

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

UMESP

TAÍS MAZZOTTI

**EFICÁCIA ADAPTATIVA DE MULHERES, COM HISTÓRIA DE
ABORTAMENTO, PACIENTES DE UM AMBULATÓRIO DE
REPRODUÇÃO HUMANA**

São Bernardo do Campo

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

TAÍS MAZZOTTI

**EFICÁCIA ADAPTATIVA DE MULHERES, COM HISTÓRIA DE
ABORTAMENTO, PACIENTES DE UM AMBULATÓRIO DE
REPRODUÇÃO HUMANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação-
Mestrado em Psicologia da Saúde - da Universidade
Metodista de São Paulo, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Maria Geralda Viana Heleno.

Trabalho financiado pela CAPES.

São Bernardo do Campo

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Mazzotti, Taís

Eficácia adaptativa de mulheres, com história de abortamento, pacientes de um ambulatório de reprodução humana / Taís Mazzotti. São Bernardo do Campo, 2007. 67p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Metodista de São Paulo, Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde.

Orientação : Profa. Dra. Maria Geralda Viana Heleno

1. Ambulatório de Reprodução Humana- Abortamento 2. Mulheres- Adaptação 3. Infertilidade I. Título.

CDD 157.9

TAÍS MAZZOTTI

**EFICÁCIA ADAPTATIVA DE MULHERES, COM HISTÓRIA DE ABORTAMENTO,
PACIENTES DE UM AMBULATÓRIO DE REPRODUÇÃO HUMANA**

Banca Examinadora

Presidente: Profa. Dra. Maria Geralda Viana Heleno : _____

Titular [UMESP] Profa. Dra. Marília Martins Vizzotto: _____

Titular [USP] Profa. Dra. Kayoko Yamamoto : _____

Dissertação aprovada em ____/____/____

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
Programa Pós- Graduação em Psicologia da Saúde
São Bernardo do Campo**

2007

Dedico este trabalho aos meus queridos pais que estiveram sempre presentes em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Maria Geralda Viana Heleno, uma orientadora competente e muito carinhosa.

À professora Dra. Marília Martins Vizzotto, a quem tenho muita admiração e carinho.

À professora Tânia Helena Bonfim, uma professora que admiro muito e que foi uma pessoa fundamental para a minha decisão em iniciar o mestrado.

Aos professores da pós-graduação, em especial ao Prof. Dr. Tolentino e Prof. Dr. Manuel Rezende que sempre estiveram ao meu lado.

À professora Dra. Kayoko Yamamoto que aceitou participar da banca examinadora deste trabalho contribuindo muito com sua sabedoria.

À Beth, secretária da pós graduação, que sempre estive disposta a me ajudar.

Às pacientes por permitirem a realização desta pesquisa.

À equipe de profissional do Ambulatório de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina do ABC, em especial, ao Prof. Dr. Caio Parente Barbosa pela oportunidade de realizar esse estudo.

À Capes pelo apoio financeiro.

Aos meus queridos pais que sempre estiveram do meu lado em todos os momentos importantes de minha vida.

Às minhas queridas irmãs que me apoiaram e acreditaram no meu trabalho.

Aos meus lindos sobrinhos que com sua radiante alegria me fazem perceber o quanto a vida pode ser divertida.

À amigas muito especiais Renata, Juliana, Jô, Carol, Paola, Telma, Sandra pela amizade, carinho e preocupação.

Ao meu namorado André, uma pessoa muito importante que com muito amor e carinho soube compreender meus momentos de angústia durante o mestrado.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Mazzotti, T. *Eficácia adaptativa de mulheres, com história de abortamento, pacientes de um Ambulatório de Reprodução Humana*. 2007. 65f. Dissertação (mestrado em Psicologia da Saúde)- Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, 2007.

RESUMO

O objetivo principal desta pesquisa foi investigar eficácia adaptativa de mulheres que vivenciaram abortamento e freqüentam um Ambulatório de Reprodução Humana. Os objetivos específicos foram: avaliar a eficácia adaptativa; identificar as repercussões psicológicas destes abortamentos. O instrumento utilizado foi a entrevista clínica preventiva-EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). Participaram do estudo 10 mulheres que freqüentavam um Ambulatório especializado em Reprodução Assistida. Os resultados deste trabalho revelaram que o abortamento teve uma repercussão importante no mundo interno e externo das mulheres que participaram desta pesquisa. Os abortamentos provocados e espontâneos são relatados com intensa angústia, tristeza, culpa e sentimentos de inferioridade. No caso do abortamento espontâneo predomina o medo de perder novamente, e no caso de aborto provocado, predominam sentimentos de culpa. As pacientes, de forma geral, apresentam intensa angústia e expectativa em relação ao tratamento; porém a experiência do tratamento para engravidar, somado à experiência anterior de abortamento, intensificou as angústias dessas mulheres. A psicoterapia breve operacionalizada pode auxiliar a paciente a lidar de forma mais adequada com os conflitos vividos no tratamento. E no caso específico deste estudo, auxiliar também a elaboração das perdas anteriores. Este estudo trouxe questionamentos relevantes sobre a vivência emocional de mulheres que buscam tratamento para engravidar e já sofreram abortamento espontâneo ou provocado. A realização de outros estudos é fundamental para maior compreensão do tema.

Palavras-chave: Ambulatório de Reprodução Humana- Abortamento; Mulheres- Adaptação; Infertilidade.

Mazzotti, T. *Adaptive Efficacy of women with history of induced and spontaneous abortion in a Human Reproduction Ambulatory*. 2007. 65f. Dissertação (mestrado em Psicologia da Saúde)- Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, 2007.

ABSTRACT

The main objective of this research was to investigate the adaptive efficacy of women who experienced induced and spontaneous abortion and who attend a Human Reproduction Ambulatory. The specific objectives were: to evaluate the adaptive efficacy; verify and identify the repercussions associated with these abortion; and verify the repercussions that affect the adaptive efficacy. The instrument used in this study was the clinical preventive interview (EDAO – Operationalized Adaptive Diagnostic Scale). Ten (10) women who were currently attending the Assisted Human Reproduction Ambulatory participated in the study. The results show that the abortion has an important repercussion in both internal and external worlds of the participant women. Both induced and spontaneous abortion were related to with intense angst, sadness, guilt, and inferiority feelings. Women who had spontaneous abortion predominantly presented fear of suffering it again; whereas those who provoked the abortion presented strong feelings of guilt. Women who attend a Human Reproduction Ambulatory present intense angst and great expectations towards treatment. The experience with the pregnancy attempt treatment added to the prior miscarriage experience intensified the angst of these women. Brief operationalized psychotherapy can help patients deal more adequately with the conflicts experienced during treatment. This specific study also contributes with the elaboration of prior losses. This study questions upon the emotional experience of women that seek pregnancy treatments after going through provoked or spontaneous miscarriages. Further research is vital to broaden comprehension on the subject.

Key Words: Human Reproduction Ambulatory- Abortion ; Women- Adaptation; Infertility.

LISTA DE QUADROS

QUADRO	PÁGINA
Quadro I – Quantificação dos Setores Adaptativos A-R e Pr.....	18
Quadro II – Definição da escala diagnóstica adaptativa operacionalizada. Classificação quantitativa.....	18
Quadro III-Diagnóstico adaptativo operacionalizado e descrição clínica.....	19
Quadro IV- Desdobramento da equação etiológica.....	23
Quadro V- Distribuição da amostra por nome, idade, n° de filhos, n° de abortamentos espontâneos e n° de abortamentos provocados.....	25
Quadro VI- Diagnóstico Adaptativo das mulheres com história de abortamento.....	28

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	PÁGINA
Figura 1 - Correlação dos diferenciais dos fatores internos xx' (constitucionais) e fatores externos yy' (ambientais).....	22
Figura 2- A influência do Setor Orgânico (abortamento + infertilidade + tratamento para engravidar) nos setores A-R, PR e SC.....	58

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Lista de Quadros	
Lista de Figuras	
1.Introdução.....	01
1.1 Aspectos Epidemiológicos da Infertilidade.....	01
1.2 Psicologia e Infertilidade.....	02
1.3 Abortamento Provocado e Espontâneo.....	06
1.3.1 Aspectos Psicodinâmicos de mulheres com história de Abortamento.....	12
1.4 Adaptação e Eficácia Adaptativa.....	16
2. Objetivos.....	24
3. Método.....	25
3.1 Participantes.....	25
3.2 Local.....	26
3.3 Instrumentos.....	26
3.4 Procedimentos.....	27
3.5 Considerações Éticas.....	27
4.Resultados.....	28
5. Discussão.....	54
6. Considerações Finais.....	61
7. Referências.....	64
Anexos.....	67

1. INTRODUÇÃO

O interesse em realizar essa pesquisa surgiu da experiência dos atendimentos psicológicos realizados com pacientes inférteis num ambulatório de Reprodução Humana. Essas mulheres procuravam o atendimento médico, com o objetivo de solucionar o problema que é a dificuldade para engravidar. As pacientes inférteis apresentavam uma característica comum: o desejo e a frustração em relação à maternidade. E algumas haviam vivenciado situações de abortamento. Este fato parecia ter grande importância durante o tratamento para engravidar. Nos atendimentos foi possível identificar intensa angústia em relação aos abortamentos tanto espontâneos quanto provocados. O fato de elas realizarem um tratamento para engravidar parecia intensificar tais angústias. Assim, surgiu o interesse em conhecer a dinâmica psíquica dessas mulheres e compreender qual a repercussão dos abortamentos na adaptação dessas pacientes.

A infertilidade e o abortamento são importantes temas para a saúde reprodutiva da mulher. Diante dos poucos estudos encontrados com relação ao tema espera-se que esse trabalho possa auxiliar e despertar, em outros pesquisadores o interesse em conhecer e compreender melhor as experiências de mulheres com história de abortamento que buscam tratamento para engravidar. Assim, foi considerada relevante a realização desta pesquisa.

1.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA INFERTILIDADE

A infertilidade é definida como a falta de concepção depois de pelo menos um ano de tentativas, apesar da prática de coitos regulares sem anticoncepção. A infertilidade afeta mais de 80 milhões de pessoas no mundo. Um entre dez casais experimenta infertilidade primária ou secundária. Entre 8 a

12% dos casais apresentam dificuldades para conceber em algum momento de suas vidas, fato que gera sofrimento social e psicológico (WHO, 2002).

De acordo com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO (1997) a infertilidade pode ser considerada primária quando a mulher nunca concebeu apesar da prática de coitos regulares sem anticoncepção, num período mínimo de dois anos. E secundária quando a mulher já concebeu anteriormente, todavia, não volta a fazê-lo, apesar de manter atividade sexual sem anticoncepção por um período mínimo de dois anos. A FEBRASGO (1997) considera infertilidade secundária apenas quando houver um relato médico de um abortamento tópico ou ectópico (desenvolvimento do óvulo fertilizado fora da cavidade uterina), ou mesmo um nascimento de um feto vivo ou morto, com comprovação laboratorial, histopatológica ou ultra-sonografia.

Em relação às técnicas de Reprodução Assistida a taxa de sucesso por tentativa gira em torno de 25%, isso significa que existe 75% de probabilidade de insucesso. A taxa de gravidez por tentativa é baixa, o que gera grande expectativa e frustração nos casais. Esses pacientes que procuram os Centros de Reprodução Humana como uma possibilidade de solução para sua problemática, se deparam com novos problemas, fracassos relacionados às falhas nas tentativas e custos financeiros altos (WHO, 2002).

1.2 PSICOLOGIA E INFERTILIDADE

O diagnóstico de infertilidade, por representar uma interrupção no projeto de vida do casal, pode gerar dificuldades de relacionamento social, familiar e conjugal, nem sempre facilmente superada. Os sentimentos mais comuns são: ansiedade, angústia, culpa, inveja,

humilhação, depressão, perda da auto-estima, impotência, entre outros (AVELAR; MORAES; MARINHO; CAETANO, 2000; DOMINGUEZ, 2002; MOREIRA; MAIA; TOMAZ, 2002; PALÁCIOS; JADRESIC, 2000).

A crise vital, que a experiência de infertilidade pode representar para os casais que desejam um filho, pode ser descrita como uma experiência avassaladora, de dilaceração biográfica, ou ainda representar um abalo emocional significativo tanto para homens quanto para mulheres (SEGER-JACOB, 2000; URRUTIA; GENGHINI; MAKUCH, 2002; RIBEIRO, 2004).

A representação da infertilidade feminina implica em depreciação e estigmatização da mulher. Os principais elementos do campo representacional são: tristeza, frustração, cobrança e inferioridade (TRINDADE; ENUMO, 2001). A forma como a paciente lida com a infertilidade e o tratamento médico depende dos seus recursos internos e externos.

Pines (1990) apresenta algumas considerações importantes relacionadas à infertilidade. Para a autora, na época que não existia tratamentos para engravidar, os casais sem filhos tinham duas opções: gradualmente aceitar essa condição ou adotar uma criança. Em sua experiência clínica os casais pareciam nunca alcançar uma aceitação autêntica dessa condição. O fracasso por não conseguir engravidar traz sentimentos de culpa e vergonha. A vergonha por não conseguir conceber como os outros e a culpa por não dar netos aos seus pais e nesse sentido continuar a geração de sua família e a relação de consangüinidade. Tanto para o homem como para a mulher a capacidade de reproduzir faz parte da sua *self-image*. Quando a mulher entra em contato com o fato de não conseguir conceber, ela sente-se arruinada, especialmente quando vê o seu tempo “fisiológico” correndo. A falta de controle sobre a capacidade de

reproduzir do seu próprio corpo significa uma grande crise: um grande desastre para seu narcisismo individual.

Pines (1990) através de sua experiência clínica com pacientes inférteis, recomenda aos psicoterapeutas prestarem atenção na relação estabelecida entre a paciente e sua mãe. A autora observou em seus atendimentos clínicos que a maioria de suas pacientes inférteis apresentava um difícil relacionamento com as mães. Para a autora, as pacientes inférteis apresentam uma fixação num estágio primitivo de seu desenvolvimento feminino, no qual, elas não sentem permissão de suas mães para criarem seus próprios bebês.

Esta mesma autora aponta que as novas técnicas de Reprodução Assistida trouxeram esperança para os casais inférteis. No entanto, os pacientes, que não conseguem engravidar a partir das técnicas de Reprodução Assistida se deparam com novos conflitos emocionais.

O desejo de ter um filho tem representações conscientes e inconscientes. Para Langer (1996) uma mulher deseja um filho para comprovar sua própria fertilidade. Ter um filho pode significar recuperar sua própria mãe e identificar-se com ela e também corresponder a um desejo infantil de presentear uma criança ao seu pai. Existem mulheres que alcançam essa finalidade sem dificuldades e outras apresentam dificuldades para conseguir engravidar. A autora (1996) aponta que na mulher infértil prevalecem os temores paranóides. Os atrasos menstruais podem ser sintomas psicossomáticos. As mulheres inférteis que estão tentando engravidar, quando tem um atraso menstrual, demonstram um conflito: sua posição ambivalente frente à maternidade e seu desejo de um filho,

que por diferentes causas, não se sentem com o direito de ter. O atraso menstrual é um sintoma que expressa sua fantasia frustrada da maternidade.

Em relação ao desejo de ter um filho, Klein (1996) afirma que as crianças pequenas possuem um forte desejo consciente ou inconsciente de ter seus próprios bebês. Esses desejos permanecem na vida adulta e contribuem muito para o amor que a mulher grávida sente pela criança que cresce dentro de si.

