

Impacto psicológico no pós-aborto espontâneo: uma revisão narrativa

*Christofer Adiel Bernstein
Marcelo Henrique Machado
Paola Andressa Ribas
Pedro Henrique Vargas Jesus
Thiago Bastos Vasconcelos
Arthur Becker Simões
Ricardo Francalacci Savaris*

O aborto espontâneo é uma condição que ocorre em cerca de 20% das gestações. Estima-se que 23 milhões de abortos espontâneos ocorrem todos os anos no mundo, traduzindo-se em 44 perdas gestacionais a cada minuto (1).

Apesar do aumento do interesse pela saúde mental da população e suas manifestações como questão de saúde pública nos últimos anos, o impacto psicológico do abortamento sobre as pacientes é pouco investigado. O processo da gravidez e do parto abrangem mudanças físicas e psicológicas, onde há expectativas afetivas e emocionais para a maioria das mulheres. Ao ocorrer a perda, este processo é quebrado e trazer sequelas. As alterações de humor como a depressão, a ansiedade, a quebra do vínculo familiar, o sentimento de culpa, entre outros distúrbios, são frequentemente relatados pelas pacientes.

Nesta revisão, abordaremos a incidência das morbidades psicológicas no pós-aborto, os seus fatores de risco, métodos de rastreamento pré-procedimento e diagnóstico.

Esta revisão utilizou a base de dados PubMed, LILACS e SCIELO utilizando os seguintes termos para a pesquisa bibliográfica: *miscarriage, psychological, posttraumatic stress, anxiety, depression*. Foram considerados somente os artigos escritos na língua inglesa e portuguesa, em gestações em

humanos. Foram excluídos os artigos anteriores a 1990, e os que não correlacionam ansiedade, TEPT (transtorno estresse pós-traumático) ou depressão com aborto.

Definição e Incidência do abortamento

O Ministério da Saúde do Brasil define o aborto como interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana de gestação e com peso fetal menor que 500 gramas (2). As anomalias cromossômicas representam 50% a 60% dos abortos clínicos iniciais (3). O aborto ocorre em cerca de 10% das perdas gestacionais nas mulheres de 25 a 29 anos; na medida que a idade materna avança, esta perda aumenta para 53% das gestantes com mais de 45 anos (Magnus *et al.* 2019), sendo que, no Brasil, estes resultados são semelhantes (4).

A perda do feto traz efeitos psicológicos e é vista como um tabu em muitos locais do mundo, como é o caso de alguns países africanos. O feto morto não é nomeado, é proibido mencionar o fato corrido e não há nenhum processo oficial de luto. As mulheres costumam associar um feto morto com “Ogbanje malévol”, um ser voltado para a vingança engajado em repetidos ciclos de nascimento, morte e reencarnação (5). O Ministério da Saúde do Brasil, no seu manual técnico voltado para a atenção humanizada ao abortamento, comenta sobre a abordagem dos impactos psicológicos no abortamento espontâneo (6).

Em um estudo de caso-controle aninhado, usando pacientes com aborto recorrente, comparado com mulheres que tiveram seu primeiro aborto, foi identificado que as pacientes com perda gestacional recorrente apresentavam uma chance de até 2.9 tanto para depressão quanto para ansiedade graves (7). Isto pode ser questionado para as pacientes antes do procedimento. Ferramentas para triagem e tratamento para auxiliar neste processo foram desenvolvidas para este propósito e serão revistas a seguir.

Ferramentas utilizadas para avaliação de distúrbio de estresse pós-traumático e Escala de Depressão e Ansiedade hospitalar

Existem questionários para a avaliação do estresse pós-traumático. Por exemplo, temos a escala de auto-avaliação de depressão de Zung (Chagas et al. 2010), de Edimburgo (Lima et al. 2016) para o diagnóstico de distúrbio emocional pós-abortamento, são eles o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 - PCL-5) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Originalmente, o Posttraumatic Stress Disorder Checklist foi publicada em 1993 (8); ela possui duas versões: a PCL-M, especificamente desenvolvida para a avaliação das consequências de experiências militares (9), e a PCL-C, desenvolvida para a população civil, que avalia as consequências de diversos tipos de experiências traumáticas (10). Ambas as versões têm como base os critérios diagnósticos do DSM-III-R para o TEPT (11). A versão civil já foi validada para o português (12). A versão civil número 5 é a mais atual, a qual abordaremos a seguir.

Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5)

O PCL-5 é um questionário de 20 itens que analisa os 20 sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) do Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-5), o qual já foi validado para o português brasileiro (13). A finalidade é monitorar a mudança dos sintomas durante e após o tratamento, estabelecer uma triagem de indivíduos para TEPT e fazer um diagnóstico provisório de TEPT. O padrão ouro para o diagnóstico de TEPT compõe de uma entrevista clínica organizada de acordo com a escala de TEPT pelo médico (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 - CAPS-5) (14).

O PCL-5 deve ser respondido pela própria paciente, ou lido para ela, seja pessoalmente, ou por telefone, podendo ser completado em 5 a 10 minutos (15). O questionário não deve ser utilizado como única ferramenta para diagnóstico. O PCL-5 apresenta 2 extensões: Lista de eventos de vida para o DSM-5 e Critério A. O questionário lida com qualquer experiência muito estressante que a paciente possa ter tido, por exemplo, morte real ou ameaçada, ferimentos graves, violência sexual, seja ele único, como num

acidente de carro, ou vários eventos semelhantes, como o abuso sexual repetido. A tabela 1 apresenta a lista de verificação do PCL-5.

Tabela 1. Lista de verificação do transtorno de estresse pós-traumático para o DSM-5 Versão autorizada, traduzida e adaptada para o português do Brasil em junho 2016 (13).

No último mês, quanto você foi incomodado por:	De modo nenhum	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Lembranças indesejáveis, perturbadoras e repetitivas da experiência estressante?	0	1	2	3	4
2. Sonhos perturbadores e repetitivos com a experiência estressante?	0	1	2	3	4
3. De repente, sentindo ou agindo como se a experiência estressante estivesse, de fato, acontecendo de novo (como se você estivesse revivendo-a, de verdade, lá no passado)?	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito chateado quando algo lembra você da experiência estressante?	0	1	2	3	4
5. Ter reações físicas intensas quando algo lembra você da experiência estressante (por exemplo, coração apertado, dificuldades para respirar, suor excessivo)?	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos, ou sentimentos relacionados à experiência estressante?	0	1	2	3	4
7. Evitar lembranças externas da experiência estressante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações)?	0	1	2	3	4
8. Não conseguir se lembrar de partes importantes da experiência estressante?	0	1	2	3	4
9. Ter crenças negativas intensas sobre você, outras pessoas ou o mundo (por exemplo, ter pensamentos tais como: "Eu sou ruim", "existe algo seriamente errado comigo", "ninguém é confiável", "o mundo todo é perigoso")?	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou aos outros pela experiência estressante ou pelo que aconteceu depois dela?	0	1	2	3	4
11. Ter sentimentos negativos intensos como medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha?	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades que você costumava apreciar?	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas?	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para vivenciar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou sentimentos amorosos por pessoas próximas a você)?	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritado, explosões de raiva ou agir agressivamente?	0	1	2	3	4
16. Correr muitos riscos ou fazer coisas que podem lhe causar algum mal?	0	1	2	3	4
17. Ficar "super" alerta, vigilante ou de sobreaviso?	0	1	2	3	4
18. Sentir-se apreensivo ou assustado facilmente?	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar?	0	1	2	3	4
20. Problemas para adormecer ou continuar dormindo?	0	1	2	3	4

O PCL-5 varia entre 0 - 80 pontos. Um escore de 31-33 pontos ou mais sugere que a paciente possa se beneficiar de um tratamento para TEPT. Valores abaixo de 31 podem indicar que a paciente possa ter sintomas que estejam abaixo do limiar para TEPT, ou que ela não preencha os critérios para TEPT; esta informação deve ser incorporada no planejamento do tratamento. Os escores devem estar de acordo com os objetivos estabelecidos, um limiar mais baixo, aumenta a sensibilidade de diagnóstico de TEPT, enquanto que escores maiores reduzem os falso-positivos (15).

