

Relação entre perda gestacional e o desenvolvimento de episódio depressivo

Relationship between pregnancy loss and development of depression

DOI:10.34117/bjdv8n5-261

Recebimento dos originais: 21/03/2022

Aceitação para publicação: 29/04/2022

Iehudhe Ravel Farias de Albuquerque

Acadêmico de Medicina pelo Centro Universitário CESMAC

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL

E-mail: iehudhe@gmail.com

Gilmario Nunes de Almeida Filho

Acadêmico de Medicina pelo Centro Universitário CESMAC

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL

E-mail: gilmarioalmeidaxd@gmail.com

Diego Jefferson Silva Melo

Residência em Psiquiatria, Especialista em Neurociências e Comportamento

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL

E-mail: dieggomelo@gmail.com

Bernadete Barros Ceryno

Residência em Ginecologia e Obstetrícia

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL

E-mail: bernardeteceryno@yahoo.com.br

Laércio Pol-Fachin

Doutor em Biologia Celular e Molecular pelo Centro de Biotecnologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituição: Centro Universitário CESMAC

Endereço: Rua Cônego Machado 918, Farol, CEP: 57051-160, Maceió-AL

E-mail: laercio.fachin@cesmac.edu.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: Avanços na medicina têm sido notórios nas últimas décadas, que refletiram também no aprimoramento das consultas pré-natal e na atenção à saúde da gestante e do feto, visando reduzir os riscos da gestação. O processo envolvido entre o luto e a aceitação da perda depende diretamente de fatores como, motivações e expectativas para a gestação, possíveis perdas secundárias e a rede de apoio social na qual na qual a gestante dispõe. **OBJETIVOS:** Avaliar a incidência de episódio depressivo em mulheres que passaram por perda gestacional. Estabelecer uma relação entre aborto e desenvolvimento de depressão. Avaliar a relação entre mãe de natimorto e desenvolvimento de episódio depressivo. Analisar o processo de luto decorrente da perda

gestacional. **METODOLOGIA:** Revisão sistemática de literatura, utilizando as bases de dados Scielo, Lilacs e Pubmed. Foram selecionados artigos dos últimos 12 anos que se adequaram ao tema, independente do periódico de publicação. Utilizou-se os descritores: LUTO, PERDA GESTACIONAL, DEPRESSÃO E ABORTO, associadas ao operador booleano AND. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram encontrados 669 artigos, delimitados dos últimos 12 anos, e após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, chegou-se ao número de 40 artigos, destes, 13 foram selecionados por melhor se adequarem ao tema e foram lidos na íntegra, após a leitura, 10 artigos foram selecionados para compor essa revisão. Em estudos foi avaliada a relação entre o AER (Aborto Espontâneo de Repetição) e o desenvolvimento de Depressão, além da condição sexual dessas mulheres com AER. Tais mulheres desenvolveram mais depressão e problemas na função sexual. Além disso, estudos avaliaram a ordem que se dá o luto, e se necessariamente todos os indivíduos passam por todas as fases. Outro estudo envolvendo 523.280 mulheres com idades entre 18 e 36 anos tentou correlacionar o aborto e risco de suicídio, e obteve como resultados uma não relação entre ambos, mas entre aborto e indicadores de saúde mental da mulher, dos pais e menos nível de escolaridade. **CONCLUSÃO:** Gestantes que passaram por AER, cursam com duas vezes mais depressão que as demais gestantes, além de comprometimento da função sexual. O luto pode pular algumas fases, ou não se apresentar na mesma sequência para todas as pessoas. O aborto não aumenta o risco de suicídio. São necessários mais estudos que relacionem depressão decorrente de morte fetal.