Klein (1996) coloca ainda que o nascimento de uma criança pode significar que o interior de seu corpo e as crianças imaginárias que lá estão não estão danificados, ou então, foram restaurados. Dar a luz a um bebê representa tem a representação de restaurar um grande número de objetos. Ao dedicar seu amor e cuidados maternos, a mãe tem a possibilidade de vivenciar uma renovação feliz da sua ligação mais arcaica com a mãe e deixar seus sentimentos de ódio de lado e aflorar sentimentos positivos.

Atualmente a psicanálise tem buscado a compreensão do significado da infertilidade e não da causalidade (infertilidade psicogênica). É importante compreender a experiência da infertilidade que parece reativar alguns conflitos psíquicos primitivos. Apfel e Keylor (2002) fazem uma revisão bibliográfica sobre a infertilidade. A literatura psicanalítica recente está focada em duas problemáticas psicodinâmicas. A primeira está relacionada a um luto não elaborado anterior à situação de infertilidade e a importância do paciente entrar em contato com essas angústias antes de realizar tratamentos para engravidar. A segunda problemática está relacionada com a ausência da ambivalência em relação à maternidade e/ou a inexistência de sentimentos negativos sobre a gravidez e maternidade. Utilizando mecanismos de negação de pensamentos e sentimentos negativos. Os autores consideram a situação de infertilidade como

um impacto negativo na saúde mental dos pacientes. Ressaltam, através da revisão da literatura que conviver com a infertilidade é semelhante a lidar com outras doenças médicas graves. A cada tentativa os pacientes ficam mais deprimidos e esse fato gera um impacto negativo na vida social deles.

De acordo com Ribeiro (2004) a infertilidade representa uma ferida narcísica. O desejo de ter um filho está ligado ao desejo narcísico de imortalidade do Eu. Transmitir a herança genética é uma possibilidade de aproximação da imortalidade. A experiência da infertilidade pode reativar conflitos psíquicos relacionados ao desejo de ter um filho. Para a autora, nesses casos é válido considerar o conceito de infertilidade psicogênica. Os pacientes inférteis concentram seus investimentos pessoais no tratamento médico, esquecendo todas as suas atividades, como se houvesse uma paralisação, assim eles esperam um desfecho da infertilidade, para continuarem a vida. O desejo de um filho no casal infértil é intensificado pela própria experiência da infertilidade. Conceber o filho se torna uma oportunidade de elaboração de conflitos inconscientes primitivos.

Os atendimentos realizados a pacientes inférteis, de acordo com Apfel e Keylor (2002), mostram que eles experimentam sentimentos de culpa, ansiedade, desespero, raiva, inveja de outras pessoas com filhos. A psicoterapia oferece a oportunidade para o paciente elaborar complexos dilemas relacionados com a infertilidade.

1.3 Abortamento provocado e espontâneo

O Ministério da Saúde (2005) elaborou o manual- Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento- um guia para apoiar profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção

às mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde. Sabe-se que aborto realizado em condições inseguras é importante causa de morte materna e que a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas complicações pode ameaçar a vida, a saúde física e mental das mulheres. A inclusão do modelo humanizado de atenção às mulheres com abortamento tende a oferecer às mulheres, aos serviços de saúde e à sociedade um novo paradigma que torne segura e efetiva a atenção a essa parcela da população. Ao lidar com o atendimento ao abortamento, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais (julgamentos arbitrários e rotulações) em sua prática profissional. A atenção psicossocial é importante nessa situação especial, incluindo psicólogos e assistentes sociais, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, quando possível.

De acordo com a OMS (2002) abortamento espontâneo significa a perda espontânea de uma gravidez clínica antes de completadas 20 semanas de gestação ou se a idade gestacional for desconhecida, concepto com 500g ou menos. Cerca de 20 a 25% das mulheres que tentam engravidar experimentam no mínimo um abortamento espontâneo em sua vida reprodutiva.

Os abortamentos espontâneos são divididos em dois grupos: perdas precoces e perdas intermediárias. As perdas precoces ocorrem antes de 20 semanas de gestação e as intermediárias ocorrem entre a 20^a e 28^a semana de gestação. As perdas gestacionais tardias que ocorrem em conceptos com 28 ou mais semanas de gestação, essas perdas são consideradas óbitos fetais (OTTO, P.G; OTTO, P.A ; FROTA-PESSOA, 1998).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005) os abortamentos podem ser classificados como: 1) Ameaça de Abortamento: O sangramento genital é de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores, tipo cólicas, geralmente pouco intensas. Não existe indicação de internação hospitalar e normalmente é indicado repouso. 2) Abortamento Completo: Geralmente, ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sangüínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. No exame de ultra-som, encontra-se cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos. 3) Abortamento Inevitável/ Incompleto: O sangramento é maior que na ameaça de abortamento, que diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares, as dores costumam ser de maior intensidade que na ameaça. O exame de ultra-som confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível. 4) Abortamento Retido: Em geral, o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação. O exame de ultra-som revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça. 5) Abortamento Habitual: Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e secundário quando houve uma gravidez a termo. Estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado, em que seja possível identificar as causas e realizar tratamentos específicos.

Otto *et. al* (1998) consideram que as perdas gestacionais estão geralmente associadas a fatores ligados à mãe e fatores ligados ao concepto. Os fatores ligados à mãe podem ser malformações congênitas do aparelho

reprodutivo feminino, anomalias anatômicas uterinas, incompetência istmo cervical (dilatação cervical no segundo trimestre de gestação), doenças e infecções sistêmicas e incompatibilidade materno-fetal de grupos sanguíneos. Os fatores ligados ao conceito podem estar associados a malformações principalmente às que decorrem de anormalidades cromossômicas.

A prática do aborto é considerada uma questão de saúde pública, principalmente, no Brasil e em outros países onde sua prática é ilegal. Algumas mulheres adotam procedimentos inadequados que podem gerar morte.

A OMS (2003) esclarece que apesar do aumento do uso de métodos anticonceptivos nas últimas décadas, estima-se que 40 a 50 milhões de abortos ocorrem anualmente e cerca da metade em circunstâncias inseguras. Reconhecendo esse fenômeno quase todos os países do mundo aprovaram leis que permitem interromper a gestação conforme algumas situações. Das mortes relacionadas com a gestação em torno de 13 são atribuídos às complicações dos abortos inseguros. Além disso, eles contribuem para o adoecimento da mulher, como por exemplo, a infertilidade.

O aborto inseguro é um procedimento realizado por pessoas não preparadas, em um lugar sem estruturas médicas adequadas com finalidade de interromper uma gestação não desejada. Em países onde as mulheres têm acesso a serviços seguros, a probabilidade de morte como consequência de um aborto realizado com procedimentos modernos não é maior que 1 em cada 100.000 procedimentos. Independente da segurança na realização do aborto que pode evitar seqüelas físicas deve-se considerar as seqüelas psicológicas.

Pedrosa e Garcia (2000) entrevistaram nove mulheres que provocaram aborto. Os relatos das participantes mostram que elas sentem culpa, arrependimento, remorso, solidão e algumas relataram alívio.

Faúndes, Costa, Hardy, Osis (1995) realizaram um estudo analisando a associação de algumas características das mulheres que pensaram em abortar. Também foram analisadas as manifestações das mulheres sobre como se sentiram frente a essa decisão, fosse a de abortar ou a de não fazê-lo. Os resultados do estudo mostraram que a decisão do aborto gera uma situação de conflito relacionada ao medo de criar a criança. A decisão em não abortar está relacionada com ao medo da consequência física e psicológica do aborto. Os resultados apresentados revelam que o aborto traz consequências emocionais negativas para as mulheres.

Com o objetivo de investigar a vivência e a interpretação da maternidade e do aborto induzido, Pinheiro (1997) entrevistou 26 mulheres que estavam internadas em uma Unidade Básica de Saúde. Das 26 mulheres, treze estavam procurando atendimento pré-natal e as outras treze mulheres provocaram aborto e procuravam atendimento especializado na UBS. O resultado do estudo mostrou que tanto a maternidade quanto o aborto são situações conflituosas para as mulheres. Na gestação que culmina no aborto, estes conflitos são fortalecidos pela perda real e voluntária do objeto amado e odiado e a elaboração do luto pelo filho morto será muito mais difícil comparada a um luto normal. O estudo mostrou, também, que o companheiro tem um papel fundamental na decisão do aborto.

Benute (2002) realizou uma pesquisa que teve como objetivo geral identificar os aspectos emocionais envolvidos no abortamento. O estudo foi

realizado com 100 mulheres que receberam o diagnóstico de abortamento em um Pronto Socorro. A amostra foi dividida em 50 mulheres com abortamento espontâneo e 50 que provocaram aborto. Os dados mostraram uma diferença nos resultados da escala HAD- Hospital Anxiety and Depression, utilizada para avaliar depressão e ansiedade. Aquela que provocou se mostrou mais deprimida e ansiosa do que a que sofreu abortamento. A depressão leve, a culpa e religiosidade são aspectos importantes para a compreensão do significado pessoal do abortamento. A autora apresenta a importância do acompanhamento psicológico dessas pacientes.

Um estudo realizado por Quayle (1993) com 150 mulheres com e sem história de abortamento recorrente e eventual, grávidas e não grávidas, tinha como objetivo verificar a associação de fatores psicológicos específicos- estrutura de personalidade- com o abortamento. Os resultados não apontaram diferenças significativas entre os diferentes grupos, no que se refere à estrutura de personalidade e utilização de mecanismos de defesa. A autora descreve as repercussões do abortamento, reações e sentimentos depressivos como significativas.

Uma pesquisa realizada com cento e vinte mulheres, oitenta provocaram aborto e quarenta sofreram aborto espontâneo, os resultados mostram que a longo prazo, o aborto provocado parece ter um impacto significativo para a mulher. Ao contrário do aborto espontâneo que tem um impacto mais significativo a curto prazo (BROEN; MOUM; BODTKER; EKEBERG, 2004).

Outro estudo comparou a prevalência de estresse traumático em mulheres americanas e russas que provocaram aborto. Rue, Coleman, Rue e

Reardon (2004) encontraram maior prevalência de respostas negativas frente ao aborto nas mulheres americanas. Reações de estresse pós-traumático podem ser associadas à experiência do aborto provocado. Os resultados mostraram que as mulheres americanas experienciaram o abortamento de forma mais negativa comparadas às russas.

Boemer e Mariutti (2003) realizaram uma pesquisa qualitativa e entrevistaram 12 mulheres hospitalizadas em situação de abortamento. Os resultados mostraram que o abortamento é vivenciado como uma experiência permeada por grande dor; a hospitalização é uma experiência desconfortante; a solidão é sentida por todas as mulheres independente da causa do aborto; uma experiência que traz culpa ou medo de ser culpada; uma experiência que envolve uma preocupação com o corpo: preocupação com a integridade do próprio corpo, com o que ele venha a sofrer durante a curetagem e um medo de não poder mais gerar uma criança.

Freda, Devine e Semelsberger (2003) entrevistaram oito mulheres que sofreram abortamento espontâneo após um tratamento de infertilidade. As mulheres demonstraram sentimentos de tristeza, culpa e solidão. Elas temiam ter contribuído para o acontecimento do aborto e apresentavam pouca esperança de conseguir engravidar novamente.

Zucker (1999) realizou um estudo com 107 mulheres que vivenciaram dificuldades relacionadas à reprodução como: abortamento provocado, espontâneo e infertilidade. As mulheres que provocaram abortamento apresentam mais alívio e remorso do que as outras mulheres. Mulheres com história de abortamento espontâneo recordam mais sentimentos depressivos comparadas às outras mulheres. Mulheres que experienciaram períodos de

infertilidade mostram mais sentimentos de perda relacionados com a incapacidade para ter um filho. A experiência da infertilidade e do abortamento espontâneo é parecida: ambas as condições não são planejadas e interrompem a expectativa de parentalidade.

Mulheres que experienciaram abortamento espontâneo esperam uma futura gravidez como uma resolução do sofrimento, embora elas continuem sentindo medo de subseqüentes abortamentos (COTE-ARSENAULT; MORRISON-BEEDY, 2001; CUISINIER; JANSSEN; DEGRAAUW, 1996).

Motta (2005) realizou um estudo com o objetivo de avaliar as características qualitativas da relação interpessoal entre os profissionais de saúde e a mulher com abortamento incompleto durante o atendimento hospitalar. Os resultados mostraram que a relação interpessoal entre cliente e profissional foi eminentemente técnica, desconsiderando-se os demais aspectos que integram o ser feminino. Os profissionais de saúde, ao prestarem assistência, expuseram seus próprios preconceitos e julgamentos negativos acerca da mulher sob seus cuidados.

1.3.1 Aspectos Psicodinâmicos de mulheres com história de Abortamento

Alguns autores Aray (1973), Lartigue e Vives (1994), Langer (1990), Pines (1996), Dolto (2000) apresentam considerações importantes sobre o tema.

Aray (1973) destaca a importância de profundas investigações sobre o aborto provocado e a repercussão dessa experiência para a mulher, homem e grupo familiar. O autor considera o luto do aborto como patológico e afirma que as defesas maníacas surgidas o mascaram, muitas vezes, a ponto de ser

negado. A culpa favorece o aparecimento dessas defesas. O aborto não é somente a rejeição do feto, mas a perda do feto abortado é acompanhada da perda de partes do ego corporal. No luto patológico do aborto, como a perda é provocada pelo sujeito, esse processo se torna mais complexo.

Aray (1973) mostra a dificuldade do processo para a elaboração do luto. A ambivalência entre a pulsão de vida (concepção) e a pulsão de morte (aborto) gera sentimentos concomitantes de amor e ódio pelo mesmo objeto. Esse conflito conduz a pessoa vivenciar intensos sentimentos de culpa. A culpa persecutória advinda da perda voluntária do objeto também dificulta a elaboração do luto e transforma o perseguido em perseguidor.

Simon (1984) considera que a perda de objetos amados é extremamente dolorosa e as características da culpa e do castigo variam de acordo com a participação do sujeito na morte do objeto. Quando o indivíduo contribui para a morte do mesmo, a culpa persecutória é intensificada.

Lartigue e Vives (1994) revisaram a literatura psicanalítica sobre o tema e também levaram em consideração a experiência dos atendimentos realizadas com mulheres que sofreram abortamento espontâneo. As investigações realizadas demonstraram cinco fatores relevantes para compreensão da ocorrência do abortamento espontâneo: Uma necessidade compulsiva de repetição (repetição transgeneracional); a importância do significado emocional da gestação para esses grupos familiares. Um dos aspectos importantes estão vinculados com a história familiar, a forma como os filhos experimentam e registram inconscientemente os abortamentos vivenciados pela própria mãe. O segundo fator seria uma identificação narcísica com o feto: a gestação promove uma regressão com o estado simbiótico, a

gestante tem uma sensação de unidade primária com sua própria mãe. Esta regressão pode ativar a emergência de sentimentos ambivalentes com o feto ou com a própria mãe da gestante de tal intensidade, que pode estar revestido com uma identidade materna negativa. O terceiro fator importante está no relacionamento mãe-filha: dificuldade inconsciente para identificar-se com a representação generosa de sua própria mãe e sua capacidade materna. A gestante encontra grande dificuldade para integrar os aspectos polares da representação materna. O próximo fator importante é a resolução insatisfatória do complexo de Édipo: quando na realidade psíquica da filha os desejos edípicos são vivenciados de forma especialmente traumática e carregados de uma culpa tão intensa que são reprimidos. Uma necessidade inconsciente de castigo promove atuações corporais através do abortamento espontâneo. O último a gravidez indesejada: a falta de desejo consciente pode ser observada em adolescentes e em mulheres adultas que vivem um relacionamento que apresenta características de violência e hostilidade.