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

A HADS é uma escala de rastreio que foi inicialmente estruturada para ser aplicada em pacientes de serviços não-

psiquiátricos de um hospital geral para o rastreio de sintomas de ansiedade e depressão nas pacientes (16), sendo que foi validado para o português brasileiro (17). O questionário tem 14 questões do tipo múltipla escolha com duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada (Figura 1). A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21 (17) A escala é preenchida em cerca de 4 minutos. A interpretação dos escores da HADS adota um referencial, sendo entre 0 a 7 (ausência de sintomas); 8 a 10 (possível caso de depressão ou ansiedade) e, de 11 a 20 (caso provável) (16,17).

ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:			
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer			
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> não sinto nada disso[1]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos[1]	<input type="checkbox"/> atualmente bem menos[2]	<input type="checkbox"/> não consigo mais[3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> raramente[0]
6. Eu me sinto alegre			
<input type="checkbox"/> nunca[3]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> nunca[3]
8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[3]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[1]	<input type="checkbox"/> nunca[0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
<input type="checkbox"/> nunca[0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase sempre[3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:			
<input type="checkbox"/> completamente[3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes[1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes[0]
11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:			
<input type="checkbox"/> sim, demais[3]	<input type="checkbox"/> bastante[2]	<input type="checkbox"/> um pouco[1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim[0]
12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes[1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
<input type="checkbox"/> a quase todo momento[3]	<input type="checkbox"/> várias vezes[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> não senti isso[0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
<input type="checkbox"/> quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> várias vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
RESULTADO DO TESTE			
OBSERVAÇÕES:			
Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13)		Escore: 0 – 7 pontos: improvável	
Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14)		8 – 11 pontos: possível – (questionável ou duvidosa)	
		12 – 21 pontos: provável	

Figura 1. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Baseado em Botega et al. (17)

Saúde mental pós-aborto: impactos psicológicos

Os eventos psicológicos relacionados à saúde mental feminina após um aborto englobam aumento de da chance de desenvolver ansiedade e depressão durante a próxima gravidez (18) e de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), sendo que, para cada mulher que não teve aborto, a chance de desenvolver depressão é 2,5 vezes de desenvolver depressão, caso ela engravide antes de 12 meses (19).

Em uma revisão sistemática, foi identificado que mulheres que tiveram abortamento apresentam evidências de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático após o primeiro mês do evento (20).

Corroborando estes dados, um estudo prospectivo de coorte mostrou que um mês após uma perda gestacional precoce, foram observadas altas proporções de mulheres que preencheram os critérios para estresse pós-traumático (29%), ansiedade moderada/grave (24%) e depressão moderada/grave (11%) (21). Embora a prevalência de cada distúrbio tenha diminuído ao longo do tempo, as proporções ainda permaneceram altas 9 meses após a perda precoce da gravidez (18% para estresse pós-traumático, 17% para ansiedade moderada/severa, 6% para depressão moderada/severa).

Após 1 mês, 28% (95%IC=18% a 39%) das mulheres que tiveram uma perda gestacional precoce tinham o diagnóstico de TEPT moderado a grave. A prevalência foi alta tanto nos casos de após aborto espontâneo, como nos casos de e gravidezes ectópicas.

Em um estudo controlado avaliando os efeitos psicológicos do aborto espontâneo por meio de questionários, dentre estes o HADS, verificou-se que as mulheres tiveram um grau mais significativo de ansiedade no momento inicial da entrevista e seis semanas depois, em comparação com um grupo controle. Entretanto, os achados para a depressão foram menos claros (22).

Foram encontradas taxas consideravelmente mais altas de depressão no grupo de aborto espontâneo em comparação à do grupo pré-natal. Porém, nenhuma diferença foi encontrada na Escala de Depressão Hospitalar (22).