Palavras-chave: luto, perda gestacional, depressão e aborto.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Medical advances have been notorious in the last decades, which have also reflected in the improvement of prenatal consultations and health care for pregnant women and their fetuses, aiming at reducing pregnancy risks. The process involved between mourning and acceptance of loss depends directly on factors such as motivations and expectations for pregnancy, possible secondary losses, and the pregnant woman's social support network. **OBJECTIVES:** To evaluate the incidence of depressive episodes in women who have experienced pregnancy loss. To establish a relationship between abortion and the development of depression. To evaluate the relationship between the mother of a stillborn child and the development of a depressive episode. To analyze the grieving process resulting from pregnancy loss. **METHODOLOGY:** Systematic literature review, using the Scielo, Lilacs and Pubmed databases. Articles from the last 12 years that fit the theme were selected, regardless of the journal of publication. The following descriptors were used: Mourning, pregnancy loss, depression and abortion, associated with the Boolean operator AND. **RESULTS AND DISCUSSION:** A total of 669 articles were found, delimited from the last 12 years, and after applying the inclusion and exclusion criteria, a total of 40 articles were found. In studies the relationship between EAR (Spontaneous Repeat Abortion) and the development of Depression was evaluated, as well as the sexual condition of these women with EAR. Such women developed more depression and problems in sexual function. In addition, studies have evaluated the order in which grief occurs, and whether necessarily all individuals go through all the stages. Another study involving 523,280 women aged 18 to 36 years attempted to correlate abortion and suicide risk, and found no relationship between the two, but between abortion and mental health indicators of the woman, her parents, and less educational attainment. **CONCLUSION:** Pregnant women who have had an EAR have twice as much depression as other pregnant women, in addition to impaired

sexual function. Grief may skip some phases, or not present in the same sequence for all people. Abortion does not increase the risk of suicide. More studies are needed that relate depression arising from fetal death.

Keywords: grief, pregnancy loss, depression, and abortion.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas os avanços notórios da medicina refletiram também no aprimoramento das consultas pré-natal e na atenção à saúde da gestante e do feto, visando reduzir os riscos da gestação. Dessa forma, houve uma diminuição significativa na mortalidade infantil e em abortos espontâneos decorrentes de complicações na gravidez, contudo, muitas mães ainda vivenciam a morte de seus filhos antes do primeiro ano de vida dos mesmos e em consequência têm que lidar com o luto e o sentimento de perda ⁵.

Após o nascimento do bebê, a mãe pode passar por um processo fisiológico de alterações do humor, denominado *Baby Blues*, tal ocorrido não deve ultrapassar 10 dias. Passado esse período, caso a mãe continue apresentando esses sintomas, porém de maneira mais acentuada, passa a caracterizar-se a Depressão *Peripartum*. Muitas dessas mulheres têm redução de sintomas em algumas semanas sem fechar critérios diagnósticos, porém, em alguns casos se enquadram como doença, e faz-se necessário o tratamento, o que é mais comum nas mães que apresentaram sintomas mais graves, ou que já passaram por depressão antes ⁸.

O vínculo mãe-filho é consolidado durante a evolução pré-natal, podendo existir, mesmo antes da concepção como uma conexão primitiva que quando interrompida, ocasiona o sofrimento materno ¹. O afastamento desse sentimento de perda, traduz-se em dificuldade de lidar com questões referente à morte, por meio da negação, bloqueando contato com a angústia e conseqüentemente com o luto, pois para a mãe a morte do filho inverte as expectativas pressupostas da vida alterando suas referências temporais ²⁻⁴.

O conceito de mortalidade perinatal abrange óbitos fetais e neonatais, adotando critérios como peso ao nascer a partir de 500 g e/ou 22 semanas de idade gestacional para defini-los ⁶.

O luto é fisiológico, sem necessidade de tratamento. No entanto, para que o mesmo ocorra dentro do que se considera normal, são necessárias algumas condições que o psíquico vai consolidar, como o desinteresse nas lembranças das coisas que dizem respeito ao falecido, mas que necessita de tempo para que isso aconteça ².

