



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCEK

**FATORES DE PROTEÇÃO E RISCO RELACIONADOS À PROMOÇÃO DE
RESILIÊNCIA EM ADOLESCENTES QUE SOFRERAM ABORTO**

PALMAS – TO

2019

FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCEK

**FATORES DE PROTEÇÃO E RISCO RELACIONADOS À PROMOÇÃO DE
RESILIÊNCIA EM ADOLESCENTES QUE SOFRERAM ABORTO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dr^a Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

PALMAS – TO

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- T553f TIBLE LAINSCEK, FLORENCE GERMAINE.
FATORES DE PROTEÇÃO E RISCO RELACIONADOS À PROMOÇÃO
DE RESILIÊNCIA EM ADOLESCENTES QUE SOFRERAM ABORTO. /
FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCEK. – Palmas, TO, 2019.
87 f.
- Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado)
Profissional em Ciências da Saúde, 2019.
Orientadora : LEILA RUTE OLIVEIRA GURGEL DO AMARAL
1. ADOLESCENTE. 2. ABORTO. 3. FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO.
4. RESILIÊNCIA. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte.
A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

FOLHA DE APROVAÇÃO

FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCEK

FATORES DE PROTEÇÃO E RISCO RELACIONADOS À PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA EM ADOLESCENTE QUE SOFRERAM ABORTO

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral.

Aprovada em: 29/11/2019

BANCA EXAMINADORA



Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

Orientadora

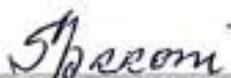
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS



Dra. Marta Azevedo dos Santos

Examinadora Interna

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS



Dra. Sandra Nara Marroni

Examinadora Externa

Instituição: UNIVERSIDADE DE GURUPI

Dedico este trabalho a mim pois mesmo diante de tantos obstáculos enfrentados nesta jornada, não desisti desta grande conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me propiciado força para concluir essa caminhada, colocando em meu caminho pessoas especiais, o que tornou mais fácil.

A minha querida família Wellington, companheiro de todos os momentos e pelo suporte incondicional, as minhas filhas Izadora e Ághata, que sempre compreenderam as minhas ausências.

A minha mãe Odile e meu pai Lucho (*in memoriam*) pelo amor e por sempre evidenciarem a importância do estudo e conhecimento.

À minha orientadora Dr^a Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral por me orientar e possibilitar que eu conquistasse mais um degrau em minha jornada. Obrigado por sua confiança e dedicação.

Aos colegas de mestrado por compartilharmos conhecimentos e ansiedades, mas também, momentos únicos e que contribuíram para que eu pudesse chegar ao final dessa jornada. Cada um de vocês fazem parte dessa conquista, em especial a Juliana Shnider, Meire, Sávvia e Rafaela. Ao meu amigo e mestre Vinícius Lopes Marinho que sempre me acolheu e ofereceu incentivo.

As enfermeiras, técnicas de enfermagem e todo o pessoal do HRG por me recepcionar sempre com sorrisos e possibilitar o andamento desta pesquisa.

As psicólogas Fernanda, Elisa e Paula, além do SEPSI da Universidade de Gurupi-TO pelo apoio participando da rede de atendimento.

E, sobretudo, as adolescentes, que participaram desse estudo, pela confiança e disponibilidade. Obrigado por compartilhar comigo suas histórias de vida.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis. ”

José de Alencar

RESUMO

A adolescência se caracteriza por um período de transição entre a infância e a vida adulta, marcada por mudanças físicas, emocionais, mentais, sexuais e sociais, identificada como período de maior vulnerabilidade, em função da ocorrência de intensas e rápidas modificações. A gravidez na adolescência está quase sempre ligada ao risco de aborto. A gestação leva a adolescente a vivenciar uma reorganização de sua identidade como indivíduo, possibilitando um olhar tanto mais amplo em relação ao contexto de sua vida, quanto uma análise interna, já a vivência psicológica frente ao aborto não é uniforme, varia em função das características pessoais, eventos que estejam associados à gravidez, às circunstâncias de sua vida no momento do aborto, predispondo à riscos biopsicossociais, o que torna um problema de saúde pública. O objetivo desta pesquisa foi: conhecer fatores de proteção e de risco presentes no contexto de adolescentes que sofreram aborto e foram atendidas num serviço de saúde especializado na cidade de Gurupi - TO. Para coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada, elaborada pela autora a partir do referencial teórico estabelecido e analisado sob a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin. Foram realizados dois ciclos de entrevistas com adolescentes que tivessem passado pelo processo de aborto, no Hospital Regional de Gurupi-TO, sendo a primeira entrevista realizada entre 5 a 7 dias e a segunda 30 dias após o evento. Por meio deste estudo houve a possibilidade de se identificar como fatores de risco a idade e o nível educacional, sendo o apoio familiar e a crença religiosa fatores de proteção os quais possibilitam a adaptação psicológica da adolescente favorecendo sua resiliência frente ao processo de aborto. Observa-se que a história pregressa e o apoio familiar são ferramentas imprescindíveis para uma resolução positiva de todo o processo, amenizando o risco de sequelas emocionais.

Palavras-Chave: adolescente, aborto, fatores de risco e proteção, resiliência

ABSTRACT

Adolescence is characterized by a period of transition between childhood and adulthood, marked by physical, emotional, mental, sexual and social changes, identified as a period of greater vulnerability, due to the occurrence of intense and rapid changes. Teenage pregnancy is usually linked to the risk of miscarriage. Pregnancy leads the adolescent to experience a reorganization of her identity as an individual, allowing a broader look in relation to the context of her life, as an internal analysis, since the psychological experience facing abortion is not uniform, varies depending on the characteristics personal events, events that are associated with pregnancy, the circumstances of your life at the time of abortion, predisposing you to biopsychosocial risks, which makes it a public health problem. The aim of this research was: To know protective and risk factors present in the context of adolescents who suffered abortion and were treated at a specialized health service in the city of Gurupi - TO. For data collection, a semi-structured interview was used, elaborated by the author based on the theoretical framework established and analyzed from the perspective of Bardin's content analysis. Two interviews were conducted with adolescents who had undergone the abortion process at the Gurupi-TO Regional Hospital, the first interview being held between 5 to 7 days and the second 30 days after the event. Through this study it was possible to identify age and educational level as risk factors, with family support and religious belief as protective factors that enable the adolescent's psychological adaptation favoring her resilience to the abortion process. It was observed that previous history and family support are essential tools for a positive resolution of the whole process, mitigating the risk of emotional sequelae.

Keywords: adolescent, abortion, risk and protective factors, resilience

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização das adolescentes/ jovens participantes da pesquisa, que passaram por aborto ou curetagem no HRG no período de setembro 2018 a janeiro 2019.	30
Quadro 2 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com Adolescentes - Gestação adolescente	33
Quadro 3 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes- Gestação família	34
Quadro 4 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes- aborto/curetagem adolescente	34
Quadro 5 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes- aborto/curetagem família	34
Quadro 6 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes- hospital/ explicação do procedimento	34
Quadro 7 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes- apoio	34
Quadro 8 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes- Estratégias	35
Quadro 9 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes- Futuro	35
Quadro 10 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes- Gestação adolescente	35
Quadro 11 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes- Gestação família	35
Quadro 12 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes- aborto/curetagem adolescente	35
Quadro 13 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes- aborto/curetagem família	36
Quadro 14 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes- hospital/ explicação do procedimento	36
Quadro 15 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes- apoio	36
Quadro 16 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes- Estratégias	36
Quadro 17 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes- Futuro	37
Quadro 18 - Apresentação das Unidades de Registro e Unidades de Contexto identificadas nas entrevistas com adolescentes	37
Quadro 19 - Categorias Finais de Análise das entrevistas com adolescentes	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychological Association
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HRG	Hospital Regional de Gurupi
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
PPST	Perturbação de pós stress traumático
PubMed	Serviço da U.S. National Library of Medicine
RC	Rede Cegonha
SIH	Serviço de Informações Hospitalares
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SPA	Síndrome Pós aborto
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de assentimento livre e esclarecido
TEPT	Transtorno do estresse pós-traumático
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade básica de saúde
UC	Unidade de contexto
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UR	Unidade de registro
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 ADOLESCÊNCIA	18
2.2 SEXUALIDADE NO ADOLESCENTE.....	19
2.3 ABORTO EM ADOLESCENTE	20
2.4 ASSISTÊNCIA PÚBLICA FRENTE AO ABORTO	21
2.5 FORMAS DE ABORTO	22
2.6 ASPECTOS EMOCIONAIS DO ABORTO.....	23
2.7 FASES DE ELABORAÇÃO FRENTE AO ABORTO	24
3 OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GERAL.....	26
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	26
4 METODOLOGIA.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5.1 HISTÓRIA DE ARTEMÍS.....	32
5.2 HISTÓRIA DE GAIA	32
5.3 HISTÓRIA DE ÍSIS	32
5.4 HISTÓRIA DE HEBE.....	33
5.5 UNIDADE DE REGISTRO PRIMEIRA ENTREVISTA DE CINCO A SETE DIAS DO EVENTO	33
5.6 UNIDADE DE REGISTRO: SEGUNDA ENTREVISTA TRINTA DIAS DO EVENTO	35
5.7 ABORTO/CURETAGEM.....	40
5.8 CATEGORIA II – RECURSOS PESSOAIS E SUPORTE	42
5.9 CATEGORIA III – PERCEPÇÃO ACERCA DA ASSISTÊNCIA RECEBIDA NA REDE DE SAÚDE.....	45
5.10 CATEGORIA IV - PERSPECTIVA	47
6 CONCLUSÃO.....	49
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	61
APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	63

SUMÁRIO

ENTREVISTA	65
APÊNDICE D – TERMO DE ANUÊNCIA SPSI.....	69
APÊNDICE E – TERMO DE ANUÊNCIA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA	70
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	73
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO SEMUS.....	75
ANEXO C – PRODUÇÕES CIENTIFICAS E TÉCNICAS DURANTE O MESTRADO	77
ANEXO D.....	79
ANEXO E	80
ANEXO F	81
ANEXO G.....	82
ANEXO H.....	83
ANEXO I.....	84
ANEXO J.....	85
ANEXO K.....	86
ANEXO L	87

1 INTRODUÇÃO

O termo adolescência deriva do latim *adolescere* que significa crescer. Compreende o período entre a fase infantil e adulta e caracteriza-se por mudanças no desenvolvimento físico, psíquico, cognitivo e social. As delimitações acerca da adolescência são pouco precisas, reconhecendo-se que tenha seu início nos marcos biológicos da puberdade e finalizando com a incursão do jovem na vida adulta, momento o qual assume as responsabilidades que sua cultura estabelece (ARNETT, 2000 apud SENNA, DESSEN, 2015).

Têm-se a através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990, a definição de adolescência pelo marco etário sendo este definido na faixa etária de 12 a 18 anos de idade (artigo 2o), e, em casos excepcionais e quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (artigos 121 e 142) (BRASIL, 2016).