Transtornos emocionais após o abortamento

Durante a gestação e o parto, expectativas são criadas pela gestante. O abortamento interrompe estas expectativas, gera um abalo emocional e altera as perspectivas da paciente. Entre os fatores que afetarão o impacto emocional do abortamento há o nível de apoio emocional, a existência de outros eventos prévios e o quão inesperada terá sido a perda; entretanto algum grau de aflição é um achado praticamente universal (20,23). O modo como o choque e o luto progredem pode determinar eventos psicológicos de grande relevância a curto e a longo prazo. Em um estudo transversal, cerca de um terço das mulheres rastreadas, duas semanas após o abortamento, foi positivo para depressão (23).

A seguir apresentaremos os principais transtornos que surgem no pós-aborto, e a sua incidência de acordo com diferentes estudos.

Depressão

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais incapacitantes para o paciente. Não há exames complementares para confirmar o diagnóstico, o qual é essencialmente clínico. Dessa forma, para apresentar o quadro clínico de depressão maior unipolar, segundo o DSM-5, o paciente deve apresentar 5 ou mais dos seguintes sintomas durante 2 semanas seguidas, sendo que o primeiro ou o segundo são obrigatórios: Humor deprimido na maior parte do dia; Anedonia, perda ou ganho de peso significativo, insônia ou sono excessivo; agitação ou lentidão psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentir-se sem valor ou com culpa excessiva; habilidade reduzida de pensar ou se concentrar; pensamentos recorrentes sobre morte, pensamentos suicidas sem um plano, tentativa de suicídio ou plano para cometer suicídio (24).

A depressão é uma consequência menos prevalente, contudo seu impacto é ainda mais significativo. A vulnerabilidade a ela parece variar pouco com fatores socioambientais: estudos realizados no Quênia e na Nigéria, onde as condições precárias de educação e assistência à saúde tornam os índices de abortamento e de mortalidade infantil mais altos, as taxas de depressão encontradas utilizando a escala de depressão pós-parto de Edimburgo e a Escala de depressão autoavaliada de Zung foram de 34,1% e 16,9% respectivamente (5, 23).

A depressão é uma complicação potencialmente duradoura e altamente prejudicial. "Pensamentos de automutilação estão presentes em cerca de um terço" das mulheres com exame positivo para depressão em uma população estudada (23).

Transtorno de ansiedade

Os transtornos de ansiedade são síndromes psiquiátricas que causam prejuízo funcional para a paciente. O diagnóstico é essencialmente clínico. Segundo o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais, 5a edição), para o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada (TAG), a paciente deve preencher os seguintes critérios: ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional) considera difícil controlar a preocupação. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses): Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; Fatigabilidade; Dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente; Irritabilidade.; Tensão muscular; Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto). A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas e a perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (hipertireoidismo). A perturbação não é melhor explicada por outro transtorno mental (24).

O transtorno de ansiedade é apontado por vários estudos como uma complicação frequente. Em estudos que compararam os efeitos nas mulheres com os em seus parceiros, evidenciaram-se proporções muito maiores de mulheres afetadas. As pontuações nos escores de ansiedade tendem a diminuir com o decorrer do tempo, equiparando-se aos grupos de controle entre 6 e 12 meses após o abortamento, exceto nas situações em que houve aumento dos níveis de ansiedade relacionados a novas tentativas de engravidar (20).

Poucos estudos quantificam a incidência de transtornos de ansiedade em mulheres que sofreram um abortamento. Em uma coorte realizada em Londres, foi encontrado uma taxa de 24% de ansiedade moderada a grave em mulheres que sofreram aborto, utilizando a escala HADS (25). Em um estudo realizado em São Paulo, foram comparados dois grupos de mulheres, as que sofreram aborto espontâneo e aborto provocado, em relação ao escore obtido pela escala HADS. O grupo de aborto espontâneo teve menores médias em relação ao questionário aplicado a ansiedade (8,7) e a depressão (6,1) em relação ao grupo com aborto provocado (11 e 8,3, respectivamente) (26).

