabalhar, rever seus relacionamentos, melhorar a educação dos filhos e planejar-se. Observou-se também que é um momento em que a mulher se mostra apta a compreender a conscientização do planejamento familiar¹⁻⁴.

Estudos mostram que tal assistência não pode ocorrer sob modelos normativos, uma vez que a questão do aborto é essencialmente singular e envolve um forte contexto subjetivo. No entanto, os estudos indicam que alguns profissionais da enfermagem, no ato de cuidar de mulheres em situação de abortamento, o faziam de forma diferente dependendo da provável etiologia do aborto, isto é, mulheres com histórias sugestivas de aborto provocado eram vistas como irresponsáveis, frias e, às vezes, até criminosas. Mesmo em situação de abortamento por estupro legalizado, relata-se resistência dos profissionais no atendimento às vítimas de violência sexual que recorrem ao aborto¹⁻⁴.

3.2. Sobre a depressão

A depressão é a doença que mais aumenta no mundo, sendo provavelmente responsável por mais de 8 mil suicídios por ano. É o distúrbio psiquiátrico mais comum na prática clínica, afetando 25% dos adultos atendidos no sistema de saúde^{12,14}.

A depressão é um transtorno mental, geralmente determinado pela diminuição do humor, da energia e da atividade com os seguintes sintomas: anedonia, diminuição da capacidade de concentração, da autoestima e da autoconfiança, fadiga nos pequenos esforços, sintomas de culpa ou indignação, despertar precoce e perda de libido. Por outro lado, é importante evitar confundir estado de tristeza reativa com diagnóstico de depressão^{11,12,14,15}.

A depressão é muitas vezes confundida com ansiedade, frieza ou tristeza. Na verdade, esses podem ser alguns importantes sintomas em pessoas com depressão não diagnosticada. A depressão, quando diagnosticada e tratada precocemente, pode ser resolvida mais rapidamente e não causar muitos danos à pessoa acometida. O enfermeiro precisa estar atento, acolher e dar os cuidados imediatos além de encaminhar para diagnóstico e tratamento adequado^{15,18}.

3.3. Depressão e abortamento

As mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtorno de ansiedade e de humor do que os homens; estes apresentam maior prevalência de associação com uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade anti-social e esquizofrenia. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo^{19,20}.

Muitas mulheres sofrem da Síndrome pós-aborto, experimentando o luto incluso, uma dor negada quando uma morte real ocorreu. Por causa desta negação, o luto não pode existir, mas a dor da perda ainda está presente e muitas têm flashbacks da experiência do aborto e pesadelos sobre o bebê e até mesmo sofrimento no aniversário da morte²¹.

Efeitos psicológicos mais comuns em decorrência de aborto são sentimentos de culpa, pesar, abandono, perda da fé, baixa estima pessoal, preocupação com a morte, hostilidade e raiva, desespero, desamparo, desejo de lembrar a data de nascimento, alto interesse em bebês, frustração do instinto maternal, mágoa e sentimentos ruins em relação às pessoas

ligadas a situação, rejeição pelo parceiro, perda de interesse sexual, frieza, incapacidade de se perdoar, nervosismos, pesadelos, tonturas, tremores e impulsos suicidas^{9,18-24}.

Segundo pesquisa realizada na Grã-Bretanha, os abortos naturais causam depressão e ansiedade apenas durante os seis primeiros meses depois da perda, enquanto que os abortos provocados têm um efeito mais negativo psicologicamente e mais duradouro causando ansiedade, depressão, culpa e vergonha por até cinco anos. Esta pesquisa foi duramente criticada por grupos pró-aborto que afirmam não haver evidências concretas para demonstrar que este tipo de decisão está diretamente relacionada a traumas psicológicos; questiona-se a possibilidade destas mulheres já apresentarem anteriormente algum distúrbio psicológico^{9,18-24}.

Mulheres que abortaram tinham uma vez e meia maior probabilidade de sofrer alguma enfermidade mental e duas ou três vezes maior de abusar do álcool e/ou das drogas. Esta pesquisa acompanhou 500 mulheres, desde seu nascimento até a idade de 25 anos. Aquelas que tiveram um aborto apresentaram como consequência, elevados índices de problemas de saúde mental, incluindo depressão (46% de aumento), ansiedade, comportamentos suicidas e abuso de substâncias. Mostram ainda que o aborto é responsável por uma série de problemas psicológicos profundos: 160% de aumento nos índices de suicídio nos EUA, segundo Arquivos de Woman's Mental Health, em 2001 e aumento de 225% nos índices de suicídios na Grã-Bretanha, segundo o British Medical Journal, em 1997^{9,18-24}.