Dentre as outras formas de delimitação do período da adolescência, tem-se o critério cronológico, muito utilizado na identificação dos parâmetros para a investigação epidemiológica e elaboração de políticas públicas. Os limites da faixa etária de interesse pelas normas e políticas de saúde do Ministério da Saúde no Brasil, são de 10 a 24 anos. Grande parte dos países, o conceito de maioridade legal é estabelecido aos 18 anos, contudo existem outros critérios de acordo com os costumes e cultura do local (EISENSTEIN, 2005).

Devido a adolescência apresentar especificidades, no que tange a pesquisa científica, ela pode ser dividida em inicial/precoce, intermediária e final/tardia, variando em função das idades de início e fim. Nas últimas décadas o termo “juventude” vem também sendo utilizado a fim de memorar a faixa etária entre 20 e 24 anos (ARNETT, 2000 apud SENNA, DESSEN, 2015; WHO, 2017).

Na adolescência o indivíduo apresenta-se mais vulnerável, em detrimento do intenso processo de crescimento e desenvolvimento, tanto na esfera física como psicológica e social. As transformações do desenvolvimento predispõem o adolescente à maior vulnerabilidade, a situações de risco como violência, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez precoce entre outras (SÃO PAULO, 2006).

Dados do Ministério da Saúde no Brasil, através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), apontam que em 2015, das crianças nascidas vivas no Brasil, 18% foram de mães adolescentes e de 1980 a 2004 ocorreu uma elevação de 15% no total de gestações entre 10 a 19 anos. Os dados de 2015 apontam queda no número de nascimento de crianças vivas e a região Norte do Brasil representa a terceira com mais filhos de mães adolescentes (DINIZ, 2017; BRASIL, 2017).

O sistema de Informações Hospitalares do SUS, através do estudo da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) (2016) observou que nos últimos três anos houve uma elevação nos procedimentos de curetagem pós aborto de cem vezes mais que para as interrupções legais de gestação, evidenciando que a aparente diminuição de nascimentos não demonstra a diminuição de gestações. O número de procedimentos pós-aborto e abortos legais realizados demonstram falhas nas políticas públicas em relação a educação em saúde, políticas contraceptivas e combate ao aborto clandestino (DINIZ, 2017).

Dados do SUS colocam os abortos clandestinos num grupo de mais de 181 mil mulheres que passaram por curetagem¹, seja ela pós-aborto espontâneo, ilegal ou por complicações pós-parto (BRASIL, 2009).

¹ A curetagem uterina é um procedimento médico executado em unidade hospitalar, sob anestesia geral ou loco regional, que objetiva retirar material placentário ou endometrial da cavidade uterina por um instrumento denominado cureta. Tem como função principal limpar os restos do abortamento, mas também é utilizada para retirada de gravidez molar ou como procedimento de exame [<http://saude.ccm.net/faq/850-curetagem-definicao>].

A PNA (2016) relata que 1 em cada 5 mulheres até os 40 anos já havia tido pelo menos um aborto, sendo este um fenômeno frequente e persistente, presente em todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões, embora o maior número esteja entre mulheres de menor escolaridade, negras, pardas e indígenas, vivendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Neste inquérito a faixa etária de 12 -15 anos representava 7,5% dos abortos, a de 16-17 anos: 10,3%, a de 18-19 anos:11,1% e a de 20-24 anos:27,8%, perfazendo 56% de adolescentes que abortaram do total da população nesse inquérito em 2016 (MENEZES, AQUINO, 2009; DINIZ, 2017).

Identificou-se na pesquisa de Gomes (2002) a ocorrência de 141 abortos, sendo que 108 adolescentes, entre 15 a 22 anos, afirmaram tê-los vivenciado, o que demonstrou que algumas delas abortaram mais de uma vez, dentro da população estudada de 464 jovens. Isso está de acordo com outro estudo o qual evidenciou que mulheres jovens de 20 a 29 anos de idade e adolescentes são as mais vulneráveis ao aborto induzido no Brasil (FUSCO, ANDREONI, SILVA, 2008). Segundo o MS do Brasil, dúvidas acerca da manutenção da gravidez são bastante comuns, 73% das jovens de 18 a 24 anos cogitam a possibilidade de abortar antes de optar por dar prosseguimento à gestação (BRASIL, 2009).

Observa-se dentro das pesquisas realizada para esta dissertação, os estudos não apresentam um panorama claro do aborto em adolescentes no Brasil, os inquéritos são pontuais e na maioria das vezes em populações com maior risco para tal, evidenciando na grande parte das vezes o aborto induzido.

Dados do SUS demonstram que entre 63% e 82% das mulheres que procuraram os hospitais públicos em processo de aborto, estavam com até 12 semanas de gestação. A gravidez na adolescência está quase sempre ligada ao risco de aborto provocado. Estudos dos anos 1990 e 2000 revelam que 50,4% a 84,6% das mulheres que cessaram a gestação, utilizaram medicamento, fato este corroborado pela literatura: mais de 50%, em todas as pesquisas do gênero, afirmaram tomar o Cytotec ou ingerir algum tipo de chá (INESC, 2008; BRASIL, 2017). Em estudo realizado por Peres e Heilborn (2006), assim como por Adesse (2015) apontam o uso de medicamentos abortivos como principal forma utilizada pelas adolescentes.

O aborto está associado à elevadas reações emocionais positivas e negativas, o que varia conforme características pessoais, eventos associados e relacionamentos no momento do aborto. Quanto às reações negativas ao aborto, Menezes e Aquino (2009) associaram distúrbios de saúde mental subsequentes, com taxas de transtornos mentais de 1,4 a 1,8 vezes maiores do que as que não relataram aborto. Importante salientar que a experiência do aborto é marcada pela ambivalência de sentimentos positivos e negativos vivenciados pela adolescente (ADLER et al., 1990).

A resposta da adolescente frente ao processo de aborto tem dependência nos fatores de proteção, que são essenciais para modificação da resposta do indivíduo frente aos fatores de risco, pois cada indivíduo possui um mecanismo para absorver a situação de risco e transformá-la em experiências negativas ou positivas. O processo de proteção possibilita a redução as reações adversas, reduzindo o impacto dos fatores de riscos e reações negativas, permitindo por exemplo a manutenção da autoestima ou possibilita reverter os efeitos de estresse. Esse processo apresenta um produto final, a resiliência, a qual não elimina os fatores de risco, mas possibilita o indivíduo a se engajar frente a situação de risco a qual se apresenta através da combinação e acúmulo dos fatores de proteção (RUTTER, 1981; TAVARES, 2001).

Em se tratando destes fatores o cuidado dos profissionais da saúde tem influência direta, a falta de vagas e a grande demanda por atendimentos obstétricos nos serviços públicos prejudicam a qualidade do acolhimento prestado às mulheres em situação de abortamento, tornando a adolescente mais vulnerável às doenças emocionais como depressão. Espera-se que os gestores do sistema público de saúde garantam condições que possibilitem plena atenção à

saúde da mulher adolescente, tanto do ponto de vista físico como mental (DINIZ, 2007; MENEZES, AQUINO, 2009; MEDEIROS, 2010; NOMURA, 2011).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ADOLESCÊNCIA

A adolescência se caracteriza por um período de transição entre a infância e a vida adulta, marcada por mudanças físicas, emocionais, mentais, sexuais e sociais, identificada como período de maior vulnerabilidade, em função da ocorrência de intensas e rápidas modificações. Caracteriza-se pelo surgimento da capacidade de procriação, relacionada às modificações morfofisiológicas (CAVALCANTI, 1998).

Em termos cronológicos, segundo a OMS e ECA, a adolescência compreende o período de 10 a 19 anos incompletos e de acordo com a ONU entre 15 e 24 anos. Os critérios de classificação da fase da adolescência podem ser influenciados pelas características de variabilidade e diversidade dos parâmetros biopsicossociais que ocorrem neste período da vida, denominados assincronia de maturação, sendo que a idade cronológica é a mais utilizada, porém pode não ser o melhor critério descritivo em estudos clínicos, antropológicos, comunitários e populacionais (EISENSTEIN, 1999; BRASIL, 2016).

A Academia Americana de Pediatria reafirmou a definição etária para adolescência relatada em 1988 de 12 a 21 anos, porém atualmente se posiciona frente a uma flexibilização deste limite etário haja visto evidências de que o desenvolvimento do cérebro não atingiu de maneira confiável os níveis de funcionamento adulto até a terceira década de vida, portanto esta demarcação torna-se arbitrária (HARDIN, HACKELL, 2017).

Os limites da faixa etária de interesse nas normas e políticas de saúde do MS no Brasil são as idades de 10 a 24 anos e por conveniência denomina-se adolescência e juventude ou adolescentes e jovens (adolescentes and youth) em programas comunitários, englobando assim os estudantes universitários e também os jovens que ingressam nas forças armadas ou participam de projetos de suporte social denominado de protagonismo juvenil (EISENSTEIN, 2005).

Sawyer e colaboradores (2018) pontuam que a puberdade precoce acelerou o início da adolescência em quase todas populações, contudo, atrasos na transição de funções, incluindo o término da educação, o casamento e a paternidade/maternidade, continuam, na percepção popular, a marcar o período do início da idade adulta. Neste século, o período de transição da infância para a idade adulta ocupa um espaço maior no curso da vida em relação a outros períodos. Tais autores descrevem sobre a necessidade de ampliação desse período em relação a definição cronológica afim de enquadramento adequado em relação às leis, políticas sociais e sistema de serviços.

Sob o ponto de vista psicológico a adolescência é caracterizada pelo processo de aquisição da identidade adulta, busca pela individualidade e separação psicológica da família. Há teorias em relação ao desenvolvimento psicológico que universalizam tais acontecimentos, e outras que descrevem a adolescência como um evento psicossocial (EISENSTEIN, 2005). A fase da adolescência é marcada por mudanças psicoafetivas e de conduta, apresentando-se como um grupo vulnerável a problemas de ordem social como fome, miséria, desnutrição, analfabetismo, prostituição, violência (BARBOSA, 2009).

Para Bock (2007), a adolescência não se apresenta como uma fase necessariamente de conflito e problemática, como foi concebida por Anna Freud, não sendo esta patológica, e sim social e histórica, podendo deixar de existir ou se apresentar em uma nova conformação no próximo século da mesma forma como se modificou em relação a séculos passados. Sendo assim ocorre uma construção social da adolescência postergando uma fase que anteriormente era vivenciada de forma mais simplificada, trazendo consigo conflitos que em outra hora não eram vivenciados.

2.2 *SEXUALIDADE NO ADOLESCENTE*

No exercício da sexualidade, o adolescente aprende a se relacionar consigo e com os indivíduos que o cercam, impulsionado pelo meio, busca por afeto e aceitação, o desejo sexual aflorado desencadeado pela explosão hormonal que ocorre nesse período e exercício da independência, pode prejudicar o alcance do equilíbrio psicossocial (KOBAYASHI; REIS, 2015). Durante a passagem por esse período a sexualidade permite um processo de exploração física e relacional sendo denominado como aprendizado da sexualidade e das relações afetivas sendo estas conectadas ao contexto social no qual ele foi socializado (GAGNON, SIMON, 1973 apud HEILBORN, 2002).