Lartigue e Vives (1994) apontam também a importância em compreender a repercussão causada pelo abortamento. Uma resposta comum é um intenso desejo e compulsivo para ter outro bebê. A mulher se culpa por não ter sido capaz de dar a luz a um filho vivo, tal como o filho de sua própria mãe. Logo após o abortamento pode ocorrer uma profunda regressão, uma dependência quase absoluta da mãe e do parceiro, acompanhada de uma sensação interna de estar indefesa, como se a mulher privada do filho, fosse um feto que não pôde fazer nada por si mesmo. Posteriormente, aparece a depressão e a sensação de vazio, assim como uma confusão, raiva e impotência diante do acontecimento. A culpa, a perda da auto-estima, junto com

a necessidade de castigo e desejos de morte; finalmente, tem lugar ao difícil trabalho de duelo: o duelo gira em torno do fantasma do bebê e o investimento narcísico durante a gestação. Ao final, os autores apontam para uma consideração clínica importante: a correlação entre a personalidade e abortamento espontâneo e provocado. Foi observado um maior número de abortamentos em pacientes com uma organização borderline.

Pines (1990) também apresenta uma visão psicanalítica sobre o abortamento espontâneo e provocado. A autora mostra algumas razões conscientes e inconscientes que podem levar a interrupção de uma gravidez. Isso pode ocorrer através de um abortamento espontâneo ou provocado. Análise de mulheres que vivenciaram abortamento freqüentemente revela tristeza, culpa e um luto não elaborado muitos anos após o evento. A gravidez é uma fase importante na vida da mulher que força a separação e individuação de sua própria mãe. O feto, concretamente dentro do seu corpo, faz com que a mulher reviva seus primeiros sentimentos em relação à sua mãe e ao mesmo tempo se identifique com seu feto da mesma forma como era dentro do corpo da mãe.

Pines (1990) considera que uma jovem mulher que viveu experiências boas com sua mãe, essa regressão temporária durante a gravidez é uma fase satisfatória e prazerosa. Para outras mulheres, as quais os sentimentos ambivalentes com a mãe não foram resolvidos, a inevitável regressão da gravidez facilita a projeção dos mesmos sentimentos para o feto. Assim, a interrupção de uma gravidez e a incapacidade para gerar um filho pode ter motivos inconscientes (abortamento espontâneo) como conscientes (abortamento provocado). A autora conclui que mulheres que abortaram

espontaneamente ou provocaram o aborto podem ter conflitos inconscientes em relação à identificação com sua mãe e sua capacidade de se tornar mãe.

Para Dolto (2000) a decisão em abortar é muito significativa na vida de uma mulher. Para uma mulher grávida que não consegue suportar seu estado, que deseja interromper sua gestação, existe um sentimento profundo, inconsciente ou consciente, de culpa acrescido de responsabilidade confusa diante da sua impotência social. Ela sente vergonha de transgredir a lei natural e social. Por detrás de sua demanda explícita, existe um sentimento de culpa, tanto por estar grávida como por rejeitar sua gestação.

Esta mesma autora considera importante pensar nos casos em que mulheres sentem culpa consciente por não abortar. Essa culpa é reprimida quando existe a lei que proíbe o aborto. Essas mulheres seguem o curso de sua gestação, sem condição maternal e psíquica de lidar com esse bebê.

Quayle (1991) destaca que as repercussões emocionais do abortamento espontâneo na vida da mulher tendem a ser minimizadas culturalmente. O abortamento espontâneo, no universo simbólico humano, pode estar associado muitas vezes com sentimento de culpa e fantasias de merecido castigo. A autora (1991, p.135) considera o abortamento uma situação de conflito:

Com aparente maldição, é vivenciada a ocorrência do abortamento ainda em nossos dias. Mesmo em casos em que não há efetivo planejamento da gestação e em que sua interrupção parece resolver um impasse moral e social, evidencia-se conflito e ambivalência.

1.4 ADAPTAÇÃO E EFICÁCIA ADAPTATIVA

A adequação da adaptação é um conceito, que avalia os modos ou a qualidade da adaptação. Esta definida por Simon (1989, p.14) como: “conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que a cada momento o modificam permitindo a manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida”.

Através da análise do conjunto de respostas, que permite a avaliação da adequação da adaptação, torna possível avaliar o passado, presente e prognóstico provável sobre o futuro.

A teoria da evolução da adaptação subentende um processo evolutivo que compreende dois períodos: adaptação estável e crítico. No período estável a evolução da adaptação ocorre de forma imperceptível e no período crítico de forma abrupta. A configuração adaptativa do sujeito constitui-se de fatores internos e externos, positivos e negativos. A partir da identificação da interação destes fatores pode-se obter a classificação diagnóstica do indivíduo. Quando há a prevalência de elementos positivos temos tendência a uma adaptação eficaz. Se forem negativos a uma adaptação ineficaz. No caso de haver um equilíbrio entre fatores positivos e negativos a adaptação tenderá a ser moderada. A noção de adaptação não é estática. A eficácia adaptativa no decurso do tempo é sempre dinâmica. A estabilidade adaptativa pode se conservar sem alterações drásticas conforme a interação dos fatores. Ou, num dado momento, por interferência de acréscimo ou diminuição significativa no universo pessoal o indivíduo sofre a ação de fatores geradores de crise. Após o

período crítico, o indivíduo pode continuar com a antiga configuração adaptativa ou adquirir uma nova configuração.

A EDAO- Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada é um instrumento que permite avaliação da configuração adaptativa ou funcionamento global ao considerar a qualidade das respostas em quatro setores: afetivo relacional (A-R), produtividade (Pr), sócio-cultural (S-C) e orgânico (Or).

O setor afetivo relacional (A-R) compreende o conjunto de sentimentos, atitudes e ações do sujeito em relação a si mesmo e ao outro.

O setor produtividade (Pr) refere-se aos sentimentos, atitudes e ações do indivíduo relacionado ao trabalho, estudo ou qualquer atividade produtiva, seja de natureza artística, filosófica ou religiosa.

O setor sócio-cultural (S-C) compreende o conjunto de sentimentos, atitudes e ações do indivíduo relativos à organização social e recursos comunitários, levando em conta os valores e costumes de cada cultura.

O setor orgânico (Or) refere-se ao conjunto de sentimentos, atitudes e ações em relação ao próprio corpo (higiene, alimentação, sono, sexo). O estado e funcionamento da totalidade do organismo do indivíduo.

As soluções compreendem três critérios: se resolvem o problema; se as soluções trazem satisfação e se essas soluções não causam conflitos externos e/ou internos. A partir desses critérios as soluções encontradas pelo indivíduo pode ser classificada como:

Adequada: resolve, gratifica e sem conflitos

Pouco Adequada: resolve, não gratifica mas sem conflitos ou resolve, gratifica mas causa conflitos.

Pouquíssimo Adequada: resolve, mas não gratifica e gera conflito interno e/ou externo.

O setor Afetivo Relacional (A-R) apresenta maior influência na totalidade adaptativa e interage de forma decisiva nos outros setores.

Os setores afetivo relacional (A-R) e produtivo (Pr) são avaliados de forma quantitativa e o sócio-cultural (S-C) e orgânico (Or) de forma qualitativa. Um indivíduo que apresenta a maioria de suas respostas, como pouco adequadas no setor A-R, isso representaria 3 pontos. As respostas adequadas, pouco e pouquíssimo são avaliadas conforme o quadro abaixo:

Setor	Pontuação conforme adequação		
	Adequado	Pouco	Pouquíssimo
A-R	3	2	1
Pr	2	1	0,5

Quadro I – Quantificação dos Setores Adaptativos A-R e Pr. (SIMON, 2005, p. 27).

O quadro abaixo (SIMON, 2005, p.27) apresenta a redefinição da escala diagnóstica adaptativa operacionalizada relacionada à classificação diagnóstica. A soma dos pontos relacionado ao setor AR e setor Pr resultam em cinco grupos adaptativos:

Grupo	Classificação Diagnóstica	Soma	Pontuação
1	ADAPTAÇÃO EFICAZ	<i>(ambos adequados)</i> AR adeq. + Pr adeq. = 3 + 2 =	5,0
2	Adaptação Ineficaz Leve	<i>(AR [ou Pr] adeq. + AR [ou Pr] pouco adeq.)</i> AR pouco adeq. + Pr adeq. = 2 + 2 = Ou AR adeq. + Pr pouco adeq. = 3 + 1 =	4,0 4,0

3	Moderada	<i>(ambos pouco adeq.)</i> AR pouco adeq. + Pr pouco adeq. = 2 + 1 = <i>(ou 1 adequado + 1 pouquíssimo)</i> AR adeq. + Pr pouquíssimo = 3 + 0,5 = Ou AR pouquíssimo + Pr adeq. = 1 + 2 =	3,0 3,5 3,0
4	Severa	<i>(1 pouquíssimo + 1 pouco adeq.)</i> AR pouquíssimo + Pr pouco = 1 + 1 = Ou AR pouco + Pr pouquíssimo = 2 + 0,5 =	2,0 2,5
5	Grave	<i>(2 pouquíssimo adequados)</i> AR pouquíssimo + Pr pouquíssimo = 1 + 0,5 =	1,5

Quadro II – Definição da escala diagnóstica adaptativa operacionalizada. Classificação quantitativa. (SIMON, 2005, p. 27).

O quadro abaixo apresenta a descrição clínica relacionada aos cinco grupos adaptativos (SIMON, 2005, p.28):

Grupo	Adaptação	Descrição Clínica
1	Eficaz	Personalidade “normal”, raros traços sintomas neuróticos ou caracterológicos.
2	Ineficaz Leve	Sintomas neuróticos brandos, ligeiros traços caracterológicos, algumas inibições.
3	Ineficaz Moderada	Alguns sintomas neuróticos, inibição moderada, alguns traços caracterológicos.
4	Ineficaz Severa	Sintomas neuróticos mais limitadores, inibições restritivas, rigidez de traços caracterológicos.
5	Ineficaz Grave	Neuroses incapacitantes, <i>bordelines</i> , psicóticos não agudos. Extrema rigidez caracterológica.

QUADRO III- Diagnóstico adaptativo operacionalizado e descrição clínica. (Simon, 2005, p. 28)

O conceito de fatores utilizado por Simon é fundamental para compreender e avaliar a eficácia adaptativa. Para o autor (2005) os fatores são

usados como uma concepção genérica de fatos que interagem mediados pelo ego. São divididos em duas categorias: fatores internos e fatores externos.

Os fatores internos e externos podem ser positivos ou negativos. Os fatores internos positivos (f/i+) e externos positivos (f/e+) influem para soluções adequadas no enfrentamento das situações problema e na manutenção da adequação da adaptação.

Os fatores internos (f/i-) e externo negativo (f/e-) contribuem para soluções inadequadas das situações problema e também podem interferir na manutenção da inadequação da adaptação. A constelação entre + e - podem influenciar em soluções pouco adequadas.

De acordo com Simon (2005) os fatores internos (f/i) referem-se a estrutura e dinamismo do mundo mental do indivíduo. Fazem parte dos fatores internos (f/i) : os fatores tensionais (f/t), fatores defensivos (f/d), fatores objetais (f/Oi) e fatores orgânicos (f/Or). Fatores tensionais (f/t) são as pressões exercidas pelas necessidades, desejos e emoções no relacionamento interpessoal. Fatores defensivos (f/d) incluem as defesas psíquicas e seus mecanismos. Fatores Objetais (f/Oi) compreendem as relações dos objetos internos entre si e com o ego. Fatores Orgânicos (f/Or) referem-se as funções orgânicas e integridade anatômica e funcional.

Os fatores externos (f/e) existem fora da personalidade do sujeito tais como situações objetivas que são significativas. Referem-se ao conjunto de fatores ambientais como os setores S-C (Sócio Cultural) e Pr (Produtividade).

Os fatores internos positivos e negativos podem ser considerados como processos intrapsíquicos que influenciam nas soluções adequadas, pouco e

pouquíssimo. A interação dos fatores internos com os externos geram soluções que são armazenadas na memória. Assim, podem ser capazes de funcionar como predisposições adaptativas.

A partir das relações do indivíduo consigo próprio e com os objetos externos são adotadas soluções para os problemas apresentados. Quando as situações são predominantemente inadequadas surge a situação-problema. Simon diz que a situação problema “indica não uma simples questão a ser resolvida, mas um vasto desafio que engloba a percepção de um complexo de variáveis coexistindo e interagindo simultaneamente, pressionando o sujeito a encontrar uma resposta.” (2005, p.29) É uma situação significativa que surge na vida do indivíduo que precisa ser solucionada. Caso contrário seria uma crise adaptativa. Frente a uma nova situação o sujeito recorre ao seu repertório adquirido pela experiência de vida.

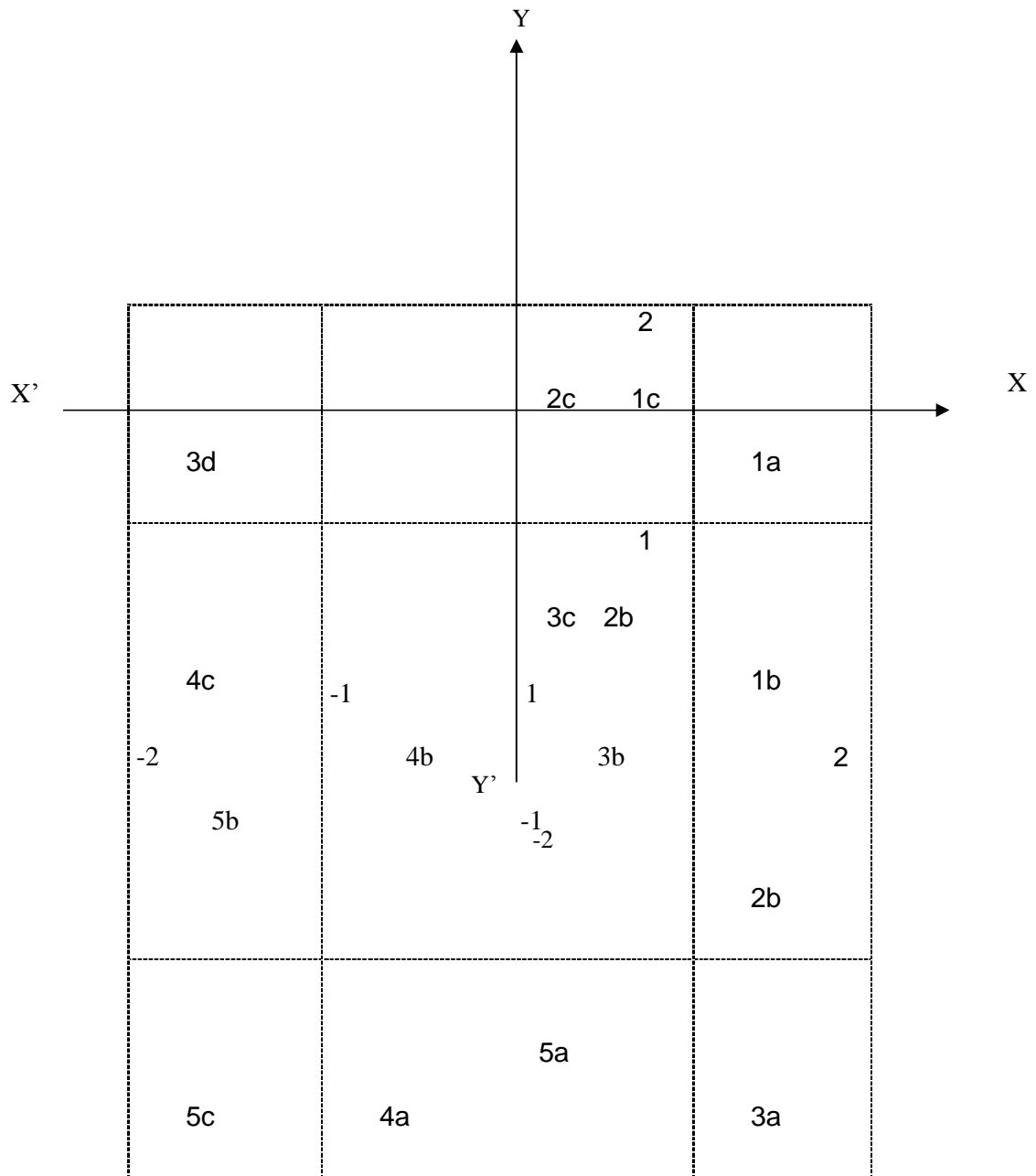
Simon (1989) considera que o essencial na geração da crise é o fato do indivíduo estar frente a uma situação nova e transformadora. A crise se deve a um aumento ou diminuição significativa do espaço do universo pessoal. As crises adaptativas podem ser divididas em crise por perda e a crise por aquisição. Ambas as formas de crise têm em comum a angústia diante do novo e desconhecido. Na crise por perda predominam sentimentos de depressão e culpa. O sujeito se acusa por não ter feito o suficiente para evitar a perda. Na crise por aquisição predominam sentimentos de insegurança, inferioridade e inadequação. Para Simon (2005) na crise por perda através psicoterapia breve operacionalizada o terapeuta pode auxiliar a pessoa a elaborar sua culpa, para poder aceitar a perda. Os objetivos nas crises por aquisição é ajudar a pessoa a superar seus sentimentos de inferioridade, inadequação e insegurança.