Transtorno de estresse pós-traumático

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é uma patologia psiquiátrica relacionada com ansiedade. Tem como característica principal os efeitos somáticos e cognitivos desencadeados por lembranças de um evento traumático estressor passado. O diagnóstico é clínico, baseado nos critérios do DSM-5 (24): Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual; Presença de um (ou mais) dos sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência; Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático; Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento; Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento; Persistência das alterações por mais de 1 mês; A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo

e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Um estudo multicêntrico sueco verificou que poucas mulheres desenvolveram TEPT ou sintomas após o abortamento (27). Entretanto, em outro estudo o TEPT ocorre em 28% das mulheres que tiveram aborto espontâneo ou gravidez ectópica, no primeiro mês, e 39% em 3 meses (21). Da mesma forma que no estudo de coorte inglês reportou que 29% preencheram requisitos para Transtorno de estresse pós-traumático utilizando a ferramenta Posttraumatic stress Diagnostic Scale, após um mês da perda (18).

Resumo das incidências das morbidades pós abortamento

As morbidades mais estudadas são ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático, cujos achados nos principais estudos analisados são apresentados a seguir (Tabela 2).

Números semelhantes foram replicados em outros estudos; contudo, não é possível determinar se o aborto causou a morbidade emocional (29).

A atenção do profissional de saúde após a ocorrência de um aborto espontâneo é necessária. Uma pesquisa transversal apontou as incongruências entre a relevância atribuída pelos profissionais aos eventos de perda gestacional em contraste com a percepção de mulheres gestantes e seus parceiros - grupo sujeito ao risco estudado. Revelou-se que uma parcela substancialmente menor dos profissionais (38,3% em comparação a 59%, $P > 0,001$) acreditavam que o impacto poderia afetar seriamente as mulheres. Também revelou que a maioria das gestantes não considerava que o profissional primário de saúde possuía o preparo necessário para oferecer esses cuidados (30).

Pesquisas que buscam reunir dados sobre as condutas esperadas ou sugeridas pelas pacientes nesta situação já foram realizadas, embora tenham sido feitas em pequena escala e sejam,

Tabela 2. Incidência de ansiedade, depressão e Transtorno de Estresse Pós-trauma (TEPT) em mulheres após o abortamento, de acordo com diferentes estudos.

Estudo	Incidência (%)			Observações
	Ansiedade	Depressão	TEPT	
Farren et al (21)	32	16	28	No 1º mês de seguimento
	20	5	38	Aos 3 meses de seguimento
Farren et al (25)	24	11	29	No 1º mês de seguimento
	17	6	18	Aos 9 meses de seguimento
Giannandrea et al (28)	45	45	11	Tempo não especificado
Cumming et al(29)	28,3	10	-	Até 13 meses de seguimento
Engelhard, van den Hout, Arntz (27)	-	-	25	No 1º mês de seguimento
	-	-	7	Aos 4 meses de seguimento
Obi, Onah, Okafor (5)	-	16,9	-	Até 3 meses após o episódio
Mutiso, Murage, Mukaido (23)	-	34,1	-	2 semanas após o episódio
Benute et al (26)	11,4	0	-	A ansiedade foi medida somente em mulheres que tiveram aborto provocado

portanto, mais sujeitas a imprecisões. Os dados que reuniram, contudo, são bastante claros e reforçam a necessidade de uma investigação mais profunda com esse enfoque: Numa população na França, Mais de 90% das participantes declararam sugerir fortemente que algum tipo de apoio fosse prestado, e número semelhante declarou que o teria desejado pessoalmente, e ainda classificaram como úteis todas as propostas de intervenção sugeridas no questionário (31). Outro estudo em pequena escala sugere que a insensibilidade e a falta de tato dos profissionais contribuíram ainda com um impacto psicológico negativo (32). É altamente sugerível que estudos mais aprofundados sejam feitos para delinear tais achados, cujas implicações têm grande peso na escolha de uma conduta.