A vivência da sexualidade baseia-se na socialização, interpretação das regras e valores. Neste contexto a experiencição das relações não sexualizadas tem papel importante no aprendizado das relações amorosas. Heilborn e colaboradores (2006) pontuam que o intervalo de tempo entre o primeiro namoro e a primeira relação sexual são objetos de anseios, expectativas e significados. Destacam ainda que a iniciação sexual é parte fundamental pois envolve o aprendizado da própria sexualidade, autonomia e transição para a vida adulta.

Dentre as experimentações sexuais e amorosas existe o “ficar”, que engloba relações sem compromisso, ao contrário do namoro. Ambas têm seu aspecto positivo na descoberta da sexualidade, contudo um dos aspectos preocupantes é que esse exercício da sexualidade ocorre em uma fase exploratória do desenvolvimento sexual com características específicas como ausência de compromisso, crença na invulnerabilidade e negação dos riscos, o que pode culminar em consequências como infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) ou gestações não planejadas (BERLOFI, 2006).

Referente à idade do início das atividades sexuais, recentes estudos revelam que no Brasil a média é de 14,8 anos (BERLOFI, 2006; BRASIL, 2010; KOBAYASHI, REIS, 2015). A literatura demonstra que a iniciação sexual em idade precoce tem relação direta com maior risco de problemas de saúde nas esferas sexuais e reprodutivas (BELFORI, 2006; HEILBORN, 2006; MA, 2009). São vários os fatores desencadeantes da iniciação sexual nesta população: situação econômica, convivência, religião, escolaridade e relacionamento afetivo /namoro. O início da atividade sexual entre as adolescentes/ jovens está relacionado na grande parte das vezes a consolidação da relação amorosa permeada pelo romantismo, contudo estudos demonstram que uma parcela considerável perde a virgindade não por realmente desejar, mas por pressão do parceiro ou do grupo em que se encontra inserida. (COUTINHO, MIRANDA-RIBEIRO, 2014; BINSTOCK, GOGNA, 2015; BORGES, SCHOR, 2005).

A vivência da sexualidade entre as adolescentes varia conforme a sociedade que está imersa, mesmo nas sociedades aparentemente mais rígidas é marcada através do matrimônio mais precoce, estando diretamente ligada ao não uso ou uso inapropriado de métodos contraceptivo, o que predispõe ao risco de gravidez indesejada e contaminação por IST (GUIMARÃES, 2001).

Diversos fatores relacionam-se à gestação nesse período como a atividade sexual precoce, o déficit no uso de métodos contraceptivos, a falta de informação, o desconhecimento da anatomia e fisiologia do corpo principalmente ligadas a reprodução, além do desejo de engravidar afim de obtenção de status diferenciado ou como fuga do contexto vivenciado (BERQUÓI, CAVENAGHI, 2006; CARVACHO, PINTO, SILVA; MELLO 2008; MOREIRA, 2008).

O processo gestacional para a adolescente ocorre concomitantemente ao desenvolvimento físico e emocional, interferindo no processo natural em que se encontra, esta apresenta frequentemente imaturidade tanto do ponto de vista emocional e social como profissional (KURAUCHI, ROTELI-MARTINS, AQUINO, 2003; POLI, MACHADO, 2005). Tal processo acontece de forma diferenciada de acordo com a história de vida de cada

adolescente e do grupo socioeconômico ao qual se insere (KAHHALE, 1998 apud GAMA, SZWARCOWALD, LEAL, 2002).

A gravidez indesejada, são experiências não normativas que afetam tanto a adolescente como seu ambiente. Restringe a possibilidade de exploração de identidade e preparação para o futuro profissional predispondo à riscos biopsicossociais, o que torna um problema de saúde pública. Cabe salientar ainda que embora haja mais trabalhos publicados apresentando aspectos negativos da gravidez indesejada para o desenvolvimento biopsicossocial, a literatura também apresenta adolescentes que não vivenciam tais aspectos negativos mencionados e a gravidez é tomada como nova perspectiva de vida (PANTOJA, 2003; DIAS, AQUINO, 2006; GONÇALVES, KNAUTH, 2006).

2.3 ABORTO EM ADOLESCENTES

O aborto é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO, 2012) como a expulsão de um conceito sem vida. Clinicamente é caracterizado como abortamento a interrupção voluntária ou não da gestação antes das 20/22 semanas gestacionais e/ou com o peso do conceito inferior a 500g de peso ou quando não se sabe nem o peso nem a idade gestacional, o comprimento de 25cm (crânio - calcanhar) é considerado equivalente a 500g, sendo à interrupção da gravidez antes que o conceito ou produto da concepção se torne independentemente viável (BRASIL, 2017).

Considerado crime contra a vida humana pelo Código Penal Brasileiro (Artigo 123 a 128) desde 1940, são passíveis de pena: a gestante que provoca o abortamento em si mesma (auto abortamento, artigo 123) ou consente que outrem lhe provoque (abortamento consentido, artigo 124) e a pessoa que provoca o abortamento com ou sem o consentimento da paciente (artigos 125 e 126), punível com detenção de um a quatro anos em caso de aborto se a mulher souber; e de três a dez anos para quem o fizer sem o consentimento da grávida (MORAIS, 2008).

A lei define como lícita a prática do abortamento em apenas duas situações: quando a gravidez resulta de estupro e há o consentimento da gestante ou de seu responsável legal (aborto sentimental), ou o aborto necessário ou terapêutico, aquele que é realizado para assegurar as condições de saúde materna (MORAIS, 2008). Nestas situações o governo fornece gratuitamente o aborto legal pelo SUS. A permissão para abortar não significa exceção ao ato criminoso, mas sim escusa absolutória, ou seja, a mulher não será punida. Também não é considerado crime o aborto realizado fora do território nacional do Brasil, sendo possível realizá-lo em países que permitem a prática (FELIX, 2018).

Segundo a ONU/WHO (2017) anualmente, acontecem até 3,2 milhões de abortos inseguros em países em desenvolvimento envolvendo adolescentes de 15 a 19 anos. Estima-se que 70 mil adolescentes em países em desenvolvimento morrem a cada ano por complicações durante a gravidez ou o parto. No Brasil, segundo o MS o aborto na adolescência ocorre entre 7% a 9% do total de abortos em mulheres em idade reprodutiva. Estudos com adolescentes puérperas indicam que 12% a 40% tentam abortar antes de decidir dar prosseguimento à gestação. A grande maioria das meninas que ficam grávidas e aderem ao aborto, o fazem por medo tanto da família como do repúdio social (BRASIL 2009; DIAS et al, 2010).

O M.S. do Brasil, notificou 1.054.242 abortos no Serviço de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS) em mulheres no Brasil. No ano de 2015 o DATASUS registrou 1.738 óbitos de mulheres por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, destas, 235 (13,52%) tinham entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2017).

Adolescentes grávidas constituem grupo de risco e a gravidade é proporcional à idade, isto é, quanto menor a idade maior o risco de complicações obstétricas durante a gestação. O

aborto está relacionado à índices de morte materna, principalmente para aquelas em situação de risco social (BOUZAS, CADER, LEÃO, 2014).

O perfil da adolescente que aborta é muito semelhante da jovem mulher, em relação à primeira gravidez, os estudos com amplas amostras de base populacional indicam que entre 60% e 83,7% das adolescentes não pretendiam engravidar (DINIZ, 2016). A decisão pelo aborto, na maioria das vezes não é solitária. Amigos, membros da família e/ou companheiros tornam-se incentivadores do ato e muitas vezes pressionam a adolescente para a execução do aborto, gerando pressões psicológicas e sociais, culpa, medo, censura e vergonha (SOUZA et al., 2001; FARIA et al., 2012; WHO, 2017).

Compreender o processo do aborto permite identificar que em geral não se passa de um acontecimento único e transitório, mas sim, um evento que possui história prévia, que envolve aspectos biopsicossociais. A alta hospitalar não constitui resolução do problema, há necessidade de programas específicos para acompanhamento e cuidado dessas adolescentes (VIEIRA et al., 2010).

2.4 ASSISTÊNCIA PÚBLICA FRENTE AO ABORTO

Em decorrência da implantação, em 2011, da Rede Cegonha (RC) – uma Política nacional do MS do Brasil, que traça diretrizes e desenvolve estratégias para a humanização da assistência durante o pré-natal, parto, puerpério e infante até 24º mês de vida, algumas ações implementadas pela RC, alcançaram, ainda que parcialmente, mulheres em situação de abortamento, visto que abrangem situações relacionadas a quadros hemorrágicos, gestação de risco, interrupção médica da gestação por questões de inviabilidade materna e/ou fetal ou por violência sexual (estupro), prevenção de abortamento em caso de IST'S, ou como prevenção de gravidez através do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

No que concerne as políticas públicas específicas frente ao aborto feitas pelo MS do Brasil, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher, o qual trouxe em 2011 aos profissionais de saúde a reformulação da *Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento*, anteriormente elaborada em 2005 e substituindo parcialmente a publicação de 2001 *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*, sendo esta uma revisão de normas gerais de acolhimento, orientação e atenção clínica, cumprindo os objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral. Apresenta assim as diretrizes para o acolhimento pela equipe, atenção humanizada (seguindo a nova visão do SUS), ausência de “pré-julgamento” pelo profissional que recepciona a mulher (independente da indução ou não do aborto), escuta qualificada, informar e o orientar (orientações gerais e clínicas), baseada nos três pilares: 1. Acolher e orientar 2. Atenção clínica ao abortamento 3. Planejamento reprodutivo pós-abortamento. Contudo, a literatura destaca que mesmo após a implementação da Norma vigente, continua a ocorrer a violência institucional sofrida pelas mulheres em situação de aborto (NOGUEIRA, 1994 apud GESTEIRA, DINIZ, OLIVEIRA, 2008; BRASIL, 2001; BRASIL, 2011).

Carneiro e colaboradores (2013) observaram que os relatos sobre o atendimento das mulheres em situação de aborto, apontam na direção de um não-cuidado, distanciado da proposta de humanização preconizada para a atenção ao aborto, sendo elas submetidas a uma desassistência, com privação de seus direitos sendo que muitas vezes estas não tinham a percepção desta falta de assistência e avaliavam de forma positiva a assistência prestada. Outro ponto importante desta pesquisa foi a verificação que existem poucos estudos que abordam a atenção, satisfação e responsividade dos serviços prestados as mulheres em situação de aborto, sendo estes importantes na efetividade do cuidado humanizado, de modo a embasar melhorias na assistência sob os preceitos da Norma Técnica.

Um longo processo do SUS através da reformulação da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, tenta trazer capacitações para os profissionais envolvidos na atenção às mulheres, na qual, uma das principais diretrizes é o acolhimento, pois independente do motivo do aborto, a mulher chega ao serviço em estado de vulnerabilidade física e emocional. Os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem, os profissionais da psicologia e assistência social têm como uma das funções, prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em curto e médio prazo, além de fornecer as mulheres em situação de aborto, informações claras e precisas, avaliando a quantidade que esta pode absorver (BRASIL, 2011).