O autor (2005) considera que um indivíduo com Adaptação Eficaz raramente encontra soluções pouquíssimo adequadas. Um indivíduo com uma Adaptação Severa ou Grave espera-se um repertório caracterizado por rigidez na percepção da situação problema. As soluções empregadas diante dos problemas novos são repetidas. A criatividade desses indivíduos é prejudicada pelas defesas contra a angústia persecutória e assim apresentam—soluções pouco e pouquíssimo adequadas.

Simon (2005) através de suas observações clínicas considera que existem indivíduos com propensão crônica para escolher soluções inadequadas para as situações apresentadas pela vida. Para o autor, esses indivíduos tiveram ao longo do primeiro ano de vida fixações nas posições esquizoparanóide e depressiva. Fixações predominantes na fase esquizoparanóide contribuem para o excesso de identificação projetiva, distorcendo a percepção da realidade. Por isso, as soluções encontradas são geralmente inadequadas. Fixações na posição depressiva refletem pessoas tristes que assumem culpas indevidas, que pouco tem haver com sua participação. Devido ao excesso de culpa persecutória suas respostas são influenciadas por necessidades de punições, gerando soluções inadequadas.

Simon (2005) utiliza o modelo cartesiano da geometria analítica, para explicar, a influência da interação dos fatores internos (constitucionais) e fatores externos (ambientais) na adaptação do indivíduo.

Figura 1 - Correlação dos diferenciais dos fatores internos $x'(\text{constitucionais})$ e fatores externos $y'(\text{ambientais})$. (Simon, 2005, p.74)



Na figura acima, o eixo das abcissas x' corresponde aos fatores internos e o eixo das ordenadas y' corresponde aos fatores externos. Nos quatro quadrantes existem 16 grupos, existindo três formas de obter os Grupos 1 (Adaptação Eficaz), 2 (Adaptação Ineficaz Leve), 4 (Adaptação Ineficaz Severa) e 5 (Adaptação Ineficaz Grave) e quatro formas de obter o Grupo 3 (

Adaptação Ineficaz Moderada). Um indivíduo que se encontra na área 5c (-2, 2) obteve o máximo de fatores negativos – constitucionais e ambientais-admissíveis para uma pessoa. A interação dos fatores internos e externos é representada pela equação etiológica $G = C + A$. Na qual C representa os fatores internos, A- os fatores ambientais e G- o grupo adaptativo resultante dessa interação. Atribui-se a C e A os valores relativos às abcissas e ordenadas de cada subgrupo adaptativo.

Quadro IV- Desdobramento da equação etiológica. (Simon, 2005, p.78)

Sub Grupo	C	A	Prognóstico Intragrupal	Relação com o Ambiente
1a	2	2	Relativamente melhor	Dependência Mediana
1b	2	1	Relativamente mediano	Relativamente independente
1c	1	2	Relativamente pior	Relativamente dependente
Grupo 2 adaptação Ineficaz Leve (bom prognóstico)				
2a	2	-1	Relativamente melhor	Relativamente independente
2b	1	1	Relativamente mediano	Dependência Mediana
2c	-1	2	Relativamente pior	Relativamente dependente
Grupo3 adaptação Ineficaz Moderada (prognóstico regular)				
3a	2	-2	Relativamente melhor	Relativamente mais independente
3b	1	-1	Segundo melhor	Relativamente independente
3c	-1	1	Relativamente pior	Relativamente dependente
3d	-2	2	Segundo pior	Relativamente mais dependente
Grupo 4 Adaptação Ineficaz Severa (prognóstico reservado)				
4a	1	-2	Relativamente melhor	Relativamente independente
4b	-1	-1	Relativamente mediano	Dependência Mediana
4c	1	1	Relativamente pior	Relativamente dependente
Grupo 5 Adaptação Ineficaz Grave (mau prognóstico)				
5a	-1	-2	Relativamente melhor	Relativamente independente
5b	-2	-1	Relativamente mediano	Dependência Mediana
5c	-2	-2	Relativamente pior	Relativamente dependente

2. OBJETIVOS

1. Investigar a eficácia adaptativa de mulheres que vivenciaram abortamento e freqüentam um Ambulatório de Reprodução Humana.

2. Identificar as repercussões psicológicas associadas a estes abortamentos.

3. método

3.1 Participantes

Participaram desta pesquisa 10 mulheres, idade variando entre 29 e 45 anos, com história de abortamento espontâneo e/ou induzido que fazem parte do Programa de Reprodução Assistida da Faculdade de Medicina do ABC. Sendo que 2 pacientes tinham história de abortamento provocado e espontâneo, 6 pacientes haviam sofrido pelo menos 1 abortamento espontâneo e 2 mulheres tinham história de abortamento induzido. A amostra foi composta por seleção de prontuários.

Quadro V: Distribuição da amostra por nome, idade, nº de filhos, nº de abortamentos espontâneos e nº de abortamentos provocados.

NOME	IDADE	Nº DE FILHOS	Nº ABORTAMENTOS PROVOCADOS	Nº ABORTAMENTOS ESPONTÂNEOS
1. Elaine	41	0	1	3
2. Roberta	32	0	0	1
3. Ana	29	1	0	2
4. Solange	40	1	0	1
5. Flávia	45	3	0	2
6. Raquel	38	0	1	0
7. Fátima	44	0	1	0
8. Simone	30	2	1	1
9. Erica	40	0	0	2
10. Elisa	33	0	0	3

Critério de Inclusão: Mulheres que vivenciaram abortamento espontâneo e/ou provocado pacientes do Programa de Reprodução Assistida. Um termo de consentimento livre e esclarecido foi entregue e assinado pelas mulheres que aceitaram participar do estudo (Anexo I).

3.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina do ABC. As entrevistas foram realizadas na sala destinada aos atendimentos psicológicos. No ambulatório de Reprodução Humana da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) são atendidos, desde 2001, casais que buscam solucionar seu problema de infertilidade. O atendimento ao paciente é realizado por uma equipe multiprofissional composta por equipe de médicos, biólogos, enfermeiras e psicólogas.

3.3 INSTRUMENTOS:

O instrumento utilizado foi a entrevista clínica preventiva baseada na Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO).

A EDAO, tal como descrita e justificada na parte introdutória do trabalho, funciona como um esquema referencial para o psicólogo conduzir as entrevistas. O instrumento avalia a eficácia adaptativa do entrevistado, através da investigação dos quatro setores de funcionamento do indivíduo: afetivo relacional, produtividade, orgânico e sócio-cultural.

3.4 PROCEDIMENTO

Através dos prontuários médicos foram selecionadas mulheres com história de abortamento provocado e/ou espontâneo. Foi estabelecido uma amostra por conveniência. As pacientes foram convidadas a participar da pesquisa através de uma ligação telefônica realizada pela própria pesquisadora. As entrevistas foram realizadas com horário previamente reservado, na sala destinada ao atendimento psicológico, com a duração de uma hora e conforme a necessidade foi realizada outras entrevistas.

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC. O termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I) foi entregue às pacientes que concordaram em participar da pesquisa. Elas foram esclarecidas sobre o sigilo que seria mantido em relação às informações fornecidas, sendo-lhes garantido o direito de desistir a qualquer momento de sua participação no estudo. Foi esclarecido, também, que elas não sofreriam qualquer tipo de prejuízo de natureza física e psicológica.

4. RESULTADOS

NESTE CAPÍTULO SERÃO APRESENTADOS E DISCUTIDOS OS RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ENTREVISTA CLÍNICA PREVENTIVA. FORAM UTILIZADO NOMES FICTÍCIOS PARA CADA PARTICIPANTE.

Quadro VI: Diagnóstico Adaptativo das mulheres com história de abortamento

NOME	DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO	GRUPO	SUB GRUPO
1. Elaine	Adaptação Ineficaz Severa	4	4b
2. Roberta	Adaptação Ineficaz Severa	4	4b
3. Ana	Adaptação Ineficaz Leve	2	2b
4. Solange	Adaptação Ineficaz Moderada	3	3b
5. Flávia	Adaptação Ineficaz Severa	4	4c
6. Raquel	Adaptação Ineficaz Leve	2	2b
7. Fátima	Adaptação Ineficaz Moderada	3	3c
8. Simone	Adaptação Ineficaz Moderada	3	3c
9. Erica	Adaptação Ineficaz Severa	4	4c
10. Elisa	Adaptação Ineficaz Moderada	3	3a

Conforme o Quadro 6, duas pacientes foram classificadas com Adaptação Ineficaz Leve, quatro pacientes com Adaptação Ineficaz Moderada e quatro com Adaptação Ineficaz Severa. O subgrupo que cada paciente se encontra está diretamente relacionado com o seu prognóstico. Assim, podemos compreender que as quatro pacientes que apresentaram Adaptação Ineficaz Severa foram distribuídas em diferentes subgrupos. Elaine e Roberta situam-se no Grupo 4- o que significa que apresentam prognóstico reservado- e foram classificadas no subgrupo 4b- o que significa que apresentam um prognóstico intragrupal

relativamente mediano e a relação com o ambiente é caracterizado por uma dependência mediana. A Flávia e Érica situam-se no subgrupo 4c- o que significa que apresentam um prognóstico intragrupal relativamente pior e a relação com o ambiente é relativamente dependente.

Caso 1

Elaine, vendedora, 41 anos, casada há 10 anos, sem filhos. A paciente provocou um aborto aos 17 anos e sofreu três espontâneos do atual casamento. Procurou o ambulatório após um ano do último abortamento espontâneo. Sente-se culpada por ter provocado o aborto na adolescência. Os abortamentos espontâneos foram vivenciados com muita dor e tristeza. Ao mesmo tempo, que apresenta desejo de engravidar, também tem muito medo de experimentar novas perdas. O marido tem dois filhos do primeiro casamento e o filho mais novo (18 anos) mora em sua casa. Ela gosta de cuidar do adolescente e se preocupa com o seu estado físico e emocional, mas relata que não se sente mãe do menino. Elaine apresenta compulsão por jogos de azar, como, Casas de Bingo. Freqüenta o “Bingo” várias vezes na semana e muitas vezes fica a madrugada inteira jogando. A paciente não tem controle sobre o tempo e dinheiro que gasta no jogo. Seu marido se preocupa com Elaine e fica muito bravo quando ela volta tarde porque estava jogando. Apresenta conflitos na vida conjugal e em especial nas relações sexuais. Em relação ao tratamento para engravidar, na época da entrevista a paciente estava realizando exames solicitados na triagem médica.

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

A paciente associa os abortamentos espontâneos como “castigo” pelo aborto provocado na adolescência. (f/i-)

A infertilidade secundária reativa seus sentimentos de raiva, tristeza e culpa. Podemos compreender que a dificuldade para engravidar somada aos abortamentos espontâneos geram intensa angústia. (f/i-)

Ambivalência em querer engravidar e medo de perder novamente. (f/i-)

Maria apresenta dificuldade em aceitar o amor do filho de seu marido (18 anos) que mora desde os nove anos em sua casa e a considera como uma mãe. (f/i-)

Tem inveja e ciúmes das pessoas do seu trabalho. Dificuldades em aceitar seus erros e sempre deposita nos outros a culpa e responsabilidade pelos acontecimentos. (f/i-)

Não reconhece o amor e a preocupação do marido, ele sempre pede para a mulher voltar mais cedo do Bingo. (f/i-)

Não consegue se responsabilizar por suas escolhas e dificuldades. Justifica sua frequência no Bingo por não conseguir voltar para sua casa. (f/i-)

Setor Produtividade (Pr):

A paciente sente prazer em trabalhar como vendedora. (f/i+).

Muitas vezes chega atrasada ao trabalho e inventa uma história qualquer para a dona da loja. (f/i-)

Sente inveja e vontade de estar no lugar da proprietária da loja. (f/i -)

Muitas vezes permite que os clientes que trabalham e moram perto da loja paguem a compra no final do mês. Chegando ao final do mês precisa ligar para cobrar esses clientes e muitas vezes não consegue receber o dinheiro. (f/e-)

Setor Sócio- Cultural (Sc):

A paciente gosta de freqüentar festas, reuniões sociais e visitar suas amigas. (f/i+)

Toda semana freqüenta algum Bingo na cidade. Normalmente fica a noite inteira no Bingo e depois chega em casa cansada e culpada. (f/i-)

Setor Orgânico (Or):

Os abortamentos vivenciados pela paciente e a dificuldade para engravidar provocam sentimentos de inferioridade, culpa e tristeza. (f/i-)

Percebe que todas as vezes que freqüenta o Bingo passa noites de sono agitado e fuma muito mais do que seu costume. (f/i-)

Atualmente não apresenta satisfação no seu relacionamento sexual e assim esquiva-se das relações com o marido ou acaba tendo relações sem vontade. (f/i-)

A paciente está classificada no Grupo 4, portanto, apresenta uma Adaptação Ineficaz Severa= 2 pontos [A-R=1 ponto somado a Pr= 1 ponto] . Os fatores externos somados aos fatores internos influenciaram nas soluções pouquíssimo adequadas no setor AR e pouco adequadas no setor Pr. Pela figura 1, situa-se no subgrupo 4b, indicando prognóstico reservado e com dependência mediana do ambiente.