Discussão

O transtorno de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático são os distúrbios psicológicos mais comumente encontrados após um processo de abortamento, médias de incidência de 25,38 e 22,28%, respectivamente, entre os artigos pesquisados. Não há diretrizes sobre o rastreio e manejo do aborto espontâneo e morbidades psicológicas.

Outra lacuna explorável é a referente ao preparo do profissional para lidar com essas situações dentro do contexto da saúde pública brasileira. O profissional deve alertar aos casais desde o início da gestação para a possibilidade de uma perda espontânea, e amenizar o sentimento de culpa das famílias.

Infere-se que a atenção de uma equipe multidisciplinar, poderia oferecer um atendimento mais extensivo no decorrer da gestação, período de grandes transformações e no acompanhamento em casos de pós-aborto espontâneo. No entanto, tais medidas são possíveis com os recursos disponíveis na grande maioria das unidades de saúde brasileiras.

Nesses casos, os profissionais de saúde devem saber identificar fatores de risco para morbidades psicológicas (como as situações de aborto recorrente por exemplo) a fim de intervir quando necessário. Para tais situações, pode-se fazer o uso de ferramentas desenvolvidas justamente para o rastreio e o acompanhamento dos sintomas, como HAS e PCL5. A aplicação de tais medidas viria a favorecer o redirecionamento dos investimentos em saúde pública para as áreas de maior impacto nesse âmbito.

Ao se identificar algum grau de sofrimento psicológico, deve ser feita uma abordagem tentando compreender os motivos pelos quais a paciente está tendo depressão (se é um problema de culpa, informação incorreta sobre o abortamento, ter uma noção incorreta se poderá engravidar de novo). Cabe ao profissional abordar estes aspectos e aplicar a uma escala para o acompanhamento ao longo das consultas pós-aborto. Se não houver boa evolução na resolução do mental disfuncional, sugere-se o encaminhamento para consulta especializada.

As diretrizes de atendimento seriam de suma importância nesse momento para orientar como proceder diante dessa demanda específica, a qual deve levar em conta o contexto social, econômico e cultural do local onde serão implementadas, a fim de abranger a população local. Diferenças sócio-culturais podem incorrer em diferentes formas de se experienciar eventos traumáticos, de maneira que medidas regionalizadas podem ter maior probabilidade de sucesso na resolução dos problemas.

Assim, fica evidente a necessidade de estudos locais para avaliar o custo/benefício das intervenções possíveis, bem como valorizar a melhor instrução possível do profissional da atenção primária, que muitas vezes será a linha de frente e a única fonte de apoio das pacientes.

Conclusão

O abortamento é uma complicação frequente e há evidências de impacto emocional principalmente nos primeiros 6 meses. Devido aos dados conflitantes na literatura, o rastreamento ativo de casos e a verificação da incidência de transtornos de estresse, bem como a aplicação das ferramentas HAD e PCL-5 em mulheres que sofreram abortamento por um período de 6 meses após o fato, abre oportunidade para futuras pesquisas. Assim, as ferramentas utilizadas tiveram a finalidade de monitoramento das alterações dos sintomas durante e após o tratamento, além de estabelecer uma triagem e fazer um diagnóstico provisório, de acordo com a organização de cada escala. Considerando a escassez de estudos brasileiros sobre os aspectos psicológicos em mulheres que tiveram aborto, um estudo de coorte prospectivo auxiliaria uma abordagem na formação de diretrizes. Deste modo, abre-se uma oportunidade de avaliar o impacto psicológico e a necessidade de intervenções neste grupo de pacientes.

Referências

1. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*. 2021;397(10285):1658–67.