2.5 FORMAS DE ABORTO

As causas relacionadas aos abortamentos são variadas, sendo as anomalias cromossômicas as responsáveis por pelo menos metade dos abortamentos precoces. Entre as demais causas pode-se destacar fatores fetais, ambientais, imunológicos e paternos; anormalidades endócrinas; uso de drogas ilícitas e a idade materna, sendo esta significativa condição. A incidência de abortamento aumenta 12%, nas mulheres com menos de vinte anos e 26% naquelas com mais de quarenta anos, havendo 4 abortamentos para cada 1000 mulheres entre 15 e 49 anos, sendo maior concentração de abortamentos ocorre entre 20 e 29 anos segundo pesquisa realizada no Brasil por Bonassa (2016).

Dentre as formas de classificação do aborto, etiologicamente temos: o aborto espontâneo e provocado. Espontâneo é caracterizado pela expulsão do embrião/feto, decorrente de causas internas ou externas ou ambas. Fisiologicamente o útero elimina 15% dos óvulos fecundados, muitas vezes sem a percepção materna, sendo considerado um aborto natural, são na sua maioria causados por uma incorreta replicação dos cromossomos e por fatores ambientais. O aborto provocado é causado por uma ação humana deliberada, também denominado como interrupção voluntária da gravidez, aborto induzido, voluntário ou procurado. Esta forma de aborto pode ocorrer pela ingestão de medicamentos, substâncias abortivas tóxicas inorgânicas ou ainda por métodos mecânicos (TAVARES, 2007).

Laurenti e colaboradores (2004) realizaram um estudo nas capitais brasileiras que permitiu identificar que o aborto correspondia à terceira causa de morte materna (11,4%), apesar da subnotificação nas declarações de óbito. O abortamento provocado além de um problema de Saúde Pública traz à tona questões religiosas, políticas, sociais e legais, sendo fortemente contestado em muitos países do mundo, é ilegal em países conservadores ou de base religiosa cristã como no Brasil.

A identificação do aborto é dificultada pela ocultação da prática intencional do ato. Quando as adolescentes descobrem a gestação, provocam acidentes e quedas, na tentativa de eliminar a gestação sem deixar culpa, sendo difícil estabelecer com certeza as causas que levaram ao aborto, assim ocorre a dificuldade médica de distinguir entre um aborto criminoso ou natural (PRADO, 1985; VAZQUEZ, 2014), e de acordo com o momento em que ocorre, sendo nomeado precoce- aquele que ocorre até a 13^o semana de gestação ou tardio - ocorre entre a 13^o e a 20-22^o semana (REZENDE, MONTENEGRO, 2005).

Entre mulheres jovens adultas (20-29 anos) e adolescentes, os métodos abortivos mais utilizados são medicamentos e chás. Praticamente não há registros de métodos perfurantes ou de acesso a clínicas privadas nos estudos com adolescentes realizados nos últimos dez anos (DINIZ, 2017). A indução do aborto pode ocorrer de forma ilícita ou por critério clínico. Quando usado pela mulher de forma ilícita, a preferência de uso é por via oral, pois é vista como uma extensão dos recursos para regularização da menstruação e não como método abortivo, o uso vaginal culturalmente é referenciado como tentativa de aborto (BRASIL, 2012).

2.6 ASPECTOS EMOCIONAIS DO ABORTO

As discussões sobre o aborto tendem sempre a girar em torno da legalidade do ato, ou no caso de uma perda espontânea, o que poderia ter sido feito para evitá-la, ficando quase sempre num segundo plano, o aspecto psicológico da mulher (ZEFERINO, FERREIRA, 2013).

As respostas psicológicas frente à situação de abortamento são múltiplas e não estão relacionadas necessariamente com o tempo gestacional, dependendo da motivação, desejo e ralação emocional com o feto. A literatura descreve que os impactos psicológicos mais comuns, relatados pelas mulheres em decorrência de aborto induzido ou espontâneo, são sentimento de culpa/ incapacidade de se perdoar, pesar, abandono, rejeição do parceiro, desinteresse sexual, irritabilidade, pesadelos, tonturas, tremores, impulsos suicidas, desesperança/perda da fé, baixa estima, preocupação com a morte, hostilidade e raiva, desespero e desamparo. Frequentes são os episódios depressivos em momentos significativos como na data prevista para o parto, na data de completar o trimestre, em uma próxima gestação. Em situações onde houve indução do aborto algumas mulheres podem experienciar arrependimento pelo ato, culpa pela morte do feto e/ou receio de não conseguir voltar a engravidar (BROEN et al., 2005; CUNHA, 2007).

Pesquisa realizada por Biggs e colaboradores (2016) mostrou que 25% das adolescentes haviam engravidado novamente um ano após o aborto e que 70% das que levaram a gestação a termo, haviam abandonado a escola. Exceto pelas adolescentes que induziram o aborto, todas expressaram julgamentos negativos sobre a gravidez um ano após a primeira entrevista, além disso, houve melhora de autoestima em todos os grupos de adolescentes entre a primeira e a última entrevista no período de um ano, mais acentuadamente no grupo das que induziram o aborto. Observa-se que há uma tendência entre as jovens que vivenciaram a interrupção da gestação, para melhor adaptação quando comparadas àquelas que engravidaram e foram mães precocemente. Entre as patologias de cunho emocional desencadeadas por fatores intrínsecos e extrínsecos são citados o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), depressão, ansiedade, perturbação de pós stress traumático (PPST), síndrome pós aborto (SPA). Há uma variação quanto ao período de surgimento das alterações físicas e comportamentais. Estudos sugerem que no caso de aborto provocado estas alterações podem levar até cinco anos para se instalarem, já nos abortos naturais surgem nos primeiros seis meses (VILAÇA, 2006; MARIUTTI, FERREIRA, FUREGATO, 2010).

Em estudo clínico-epidemiológico do tipo caso-controle, Cassorla (1985) ao pesquisar 50 casos de tentativa de suicídio em jovens entre 12 e 27 anos, observou que um terço estiveram grávidas, o que demonstra a relação entre gravidez indesejada e transtornos mentais. O aborto está associado a altas taxas de ambas as reações emocionais, positivas e negativas, onde possíveis desordens emocionais como TEPT, depressão, ansiedade podem estar presentes, a depender dos fatores de risco e proteção presentes neste processo.

Os eventos estressores podem advir de ocorrências geradoras de risco, obstáculos individuais e ambientais que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo para resultados negativos. A literatura descreve que o risco é um processo dinâmico relacionado ao tempo e momento de exposição e ao contexto (PALUDO, 2005). Os fatores de proteção potencializam, “atenuam ou neutralizam o impacto do risco” (SPAENZA, MARCONDES, 2005) sendo manifesto através de recursos individuais: autoestima positiva, autocontrole, autonomia, senso de humor, empatia, características de temperamento afetuoso e flexível; recursos familiares: estabilidade, respeito mútuo, apoio/suporte, coesão familiar, ausência de grandes conflitos e recursos relacionados ao meio ambiente: bom relacionamento com amigos, professores ou pessoas de referência e ainda, constituem elementos decisivos para elaboração positiva, sendo denominada esta elaboração positiva de resiliência. A característica essencial destes fatores é provocar modificação da resposta do indivíduo, sendo significativo na redução dos impactos de

risco, reduzindo as reações negativas advindas do evento (BROOKS, 1994; EMERY, FOREHAND, 1996 apud PESCE, 2004; POLETO, KOLLER, 2008).

Compreende-se resiliência como o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo que o indivíduo viva em um ambiente não sadio. Este processo é resultante da combinação entre a capacidade intrínseca do indivíduo e o meio em que vive, não podendo ser pensada como algo que nasce com o indivíduo, mas sim como processo interativo entre o indivíduo e o meio em que vive; uma resposta ao risco. Existe uma variação individual, cada indivíduo reagirá de forma diferenciada para mesmos fatores causadores de estresse, não sendo a resiliência um atributo fixo do indivíduo (RUTTER, 1984 apud PESCE, 2004).

Pesce e colaboradores (2004) pontuam que o termo resiliência traduz conceitualmente a possibilidade de superação num sentido dialético, o que representa não uma eliminação, mas uma resignificação do problema. Não há consenso em relação a capacidade de resiliência de um indivíduo está ligada a um determinado número de eventos estressores, pois um evento como o divórcio dos pais, a transição para a puberdade ou gravidez na adolescência poderia estar atrelado a uma série de outros eventos vivenciados (GORE, ECKENRODE, 1996).

O movimento da psicologia positiva apresenta como missão central a investigação de potencialidades e qualidades humanas como a resiliência, o otimismo, a esperança, a coragem, entre outras habilidades interpessoais indicativas da vida saudável (SENNA, DESSEN, 2012). Esta atual perspectiva não é embasada somente nos modelos dinâmicos do comportamento e desenvolvimento humanos, da compreensão da plasticidade e da importância das relações entre indivíduos e contextos ecológicos do mundo real; mas encontra-se presente em intervenções feitas nas comunidades, em atividades destinadas ao desenvolvimento de habilidades por meio de programas dirigidos aos jovens, principalmente com comportamentos de risco, onde se busca uma relação positiva e sustentável com os adultos (LERNER et al., 2009).

2.7 FASES DE ELABORAÇÃO FRENTE AO ABORTO

O luto pela perda fetal, ocasionada pelo processo de aborto relacionada a perda de um filho desejado ou não e tem como função proporcionar a reconstrução de recursos e permitir processo de adaptação frente as consequências da perda. O processo de luto é determinado por fatores internos, estrutura psíquica, histórico de perdas anteriores, circunstâncias da perda, crenças culturais/ religiosas e apoio recebido. A sociedade encoraja o enlutado a deixar muito cedo a experiência do luto, havendo muitas vezes uma pressão por parte dos familiares para que este apresente um autocontrole. Tal conduta poderá resultar numa vivência isolada do luto ou num abandono precoce (GESTEIRA, BARBOSA, ENDO, 2006).

Em geral, o aborto não é considerada um evento, por não ter nascimento ou morte convencional, segundo Gesteira e colaboradores (2006) a mulher na situação do aborto vivencia um “luto não autorizado” onde às perdas não podem ser “abertamente apresentadas, socialmente validadas ou publicamente pranteadas, assim sendo a manifestação desse luto poderá ser intensificado por ter sido ignorado ou reprimido; a raiva e a culpa podem surgir e complicar o curso do processo de luto; o enlutado pode ser excluído dos rituais; falta apoio social para o enlutado vivenciar o processo do luto. Para as mulheres que vivenciam a Síndrome pós aborto (SPA), segundo Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais o luto incluso pode ser vivenciado, sendo este definido por uma dor que na maioria das vezes é negada mesmo quando uma morte real ocorreu (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

De acordo com a obra de Kübler-Ross (2008) e Kübler-Ross e Kesller (2005), nem todos os indivíduos irão vivenciar o luto de maneira semelhante; é singular na medida em que as experiências e características individuais compõem o cenário de vivências e enlutamento.