Caso 2

Roberta, 32 anos, desempregada, casada há 7 anos, tentando engravidar após último abortamento espontâneo em 2005. Refere-se ao abortamento como uma experiência muito dolorosa e relata sobre o medo de vivenciá-lo novamente. Roberta apresenta dificuldades em demonstrar seus afetos, fato que gera conflitos em seu casamento. Suas dificuldades em lidar com as questões sexuais também é motivo de grande conflito no casamento. Sente-se

constrangida nos eventos sociais quando é questionada sobre a maternidade. Atualmente está desempregada e justifica não procurar trabalho pela dedicação ao tratamento.

Em relação ao tratamento para engravidar: a paciente fez três tentativas de coito programado e foi indicado FIV¹ para uma próxima tentativa. Ela ficou muito frustrada com os resultados negativos das tentativas anteriores e está muito ansiosa para realizar a FIV.

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Reconhece o amor de seu marido. (f/e+)

Apresenta dificuldade em demonstrar seus sentimentos, acredita ser uma pessoa distante e fechada. (f/i-)

Sente inveja de colegas e mulheres de sua família que estão grávidas. (f/i-)

Refere-se a dificuldade de relacionamento com sua mãe, figura a qual descreve como muito distante afetivamente. (f/e-)

Sente-se cobrada pelo marido em relação as questões afetivas, como carinho e atenção. (f/e-)

Setor Produtividade (Pr):

A paciente não está trabalhando e diz que prefere não procurar nenhum trabalho enquanto faz o tratamento. (f/e-)

Utiliza da arrogância e acaba recusando as propostas de trabalho como se não valesse a pena. (f/i-)

Acredita ser importante frequentar cursos de informática e inglês enquanto não trabalha.

Sente prazer em fazer os cursos. (f/e+)

¹ FIV- Fertilização in vitro: Técnica reprodutiva assistida que inclui a manipulação direta e manipulação de oócitos e espermatozoides para alcançar a fertilização in vitro.

Setor Sócio- Cultural (Sc):

A paciente gosta de viajar, ir ao cinema e festas, mas atualmente refere que tem dificuldade de ir nas festas de amigos que já tem filhos. Sente-se incomodada por não ter um filho. (f/i-)

Sente-se constrangida em encontrar seus familiares e ser questionada sobre seu tratamento e futura gestação. (f/i-)

Freqüenta a igreja duas vezes por semana e sente-se bem com as pessoas. (f/e+)

Setor Orgânico (Or):

A paciente refere-se ao medo de ter outro abortamento espontâneo. (f/i-)

Tem gastrite e consegue associar suas dores à situações difíceis de sua vida. (f/i-)

Apresenta dificuldades no relacionamento sexual, não sente desejo. (f/i-)

Afirma que seu marido reclama sobre a vida sexual do casal. (f/e-)

Vivencia os resultados negativos do tratamento para engravidar com muita tristeza e raiva. (f/e-)

A paciente está classificada no Grupo 4- Adaptação Ineficaz Severa= 2 pontos [AR= 1 ponto somado a PR= 1 ponto]. Apresenta repostas pouquíssimo adequadas no setor Afetivo Relacional e repostas pouco adequadas no setor produtividade. Pela figura 1, situa-se no subgrupo 4b, indicando prognóstico reservado e com dependência mediana do ambiente.

Caso 3

Ana é uma jovem de 29 anos, secretária, casada, tem uma filha de 7 anos. Ela procurou o ambulatório após dois abortamentos espontâneos. Na entrevista, ela conta como foi a sua primeira gestação. Relata que engravidou durante o namoro, no qual estava muito feliz, e junto com o namorado resolveu assumir a gravidez. Os dois se casaram e alugaram uma casa. Em seu relato, Ana evidencia todas as coisas que precisou abdicar para dar conta da gestação. Ela parou de freqüentar as aulas e começou a economizar mais dinheiro. Quando

sua filha completou 1 ano, retorna aos estudos. A paciente termina o colegial e logo, entra na faculdade. Ela trabalhava no período diurno e matutino e estudava à noite. O marido de Ana sempre gostou de cuidar de sua filha. Na época da entrevista, a paciente havia acabado de ingressar no Ambulatório de Reprodução Humana e iria realizar os exames solicitados na triagem médica.

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Apresenta uma relação harmoniosa com o marido. Reconhece seu esforço e dedicação como marido e pai de sua filha. (f/i+)

Refere-se aos pais como figuras importantes. (f/e+)

Reconhece o amor dos pais. (f/i+)

O desejo de ter outro bebê tomou um vulto muito grande em sua vida. Após o abortamento parece pensar somente em ter outro bebê. (f/i-)

Atribui e fantasia O filho uma próxima gestação como uma solução para seus problemas. (f/i-)

Setor de Produtividade (Pr):

Está freqüentando um curso de graduação, que corresponde às suas expectativas (f/e+)

Tem satisfação no estudo e tem planos para o futuro. (f/i+)

Setor Sócio- Cultural (Sc):

Gosta de sair com sua filha e marido para diferentes lugares. (f/i+)

Sente satisfação em participar de festas e reuniões sociais. (f/i+)

Setor Orgânico (Or):

Sente medo pela possibilidade de ter outro abortamento espontâneo. (f/i-)

Ana descreve o abortamento como um dos momentos mais difíceis de sua vida. (f/i-)

A paciente está classificada no Grupo 2, em crise, portanto apresenta uma adaptação Ineficaz Leve em Crise= 4 pontos [AR= 2 pontos + PR= 2 pontos]. Apresenta respostas pouco adequadas no setor Afetivo Relacional e respostas adequadas no setor Produtivo.

Pela figura 1, situa-se no subgrupo 4b, indicando prognóstico reservado e com dependência mediana do ambiente.

Caso 4

Solange, 40 anos, empresária, casada há 18 anos, tem uma filha adotiva de 8 anos. A paciente sofreu um abortamento espontâneo há 13 anos atrás. Ficou assustada com a notícia pois não havia planejado a gestação e logo sofreu o abortamento. Há 10 anos atrás procurou tratamento para engravidar em consultório particular. Fez uma FIV e não teve sucesso. Após resultado negativo da FIV, conhece uma mulher que estava grávida e não queria ficar com o bebê. Solange ajudou a grávida a fazer os exames do pré-natal e após o nascimento adotou a criança. Quando a paciente era adolescente sua mãe lhe contou sobre como ficou grávida. A mãe de Solange tem dúvidas se engravidou após um estupro ou de um namorado. Essa dúvida permanece na cabeça de Solange até hoje, fato que gera muitas fantasias em relação ao seu verdadeiro pai. Em seu relato, evidencia o sofrimento e preocupação com seu casamento. Há pouco tempo descobriu que o marido estava se relacionando com outra mulher. No ambulatório foi indicado FIV e a paciente está confusa e não sabe se irá realizar a tentativa, diz não ter dinheiro para realizar o tratamento. Solange acredita que um filho traria muita “vida” ao seu casamento.

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

O segredo sobre a adoção da filha se transforma em um objeto perseguidor. (f/i-)

Solange reconhece a importância da adoção em sua vida. (f/e+)

A dúvida sobre o seu verdadeiro pai, história contada pela mãe sobre não saber se engravidou após um estupro ou de um namorado parece ter uma repercussão interna significativa. (f/e-)

Não é capaz de controlar de forma adequada sua impulsividade. (Quando desconfiou sobre a traição do marido o ameaçou com uma faca). (f/i-)

O desejo de uma gravidez tem uma representação de solução para resolver os problemas de seu casamento. (f/i-)

Setor de Produtividade (Pr):

O seu trabalho é bom e corresponde às suas expectativas. (f/e+)

Sente satisfação com o seu trabalho. (f/i+)

Tem disposição para mudar e encontrar novas formas para melhorar o trabalho. (f/i+)

Tem dificuldade para se desligar mentalmente do trabalho. Volta para casa pensando sobre os problemas do trabalho. (f/i-)

Setor Sócio- Cultural (Sc):

Frequenta festas e reuniões sociais. (f/e+)

Gosta de viajar com a família. (f/i+)

Sente prazer em levar a filha passear e gosto de encontrar amigos. (f/i+)

Setor Orgânico (Or):

Percebe que o relacionamento sexual com o marido não está satisfatório. Diz que o marido está distante e sente que o desejo sexual dele diminuiu. (f/e-)

A dificuldade para engravidar gera angústia e sentimentos de inferioridade. (f/i-)

Acredita que mesmo sendo mãe, da filha adotiva, gostaria de vivenciar a experiência da gestação. Ela projeta na gestação fantasias de onipotência e resolução de muitos problemas

em seu casamento. (f/i-)

Justifica a dificuldade no relacionamento sexual pelo estresse do trabalho. (f/i-)

A paciente está classificada no grupo 3- Adaptação Ineficaz Moderada= 3 pontos [AR= 2 ponto + PR= 1 ponto]. Pela figura 1, situa-se no subgrupo 3b , indicando prognóstico regular.

Caso 5

Flávia, 45 anos, desempregada, tem três filhos do primeiro casamento. Está casada há 9 anos e teve dois abortamentos espontâneos do atual marido. Sua sogra sempre cuidou de seus filhos enquanto trabalhava. Quando casou foi morar com sua sogra, que sempre a ajudou. Seu casamento foi se desgastando pois o marido bebia muito. Os dois se separaram e depois de um ano o ex-marido faleceu. Após dois anos conhece o atual parceiro. Hoje, mora com o atual marido e os filhos continuaram morando com a avó paterna. Gostaria de ter um filho desse relacionamento. Refere aos abortamentos como momentos muito difíceis de sua vida.

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Idealiza a figura do marido atual. (f/i-)

Tem medo de não engravidar e o marido encontrar outra mulher. O filho parece ter um significado de selar seu casamento. (f/i-)

Após ter procurado o ambulatório só consegue pensar nessa futura gestação. (f/e-)

Os abortamentos e a dificuldade para engravidar intensificam sua insegurança e inferioridade. (f/i-)

Reconhece precisar de ajuda e sentiu-se satisfeita em participar da pesquisa e conversar sobre seus problemas com um profissional. (f/i+)

Setor de Produtividade (Pr):

Desde que começou o tratamento resolveu deixar o trabalho e sente-se insatisfeita com essa situação. (f/i-)

Diz ter vontade em voltar a realizar alguma atividade que lhe dê prazer, mas não consegue sair dessa situação. Sente-se estagnada. (f/i-)

Setor Sócio- Cultural (Sc):

Atualmente, não tem vontade de sair de casa. (f/i-)

Não frequenta reuniões e festas por sentir-se deprimida. (f/i-)

Setor Orgânico (Or):

Reconhece que após os abortamentos sente-se deprimida e sua vida sexual tem piorado. (f/i-)

Refere-se aos abortamentos como um dos momentos mais difíceis de sua vida. (f/i-)

Reconhece seu fracasso em cada menstruação, sente-se triste e arrasada. (f/i-)

A paciente está classificada no Grupo 4- Adaptação Ineficaz Severa. [AR= 1 ponto + PR= 1 ponto = 2 pontos]. Pela figura 1, situa-se no subgrupo 4c, indicando prognóstico reservado e com relativamente dependência do ambiente.

Caso 6

Raquel, 39 anos, manicure, casada há 5 anos. A paciente engravidou na primeira relação sexual aos 17 anos, o namorado disse que não aceitaria a gestação e assim resolveu abortar. Refere ao abortamento provocado como a decisão mais difícil de sua vida. Depois do aborto provocado, continuou namorando durante 13 anos. Ela não estava satisfeita com o

namoro, mas não conseguia terminar o relacionamento. Quando conheceu o atual companheiro decidiu terminar o antigo namoro. Ela sente-se satisfeita com a relação atual. O marido fez vasectomia e precisa de tratamento especializado para engravidar. Ela está realizando os exames que foram solicitados na triagem médica.

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Sente satisfação com o seu casamento. (f/i+)

O companheiro é presente e amoroso. (f/e+)

Acredita que sua educação rígida influenciou de forma negativa em seus relacionamentos afetivos. (f/e-)

Setor de Produtividade (Pr):

Tem bons clientes e mantém com eles uma relação adequada. (f/e+)

Freqüenta cursos para aperfeiçoar seu trabalho. (f/e+)

Aceita críticas e sugestões em relação ao seu trabalho. (f/i+)

Setor Sócio- Cultural (Sc):

Sente-se satisfeita com os grupos sociais que freqüenta. (f/i+)

Setor Orgânico (Or):

Considera o abortamento provocado o momento mais difícil de sua vida. (f/i-)

O aborto provocado teve uma repercussão negativa em seu mundo interno. (f/i-)

A paciente está classificada no Grupo 2-Adaptação Ineficaz Leve. [AR= 2 ponto somado a PR= 2 pontos]. Pela figura 1, situa-se no subgrupo 2b, indicando bom prognóstico .

Caso 7

Fátima, 44 anos, casada há 5 anos, desempregada, não tem filhos, tentando engravidar após um ano de casamento. Engravidou aos 21 anos e provocou o aborto. Durante muito tempo se relacionou com um homem casado e acreditava que esse relacionamento teria um futuro feliz. Resolveu se separar desse relacionamento e teve alguns namorados. Sempre desconfiou dos homens e acreditava que eles só tinham interesse sexual. Depois que conheceu João resolveu assumir o relacionamento. Sente-se satisfeita com seu casamento. Tem muito desejo de engravidar. Antes de ingressar no ambulatório, procurou outros serviços de Reprodução. No ambulatório foi indicado como tratamento: Ovodoação².

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

O sentimento de culpa em relação ao aborto provocado é intensificado pela dificuldade para engravidar. (f/i-)

Depois de suas decepções amorosas esquivou-se de relacionamentos afetivos e acreditava que não encontraria mais nenhum parceiro. (f/i-)

Reconhece o amor do marido e tem capacidade de demonstrar seu amor. (f/i+)

Reconhece precisar do próximo emocionalmente e procura companhia. (f/i+)

Dificuldade de relacionamento com os irmãos. Os irmãos são distantes e sempre sentiram ciúmes do seu relacionamento com sua mãe. (f/e-)

A mãe faleceu quando a paciente tinha 18 anos, sente muita falta e tristeza quando recorda a situação. (f/e-)

Setor de Produtividade (Pr):

² Ovodoação- A doação de oócitos é uma técnica de reprodução assistida na qual os gametas femininos são oriundos de uma mulher doadora e o embrião resultante é transferido para uma receptora.

Sente prazer em algumas atividades de sua casa. (f/i+)

Ela gostaria de voltar a trabalhar, sente falta de ganhar seu dinheiro mas não procura nenhum emprego. (f/i-)

No início do casamento o marido estava com dificuldades no trabalho. Ela pediu para “Deus” um emprego para o marido. A paciente acredita que como Deus conseguiu um emprego para João, ela não deve “pedir” um emprego para ela, justifica não procurar trabalho por esse motivo. (f/i-)

Setor Sócio- Cultural (Sc):

Freqüenta a igreja duas vezes por semana e sente satisfação com a atividade. (f/e+)

Gosta de sair, freqüentar festas e reuniões sociais. (f/e+)

Freqüenta os cursos oferecidos pela comunidade. (f/e+)

Setor-Orgânico (Or):

Refere ao aborto provocado como momento mais difícil de sua vida. (f/e-)

Sente culpa em relação ao aborto provocado. (f/i-)

Relacionamento sexual satisfatório. (f/i+)

Tem vontade de engravidar, mas consegue reconhecer que o tratamento é estressante, difícil e demorado (ovodocação). (f/e-)

A paciente está classificada no Grupo 3- Adaptação Ineficaz Moderada= 3 pontos [AR= 2+ PR= 1 ponto] . Ela apresentou respostas pouco adequadas no setor Afetivo Relacional e também no setor Produtividade. Pela figura 1, situa-se no subgrupo 3c, indicando prognóstico regular.