O processo envolvido entre o luto e a aceitação da perda depende diretamente de fatores como, motivações e expectativas para a gestação, possíveis perdas secundárias e a rede de apoio social da qual a gestante dispõe. As manifestações fisiológicas do luto podem apresentar-se em sinais e sintomas cognitivos, emocionais e/ou físicos, necessitando uma avaliação cuidadosa a fim de diferenciar o luto de quadros depressivos ou de estresse pós-traumático ¹⁰.

Mesmo na gravidez não complicada, é comum o aparecimento de sintomas que fogem do comum para um corpo não gravídico e dentre as manifestações mais frequentes estão a introversão, passividade, alterações repentinas do humor, irritação sem causa aparente, inquietação, bem como, depressão ³.

A prática de aborto não é permitida no Brasil por lei, sendo considerada um crime exceto em casos de risco de morte para a mulher, estupro e o feto ser diagnosticado com anencefalia ⁹. O aborto espontâneo de repetição é caracterizado como possível causador de alterações psíquicas que são potencializadas em gestações subsequentes levando a problemas emocionais, síndromes depressivas e transtornos de ansiedade ⁷.

Não há evidência científica que relacione diretamente aborto com o aumento do risco de suicídios em mulheres. Existem alguns estudos que já tentaram fazer essa correlação, tais trabalhos são utilizados na tentativa de implementação de políticas públicas direcionadas às mulheres que buscam por esse tipo de serviço. No entanto, no estudo realizado antes e depois do ato de abortar, os pesquisadores observaram que não havia um aumento no número de mulheres que tentaram e não tentaram suicídio ⁸.

Segundo MUZA, “A morte de um feto rompe a ordem natural da vida”. Seja antes, ou em seguida do nascimento, a morte de um filho, termina destruindo o que se considera por ciclo ou ordem natural da vida, com essa mudança, também são cancelados os sonhos, expectativas, esperanças e o que se aguarda de novidade que viria da criança que estaria por nascer ¹.

Visto que, a saúde mental de mulheres mães de natimorto que passaram por abortamento pode ser prejudicada por conta da perda ³, caso essas pessoas venham a apresentar episódio depressivo, o não diagnóstico precoce pode acarretar riscos maiores à saúde. Assim, faz-se necessária uma busca pela relação entre a perda gestacional e o desenvolvimento de episódio depressivo.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Avaliar a incidência de episódio depressivo em mulheres que passaram por perda gestacional.

2.2 ESPECÍFICOS

- Estabelecer uma relação entre aborto e desenvolvimento de depressão.
- Avaliar a relação entre perda gestacional e tentativas de suicídio.
- Analisar o prejuízo da perda gestacional na sexualidade dessas mulheres.

3 METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão sistemática de literatura, na qual a busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas, Scielo, Lilacs e Pubmed. Foram selecionados artigos dos últimos 12 anos que se adequaram ao tema, independente do periódico de publicação.

As buscas foram realizadas a partir dos seguintes descritores em língua inglesa e portuguesa: Luto, perda gestacional, depressão e aborto, associados ao operador booleano “AND” para combinação dos descritores. Por meio deste procedimento de busca, foram identificadas 669 publicações no total, potencialmente elegíveis para esta revisão, em seguida, os artigos que se adequaram ao tema foram selecionados de acordo com a leitura do título e resumo, excluindo títulos em duplicata e artigos de revisão, chegando ao número de 40 artigos. Destes, 13 foram selecionados por melhor se adequarem ao tema e foram lidos na íntegra, após a leitura, 10 artigos foram selecionados para compor essa revisão.

Critérios de elegibilidade

Foram considerados nos critérios de inclusão: (1) estudos dos últimos 12 anos que abordassem o tema: luto, perda gestacional e/ou desenvolvimento de episódio depressivo após morte do conceito. (2) estudos, pesquisas ou protocolos terapêuticos de análise emocional/comportamental de mulheres que passaram por perda gestacional e às implicações à saúde mental.