O processo de luto atravessa fases definidas, conforme descrito por Kübler-Ross e Kessler (2005). A primeira fase é a da *negação* entorpecimento. Pode ser reconhecida como a reação inicial frente ao impacto da perda, expresso através de verbalizações como: “não está acontecendo isso comigo”, ou ainda “isso não pode ser verdade”. Pode ser interrompida por explosões de aflição e/ou raiva extremamente intensas. A segunda fase é representada pelo o sentimento de *raiva*. Os autores pontuam que a raiva não se apresenta como um sentimento lógico, podendo ser direcionado a qualquer pessoa ou coisa, como por exemplo direcionada a Deus, a equipe de saúde ou a si próprio. A terceira fase é a da *barganha*, caracterizada por sentimento de permuta, ou seja, a troca entre “ter saúde e desenvolver “boas ações” O indivíduo acredita que pode fazer algo de diferente para que a situação atual seja alterada. A quarta fase é a *depressão* e deve ser compreendida como uma reação normal e não patológica, apropriada após uma perda. A medicalização só poderá ser prescrita em casos de extrema necessidade. A quinta fase é a da *aceitação*, caracterizada pela conformação da realidade; o que não significa resolução de todo o processo ou aceitação passiva, mas sim a busca por condições que conduzam à ressignificação e elaboração de novas estratégias de enfrentamento.

No processo do luto observa-se manifestações afetivas (tristeza, solidão, culpa, raiva, ansiedade, apatia, choque, desespero, desamparo); comportamentais (agitação, fadiga, choro, isolamento) cognitivas (pensamentos de preocupação, baixa autoestima, falta de memória; perda de apetite, insônia e queixas somáticas) e manifestações fisiológicas (como aperto no peito, nó na garganta, dificuldade em respirar, palpitações, falta de energia, insônia e pesadelos) (NAZARÉ et al., 2010).

Cunha (2007) destaca que, as mulheres que sofreram aborto são consideradas um grupo de risco e que enfrentar e ultrapassar o acontecido depende do equilíbrio emocional e da estrutura psicossocial que a cerca. A maioria consegue transpor a perda sem maiores traumas emocionais, contudo outras apresentam alterações psicológicas como depressão e ansiedade. Alguns sintomas presentes inicialmente são caracterizados dentro da normalidade, fazendo parte do processo natural do luto, contudo a perpetuação destes podem afetar o regresso a vida normal.

Na elaboração a qual o indivíduo passa durante o processo de vivência do acontecido, as adaptações psicológicas se fazem presentes mediante os recursos internos e o meio que a cerca. onde

Dentro do processo patológico do luto observa-se formas não adaptativas as quais temos: luto crônico (persiste durante muito tempo e torna difícil o desempenho das tarefas de rotina que integram a vida normal); luto atrasado (ocorre quando as respostas são inibidas, suprimidas, adiadas ou não resolvidas); luto exagerado (composto por respostas de intensidade excessiva) e luto mascarado (há presença de sintomas físicos e psicológicos que causam dificuldades ao indivíduo, mas que este não reconhece estarem ligados à perda sofrida). Quando não vivenciado e elaborado de forma adequada este processo pode culminar em Estresse Pós-Traumático (TEPT), quadros de depressão e ansiedade. Algumas sofrem de Síndrome Pós-aborto (SPA), experimentando o “luto incluso”. Por causa desta negação, o luto “não pode” praticamente existir, mesmo assim, a dor da perda ainda está presente e muitas têm “flashbacks” da experiência do aborto e inclusive pesadelos sobre o bebê e até mesmo sofrimento no aniversário da morte. Portanto, não se pode deixar de atribuir aos eventos estressores (eventos traumáticos), parcela importante na indução de transtornos psicopatológicos (MARGIS, 2003).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer fatores de proteção e de risco presentes no contexto de adolescentes que sofreram aborto e foram atendidas num serviço de saúde especializado na cidade de Gurupi - TO.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a história de vida da adolescente;
- Verificar a vivência da adolescente sobre seu processo de gravidez, aborto e procedimento de curetagem;
- Identificar estratégias comportamentais utilizadas e processos de resiliência psicológica.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo abrangeu quatro adolescentes/jovens internadas no Hospital de Referência de Gurupi (HRG), com diagnóstico de abortamento e/ou submetidas à curetagem no período de setembro de 2018 a janeiro de 2019.

O HRG está localizado no município de Gurupi- TO, terceira maior cidade do Tocantins, sendo o polo regional da região sul do estado, com aproximadamente 85. 523 habitantes (IBGE, 2017). É um hospital público considerado como unidade de porte III (número de leitos/população, UTI, Centro Cirúrgico e Obstétrico), sendo referência para 18 municípios que fazem parte da Ilha do Bananal. Dos 129 leitos disponíveis, 20 são destinados à obstetria/ pré-parto/ centro obstétrico/ tratamento clínico. No setor de ginecologia e obstetria, são realizados partos normais e cesáreos, internações de gestantes e puérperas de risco, além dos tratamentos clínicos nos quais encontram-se mulheres em processo de aborto e as que se submeteram ou ainda se submeterão ao processo de curetagem.

O procedimento de curetagem realizado pelo HRG não tem por rotina a permanência da paciente por mais que 24h, exceto em caso de intercorrência. Normalmente as pacientes recebem alta assim que o quadro é estabilizado. A maioria das curetagens são realizadas no período vespertino e a alta ocorre na manhã posterior ao procedimento. No caso de quadros de aborto, se verificado que o conteúdo foi totalmente eliminado da cavidade uterina, a adolescente recebe alta hospitalar.

As possíveis participantes foram encontradas a partir de informações diárias contidas nos prontuários. Os critérios de inclusão foram: adolescentes/jovens de 10 a 24 anos, internadas em processo de aborto, que passaram pelo aborto e/ou procedimento de curetagem no HRG, que tenham aceito participar da pesquisa e, quando menor de idade, com consentimento dos pais e/ou representante legal. Os critérios de exclusão foram: adolescentes/jovens que se submeteram a curetagem por outro motivo médico (gravidez molar - condição na qual se forma um tumor, em vez de uma gravidez normal), que não estavam em condições físicas e/ou emocionais para participar da entrevista, como por exemplo, em surto psicótico, incapacidade de estabelecer diálogo, não ser moradora do Estado do Tocantins ou ainda ser de etnia indígena.

O estudo seguiu o que prevê a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) sob CAAE: 95731018.9.0000.5518 e aprovado conforme parecer nº2.883.418 (Anexo A) e provação do FromSUS (Anexo B). Antes do início da entrevista foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e/ ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice B) na sequência realizada a entrevista semiestruturada (Apêndice C). A primeira parte da entrevista teve como objetivo caracterizar o perfil social e clínico das participantes: idade escolaridade, atividade laboral, com que moravam, presença de namorado ou companheiro, uso de métodos contraceptivos, gestação e aborto anterior, número de filhos, idade gestacional no aborto, a segunda parte foi dividida em eixos: sua história pessoal; relacionamentos familiares, social e conjugal; conhecimento/descoberta da gestação, processo de aborto/curetagem, apoio/rede de relacionamento, futuro/perspectiva. Utilizou-se codinomes para denominar as adolescentes e preservar suas identidades.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, das 20 adolescentes submetidas ao serviço, 2 eram indígenas com idade média de 16 anos (15-17), 1 morava em outro estado com 20 anos e 13 recusaram participação com idade média de 18,25 anos (17-20), restando 4 com idade média de 19,25 (15-24) que aceitaram participar da pesquisa. A coleta de dados aconteceu em dois momentos: cinco a sete dias após a alta hospitalar e trinta dias após o mesmo evento. O objetivo de realizar as entrevistas em dois momentos distintos foi o de possibilitar melhor visibilidade sobre as estratégias comportamentais adotadas.

A primeira entrevista ocorreu entre cinco e sete dias após a alta hospitalar, na residência da adolescente /jovem ou local definido pela mesma e seu representante legal (no caso de menor de idade). Este período foi escolhido por estar temporalmente mais próximo ao evento, o que possibilitou investigação mais detalhada sobre o aborto. A segunda entrevista ocorreu 30 dias após o evento, tempo considerado suficiente para minimização da carga emocional, o que possibilitou a investigação dos processos de resiliência psicológica. Durante as entrevistas foi ofertado o acompanhamento independente da detecção da necessidade, todas se mostraram interessadas, contudo nenhuma das adolescentes/jovens procurou a rede de apoio (Apêndice D e E).

As entrevistas tiveram duração aproximada de 40 minutos, foram gravadas e sequencialmente transcritas, evitando assim qualquer perda de material. Para análise e interpretação dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2009) consiste num conjunto de procedimentos e técnicas que visam extrair sentido dos textos por meio de unidades de análises que podem ser palavras-chaves, termos específicos, categorias e/ou temas, de modo a identificar a frequência com que aparecem no texto, possibilitando fazer inferências replicáveis e válidas dos dados.

A análise dos dados constitui-se de três etapas: 1) Pré-análise do material: iniciou-se o primeiro contato com as entrevistas transcritas, processo chamado de leitura flutuante. Após esta organização foi formado o corpus da pesquisa observando as seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade; 2) Exploração do material: os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitiram descrições das características pertinentes do conteúdo. A unidade de registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase, sendo que a frequência com que aparece uma UR denota-lhe importância, estas foram separadas quanto ao evento, 1ª e 2ª entrevista e contexto para facilitar a análise posterior; 3) Tratamento dos resultados: através da organização semântica, estabeleceu-se categorias, por intermédio do processo de acervo, que constitui na classificação progressiva dos elementos a partir do referencial teórico da área. As categorias foram constituídas mediante compilação de conteúdo com base nos significados e semelhança entre os mesmos (BARDIN, 2011).

Os quadros foram separados por momentos, sendo que no primeiro procurou-se caracterizar a adolescente e seu meio, os quadros seguintes foram separados conforme o momento da entrevista com 1ª entrevista (5 a 7 dias do aborto/curetagem) e 2ª entrevista (30 dias do aborto/curetagem) separando-se o evento ao qual a UR pertencia havendo como eventos: gestação adolescente, gestação família, aborto/curetagem adolescente, aborto/curetagem família, adolescente-hospital/ explicação dos procedimentos, adolescente-apoio, adolescente –estratégias, adolescente –futuro. Em alguns momentos optou-se em apresentar e outra coluna palavras ou frases com o significado similar, facilitando assim sua visualização e compreensão.

A seguir foram delimitadas as unidades de contexto (UC) a partir das UR, separando-se nesse momento as UR em UC e representados através de: sentimento gravidez; aborto/curetagem; significado do abortamento; estratégias comportamentais; rede de apoio; profissionais/ hospital; futuro.

Dessa forma pode-se chegar as categorias finais: Categoria I- Vivência dos processos de gestação, aborto, curetagem: revela os sentimentos da adolescente frente a gestação, aborto e curetagem e como foram interpretados pela família; Categoria II- Recursos pessoais e suporte: relata quem foi importante durante o processo, seu significado e quais ferramentas foram utilizadas para enfrentar o processo de abortamento; Categoria III- Percepção acerca da assistência recebida na rede de saúde: revela como a adolescente percebeu o atendimento no hospital e o nível de informação dada a ela perante o processo de aborto e curetagem; Categoria

IV- Perspectiva- apresenta quais são os sonhos e como a adolescente vê seu futuro após o processo de abortamento.