Caso 8

Simone, 30 anos, costureira, tem duas filhas, casada há 7 anos. Fez laqueadura aos 19 anos, três meses após o abortamento espontâneo. Aos 15 anos engravidou, ficou muito preocupada com a reação dos pais e decidiu abortar. Com 16 anos descobre estar grávida novamente, dessa vez, resolve assumir a gestação. Os pais ficaram bravos, num primeiro momento e depois ajudaram a filha. No ano seguinte engravidou novamente e nasce sua segunda filha. Aos 19 anos descobre que está grávida, após algumas semanas, o médico avisa que o embrião não está se desenvolvendo. Teve um abortamento espontâneo. As filhas de Simone sempre foram cuidadas pela avó materna. As meninas reconhecem a avó como mãe e moram em sua casa até hoje. No ambulatório foi indicado a reversão da laqueadura mas a cirurgia não teve sucesso. A paciente tem indicação médica para fazer FIV, mas não tem dinheiro para realizar a tentativa.

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Reconhece o amor do marido, sente-se satisfeita com o seu casamento. (f/e+)

O desejo de engravidar está relacionado com o medo de perder seu parceiro. Acredita que engravidar seria muito importante, já que o marido não tem filhos. (f/i-)

Está fazendo um grande investimento em algo que tem pouca chance de sucesso, o tratamento para engravidar. (f/e-)

Dificuldade financeira para realizar o tratamento (f/e-)

Sente-se frustrada por não ter dinheiro suficiente para realizar o tratamento. (f/i-)

A partir do momento que procurou o ambulatório, diz que só consegue pensar no tratamento.

Isso lhe traz muita ansiedade, tensão e angústia. (f/e-)

Sente-se distante das filhas, não se sente mãe e reconhece que não foi capaz de cuidá-las.

Esse fato lhe traz um sentimento confuso em relação à maternidade (f/e-)

Setor Produtividade (Pr):

A paciente sente-se satisfeita com seu trabalho, gosta da sua função. (f/e+)

Ela está trabalhando, mas reconhece que fica pensando no tratamento e sente muita angústia durante o trabalho. Ela não consegue se desligar dos problemas relacionados com o tratamento para engravidar, isto está atrapalhando o seu desempenho profissional. (f/i-)

Setor Sócio- Cultural (Sc):

A paciente sempre teve prazer em sair e freqüentar festas e reuniões sociais, mas reconhece que atualmente sente-se deprimida e sem vontade. (f/i-)

O marido gosta de levá-la para viajar e passear e Simone acaba saindo e consegue se divertir. (f/e+)

Setor Orgânico (Or):

Sente intensa angústia em relação a dificuldade para engravidar e pensa sobre como pôde ter provocado um dia um aborto. (f/i-)

Sente culpa em relação ao abortamento provocado. (f/i-)

Refere que seu desejo sexual diminui. (f/i-)

Considera o abortamento provocado uma das situações mais difíceis de sua vida. (f/e-)

A paciente está classificada no Grupo 3- Adaptação Ineficaz Moderada. [AR= 2 pontos somado a PR= 1 ponto = 3]. Ela apresentou respostas pouco adequadas no setor Afetivo Relacional e também no setor Produtividade. Pela figura 1, situa-se no subgrupo 3c , indicando prognóstico regular.

Caso 9

Erica, 40 anos, casada há 5 anos, professora do ensino médio. Ela sofreu dois abortamentos espontâneos. O primeiro abortamento em 2002 e o segundo em 2004. Refere aos abortamentos como situações muito difíceis de sua vida. A paciente apresenta muitas dificuldades em manter relacionamentos afetivos. Demonstra ser uma pessoa muito tímida e reservada, fato que gera dificuldades em conhecer novas pessoas. O relacionamento com marido é distante e complicado.

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Paciente refere ter dificuldades em conhecer pessoas, tem muita vergonha de falar com o outro, acredita que o outro possa julgá-la de forma negativa. (f/i-)

Tem pouco amor a si própria. Julga-se com pouco valor, raras qualidades, porque exagera suas falhas e limitações. (f/i-)

Durante a entrevista questiona se alguém do lado de fora da sala estaria escutando nossa conversa. Sente-se perseguida. Mundo interno povoado de objetos persecutórios. (f/i-)

Raramente faz amizades. (f/e-)

Tem dificuldades em conversar com seu marido. (f/i-)

O marido é uma pessoa difícil de se relacionar e tem pouca paciência para lidar com sua mulher. (f/e-)

Setor de Produtividade (Pr):

Sente-se satisfeita com o seu trabalho. (f/e+)

Faz cursos para aperfeiçoar seu trabalho. (f/e+)

Apresenta dificuldades para resolver alguns problemas na escola, tem muita vergonha e medo de não ser compreendida.

Setor Sócio- Cultural (Sc):

A paciente gosta de visitar seus pais aos finais de semana. (f/e+)

Não frequenta muitos lugares como cinema, restaurantes pois seu marido não gosta de sair de casa. (f/e-)

Setor Orgânico (Or):

Refere-se aos abortamentos como um dos momentos mais difíceis de sua vida. (f/i-)

A paciente tem gastrite e associa suas dores à situações de conflitos. (f/i-)

A paciente está classificada no Grupo 4 - Adaptação Ineficaz Severa= 2 pontos [A-R=1 ponto somado a Pr= 1 ponto]. Pela figura 1, situa-se no subgrupo 4c, indicando prognóstico reservado, com prognóstico intragrupal pior e com relativamente dependência do ambiente.

Caso 10

Elisa, secretária, 33 anos, casada há 7 anos. Ela procurou atendimento médico especializado no ambulatório depois do terceiro abortamento espontâneo. Durante a entrevista a paciente chorou ao relatar sobre os abortamentos. Sente-se muito desanimada e com medo de perder novamente. Após o terceiro abortamento a paciente sente quase ter enlouquecido. Refere-se ao marido como um homem que compreende suas dificuldades. Consegue perceber a influência negativa dos abortamentos em sua vida, fato que gerou sentimentos depressivos. A paciente acredita que o trabalho a ajuda muito, pois consegue se distrair e conhecer novas pessoas. Está realizando os exames solicitados na triagem médica. Tem expectativas de encontrar alguma solução e respostas para suas perdas recorrentes.

Análise da Entrevista

Setor Afetivo-Relacional (A-R):

Reconhece o amor do marido e preocupa-se em preservar seu casamento. (f/i+)

Reconhece o amor dos familiares e amigos. (f/i+)

Após o último abortamento sente-se deprimida. (f/e-)

Refere aos abortamentos como momentos tristes e difíceis. (f/i-)

Reconhece que o horário de trabalho (noturno) do marido vem atrapalhando sua relação. Eles se encontram muito pouco devido aos horários completamente diferentes. (f/e-)

Tem vontade de melhorar seu relacionamento sexual. (f/i+)

Reconhece que se afastou das pessoas após o último abortamento, mas tem vontade em voltar a se relacionar com os outros. (f/i+)

Reconhece o apoio do marido durante os momentos difíceis de sua vida e sente-se amada e desejada por ele. (f/e+)

Setor Produtividade (Pr):

A paciente sente satisfação com o tipo de trabalho. (f/e+)

Um dos conflitos do trabalho está na remuneração. Acredita que poderia receber melhor e tem vontade de procurar outro trabalho. (f/e-)

Procura e aceita a ajuda das pessoas no trabalho. (f/i+)

Aceita as críticas e sugestões dos supervisores sobre sua produção. (f/i+)

Tem medo de procurar outro emprego e se arrepender, então, sempre prefere ficar no mesmo lugar. (f/i-)

Setor Sócio- Cultural (Sc):

Freqüenta festas e reuniões mas tem medo de conversar sobre filhos e suas perdas. (f/i-)

Reconhece que meses após o último abortamento ainda estava muito deprimida, isso fez com que não sentisse vontade de sair de casa. (f/e-)

Aos poucos ,com a ajuda do marido, tem se esforçado e consegue participar dos eventos sociais e ter sentido prazer com essas atividades. (f/e+)

Setor Orgânico (Or):

Atualmente esquiva-se das relações sexuais. (f/e-)

Os abortamentos tiveram repercussões negativas em sua vida. (f/i-)

A paciente está classificada no Grupo 2- Adaptação Ineficaz Moderada= 3 pontos [AR= 2 pontos somado a PR= 1 ponto]. Pela figura 1, situa-se no subgrupo 3a , indicando prognóstico regular: prognóstico intragrupal relativamente melhor e relação com o ambiente relativamente mais independente.

RELAÇÃO DE FATORES PRESENTES NA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS CLÍNICAS E SUA FREQUÊNCIA:

Culpa em relação aos abortamentos

Nas entrevistas realizadas com as pacientes foi possível observar culpa em relação aos abortamentos espontâneos e provocados. Das 10 pacientes que participaram da pesquisa, 9 relataram sentir culpa quando pensam sobre o abortamento. A única paciente que não demonstrou culpa foi Solange. Ela não imaginava que estava grávida e quando descobriu logo teve um abortamento espontâneo (2 dias após receber o diagnóstico de gravidez). Refere que foi tudo muito rápido e confuso. As pacientes que provocaram aborto sentem culpa por terem tomado essa decisão e pensam sobre a idade que o filho teria se estivesse vivo. Conseguem

imaginar que hoje jamais teriam essa decisão, até porque gostariam muito de engravidar. As quatro pacientes que provocaram aborto mantêm segredo em relação ao acontecimento. Das quatro pacientes, duas conseguiram contar para o parceiro e sentiram-se aliviadas após ter revelado esse segredo. As pacientes que sofreram abortamento espontâneo imaginam o que fizeram para contribuir com isso e associam a perda a um tipo de castigo.

Elaine que provocou o aborto na adolescência e depois sofreu três abortamentos espontâneos, associa a causa dos abortamentos espontâneos ao primeiro, ocorrido na adolescência. Elaine- *“Quando eu tinha 17anos eu provoqueei um aborto .Me sinto muito culpada por isso. Ninguém sabe desse aborto, é um segredo”*.

Roberta e Ana que sofreram abortamentos espontâneos questionam sobre a perda: Roberta questiona: *“Não sei o que fiz para isso acontecer”* e Ana diz: *“Às vezes me pergunto o que fiz para isso acontecer”*.

Flávia que sofreu 2 abortamentos espontâneos : *“Você quer tanto e quando consegue coloca para fora”*. *“Me sinto culpada porque o bebê saiu de dentro de mim”*.

Raquel que provocou um aborto aos 18 anos diz - *“Sempre me culpei por ter tirado aquela criança”*. *“Hoje seria mãe”*.

Fátima que provocou um aborto aos 18 anos pensa que seu filho estaria vivo: *“Se eu não tivesse feito isso meu filho estaria vivo”*. *“Sinto muita culpa”*.

Simone acredita que a falta de apoio do parceiro, o medo da reação negativa de seus pais influenciaram sua decisão em abortar. *“Desse eu sinto arrependimento, eu poderia ter morrido”*. *Não pensei em nada, somente na reação dos meus pais. Hoje eu quero engravidar e penso no que fiz. É uma sensação estranha”*.

Erica - *“Eu fiquei de repouso, não peguei peso, fiz tudo certo. O que será que fiz para isso acontecer? Parece até um castigo”*.

Elisa- *“O que será que eu fiz para isso acontecer? Quando você perde várias vezes você fica imaginado que deve ser uma pessoa muito ruim para isso acontecer. Como se você estivesse pagando alguma coisa”*.

Dificuldade no relacionamento sexual

Oito pacientes durante a entrevista relataram apresentar dificuldades no relacionamento sexual. Essas dificuldades estão relacionadas com a falta de desejo sexual da mulher e em um caso do homem. Três pacientes apresentavam conflitos nas questões sexuais desde o início do casamento: Elaine, Roberta e Erica. Observou-se em 5 casos que os problemas sexuais foram influenciados pelo tratamento para engravidar.

Elaine- *“Ele me procura de noite e de manhãzinha. Eu não tenho mais vontade, as coisas mudaram”*. Apesar de Elaine dizer que *“as coisa mudaram”* fica claro sua dificuldade sexual anterior aos abortamentos e tratamento para engravidar. Roberta refere dificuldade no relacionamento sexual desde sua primeira relação. O sexo tem uma representação de proibição. *“Eu não consigo relaxar, fico pensando como alguma coisa proibida”*. Ana acredita que quando você quer muito engravidar e tem medo de perder isso influencia seu desejo sexual: *“O desejo muda, pois muitas coisas mudam na sua cabeça”*. Flávia refere que após o segundo abortamento espontâneo sente-se muito deprimida e esse fato influenciou na sua vida sexual - *“Eu não tenho vontade de me arrumar e minha vida sexual mudou muito”*. Solange refere que seu marido está distante e percebe que o desejo sexual dele vem diminuindo. *“Quando procuro ele parece que não quer”*. Simone percebe que só consegue pensar no tratamento: *“Nossa relação sexual tá pior, pois só penso no tratamento”*.

Érica sempre apresentou uma vida sexual com dificuldades, seu primeiro relacionamento sexual aconteceu com 33 anos: *“Sempre fui muito calada e envergonhada”.* *“Sou muito tímida e não consigo em soltar.”*

Elisa reconhece que após o terceiro abortamento espontâneo muitas coisas mudaram em seu relacionamento. Seu desânimo e tristeza influenciaram de forma negativa no relacionamento conjugal. *“Eu não sou mais a mesma depois do último aborto. Sei que mudei e fico falando que o horário dele atrapalha a gente. Pode até atrapalhar mas nem tenho mais vontade de ter relação. Acho que ele entende, mas um dia vai se encher de mim.”*

Medo de sofrer novos abortamentos

Nos relatos das pacientes foi possível identificar o medo de sofrer novos abortamentos espontâneos. Das 8 pacientes que sofreram abortamentos espontâneos antes do tratamento, 6 relataram medo de sofrer novos abortamentos. É importante destacar que as duas pacientes que não demonstraram medo de sofrer novos abortamentos, foram pacientes, no qual o abortamento espontâneo não teve um significado importante em suas vidas.

Elaine – *“Eu tenho muito medo de perder outra vez. Não consigo passar por isso novamente”.*

Roberta apresentava muito medo em perder novamente. Tinha medo de engravidar e passar pelo mesmo sofrimento da última gestação. Ela disse: *“Tenho muito medo de perder novamente. Tenho medo de engravidar e fazer o ultra-som, acho que da próxima vez eu prefiro esperar um tempo”.*

Flávia- *“Eu tenho de medo de acontecer de novo”.*

Ana- *“ Quando você perde uma vez fica com medo de acontecer de novo”.*

Erica- *“Tenho muito medo de ter outro aborto espontâneo.. Foi muito ruim para mim”.*

Elisa- *“Quando você engravida pela segunda vez, você tem muito medo de perder. Toda hora precisa ir no banheiro para ver o que está acontecendo”*.