2. Brazil, Health Ministry. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. [Humanized care in abortion: technical guidelines]. 2nd ed. 201, p. 60. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
3. Marqui ABT de. Anormalidades cromossômicas em abortos recorrentes por análise de cariótipo convencional. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2018;18(2):265–76.
4. Soares AM, Cançado FMAA. Profile of women with gestational loss. *Rev Assoc Med Minas Gerais*. 2018; 28:e1930.
5. Obi SN, Onah HE, Okafor II. Depression among Nigerian women following pregnancy loss. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;105(1):60–2.
6. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2005. 32 p. Disponível em: https://books.google.com/books/about/Aten%C3%A7%C3%A3o_humanizada_ao_abortamento.html?hl=&id=2li0kgEACAAJ
7. Wang Y, Meng Z, Pei J, Qian L, Mao B, Li Y, et al. Anxiety and depression are risk factors for recurrent pregnancy loss: a nested case-control study. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):78.
8. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder [Internet]. Vol. 6, *Journal of Traumatic Stress*. 1993. p. 459–73.
9. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. PTSD Checklist-Military Version [Internet]. *PsycTESTS Dataset*. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/t05198-000> doi: 10.1037/t05198-000
10. Weathers FW, Litz B, Herman D, Juska J, Keane T. PTSD Checklist—Civilian Version [Internet]. *PsycTESTS Dataset*. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/t02622-000> doi: 10.1037/t02622-000
11. O’Shea B. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition - Revised)*. American Psychiatric Association. Washington, D.C.: A.P.A.1987. Pp 567 . Vol. 6, *Irish Journal of Psychological Medicine*. 1989. p. 54–54.
12. Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL- C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*. 2004;26(2):167.

13. Osório FL, Silva TDADA, Santos RGDOS, Chagas MHN, Chagas NMS, Sanches RF, et al. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): transcultural adaptation of the Brazilian version. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2017;44(1):10–9.
14. Oliveira-Watanabe TT, Ramos-Lima LF, Santos RC, Mello MF, Mello AF. The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5): adaptation to Brazilian Portuguese. *Braz J Psychiatry*. 2019;41(1):92–3.
15. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. Using the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Internet]. National Center for Posttraumatic Stress Disorder; 2018. Disponível em: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/using-PCL5.pdf>
16. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 ;67(6):361–70.
17. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):359–63.
18. Wallin Lundell I, Georgsson Öhman S, Frans Ö, Helström L, Högberg U, Nyberg S, et al. Posttraumatic stress among women after induced abortion: a Swedish multi-centre cohort study. *BMC Womens Health*. 2013;13:52.
19. Gong X, Hao J, Tao F, Zhang J, Wang H, Xu R. Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* . 2013;166(1):30..
20. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalmbant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. *Hum Reprod Update*. 2018;24(6):731–49.
21. Farren J, Jalmbant M, Ameye L, Joash K, Mitchell-Jones N, Tapp S, et al. Post- traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2016 ;6(11):e011864.
27. Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(2):62–6.
22. Thapar AK, Thapar A. Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *Br J Gen Pract*. 1992;42(356).

23. Mutiso SK, Murage A, Mukaindo AM. Prevalence of positive depression screen among post miscarriage women- A cross sectional study. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):32.
24. American Psychiatric Association (APA). DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [Internet]. Artmed Editora; 2014. 992 p. Disponível em: <https://play.google.com/store/books/details?id=QL4rDAAAQBAJ>
25. Farren J, Jalmbant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *Am J Obstet Gynecol*;222(4):367.e1–367.
26. Benute GRG, Nomura RMY, Pereira PP, Lucia MCS de, Zugaib M. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras*. 2009 [citado 21 de setembro de 2021];55(3):322–7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/ZQts56b4FZsbG8CjKXgSy6C/?format=pdf&lang=pt> doi: 10.1590/S0104-42302009000300027
28. Giannandrea SAM, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *J Womens Health*. 2013;22(9):760–8.
29. Cumming GP, Klein S, Bolsover D, Lee AJ, Alexander DA, Maclean M, et al. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG*. 2007;114(9):1138–45.
30. Kong GWS, Lok IH, Lam PM, Yip ASK, Chung TKH. Conflicting perceptions between health care professionals and patients on the psychological morbidity following miscarriage. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2010;50(6):562–7.
31. Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. Support following miscarriage: what women want [Internet]. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2010;28(4):403–11.
32. Bellhouse C, Temple-Smith M, Watson S, Bilardi J. “The loss was traumatic... some healthcare providers added to that”: Women’s experiences of miscarriage. *Women Birth*. 2019;32(2):137–46.