Vale salientar que as entrevistas foram realizadas tanto em ambiente hospitalar como domiciliar, não se observando inferências externas, dado o contexto da população o isolamento da adolescente no momento da entrevista em alguns casos foi impossibilitado pela presença de algum familiar. Isso pôde interferir em algum momento na fala das mesmas, contudo foi observado ao longo do processo de entrevistas que esta presença pouco alterou o conteúdo das entrevistas possibilitando muitas vezes a agregação de conteúdo para compreensão do contexto vivenciado pela adolescente.

No que se refere as publicações referentes ao tema aborto ao longo da pesquisa observou-se que parte das publicações se apresentavam com mais de vinte anos de publicação, havendo uma concentração maior de publicações no primeiro decálogo de 2.000, sendo o ano de 2.006 com maior número, ao longo deste período observa-se quase o dobro de publicações que no segundo decálogo de 2.000. As publicações abordam principalmente o tema relacionado ao aborto induzido e raros são pontuais em relação aos aspectos emocionais e adolescente. Visto a necessidade de embasamento teórico as publicações mais antigas serviram de subsídio para o desenvolvimento do tema não sendo descartadas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A temática da vivência do evento do aborto na população de adolescentes é o objeto central desta pesquisa. Observar e analisar o contexto onde esta adolescente está inserida, a representividade do processo de gestação, aborto/curetagem, seus recursos internos e a significância da rede de apoio a qual se apresenta a cada uma das adolescentes, associada a vivência da internação, trazem subsídios para que haja a contextualização dos resultados apresentados e discussão a seguir. Inicialmente apresenta-se a caracterização das adolescentes.

Quadro 1- Caracterização das adolescentes/ jovens participantes da pesquisa, que passaram por aborto ou curetagem no HRG no período de setembro 2018 a janeiro 2019.

Adolescente/ Caracterização	Artêmis	Gaia	Isis	Hebe
Idade	15	19	24	19
Grau de escolaridade	1º ano ensino médio	2º ano ensino médio	8º fundamental	3º grau incompleto Graduação área da saúde
Estudante	Sim	Sim	Não	Sim
Atividade laboral	Estudante	Estudante	Auxilia no comércio da família	Estudante
Religião	Não relata	Católica	Evangélica praticante	Católica praticante
Mora com	Pais	Pais/ Esposo	Pais	Sozinha
Companheiro/ namorado	Namorado	Esposo	Ficante	Namorado
Tempo de gestação/ peso do feto	20 s/> 500g	8s	10s	9s 1d
Uso de contraceptivo	Não	Não	Pílula do dia seguinte	Não
Gestação anterior	Não	Não	Sim	Não
Aborto anterior	Não	Não	Não	Não
Nº de filhos	0	0	2	0

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019.

Com relação a idade das adolescentes a média foi de 19,25 (15-24), sendo a mais jovem com 15 e a mais velha com 24 anos. A população, entre 10 e 24 anos, representa um contingente expressivo de mais de 50 mil pessoas no Brasil onde o índice de fecundidade vem diminuindo, contudo no SUS os índices de atendimento apontaram crescimento nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos no que se refere a atendimentos obstétricos, correspondendo a 37% das internações. Mesmo com maior divulgação e facilidade ao acesso de métodos contraceptivos, o número de adolescentes grávidas ainda chama a atenção. Entre os fatores que predispõe a gestação,

destacam-se menor grau de escolaridade materna e paterna, uso de drogas ilícitas e lícitas, baixa renda familiar (BONETTO, 2014; BRASIL, 2017).

Nesta pesquisa três adolescentes eram estudantes regulares e a que apresentava a maior idade havia parado de estudar no ensino fundamental I, sendo esta a única a realizar trabalho laboral, auxiliando no comércio da família. Importante salientar que em populações menos favorecidas, onde o nível socioeconômico cultural tende a ser menos privilegiado, a quantidade de gestações é maior quando comparado com populações mais favorecidas. Horta e Sena (2010) pontuam que nas classes sociais mais privilegiadas, a adolescência e juventude tendem a se prolongar, enquanto que nas menos privilegiadas, o viver da juventude é encurtado, tanto pelo fato de assumir um labor em decorrência da chegada de um filho, como pela entrada precoce na vida adulta.

Das quatro adolescentes, 3 viviam na mesma casa que os pais e uma por motivos de estudo, morava sozinha, mas retornava a casa dos pais com frequência. Duas tinham namorados, uma era casada e morava com o marido na casa dos pais e a outra já fora casada e atualmente tinha um “ficante”, o qual já era comprometido.

O exercício da sexualidade dentro de nossa sociedade, tem iniciado cada vez mais cedo (AQUINO et al., 2003). Observa-se uma estimulação social do adolecer precoce, onde estes adentram na vida sexual rapidamente, mesmo não estando preparados psicologicamente. A maneira como as adolescentes expressam e vivenciam a sexualidade é influenciada por vários fatores entre os quais estão: a qualidade das relações emocionais e afetivas na infância e na atualidade; relações com seus grupos de pares; as transformações psicofísicas, cognitivas e sociais, que surgem com o início da capacidade reprodutiva, os valores, crenças, normas morais, mitos e tabus, e tradições da família e da sociedade na qual estão inseridas (BRASIL, 2007). Em geral a ocorrência da gravidez na adolescência está marcada pelo não planejamento, em alguns casos há o desconhecimento sobre os métodos anticoncepcionais ou a não utilização deles, entretanto nem sempre estes aspectos estão presentes. Portanto a compreensão, tanto da gravidez quanto da maternidade nessa faixa etária, não podem ser desvinculadas das motivações individuais, nem descontextualizada das condições sociais em que as adolescentes estão inseridas, considerando-se a influência do meio em que vive (HEILBORN et al., 2012; BRASIL, 2007).

Todas adolescentes da pesquisa não haviam planejado a gestação, três relataram que não usavam nenhum método contraceptivo e uma utilizava a pílula do dia seguinte. As três que não utilizavam, tinham relacionamentos estáveis, uma casada e as duas outras com namoros entre 8 meses e mais de um ano, a única que cita o uso, mesmo que não recomendado como método contraceptivo, não tinha um relacionamento estável, possuindo dois filhos menores do casamento, sendo um aos 17 e outro aos 21 anos.

Estimativas indicam que no Brasil, cerca de 1 milhão de adolescentes engravidam anualmente e que 10,7% terminam em aborto, portanto há 23 abortos a cada 100 gestações, sendo que a incidência de óbitos por complicações por abortos oscila em 12% do total de óbitos, além do risco de morte associado a gravidez ser um terço maior entre 15- 19 anos de idade do que entre 20 a 24 anos (TAKIUTI, 1997; NOVE, 2012).

O aborto entre as mulheres jovens apresenta-se, com 29% dos abortos ocorrendo em idades que vão de 12 a 19 anos, 28% dos 20 aos 24 anos, caindo para abaixo de 13% a partir dos 25 anos (DINIZ et al., 2017).

Há no Brasil um elevado número de abortos e curetagens pós aborto que ocorrem em jovens entre 15 e 25 anos, estes processos podem desencadear sentimentos como a ansiedade e atitudes não desejáveis, muitas vezes destrutivas para o jovem em relação ao aborto espontâneo, este pode ocasionar desequilíbrios emocionais, pois interrompe sonhos, desejos e impede a experiência da maternagem, sendo vivenciadas dores, sangramentos, sustos, tristeza, violência e culpa (NERY, 2006).

Quanto as adolescentes deste estudo, todas negaram ter passado por um aborto ou procedimento de curetagem anteriormente, 3 delas encontravam-se no início da gestação, entre 8 e 10 semanas gestacionais e uma já no segundo trimestre gestacional.

Através das entrevistas, foi possível conhecer um pouco da história de vida destas adolescentes num momento difícil das suas vidas, marcados por intenso sofrimento. A seguir apresenta-se o resumo da história de cada participante.

5.1 HISTÓRIA DE ARTEMÍS

Adolescente de 15 anos que namora a mais de um ano, estudante do ensino médio, mora com a família, mãe, pai, irmã mais velha e irmão caçula. Em julho de 2018 refere que foi questionada pela mãe sobre a menstruação em atraso, Artêmis já havia percebido o atraso menstrual em junho de 2018. A descoberta/confirmação da gestação ocorreu em agosto de 2018. Segundo ela a família não aceitou inicialmente bem a gestação, assim como ela mesma, relatou que mesmo após o aborto não conseguiu aceitar a gravidez. A perda ocorreu com 20 semanas de gestação devido a um acidente automobilístico. A adolescente e seu namorado estavam retornando de motocicleta a sua cidade Cariri-TO, distante a 9 KM de Gurupi-TO após uma consulta médica, tendo sofrido um acidente automobilístico que ocasionou fraturas em pelve e perna na adolescente e escoriações no namorado. Durante a internação entrou em processo de aborto, estando a mãe presente no momento do aborto. Horas após o aborto teve um choque hipovolêmico levando à uma cirurgia de emergência na qual foi submetida a uma histerectomia, ficando internada na UTI por aproximadamente 4 dias. Ao retornar para casa o namorado e cunhado foram morar em sua residência para ajudar nos cuidados no período de convalescença devido as dificuldades de mobilização da mesma. Inicialmente apresentava-se feliz por ter sobrevivido e com receio do processo de recuperação. Durante o relato do processo de aborto houve referência ao sentimento de morte, devido a dor, sangramento, o qual passou com a expulsão do feto. Com relação a perda do feto aparentava tranquilidade pois relatou que não desejava nem antes e nem agora. Posteriormente manteve o sentimento, contudo relatou que ficou triste pois estava começando a se acostumar com a hipótese de um filho. Aparentava bem confusa com o futuro, porém dentro da normalidade de uma adolescente de sua idade. Durante a segunda entrevista a irmã permaneceu durante todo o tempo.

5.2 HISTÓRIA DE GAIA

A adolescente 19 anos, estudante do ensino médio, casada, mora com os pais e esposo. Desejava a gestação assim como toda a família. Ficou muito abalada com a perda, pois tinha o desejo do filho, se culpou pela perda inicialmente. A mãe esteve presente durante todo o processo de aborto e curetagem. Posteriormente apresentou aceitação da perda, mas revive as datas referentes aos meses gestacionais como se estivesse gestante. Relata que o apoio da família foi crucial. Tem planos para o futuro, mas sem grandes perspectivas, havendo principalmente o desejo próximo de outra gestação e posteriormente terminar os estudos/trabalho. Durante as entrevistas em alguns momentos a irmã permaneceu presente.

5.3 HISTÓRIA DE ÍSIS

Jovem de 24 anos, atualmente mora com os pais, separada, dois filhos pequenos. Relata que descobriu a gestação no hospital, entretanto na segunda entrevista a informação foi contrária, pois afirmou ter feito teste de gravidez adquirido na farmácia antes de apresentar os sinais de abortamento. A mãe esteve presente nas duas entrevistas, interferindo na fala da filha. Inicialmente a jovem pouco verbalizou, expressando seus sentimentos através do choro ou

silêncio, após o término da primeira entrevista relatou o conflito amoroso em que se encontrava, este trazia angústia, tristeza. Relatou que todos a julgavam com a descoberta da gestação e que era a primeira vez que saía do quarto desde a hospitalização. Na segunda entrevista encontrava-se mais falante, a mãe permaneceu durante toda a entrevista. Na entrevistada descreveu novamente o ocorrido e que até aquele momento não teve contato com o rapaz que se relacionou. Nesse momento, a mãe da jovem relatou todo o relacionamento dos dois até a atual separação. A jovem citou a gestação dizendo que havia dado o nome ao bebê, uma menina, mas posteriormente foi enfática em dizer que não desejava mais filhos, tanto que estava em busca do processo para realizar uma laqueadura.