Para os critérios de exclusão: (1) trabalhos anteriores ao ano de 2010 (2) estudos de revisão, excetuando revisão sistemática de literatura;

Extração dos dados

A pesquisa dos estudos utilizados foi realizada por dois pesquisadores. Foi analisado o título e resumo por ambos os avaliadores, e, à medida que o artigo era selecionado, foi realizada a leitura aprofundada dos artigos completos. Foram desenvolvidas três etapas:

Na primeira foi feita a identificação e análise dos títulos, e eliminados os artigos que não estavam dentro dos critérios propostos.

Na segunda foi feita a leitura dos resumos dos artigos pré-selecionados, e foram excluídos utilizando o mesmo critério

Na terceira etapa, os artigos que foram previamente selecionados foram lidos e analisados pelo menos uma vez, pelos dois avaliadores de maneira independente, na íntegra. Foram extraídas as principais informações desses estudos, para compor o presente trabalho. As informações extraídas dos trabalhos foram divididas em partes: Metodologia do estudo, objetivos, resultados e discussões e conclusões.

Avaliação da qualidade dos estudos

A avaliação da qualidade de estudo foi feita baseada na escala Jadad¹⁰, que através de três itens visam reduzir informações tendenciosas, e possuem respostas de sim ou não.

Tabela 1. Tabela Jadad para avaliação de Qualidade de Estudo.

Critérios de Jadad para Avaliação de Estudo	
1	O estudo foi randomizado? ()SIM ()NÃO
	A metodologia foi apropriada? ()SIM ()NÃO
2	O estudo foi duplo cego? ()SIM ()NÃO
	A metodologia foi apropriada? ()SIM ()NÃO
3	Estão descritos os decréscimo durante o estudo? ()SIM ()NÃO

Cada item (1,2 e 3) recebe 1 ponto para resposta "sim" e zero ponto para resposta "não". Os itens com o nome "a metodologia foi apropriada?" se a resposta for "sim", recebe 1 ponto, se a resposta for "não" reduz 1 ponto. A máxima pontuação que pode ser atingida é 5, caso pontue em todos os itens. O estudo é considerado de boa qualidade se pontuar 3 ou mais pontos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presença de sintomas depressivos, como tristeza e angústia, ocorre em grande parte da população, e pode ser decorrente de diversos fatores, como problemas no trabalho, família, escola, dentre outros que afetam diretamente o psíquico do indivíduo.

É percebido que não existe uma ordem precisa para o desenvolvimento do luto¹, sendo assim, ao abordar essas mulheres enlutadas, o terapeuta responsável, pode encontrá-las em qualquer das fases, o que exige uma habilidade desse profissional na abordagem desse processo de perda com o trabalho de elaboração do luto, que deve ser iniciado o quanto antes⁴.

Evidenciou-se que a partir das falas das participantes que passaram pelo trabalho de elaboração de luto perinatal, há uma necessidade de se garantir que as mães e sua família participem o quanto antes no o processo de elaboração de luto, mesmo com os sofrimentos e angústias que serão vivenciadas, o que, segundo o mesmo estudo, vai de encontro ao senso comum, que tende ao afastamento da vivência dos sentimentos que devem ser vivenciados naquele momento “deixando para lá” com o intuito evitar passar pela dor psíquica⁴. O que coincide com a constatação de que o trauma pós-obstétrico, que acontece como consequência do natimorto, em dadas situações em que essas mães não encontram meios de expressão de sua dor, dificulta a elaboração do luto, que futuramente tende a fazer parte da próxima gestação de maneira negativa⁵.

Dados obtidos, à partir do questionário Beck Depression Inventory, que avalia o episódio depressivo, demonstraram que a incidência nos quadros de depressão em mulheres grávidas, que passaram por AER (Aborto Espontâneo de Repetição) é duas vezes mais elevada, se comparadas ao GC(Grupo Controle), como mostrado na Tabela 2, tendo obtido um valor de 10% para o GC, e de 19,9% no grupo AER⁷.