Estatísticas revelam que 55% das mulheres norte-americanas que haviam passado por aborto informaram ter pesadelos e sentimentos de preocupação (relacionadas ao bebê, ao corpo e à vida), 73% descrevem situações nas quais revivem o episódio, 58% das mulheres informam pensamentos suicidas que elas relacionam a esta situação, 68% revelam que se sentem mal consigo mesmas, 79% informam culpa, incapacidade de perdoar a si mesmas, 63% têm temores sobre futuras gestações e maternidade, 49% relatam dificuldades com bebês e 67% se descrevem como emocionalmente afetadas. Esses casos, muitas vezes ignorados, mal diagnosticados e não tratados, levam ao aumento da morbimortalidade, especialmente entre as jovens^{9,18-24}.

Há quem defenda que a depressão pós-parto seja uma ocorrência pouco freqüente em mulheres jovens que optam pelo aborto somente quando têm problemas: são jovens demais, estudam, não têm um

relacionamento firme e seguro, os pais não aceitariam, não trabalham, dentre outros. Em geral, elas não têm arrependimento, somente medo de não poderem ter outra experiência de gravidez no momento certo, medo de risco relacionado ao corpo e relatam que o sofrimento é intenso, mas não maior do que ter um bebê numa fase em que elas não desejariam. Por outro lado, ter um filho indesejado causa menos depressão do que abortar. Foram entrevistadas 421 mulheres que tiveram gravidez indesejada entre os anos de 1980 e 1992 e concluiu-se que entre as que optaram pelo aborto 5% apresentaram alto risco de depressão, contra 22,7% entre as que optaram por ter o filho^{9,21-25}.

Observa-se que há discordâncias em relação ao início da depressão (se aconteceu antes ou depois da situação de abortamento) causando somente o agravamento do estado depressivo. Estudos mostram que há outras divergências em relação ao aborto espontâneo e provocado, pois o fato da mulher não querer a gravidez e se forçar ou ser forçada a ter, acaba desenvolvendo um estado depressivo, por ter um filho indesejado; outros estudos mostram que se ela induz o aborto terá maior probabilidade de desenvolver a depressão^{9,21-25}.

3.4. Sobre Qualidade de vida, autoestima e resiliência

Qualidade de vida (Q.V) é um conceito multidimensional que abrange vários domínios, motivações ou indicadores sociais, como posição funcional, desempenho de papéis, doenças e sintomas relacionados ao tratamento, funcionamento social e saúde mental¹⁸.

A autoestima está relacionada com a personalidade, resulta do que somos, como nos vemos e como os outros nos vêem, influenciando a valorização e a confiança pessoal e profissional nos relacionamentos^{26,27}.

Resiliência é a capacidade de um indivíduo para responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades, reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante desses desafios ou circunstâncias desfavoráveis, tendo uma atitude otimista, positiva e perseverante e mantendo um equilíbrio. Pessoas resilientes respondem melhor aos desafios e situações, de acordo com sua dinâmica interna e externa, bem como da eficiência e qualidade de suas respostas, diante de uma situação nova^{26,27}.

Os mecanismos de coping, utilizados pelo indivíduo para resolver seus problemas cotidianos,

dependem da capacidade que tem para confiar ou não em seus próprios recursos. Eventos estressores são circunstâncias que aparecem sem serem usualmente antecipadas e que podem induzir a transtornos psicopatológicos susceptíveis de se manterem por longos anos, caso não sejam devidamente tratados. Muitas situações difíceis e eventos estressores exigem comportamentos novos ou diferentes. Assim, coping indicaria a necessidade de adaptação em situações difíceis ou esforços cognitivos e comportamentais para lidar com situações indutoras de estresse que são exigências mais fortes do que a capacidade que o indivíduo tem de se adaptar^{9,26-28}.

Além da qualidade de vida, da autoestima e outros aspectos psicossociais, a mulher ainda pode ter que enfrentar a violência domiciliar. A mulher tem sido vítima deste tipo de violência, muitas vezes com atitude de submissão e abnegação psicológica, sexual ou social frente ao parceiro o que acaba repercutindo em sua saúde podendo ter como consequência uma gravidez não planejada seguida de aborto^{1-4,17}.

Além dos fatores externos que determinam condutas das pessoas e sua autoestima, o indivíduo seleciona formas de satisfazer suas necessidades de acordo com a maneira de se relacionar com o mundo, utilizando mecanismos de enfrentamento e assim evitando os efeitos da ameaça, impostos pelas situações de estresse²⁶⁻²⁸.

Os fatores de risco ou predisponentes, em conjunto ou separadamente, podem desencadear problemas mentais, sociais e físicos; relacionam-se com eventos negativos de vida e, quando presentes, aumentam a probabilidade do indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais²⁶⁻³³.

Os conceitos de autoestima e autoconceito, as diferentes dimensões pessoais (ser, estar, ter, poder, querer) são essenciais, pois a capacidade para desenvolvimento de resiliência passa por essas dimensões²⁶⁻²⁸. Uma boa estima pessoal é um dos aspectos resilientes para se enfrentar as adversidades do cotidiano.