Inveja de outras mulheres grávidas

Das 10 mulheres que foram entrevistadas, sete referem sentir inveja de outras mulheres grávidas. A maioria parece sentir-se envergonhada por sentir inveja. Esse sentimento parece se intensificar quando a mulher que está grávida tem um vínculo de amizade ou familiar com a paciente. A maioria das pacientes relatou como é difícil conviver com o fato de outras mulheres engravidarem e elas não. Elaine prefere não contar para as pessoas sobre a sua dificuldade de engravidar. *É muito difícil encontrar com mulheres grávidas. As pessoas perguntam por que eu não tenho um filho e falo que não tenho vontade. Quando olho para a barriga de uma grávida, dá uma sensação ruim.* Ana tem medo de encontrar grávidas: *“Eu prefiro não encontrar mulheres que estão esperando bebê, tenho medo do que posso sentir. É uma mistura de sentimentos: tristeza, raiva, inveja”*. Roberta refere o quanto é difícil saber sobre a notícia que pessoas próximas, como de sua família estão esperando um bebê. *“Às vezes parece que só encontro mulheres grávidas na rua. Isso é muito difícil, o mais difícil é quando alguém da família engravidou. Minha prima engravidou e ninguém queria me contar. Fico feliz por ela, mas dá uma certa inveja”*. Solange imagina como seria se engravidasse: *“Quando eu olho para uma grávida penso como seria se estivesse assim. Eu quero ter essa barriga também e por isso que não consigo desistir de procurar tratamento”*. Flávia utiliza da negação para explicar sobre como se sente quando encontra com mulheres grávidas: *“Quando você quer muito uma coisa e não consegue, é difícil ver que o outro pode e você não. Viver tudo isso é tão difícil que deixa a gente maluca. Quando encontro com uma mulher grávida fico diferente. Não que seja inveja, mas é um sentimento ruim”*. Simone projeta na amiga a sua inveja pela gravidez: *“Quando você não consegue engravidar naturalmente é*

complicado saber que as outras mulheres conseguem. Minha amiga ficou grávida e não quis me contar, pois ficou com dó de mim, ou ficou com medo de eu colocar olho gordo”. Elisa tem muito medo de encontrar mulheres grávidas: “Não tem como não sentir inveja de uma mulher com um barrigão”.

Abortamento: um momento muito difícil.

Oito pacientes descrevem o abortamento como um dos momentos mais difíceis de suas vidas. O abortamento espontâneo e provocado têm um significado de dor, tristeza, solidão e outros. Roberta: *“Acho que foi o pior dia da minha vida”*. Ana- *“Olha, foi horrível. Um dos piores dias da minha vida”*. Fátima: *“Foi o momento mais difícil da minha vida”*. *“Se eu não tivesse feito isso meu filho estaria vivo”*. Flávia descreve o abortamento como um momento muito difícil: *“Foi um dos momentos mais difíceis da minha vida”*. *“Eu não desejo isso nem para o meu maior inimigo”*. Raquel- *“Eu nunca vou esquecer daquele lugar. Foi o pior momento de minha vida. Não consigo esquecer aquela imagem por nada”*. Erica: *“Foram os dias mais difíceis da minha vida”*. Elisa que sofreu três abortamentos : *“Acho que é a pior dor do mundo, foram os momentos mais difíceis que passei”*.

Hospitalização: lembranças difíceis e falta de apoio médico.

As lembranças da internação e a falta do apoio médico foram fatores externos negativos encontrados em muitas entrevistas. Quatro pacientes têm lembranças difíceis desse acontecimento e sentem que a equipe médica não estava preparada para atendê-las nesse momento. Elaine- *“Acho que muitos médicos não são humanos. Falta um pouco de humanidade para as mulheres que perdem seus bebês. A médica me encaminhou para eu fazer curetagem como se eu estivesse indo para qualquer lugar”*. Roberta acredita que não foi bem recebida pelos médicos do hospital. *“Os médicos não sabem a dor que estava*

sentindo. “Sabe é uma dor emocional”. Ana: “Eu não me esqueço na ficha tava escrito abortamento. E a médica perguntou. Você queria mesmo?”. Elisa- “Para os médicos é tudo muito fácil. Eles dizem: Fica calma que você engravida novamente”.

5. DISCUSSÃO

A avaliação das entrevistas permitiu realizar o diagnóstico adaptativo das mulheres, identificar as repercussões associadas aos abortamentos e como estas afetaram a adaptação de cada paciente. Entre as 10 mulheres que participaram do estudo, oito consideraram o abortamento, tanto provocado quanto o espontâneo como um dos momentos mais difíceis de suas vidas.

Em geral, o abortamento foi vivenciado como uma experiência que envolve muita dor, tristeza e culpa. Alguns estudos realizados com mulheres que vivenciaram abortamentos, também mostram tais resultados (QUAYLE, 1993; PINHEIRO, 1997; ZUKER, 1999; PEDROSA; GARCIA, 2000; BENUTE, 2000; BOEMER; MARIUTTI, 2003; BROEN *et. al.* 2004). As mulheres que sofreram abortamento espontâneo demonstraram muito medo da ocorrência de novos abortamentos e um intenso desejo de engravidar novamente. Alguns estudos apresentaram resultados semelhantes, mulheres que sofreram abortamento espontâneo esperam uma futura gravidez como uma resolução do sofrimento, embora elas continuem sentindo medo de subseqüentes abortamentos (COTE-ARSENAULT; MORRISON-BEEDY, 2001; CUISINIER *et. al.*, 1996). Lartigue e Vives (1994) apontam que uma resposta comum em mulheres que sofreram abortamento espontâneo é um intenso desejo e compulsivo para ter outro bebê.

As mulheres que sofreram abortamento espontâneo, neste grupo, tentam encontrar explicações que justificassem a perda. Essas explicações estão diretamente relacionadas com fantasias de castigo e também sentimentos de culpa; semelhantes ao que Quayle (1991) destaca quanto ao abortamento espontâneo, que pode estar associado muitas vezes com sentimento de culpa e fantasias de merecido castigo.

Os estudos realizados com mulheres que provocaram aborto mostram que elas sentem culpa, arrependimento e remorso. (PINHEIRO, 1997; PEDROSA; GARCIA, 2000; BENUTE, 2002). Em nosso estudo, as mulheres que provocaram aborto relataram sentimentos semelhantes. É importante lembrar que, o fato delas apresentarem dificuldade para engravidar atualmente, intensificou esses sentimentos de culpa, arrependimento e remorso.

A dificuldade para engravidar, neste grupo, apareceu como uma experiência que envolve sentimentos de tristeza, inveja, frustração, cobrança, perda da auto-estima, inferioridade e outros sentimentos ruins. Os estudos realizados com pacientes inférteis também apontam estes resultados. (AVELAR *et. al.*, 2000; DOMINGUEZ, 2002; MOREIRA *et. al.*, 2002; PALACIOS; JADRESIC, 2000; TRINDADE; ENUMO, 2001).

Pines (1990) afirma que quando a mulher entra em contato com a dor real que não consegue conceber, ela sente-se arruinada, especialmente quando vê o seu tempo “fisiológico” correndo. Algumas pacientes do grupo estudado demonstraram tais preocupações. A média de idade das pacientes foi de 37, 2 anos, as pacientes tinham um dado de realidade (a idade avançada) que intensificavam tais sentimentos.

A situação de infertilidade como impacto negativo na saúde mental dos pacientes é demonstrada por diversos autores (APFEL; KEYLOR, 2002, SEGER-JACOB, 2000; URRUTIA; GENGHINI; MAKUCH, 2002; RIBEIRO, 2004). Apfel e Keylor (2002) apontam que conviver com a infertilidade é semelhante com o fato de lidar com outras doenças médicas graves. Em nosso

estudo encontramos resultados semelhantes, pois a infertilidade indicou um impacto negativo em todos os setores da adaptação dessas pacientes.

A inveja de outras mulheres grávidas foi um fator recorrente nos discursos das participantes do estudo. De acordo com Apfel e Keylor (2002), nos atendimentos realizados à pacientes inférteis, elas demonstram inveja de outras pessoas com filhos. Para os autores a psicoterapia oferece a oportunidade para o paciente elaborar complexos dilemas relacionados com a infertilidade.

A forma como cada paciente conseguiu lidar com a experiência dos abortamentos e também como lida com o tratamento para engravidar atualmente, está diretamente ligado ao seu mundo interno (fatores constitucionais) e externo (ambiente). Simon (2005) considera que os fatores internos positivos e negativos podem ser considerados como processos intrapsíquicos que influenciam nas soluções adequadas, pouco e pouquíssimo. Neste caso, o abortamento pode ser considerado um fator interno negativo que influenciou as soluções encontradas por cada paciente. As pacientes que sofreram abortamento espontâneo referiram que após essa vivência sentiram-se muito deprimidas. É importante considerar que as mulheres que provocaram aborto, haviam provocado há muitos anos atrás. Elas não se sentiam deprimidas atualmente com esse fato, mas sentiam-se culpadas e perseguidas. A angústia em relação ao tratamento para engravidar ganhava vulto quando pensavam no aborto que haviam provocado. O abortamento provocado teve uma representação de um objeto perseguidor no mundo interno. O medo de sofrer novos abortamentos pode ser considerado como um objeto perseguidor que interfere no tratamento. Um medo constante que persegue essas mulheres durante as tentativas para engravidar.

As pacientes que foram classificadas com Adaptação Ineficaz Severa traziam um mundo repleto de objetos aterrorizantes. Lidavam com o tratamento para engravidar de forma terrorífica. No caso de Elaine, Roberta, Flávia e Érica

foi possível perceber a forma como elas solucionavam as situações. Sentiam-se deprimidas, a dificuldade para engravidar reativava os sentimentos de inferioridade ligados aos objetos ruins internalizados. Para Simon (2005) um indivíduo com uma Adaptação Severa ou Grave espera-se um repertório caracterizado por rigidez na percepção da situação problema. As soluções empregadas diante dos problemas novos são repetitivas. A criatividade desses indivíduos é prejudicada pelas defesas contra a angústia persecutória e assim encontram soluções pouco e pouquíssimo adequadas. É importante ressaltar que essas pacientes já apresentavam conflitos importantes anteriores ao tratamento. Esses antigos conflitos foram somados a novos conflitos relacionados com o abortamento e a infertilidade.

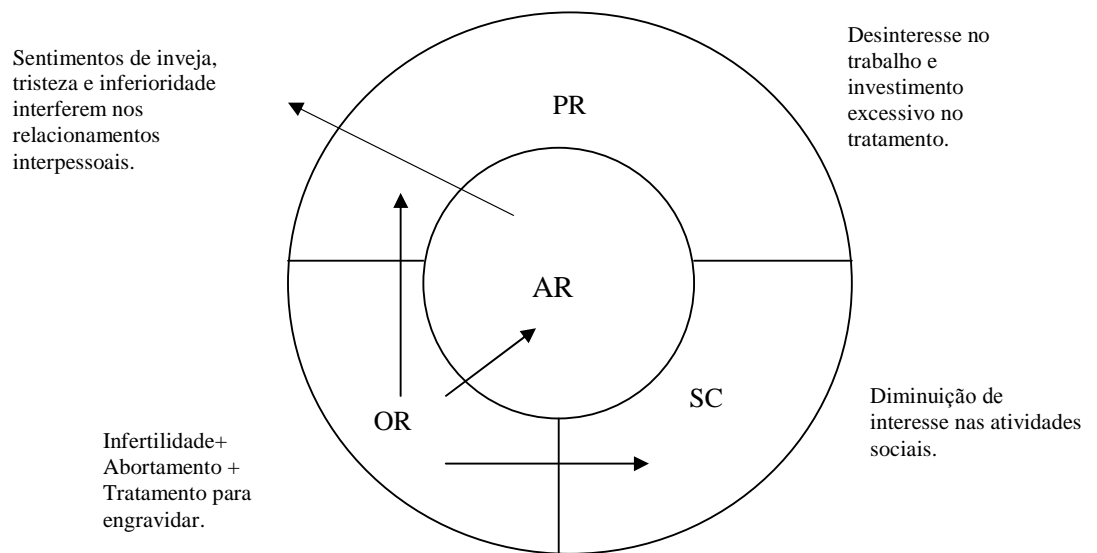
O mundo interno das pacientes classificadas com Adaptação Ineficaz Leve era muito diferente comparado às pacientes classificadas no Grupo 4 (Adaptação Ineficaz Severa). Nas entrevistas das pacientes com adaptação Ineficaz Leve foi possível identificar a prevalência de objetos externos e internos positivos. Os quais influenciavam a forma como solucionavam as situações problema. A intervenção psicológica foi de extrema importância para tais pacientes. Importante ressaltar que essa intervenção se deu durante as entrevistas preventivas. Essas pacientes apresentavam condições psíquicas favoráveis para ter *insight* e compreender seus sentimentos envolvidos com o tratamento. Elas tinham indicação de um bom prognóstico. Deste modo, entendemos que a configuração adaptativa foi de extrema importância para lidar com as angústias relacionadas com o abortamento e tratamento.

Quando um paciente, com dificuldade para engravidar, procura uma clínica de Reprodução Assistida já ingressa no tratamento com conflitos

emocionais relacionadas com essa dificuldade. Esses conflitos são somados às dificuldades relacionadas com as baixas taxas de sucesso do próprio tratamento. Para Organização Mundial de Saúde (2002) os pacientes que procuram os Centros de Reprodução Humana como uma possibilidade de solução para sua problemática, se deparam com novos problemas, fracassos relacionados às falhas nas tentativas e custos financeiros altos. Pines (1990) também concorda com essa questão quando coloca que os pacientes, que não conseguem engravidar, a partir das técnicas de Reprodução Assistida se deparam com novos conflitos emocionais.

A dificuldade para engravidar e a busca de um tratamento foi sentido pelas mulheres desta pesquisa como fatores interno e externo negativos. Esta situação iniciada no setor Orgânico encontra ressonância no setor Afetivo Relacional e se propaga pelos setores Produtividade e Sócio-Cultural.

Fig.2- A influência do Setor Orgânico (abortamento + infertilidade + tratamento para engravidar) nos setores A-R, PR e SC.



Como pode ser visto na figura 2, a influência do Setor Orgânico, neste caso, os abortamentos somados à infertilidade nos outros setores da adaptação. A maioria das pacientes apresentava no setor AR sentimentos de tristeza, inferioridade, culpa, inveja e outros que interferiam nas relações interpessoais. No setor produtividade algumas mulheres justificaram não procurar emprego, pois queriam se dedicar apenas ao tratamento. No sócio cultural outras diziam que não gostavam mais de freqüentar festas de criança, de encontrar com mulheres grávidas da família e até mesmo evitar encontrar pessoas conhecidas, com medo de falar sobre a dificuldade. Essa influência nesses setores, também, é reconhecida por Ribeiro. A autora (2004) aponta que os pacientes inférteis concentram seus investimentos pessoais no tratamento médico, esquecendo todas as suas atividades, como se houvesse uma paralisação, assim esperam um desfecho da infertilidade, para continuarem a vida. Apfel e Keylor (2002) também consideram o tratamento como fonte geradora de conflitos pois a cada tentativa os pacientes ficam mais deprimidos e esse fato um impacto negativo na vida social desses pacientes.

As mulheres que provocaram abortamento mostraram que a decisão em abortar foi muito difícil e sentem culpa em relação com a decisão. Simon (1984) considera que a perda de objetos amados é extremamente dolorosa e as características da culpa e do castigo variam de acordo com a participação do sujeito na morte do objeto. Quando o indivíduo contribui para a morte do mesmo, a culpa persecutória é intensificada. No caso do aborto provocado podemos compreender essa culpa como persecutória. Para Dolto (2000) a decisão em abortar é muito significativa na vida de uma mulher. Ela sente vergonha de

transgredir a lei natural e social. Por detrás de sua demanda explícita, existe um sentimento de culpa, tanto por estar grávida como por rejeitar sua gestação. Aray (1973) também coloca que o abortamento provocado é um fenômeno significativo da vida da mulher. O autor destaca a importância de profundas investigações sobre o aborto provocado e a repercussão dessa experiência para a mulher, homem e grupo familiar.