Tabela 2. Beck Depression Inventory: depressão avaliada nos pacientes dos grupos com aborto espontâneo de repetição e controle.

	AER		Controle	
	n	%	n	%
Mínimo	22	40,0	37	74,0
Leve	22	40,0	8	16,0
Moderado	10	18,1	5	10,0
Grave	1	1,8	0	-
Total	55	100,0	50	100,0

AER: aborto espontâneo de repetição. Fonte: FRANCISCO, et al. 2014.

Já em números demonstrados através do Female Sexual Function Index, que avalia a função sexual feminina, evidenciam que a partir dos domínios da esfera sexual analisados: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e menor dor. Destes, apenas o domínio do desejo não apresentou diferença entre o grupo AER e o Grupo Controle conforme demonstrado na Tabela 3⁷.

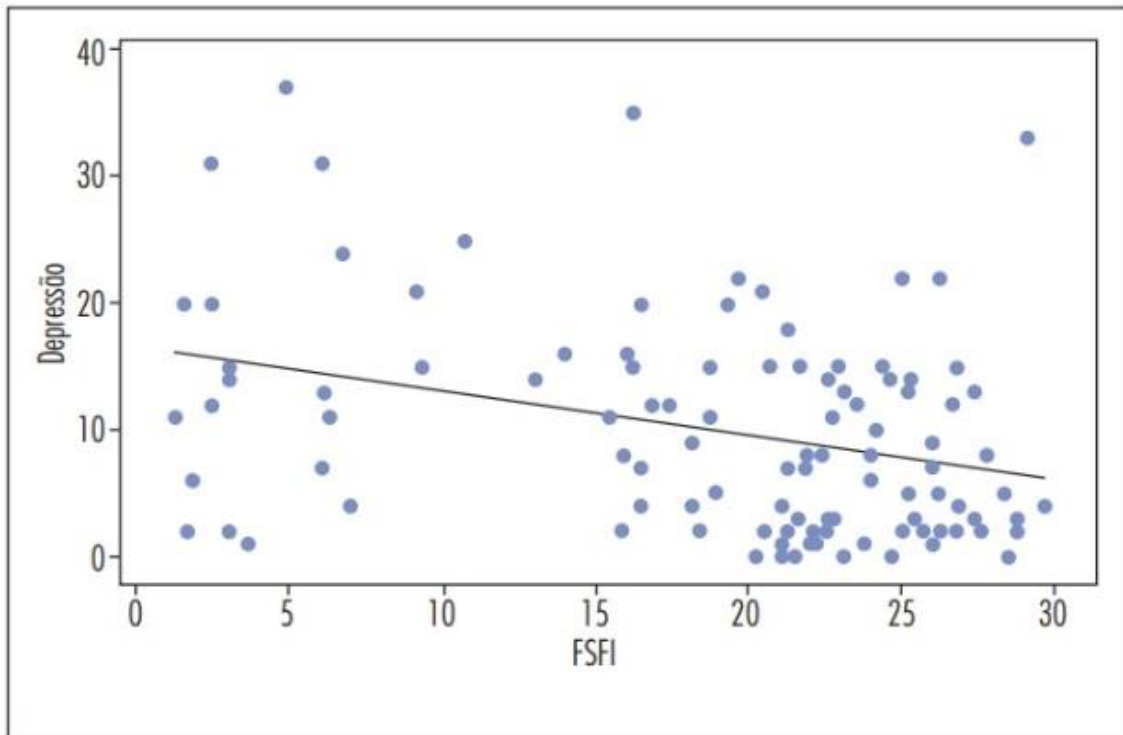
Tabela 3. Escores total, médio e desvio padrão obtidos pelos Grupos com Aborto Espontâneo de Repetição e Controle no Female Sexual Function Index