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

O ato de cuidar envolve proximidade física e maior acesso ao corpo. Considerando que um grande contingente do pessoal de enfermagem é constituído por mulheres, espera-se um relacionamento empático, no exercício da enfermagem.

Dependendo do ponto de referência há discordâncias sobre os temas aqui explorados, o que aponta a necessidade de freqüentes investigações e atenção à saúde mental dessas mulheres.

Apesar da importância dos aspectos biopsicossociais evidenciados até aqui, na prática a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres tem um enfoque acentuado no desempenho técnico, com pouca atenção para outras dimensões, tais como qualidade de vida, autoestima e violência domiciliar. Além disso, há a deficiência na formação profissional para o atendimento em situações como aborto provocado ou estupro. A conduta da enfermagem poderia minimizar muitos efeitos pós-traumáticos, relacionados ou decorrentes do aborto, objetivando um cuidado mais humano e conseqüentemente de melhor qualidade.

4. CONCLUSÕES

Neste texto focalizou-se a intersecção entre aborto e depressão, refletindo sobre a importância do contexto social das mulheres, sua qualidade de vida, níveis de autoestima e resiliência, fatores de risco e protetores.

Estudos mostram a importância do olhar humanista sobre essas questões, porém na prática, as divergências ideológicas, econômicas e até operacionais se refletem em deficiências com conseqüências profundas na saúde mental das mulheres.

Textos que focalizam a importância desses fatores, oferecem subsídios para pesquisas e elaboração de programas de intervenção social e atuação do enfermeiro e outros profissionais junto às mulheres em situação de abortamento. Dessa forma, é importante estimular a enfermagem a reconhecer as necessidades de implementar os cuidados e reforçar os aspectos resilientes dessas mulheres. Considera-se também importante investir na formação e na qualificação dos enfermeiros tanto no aspecto técnico como de humanização do cuidado as mulheres em situação de abortamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mariutti MG, Boemer MR. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(2):59-71.
2. Souza MG. (Monografia). A enfermagem e a mulher que vivencia o aborto. Em busca de uma assistência humanizada. Brasília: UniCEUB; 2007. 51 p.
3. Mariutti MG, Almeida AM, Panobianco MS. Nursing care according to women in abortion situations. *Rev Latinoam Enfermagem* 2007; 15(1): 20-26.

4. Mariutti MG, Furegato ARF. Fatores protetores e de risco para depressão em mulheres após o aborto. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(2): 183-189.
5. Shor N, Alvarenga AT. O aborto: um resgate histórico e outros dados. *Rev Bras Cresc Desen Humano* 1994; 4 (2): 12-7.
6. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. São Paulo: Loyola; 2005.
7. Santos PSM. Aborto – Percepção de profissionais de emergência de Ribeirão Preto. São Paulo: Cultura; 2003.
8. Lima BG. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 7(3): 168-172.
9. Broen AN et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *Bio Med Central Medicine* 2005; 3(18): 1-14.
10. Silva MCF, Furegato ARF, Costa Junior ML. Depressão: Pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2003; 11(1): 7-13.
11. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Magnitude do Aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10. São Paulo: OMS/EDUSP; 1997.
15. Mariutti MG, Silva HL, Furegato ARF; Costa Junior ML. Abortamento: um estudo da morbidade hospitalar no país. *Rev Bras Med* 2010; 67(4): 97-10.
16. Araújo, MMT. A comunicação no Processo de morrer. In: *Cuidados Paliativos: Discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu; 2009.
17. Assunção AT, Tocci HA. Repercussão emocional do aborto. *Rev Enferm UNISA* 2003, 4 (5): 5-12.
18. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiq Clínica* 2006; 33(2): 43-54.
19. Justo LP, Calil HM. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Rev Psiq Clínica* 2006; 33(2): 74-9.
20. Bulacio JM. *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Libéria Akadia, 2004.
21. Engelhard IM, Van Den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23(2): 62-6.
22. Klier CM, Geller PA, Neugebauer R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *J Affective Disorders* 2000; 59(1): 13-21.
23. Perrin E, Bianchi-Demicheli F. Sexual life, future of the couple and contraception after voluntary pregnancy termination. Prospective study in Geneva (Switzerland) with 103 women. *Rev Méd Suisse Romande* 2002; 122(5): 257-260.
24. Placco VMNS. Prefácio. In: Tavares, J. (Org.). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez; 2001.
25. Yunes MAM. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e família. *Psic em Estudo* 2003; 8 (esp): 75-84.
26. Rutter M. *Maternal deprivation reassessed*. Penguin: Harmondsworth: 1981.
27. Vaz Serra A. *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra (PO): Gráfica de Coimbra; 1999.
28. Simões CM. *Desenvolvimento do professor e construção do conhecimento pedagógico*. Aveiro: Fundação João Jacinto de Magalhães; 1996.