Dolto(2000) considera importante pensar nos casos em que mulheres sentem culpa consciente por não abortar. Essa culpa é reprimida quando existe a lei que proíbe o aborto. Essas mulheres seguem o curso de sua gestação, sem condição maternal e psíquica de lidar com esse bebê. Nesse sentido, parece que a lei (fator externo) impede algumas mulheres de realizarem um aborto. Neste estudo, foi possível identificar em uma paciente esse conflito. Ana tinha uma filha de 7 anos. Na época em que engravidou não sentia preparada para lidar com a situação. No seu relato fica evidente a representação moral que o aborto representava para ela. A ajuda do namorado, na época foi fundamental para aceitar ficar com seu bebê.

Nos relatos das pacientes que sofreram abortamento espontâneo, foi possível identificar lembranças difíceis com a hospitalização relacionada ao abortamento. As mulheres que ficaram internadas para a realização da curetagem³ apresentam lembranças ruins com a internação. A falta do apoio médico, o sentimento de solidão, a angústia durante a internação ficou evidente nas entrevistas. Alguns estudos apresentam resultados semelhantes (BOEMER; MARIUTTI, 2003; MOTTA, 2005). O estudo realizado por Motta (2005) trouxe questionamentos importantes a respeito do profissional de saúde que lida com o

³ Curetagem- procedimento indicado no tratamento de abortamento para esvaziamento da cavidade uterina.

abortamento. Os resultados mostraram que a relação interpessoal entre cliente e profissional foi eminentemente técnica, desconsiderando-se os demais aspectos que integram o ser feminino. Os profissionais de saúde, ao prestarem assistência, expuseram seus próprios preconceitos e julgamentos negativos acerca da mulher sob seus cuidados. Boemer e Mariutti (2003) realizaram uma pesquisa qualitativa e entrevistaram 12 mulheres hospitalizadas em situação de abortamento. Os resultados mostraram que o abortamento é vivenciado como uma experiência permeada por grande dor; a hospitalização é uma experiência desconfortante e a solidão é sentida por todas as mulheres independente da causa do aborto. Os resultados dos trabalhos mostram como a experiência do abortamento e conseqüência sua hospitalização são situações muito dolorosas para as mulheres. Atualmente existe uma preocupação com a situação do atendimento às mulheres em situação de abortamento. Desta forma o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) elaborou o manual- Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento- um guia para apoiar profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção às mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi avaliar a eficácia adaptativa dessas mulheres, verificar e identificar as repercussões associadas a estes abortamentos e como as repercussões afetaram a adaptação das pacientes.

Através das entrevistas foi possível realizar o diagnóstico adaptativo operacionalizado. Observou-se que o abortamento teve repercussão negativa no mundo interno das mulheres que participaram desta pesquisa.

A impossibilidade de engravidar ativa sentimentos depressivos como baixa auto-estima, inferioridade, tristeza. O tratamento para engravidar, por sua vez, é invasivo e com poucas chances de sucesso, fato que mobiliza sentimentos persecutórios como medo e culpa.

Quando a mulher procura um Centro Especializado em Reprodução Assistida, com histórico de abortamento, deve-se considerar que ela ingressa nesse tratamento sob a ação de mais um fator negativo. No caso do abortamento espontâneo predomina o medo de perder novamente, e no caso de aborto provocado, predominam sentimentos de culpa persecutória. A experiência do tratamento para engravidar somado à experiência anterior de abortamento intensificou as angústias depressivas e persecutórias dessas mulheres.

Tanto o abortamento como a infertilidade, neste grupo de mulheres, teve uma importante repercussão na eficácia adaptativa. A tentativa frustrada de engravidar, os abortamentos espontâneos anteriores ao tratamento, a culpa do aborto provocado, todas essas situações difíceis geraram sentimentos de intensa angústia, tristeza, inadequação e inferioridade. De um modo geral as pacientes demonstraram dificuldades em lidar com atual momento: o tratamento para engravidar. Consideramos a importância de a equipe de saúde reconhecer este diagnóstico antes de concluir que a tentativa de gravidez melhorará a eficácia adaptativa global destas mulheres.

É importante ressaltar que cada paciente conseguiu lidar de forma diferente com o abortamento e a infertilidade. A configuração adaptativa das pacientes influenciou as soluções encontradas por cada uma. As duas pacientes com Adaptação Ineficaz Leve tinham um repertório de respostas adequadas e pouco adequadas, facilitando a forma como lidaram com o tratamento para engravidar. Essas pacientes não perderam o interesse em outros setores do

funcionamento psíquico. Nos relatos, das duas pacientes, foi possível identificar a prevalência de objetos internos bons.

Por outro lado, ao analisar os relatos das pacientes com Adaptação Ineficaz Severa foi possível identificar um repertório de respostas pouquíssimo adequadas que influenciaram de forma negativa no tratamento. Essas pacientes, em especial, demonstraram muitas dificuldades nos relacionamentos interpessoais, relacionamentos muito idealizados ou muito destrutivos. O tratamento e os abortamentos anteriores eram vivenciados como ruins e elas experimentavam sentimentos relativos à culpa persecutória. Dessa forma a futura gestação era idealizada e vista como solução para todos os problemas de sua vida.

O abortamento e o tratamento para engravidar pertencem ao setor Orgânico. Considerando que o setor afetivo relacional tem preponderância sobre os outros setores, podemos considerar que o abortamento e o tratamento, como fatores negativos, fazem emergir conflitos já existentes no setor afetivo relacional. No caso das pacientes com dificuldade de engravidar observou-se que todos os setores da adaptação ficam comprometidos. No setor produtivo um desinteresse nas atividades produtivas justificado por um intenso investimento no tratamento. No setor sócio cultural observamos o desinteresse por reuniões sociais justificado pela vergonha de encontrar pessoas e ter que conversar sobre seu problema atual. No setor afetivo relacional observamos intensa angústia, inferioridade, inveja, culpa que influenciaram os relacionamentos interpessoais.

Neste estudo, o abortamento é uma situação ocorrida antes do tratamento e que, na maioria dos casos não foi elaborada. No abortamento provocado ficou evidente a representação de um objeto mau e conseqüentemente a presença de uma culpa persecutória. No caso dos abortamentos espontâneos, nos relatos de algumas pacientes ficou evidente a representação do abortamento como a perda de um objeto bom e conseqüentemente a presença de uma culpa depressiva. Os resultados negativos das tentativas são vivenciados

com muita tristeza e angústia e essa frustração se transforma em uma necessidade compulsiva em realizar novas tentativas. A psicoterapia breve operacionalizada poderia auxiliar a paciente a lidar de forma mais adequada com os conflitos vividos no tratamento. E no caso específico nosso estudo, auxiliar também a elaboração das perdas anteriores.

Este estudo trouxe alguns dados relevantes sobre a vivência emocional de mulheres que buscam tratamento para engravidar e já sofreram abortamento espontâneo ou provocado. Elas se sentem culpadas pelo abortamento, independente do tipo de aborto sofrido, e temem por novas perdas. Observou-se a presença de conflitos na área da sexualidade, principalmente a falta de desejo sexual. É interessante notar o desejo de engravidar associado à falta de desejo sexual. A frustração por não engravidar, no caso destas mulheres, intensificou os sentimentos de inveja relativos à gravidez de outras mulheres. Elas relataram, também, sobre as dificuldades e desamparo sofridos no momento da internação por ocasião do abortamento.

Assim, através dessa investigação ressaltamos a importância de estudos aprofundados sobre o tema. Atualmente, o número de pacientes que procuram clínicas e centros especializados em Reprodução Assistida vêm crescendo. Essas mulheres demandam um atendimento especializado da equipe de saúde. A equipe de saúde especializada em Reprodução Humana precisa compreender a importância de reconhecer os fenômenos psíquicos que envolvem o tratamento.

7. referências

ARAY, J. Alguns factores inconscientes em el aborto provocado. *Jornal de Estudos Psicodinâmico*. v.3, n.1, jan-abril, 50-60, 1973.

APFEL, R.J.; KEYLOR, R.G. Psychoanalysis and Infertility: myths and realities. *International Journal of Psychoanalysis*. v.3, n.1, p.85-104, 2002.

AVELAR, C.M, MORAES, L.A.M.D, MARINHO, R.M, CAETANO, J.P.J. Infertilidade e emoção. *Reprodução & Climatério*. v.15, n.4, p.203-5, 2000.

BENUTE, G.R.G. *Abortamento como um processo psicossocial: uma interpretação junguiana; perda e culpa, depressão e ansiedade*. 166f. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Universidade de São Paulo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf >

BOEMER, M.R.; MARIUTI, M.G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. *Rev Esc Enf Usp*. v.37, n. 2, p.59-71, 2003.

BROEN, A.N.; MOUM, T.; BODTKER, A.N.; EKEBERG, O. Psychological impact on miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*. v.66, p.265-271, 2004.

COTE-ARSENAULT, D., MORRISON-BEEDY, D. Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*. v.3, n.3, p. 239-244, 2001.

CUISINIER, M., JANSSEN, H., DEGRAAUW, C., BAKKER, S., & HOOGDUIJN, C. Pregnancy following miscarriage: Course of grief and some determining factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. v. 17, n.3, p.168-174, 1996.

DOLTO, F. *Lo Feminino: Artículos y conferencias*. Buenos Aires: Paidós, 2000.

DOMINGUEZ, R. Psicología e infertilidad. *Revista Médica*. v.13, n.1, 2002.

FAISAL-CURY, A. Psicossomática da esterilidade: as relações entre o biológico e o psíquico. *Femina*. v.31, n.6, p. 519-21, 2003.

FAÚNDES, A.; COSTA, R.G.; HARDY, E.; OSIS, M.J. A decisão de abortar : processos e sentimentos envolvidos. *Cadernos de saúde Pública*. v.11, n.1, p.97-105, 1995.

FEBRASGO. *Infertilidade Conjugal : manual de orientação*. São Paulo, 1997.

FREDA, M.C; DEVINE, K.S; SEMELSBERGER, C. The lived experience of miscarriage after infertility. *AM J Matern Child Nurs*. v.28, n.1, Jan-Feb, p.16-23, 2003.

KLEIN, M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos de 1921-1945. In: _____. *Amor, culpa e reparação. As obras completas de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 1, p. 346-384. (original de 1937).

KLEIN, M. Os efeitos das situações de ansiedade arcaicas sobre o desenvolvimento sexual da menina. In: _____. *A psicanálise de crianças. As obras completas de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1997, v.2 , p. 213-258.

LANGER, Marie. Gravidez e Parto. In: _____ *Maternidade e Sexo*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p.191-222.

LARTIGUER, T.; JUAN,V. Aspectos psicodinámicos del aborto espontâneo. In: XX Congresso Latinoamericano de Psicoanálisis, 1994, Lima: *Anais do XX Congresso Latinoamericano de Psicoanálisis*. Federación Psicoanalítica de América Latina, 1994, p. 419-429.

MAKUCH, M.Y. *Vivências de mulheres e homens do programa de fertilização in vitro da UNICAMP*. Campinas, 2001. 266f. Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas- UNICAMP, 2001.

MOREIRA,S.D.N.T.; MAIA,E.M.C.; TOMAZ,G. Aspectos psicológicos no tratamento da infertilidade. *Reprod Climat*. v.17, n.2, p.77-80, 2002.

MOTTA, I. S. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher". *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 5, n.2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 Abr 2007.

OMS. *Aborto sin riegos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Genebra, 2003

OTTO, P.G.; OTTO,P.A.; FROTA-PESSOA,O. *Genética Humana e Clínica*. São Paulo: Roca, 1998.

PALACIO. E, JADRESI. E. Aspectos emocionales en la infertilidad: una revisión de la literatura reciente. *Rev Chilena Neuro-psiquiat*. v.38, n.2, p. 94-103, 2000.

PEDROSA,I.L; GARCIA, T.R. “Não vou esquecer nunca!”: a experiência feminina com o abortamento induzido. *Revista latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v.8,n.6, p.50-58, dez 2000.

PINES, D. Pregnancy, miscarriage and abortion: a psychoanalytic perspective. *International Journal of Psychoanalysis*. v.71, p. 301-307, 1990.

PINES, D. Emotional aspects of infertility and its remedies. *International Journal of Psychoanalysis*. v.71, p. 561-568, 1990.

PINHEIRO, R.D.S.L.V. *Aborto induzido, gravidez e locus of control*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Universidade de São Paulo, 1997.

QUAYLE, J.M.B.R. Um estudo sobre mulheres com história de abortamento espontâneo: aspectos psicossomáticos. *Rev. Psicologia Hospitalar do HC*. v.3, n.2, p.11-19, 1993.

QUAYLE, J. O abortamento espontâneo e outras perdas. In: _____.*Obstetria Psicossomática*. São Paulo: Atheneu, 1997. p. 132-153.

RIBEIRO, M. *Infertilidade e Reprodução Assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

RUE,V.M.; COLEMAN,P.K.; RUE,J.J.; REARDON,D.C. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit*, v.10, n.10, p. 5-16, 2004.

SEGER-JACOB, L. Stress e ansiedade em casais submetidos a reprodução assistida. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2000.

SIMON, R. Contribuição ao estudo do objeto interno. *Rev. Bras. Psicanálise*. v.18, n.3, p. 283-300, 1984.

SIMON, R. *Psicologia Clínica Preventiva*. São Paulo: EPU, 1989.

SIMON, R. *Psicoterapia Breve Operacionalizada: Teoria e Técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

TRINDADE, Z. A. & ENUMO, R. F. Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras. *Psicologia, Saúde & Doenças*. v. 2, n.2, p. 5-26, 2001.

URRUTIA, D.N.; GENGHINI, M.H.R.R, MAKUCH, M.Y. Vivências de mulheres com diagnóstico de infertilidade primária: significado para o atendimento ambulatorial. *Reprod Climat*. v. 17, n.2, 118-21, 2002.

ZUCKER, A. N. The Psychological Impact of Reproductive Difficulties on Women's Lives. *Sex Roles*. v. 40, n. 9/10, 767- 86, 1999.

WHO. *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva, 2002.

ANEXO I

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Fui informada da pesquisa que tem pôr objetivo: **investigar a eficácia adaptativa de mulheres com história de abortamento num Ambulatório de Reprodução Humana.** Para coleta de dados serão realizadas **entrevistas**. Este estudo tem caráter acadêmico e será realizado pela mestranda **Taís Mazzotti** e orientado pela **Profª. Dra. Maria Geralda Viana Heleno** do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo. Declaro, ainda, ter compreendido que não sofrerei nenhum tipo de prejuízo de ordem psicológica ou física e que minha privacidade será preservada. Concordo que os dados sejam publicados para fins acadêmicos ou científicos, desde que seja mantido o sigilo sobre a minha participação. Estou também ciente de que poderei, a qualquer momento, comunicar minha desistência em participar do estudo.

Contato:

Universidade Metodista / Mestrado Psicologia: 4366-5351

Portanto, eu, _____, consinto em participar da pesquisa acadêmica que tem por objetivo: **investigar a eficácia adaptativa de mulheres com história de abortamento num Ambulatório de Reprodução Humana.**

Santo André, ____ de _____ de 200 ____.

Assinatura do participante:

Documento de Identificação (RG): _____

Assinatura do pesquisador principal: _____

Assinatura do orientador da pesquisa: _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)