Domínio	ERA (n=55) Média (σ)	Controle (n=50) Média (σ)	Valor p
Desejo*	3,4 (±1,3)	3,7(±1,1)	0,1
Excitação#	3,1(±1,9)	3,9(±1,4)	<0,05
Lubrificação#	3,4(±2,3)	4,6(±1,5)	<0,05
Orgasmo#	3,1(±2,2)	4,1(±1,6)	<0,05
Satisfação ^l	3,3(±2,3)	4,5(±1,8)	<0,05
Dor#	3,2(±2,5)	4,7(±1,9)	<0,05
Total [‡]	16,4(±9,1)	21,1(±6,1)	<0,05

AER: aborto espontâneo de repetição; *Pontuação variando de 1.2 a 6; # Pontuação variando de 0 a 6; ^lA variação possível é de 0 até 6; [‡]Pontuação variando de 1,2 a 36 com ponto de corte: escore total <26 (risco para disfunção sexual).

Fonte: FRANCISCO, et al. 2014.

Figura 1. Correlação negativa entre depressão e sexualidade.



Análise de correlação de Pearson (r=0,3). FSFI: Female Sexual Function Index.

Figura 1. Correlação negativa entre depressão (beck Depression Index) e sexualidade (Female Sexual Function Index).

Fonte: FRANCISCO, et al. 2014.

Esses resultados demonstram que na passagem pelo processo de AER, a mulher torna-se aproximadamente duas vezes mais suscetível a desenvolver depressão. Além disso, a sexualidade está diretamente ligada à saúde mental. A partir do momento que se é identificadas alterações em quatro dos cinco domínios da sexualidade quando aplicado o FSFI, torna-se claro o impacto negativo que um número consecutivo de abortos pode causar.

Nos casos de mulheres que perdem seus filhos, seja através de aborto, ou natimorto, os sintomas depressivos são extremamente comuns de ocorrer, ainda que não feche os critérios obrigatórios para o diagnóstico de depressão.

As mulheres que vivenciam a morte de um filho, seus familiares, bem como outros indivíduos que passam pela perda de pessoas próximas, podem vivenciar o luto¹. A perda do filho perpassa por sentimentos marcantes, exigindo que todos os familiares envolvidos tenham muita coragem. Os sentimentos mais presentes, e que fazem parte do processo de luto nesses indivíduos são a culpa, tristeza e raiva. Além disso, não há uma ordem obrigatória e invariável para que as fases do luto ocorram, pois essa sequência pode se dar de maneira distinta em diferentes indivíduos. Com isso o indivíduo enlutado, pode apresentar-se em qualquer uma das fases: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação¹.

Em um estudo que avaliou o aborto e a primeira tentativa de suicídio não fatal em mulheres da Dinamarca, foram avaliadas 523.280 mulheres com idades entre 18 e 36 anos no período entre 2000 e 2016. Ao tentar estabelecer uma correlação entre o aborto e o risco de suicídio, foi percebido que o aborto em si, é influenciado por algumas variáveis como, indicadores de saúde mental prévio, pais com indicadores de saúde mental, e menor nível de escolaridade⁹.

Ao analisar a incidência de tentativa de suicídio durante um ano após aborto, e comparando com um ano anterior ao aborto, foi perceptível que essas tentativas se mantiveram estáveis.

No estudo, pode-se observar que houve estabelecimento entre tentativa de aborto, e indicadores de saúde mental, pais com afecções da saúde mental e baixo nível de escolaridade. No entanto, não houve relação entre o aborto e o aumento do número de suicídios que possivelmente teriam o evento como causa.