5.4 HISTÓRIA DE HEBE

Adolescente de 19 anos, estudante de graduação na área da saúde, passa as férias com os pais e no período letivo mora sozinha. Diante da descoberta da gestação, Hebe e seus familiares não aceitaram enquanto que o namorado mais velho em 15 anos e seus familiares tiveram boa aceitação e desejaram a mesma. O processo de abortamento/ curetagem foi longo visto que houve complicações pós curetagem e após 10 dias depois foi necessário novo procedimento, havendo, muito sofrimento físico e emocional. Desde o início não havia desejo pela gestação e pensamento de finda-la. Relata que Deus foi bom por ocorrer o abortamento espontâneo já que ela e sua família não queriam a gestação. Na entrevista apresentou-se bem tranquila em relação aos sentimentos relacionados a todo o processo enfatizando a importância da presença da mãe. Estava sozinha durante entrevista em sua residência. Trouxe à tona os sentimentos relacionados a primeira internação e como se sentia naquele momento atual.

5.5 UNIDADE DE REGISTRO PRIMEIRA ENTREVISTA DE CINCO A SETE DIAS DO EVENTO

Para responder os objetivos da pesquisa relacionados ao processo de adaptação psicológica, sentimentos relacionados a gestação, aborto/curetagem, seu significado e as estratégias utilizadas para tal, foi realizado um sistema de categorização a fim de oferecer subsídios para análise do conteúdo das entrevistas. A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo critérios previamente definidos (BARDIN, 2011).

Inicialmente foram elencadas as principais Unidades de Registro (UR), estas podem ser tanto as palavras, frases, temas ou mesmo os documentos em sua forma integral.

Quadro 2- Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes- Gestação adolescente.

GESTAÇÃO ADOLESCENTE
Aceitar
Alegre
Ter um filho que eu ia cuidar
Não estivesse bem com isso
Uma sensação que eu gostei
Chorei demais
Fiquei meio assim
Pensei em tirar várias vezes

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

*Quadro 3 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes –
Gestação família.*

GESTAÇÃO FAMÍLIA	
Teve um tempo para começarem a aceitar	
Estavam mais tranquilos	
Feliz	
Criticando	
Também não queria	
Chorou	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

*Quadro 4 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes-
Aborto/curetagem adolescente.*

ABORTO/CURETAGEM ADOLESCENTE	
Morrer	
Doía muito	
Sangrando	
Pensei várias vezes em tirar	
Tentando não surtar	
Podia ser pior	
Senti que tinha perdido o neném	
Desesperada	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

*Quadro 5 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes-
Aborto/curetagem família.*

ABORTO/CURETAGEM FAMÍLIA	
Chorou comigo	
Ficou triste	
Sempre ao meu lado	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

*Quadro 6 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes-
Hospital/explicação do procedimento.*

HOSPITAL/ EXPLICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Acolheu	Eu entendi
Sem educação	Não explicaram Não me explicaram nada
Trataram mal	Falaram que eu precisava fazer, que eu ia fazer curetagem
Sem humanização	Eu não sei o que é (curetagem)

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

*Quadro 7 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes-
Apoio*

APOIO	
Mãe	Sempre me ajudando
Tia	
Essencial minha família	Minha família me dá apoio
Tá todo mundo me apoiando	
Amigo/amiga	
Namorado	

Pai	
Pedia a Deus	
Da minha mãe e do meu pai, está sendo ótimo	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

Quadro 8 – Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes-
Estratégias.

ESTRATÉGIAS	
Ruim	
Noite todinha chorando	
Lembrar que perde um filho	
* Silêncio	
* Choro	
Triste	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

Nota: * sem verbalização

Quadro 9 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na primeira entrevista com adolescentes-
Futuro.

FUTURO	
Eu ainda não sei o que quero estudar	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

5.6 UNIDADE DE REGISTRO: SEGUNDA ENTREVISTA TRINTA DIAS DO EVENTO

Quadro 10 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes-
Gestação adolescente.

GESTAÇÃO ADOLESCENTE	
Não quero isso de novo	
Difícil	
Não queria não	
Até hoje me lembro dela	
Chorei bastante, mas fui me acostumando, fui gostando depois	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

Quadro 11 – Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes-
Gestação família.

GESTAÇÃO FAMÍLIA	
Ficou feliz	Estavam felizes

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

Quadro 12 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes-
Aborto/curetagem adolescente.

ABORTO/CURETAGEM ADOLESCENTE	
Não era para ser e pronto	
Dor que senti	
Sofrendo de amor, muita dor no peito, no coração	
Chorando	
Sague/hemorragia	Sangrar
Conformada	

Susto	
Perda de uma criança	Era para estar de 4 meses agora
Tristeza	
Fico lembrando, aí é ruim	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

Quadro 13 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes-
Aborto/curetagem família.

ABORTO/CURETAGEM FAMÍLIA	
Era melhor me apoiar né	
Ficaram abalados	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

Quadro 14 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes-
Hospital/ explicação do procedimento.

HOSPITAL/ EXPLICAÇÃO DO PROCEDIMENTO	
Desumanização	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

Quadro 15 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes-
Apoio.

APOIO	
Irmã	
Mãe	
Namorado	
Deus	
Oração	
Igreja	
Sentir agradecida	
Gostar	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

Quadro 16 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes
Estratégias

ESTRATÉGIAS	
Tá tranquilo	
Deixa acontecer naturalmente	
Superei um pouco	
Conformei	
Parei de ficar chorando	
Enfrentar essa luta agora, aí acabar esse rolo aí, tá de boa	
Alívio em conversar	
Pensando em Deus	
Estou confusa	
Fico feliz e triste	
Não sei se sou ingrata, porque estou bem	

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

Quadro 17 - Apresentação das Unidades de Registro identificadas na segunda entrevista com adolescentes-Futuro (Continua)

FUTURO
Terminar de estudar
Não penso em ter filho agora
Arrumar serviço, depois minha casa
Não quero homem
Ter uma família assim, eu, meu marido, um filho

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

Quadro 18 - Apresentação das Unidades de Registro e Unidades de Contexto identificadas nas entrevistas com adolescentes

UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
Aceitar Alegre Ter um filho que eu ia cuidar Não estivesse bem com isso Uma sensação que eu gostei Chorei demais Fiquei meio assim Pensei em tirar várias vezes Teve um tempo para começarem a aceitar Estavam mais tranquilos Feliz Criticando Também não queria Chorou Não quero isso de novo Difícil Não queria não Até hoje me lembro dela Chorei bastante, mas fui me acostumando, fui gostando depois Ficou feliz Estavam felizes	<i>Sentimento da gravidez</i>
Morrer Doía muito Sangrando Pensei várias vezes em tirar Tentando não surtar Podia ser pior Senti que tinha perdido o neném Desesperada Chorou comigo Ficou triste Sempre ao meu lado Não era para ser e pronto Dor que senti Sofrendo de amor, muita dor no peito, no coração Sague/hemorragia Conformada Susto Perda de uma criança Era para estar de 4 meses agora Fico lembrando, aí é ruim Era melhor me apoiar né Ficaram abalados	<i>Sentimento do aborto/curetagem</i>

Ruim Puxado Triste Querendo ou não é um ser dentro de você Alívio Perdi um filho	<i>Significado do abortamento</i>
Ruim Noite todinha chorando Lembrar que perde um filho * Silêncio * Choro Triste Tá tranquilo Deixa acontecer naturalmente Superei um pouco Conformei Parei de ficar chorando Enfrentar essa luta agora, aí acabar esse rolo aí, tá de boa Alívio em conversar Pensando em deus Estou confusa Fico feliz e triste Não sei se sou ingrata, porque estou bem	<i>Estratégias comportamentais</i>
Mãe Tia Essencial minha família Minha família me dá apoio Tá todo mundo me apoiando Amigo/amiga Namorado Pai Pedia a deus Irmã Deus Oração Igreja	<i>Rede de apoio</i>
Acolheu Eu entendi Sem educação Não me explicaram nada Trataram mal Falaram que eu precisava fazer, que eu ia fazer curetagem Eu não sei o que é (curetagem) Desumanização	<i>Profissionais /hospital</i>
Eu ainda não sei o que quero estudar Terminar de estudar Não penso em ter filho agora Arrumar serviço, depois minha casa Não quero homem Ter uma família assim, eu, meu marido, um filho	<i>Futuro</i>

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

A seguir foram elaboradas a categorização, sendo esta, um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo (MORAES, 1999). Para realizar o tratamento dos resultados obtidos e interpretação realizou-se a categorização. Chegou-se nas seguintes categorias, conforme Quadro 19.

Quadro 19- Categorias Finais de Análise das entrevistas com adolescentes.

Unidades de contexto	Categorias finais de análise
Sentimento da gravidez	<i>Vivência dos processos de gestação, aborto, curetagem e percepção do abortamento</i>
Sentimento e significado do aborto	
Sentimento da curetagem	
Estratégias comportamentais	<i>Recursos pessoais e suporte</i>
Rede de apoio	
Profissionais /hospital	<i>Percepção acerca da assistência recebida.</i>
Futuro	<i>Perspectiva</i>

Fonte: Entrevistas realizadas com adolescentes em processo de aborto ou submetidas a curetagem no período de setembro 2018 a janeiro 2019 (2019).

Após o tratamento dos dados, obteve-se quatro categorias, conforme descrito abaixo:

Categoria I- Vivência dos processos de gestação, aborto, curetagem: revela os sentimentos da adolescente frente a gestação, aborto e curetagem e como foram interpretados pela família.

Categoria II- Recursos pessoais e suporte: relata quem foi importante durante o processo, seu significado e quais ferramentas foram utilizadas para enfrentar o processo de abortamento.

Categoria III- Percepção acerca da assistência recebida na rede de saúde: revela como a adolescente percebeu o atendimento no hospital e o nível de informação dada a ela perante o processo de aborto e curetagem.

Categoria IV- Perspectiva- apresenta quais são os sonhos e como a adolescente vê seu futuro após o processo de abortamento.

Categoria I- Vivência dos processos de gestação, aborto, curetagem

A busca pelo ingresso ao mundo adulto, traz consigo o abandono da condição infantil, trazendo com isso experiências psíquicas não vivenciadas em outras fases do desenvolvimento (XIMENES, 2007).

A gestação por si só necessita de atenção, semelhantemente a fase da adolescência que também possui particularidades próprias. No momento em que as duas se encontram - adolescência e gestação - as transformações tornam-se muito mais profundas. Há necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões, sendo estas: mudanças na identidade, redefinição de papéis, funções sociais, adequação financeira, dentre outras.