Avaliação da qualidade dos estudos

Tabela 4

	O estudo foi randomizado ?	A metodologia foi apropriada?	O estudo apresentou comparação entre resultados?	A metodologia utilizada foi apropriada?	Houve descrição de exclusões e decréscimos durante o estudo?	TOTAL
MUZA, Júlia Costa et al	0	0	1	1	1	3
IACONELLI , Vera	0	0	1	1	1	3
OISHI, Karen Lie	0	0	1	1	0	2
FARIA-SCHÜTZER, Débora Bicudo et al	0	0	1	1	1	3
FREIRE, Teresa Cristina Guedes de Paula	0	0	1	1	1	3
Kale PL, Jorge MHPM, Fonseca SC, et al	0	0	0	1	1	2
FRANCISCO, et al	0	0	1	1	1	3
STEINBERG , et al	0	0	1	1	1	3
LIMA, Nathália Diórgenes Ferreira; CORDEIRO, Rosineide de Lourdes Meira	0	0	1	1	1	3
Silva, Adriana C; Nardi, Antonio E.	0	0	1	1	0	2

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que, gestantes que passaram pelo processo de aborto espontâneo de repetição, cursam com duas vezes mais depressão que mulheres que não passaram por esse processo, além da função sexual comprometida em 5 dos 6 domínios avaliados. Além disso, o aborto é influenciado por indicadores de saúde mental da mulher e baixo nível de escolaridade, somado a isso, o abortamento isolado, não aumenta o risco de suicídio. O processo de luto não ocorre obrigatoriamente na mesma ordem, nem necessariamente passa por todos os estágios, exigindo habilidade do terapeuta na elaboração do luto, devendo a terapia ser iniciada o mais precocemente possível. São necessários mais estudos que correlacionem o desenvolvimento de depressão em mulheres que tiveram não só aborto, mas óbito fetal.

REFERÊNCIAS

1. MUZA, Júlia Costa et al. **Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal.** *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 34-48, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 out. 2019.
2. IACONELLI, Vera. **Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês.** *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614-623, Dec. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>.
3. OISHI, Karen Lie. **O jardim de Julia: a vivência de uma mãe durante o luto.** *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 5-11, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000100002>.
4. FARIA-SCHÜTZER, Débora Bicudo et al. **Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação.** *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, [s.l.], v. 5, n. 2, p.113-133, 26 fev. 2014. Universidade Estadual de Londrina. <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n2p113>.
5. FREIRE, Teresa Cristina Guedes de Paula. **Transparência psíquica em nova gestação após natimorto.** 2012. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
6. Kale PL, Jorge MHPM, Fonseca SC, et al. **Deaths of women hospitalized for childbirth and abortion, and of their concept, in maternity wards of Brazilian public hospitals. Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas.** *Cien Saude Colet.* 2018;23(5):1577-1590. doi:10.1590/1413-81232018235.18162016
7. FRANCISCO, et al. **Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 152-156, Apr. 2014. doi.org/10.1590/S0100-720320140050.0004.
8. STEINBERG, Julia R; LAURSEN, Thomas M; ADLER, Nancy e; GASSE, Christiane; AGERBO, Esben; MUNK-OLSEN, Trine. **The association between first abortion and first-time non-fatal suicide attempt: a longitudinal cohort study of danish population registries.** *The Lancet Psychiatry*, [s.l.], v. 6, n. 12, p. 1031-1038, dez. 2019. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30400-6](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30400-6).
9. LIMA, Nathália Diórgenes Ferreira; CORDEIRO, Rosineide de Lourdes Meira. **“A minha vida não pode parar”: itinerários abortivos de mulheres jovens.** *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 28, n. 1, e58290, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2020000100215&lng=en&nrm=iso>. access on 27 June 2020. Epub May 15, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n158290>.

10.Silva, Adriana C; Nardi, Antonio E. **Terapia cognitivista-comportamental para perda gestacional: resultados da utilização de um protocolo terapêutico para luto.** Archives of Clinical Psychiatry, São Paulo, v.38, n.3, p.122-124, Jun 2011. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000300007>.

11.JADAD, Alejandro R.; MOORE, R.Andrew; CARROLL, Dawn; JENKINSON, Crispin; REYNOLDS, D.John M.; GAVAGHAN, David J.; MCQUAY, Henry J.. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?. Controlled Clinical Trials, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 1-12, fev. 1996. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0197-2456\(95\)00134-4](http://dx.doi.org/10.1016/0197-2456(95)00134-4).