No presente estudo nenhuma das adolescentes planejaram a gestação dados que corroboram com os apresentados por Aquino e colaboradores (2003) em que 70,3% das adolescentes entrevistadas não pretendiam engravidar, ou sequer pensavam no assunto e 31,4% delas declararam estar em uso de contracepção no momento da gravidez. Observa-se ambiguidade relacionada ao desejo de ter o filho, conforme salientado por Artêmis e Isis:

[...] para mim aceitar também demorou, demorou muito(...)talvez até hoje eu não tivesse mais ou menos bem com isso. (...) eu chorei bastante, mas depois fui me acostumando(...) fui gostando depois. (Artêmis)

[...]fiquei mais assim, depois eu soube que perdi. (...) coloquei nome nela, mas até hoje eu lembro dela. (Isis)

[...]chorei demais, (...) não tava preparada, (...)não queria, (...) feliz a gente nunca fica, (...) ainda mais na minha idade, nunca fica feliz assim, mas era ter que aceitar(...) eu não tava feliz, não vou mentir, não tava feliz. (Hebe)

A constatação de uma gestação, leva, quase sempre à destruição de planos e o adiamento de sonhos, fazendo com que esta adolescente tenha que se reajustar socialmente, podendo sair deste processo fortalecida, ou fragilizada emocionalmente. Interessante perceber que muitas têm o desejo real da maternidade, mesmo sem o planejamento prévio. Moreira et al. (2008) assim como Ximenes et al. (2007), expuseram que muitas adolescentes engravidam porque desejam, querem se ver como adultas, sendo uma realização pessoal, uma transformação na vida individual e familiar, assim encontramos ressonância na fala de Gaia:

[...] senti uma felicidade que eu ia ter um filho, que eu ia cuidar, que ia ter uma família. (Gaia)

Quando as adolescentes entrevistadas relatam como suas famílias e companheiros receberam a notícia, observa-se que poucas famílias aceitaram inicialmente a gestação, afirmando que a adolescente era jovem para tal acontecimento. As famílias procuram enfrentar a situação e lidar com as limitações da adolescente frente a gestação, sendo muitas vezes o filho um traço de união entre eles, tais comportamentos são observados por Dadoorian (2003).

Moreira et al. (2008) verificou em seu estudo que os conflitos familiares se relacionavam basicamente à desaprovação da gravidez e à desestruturação familiar. Munhoz (2006) constata que o sentimento do companheiro perante a gestação é de medo, uma vez que a paternidade é uma experiência nova em suas vidas, e provoca a ideia de que não saberão lidar com essa situação.

[...] ela também não queria, porque ela sabe que meu futuro não é para isso agora, sabe, ela não queria, a reação dela foi assim, chorou, ficou triste ... meu pai é mais durão, ficava mais na dele, também não gostou... [namorado] ele queria, a família toda queria. (Hebe)

[...] acabaram criticando. (Isis)

[...] teve um tempo para ela e meu pai e as outras pessoas começarem a aceitar, porque antes elas ficavam meio assim né. (Artêmis)

[...] ficou feliz com a notícia(...) estavam felizes pela notícia. (Gaia)

5.7 ABORTO/CURETAGEM

O aborto interrompe um percurso biológico natural e esperado socialmente, fazendo com que a possibilidade da maternidade se finde revelando muitas vezes sentimentos ocultos.

O aborto espontâneo pode produzir na mulher tanto perda física como emocional. Além do feto ela vê seus sonhos e esperanças desaparecerem, algumas apresentam-se tristes, introspectivas, com sentimento de perda de um filho esperado. Há ainda aquelas que manifestam o desejo de uma nova gestação imediata, mesmo se a gestação atual que resultou em abortamento, não houvesse sido planejada, outras relatam alívio por uma situação não desejada pelo próprio processo do aborto e curetagem ou ficam indiferentes (NERY et al., 2006).

[...]Jeu senti que já tinha perdido o neném, (...) eu fiquei desesperada porque, assim eu já estava imaginando que ia perder um filho, porque tava sangrando. (Gaia)

[...] porque não tinha felicidade nenhuma, quando eu fiquei sabendo, tava morto (...) peguei e só fui para o quarto chorando. (Isis)

[...] só que depois que saiu uma parte dele, o resto, e aí foi tranquilo(...) tô tentando não surtar, tô tentando pensar que podia ser pior. (Artêmis)

[...] tava triste viu (...) na minha cabeça pensei várias vezes em tirar, eu sempre pensei em tirar. (Hebe)

[...] eu deixei livre, saiu, fiquei muito triste(...) não era para mim. (Hebe)

Observa-se também na fala de Hebe que a resignação se manteve presente, mesmo após o abortamento, Vieira et al. (2010) apresenta em seu estudo a mesma percepção, sendo este caracterizado nas falas de suas entrevistadas como algo capaz de solucionar o problema que estavam vivenciando.

Durante as entrevistas Artêmis pouco mencionou sobre a perda e a histerectomia, podendo ser uma estratégia, a negação, por tudo que se passou, buscando dessa forma o equilíbrio necessário. Durante as entrevistas questões relacionadas a dor física, intensidade do sangramento, trouxeram à tona o medo da morte. A curetagem uterina, indicada para o esvaziamento uterino por abortamento incompleto, é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nos hospitais do SUS, sendo o método mais realizado no tratamento do aborto na grande maioria dos hospitais da rede pública (MENEZES, AQUINO 2009).

Como sintomatologia do processo abortivo há sangramentos vaginais abundantes por 24h com diminuição gradativa, dor abdominal intensa e quando há complicações, pode ocorrer grandes hemorragias, perfurações uterinas, ulcerações no colo e vagina, infecções, complicações tardias, transtornos menstruais, septicemia e óbito (NERY, 2006).

As depoentes foram unânimes ao revelarem momentos de dor abdominal, sangramento e também o medo da morte.

[...]eu tava sentindo muita dor e tava saindo muito sangue (...) fiquei com medo (...) eu pensava que ia morrer, por causa da dor e porque eu tava sangrando demais ... sempre pensando que ia morrer. (Hebe)

[...]eu passei mal, o sangue tava (...)deu hemorragia, eu comecei a querer desmaiar. (Isis)

[...] eu falava, mãe eu vou morrer, eu vou morrer, porque doía muito, muito, muito (...)
(Artêmis)

[...] eu tava sangrando muito no dia que eu tava aqui em casa, eu tava sentindo cólica (...). (Gaia)

Em suas falas e feições observou-se a angústia frente ao desconhecido e o medo do momento seguinte.

A interrupção da gestação intencional ou não promove uma reavaliação das escolhas realizadas, sendo pela opção da gestação ou não e permite rever as perspectivas do futuro, levando a um confronto com a perspectiva da perda, do vazio e morte, mesmo que esta seja momentânea, este pensamento também é compartilhado por Nomura et al. (2011).

Segundo as adolescentes a família também esteve envolvida no processo de abortamento, sendo claro em suas falas a tristeza pela perda, muitas vezes sendo a gestação um desejo velado do familiar.

[...]a minha mãe é especial né, me apoiou, me ajudou, chorou comigo também. (Gaia)

[...]ele sabia que eu não queria, então falou que era melhor me apoiar, né. (Hebe)

É fato que do aborto traz atrelado consigo riscos de ordem física e emocional, grande parte dos estudos que serviram de embasamento nesta pesquisa, dizem respeito as impressões do abortamento induzido, sendo este na grande parte das vezes, imerso em marginalidade e culpabilização, mesmo que a que passa pelo processo receba o apoio familiar. Dentro da busca por referências não se encontrou a vivência do aborto pelas adolescentes e seu significado, contudo quando se fala do aborto provocado, muitas questões vêm à tona, entre o desejo da gestação, o esconder a gestação, buscar no círculo de apoio soluções para esta ou mesmo e a imposição familiar para sua interrupção.

Para Boemer e Mariutti (2003), as expressões utilizadas para expressar os significados que atribuem ao abortamento são reveladoras de uma situação sofrida e conflituosa: a culpa sentida por si mesma e a culpa de um julgamento por parte dos outros. Em alguns casos houve a negação do acontecido, ou a não verbalização, o choro, olhar para baixo e marejar dos olhos fizeram parte dessa fase das entrevistas.

[...] era para eu estar de 4 meses agora, aí eu fico lembrando, aí é ruim. (...) perder um filho. (Gaia)

No caso da adolescente Artêmis, o seu foco estava na recuperação do acidente, inicialmente relatou sobre a perda, contudo seguindo o fluxo da entrevista observa-se sentimentos ambíguos entre a perda e a libertação propriamente dita.

[...] eu fui gostando depois. [Gestação], (...)eu não acho que tenha mudado nada, eu vou querer continuar querendo as mesmas coisas. (Após a perda pelo acidente) (Artêmis)

5.8 CATEGORIA II - RECURSOS PESSOAIS E SUPORTE

Em estudo realizado por Bomer, Mariutti (2003) foi observado que a maioria das adolescentes passa pelo processo de abortamento sozinhas, escondendo este da família. Neste estudo a família esteve presente durante todo processo de internação e recuperação domiciliar estando a mãe presente em todas as etapas, sendo observado nas falas:

[...] apoio eu sempre tive da minha mãe e do meu pai, (...) ficou sempre ao meu lado [mãe], foi a melhor coisa, porque se fosse outra pessoa, seria bem pior, porque eu estava sentindo dor, ela sempre ao meu lado, sempre me ajudando. (Hebe)

[...] minha família também. (...) aí minha mãe também foi no hospital comigo, né, e conversou com eles, porque eu já estava no começo de aborto. (Gaia)

[...] da minha mãe e do meu pai, está sendo ótimo. (Isis)

[...] com minha mãe, num quarto desses. (Artêmis)

[...]a minha mãe é especial né, me apoiou, me ajudou, chorou comigo também. (Gaia)

Segundo as adolescentes, a família foi importante fonte de apoio durante o processo de abortamento. A atenção do núcleo familiar é imprescindível para um desfecho positivo a médio e longo prazo. Observa-se a presença forte da mãe no momento do aborto, como forma de suporte,

conforto, auxílio, não se observando nas falas questões conflituosas. Para Artêmis devido as circunstâncias físicas de limitação (resguardo de 2 meses ao leito devido as fraturas) a rede de suporte foi estendida aos familiares e namorado. No caso de Gaia a mãe teve um peso importantíssimo durante sua estadia no hospital. Para Isis a mãe esteve presente em todos os momentos, mas foi observado, durante a entrevista, uma passividade da jovem em relação a mãe, pois esta interferia nas falas da jovem e pontuava os passos seguintes, não sendo observado muita autonomia da jovem. Hebe teve a mãe como suporte e rede familiar, quando teve que se deslocar para outro estado afim de receber melhor assistência da saúde.

Em pesquisa realizada por Nomura (2011) o apoio familiar esteve presente, a situação de fragilidade ocasionada pelo abortamento faz com que a adolescente valorize a atenção e o cuidado recebidos. Major (2009) relata que o apoio familiar e social tem influência direta sobre o equilíbrio emocional.

Os homens nem sempre estão presentes ou por omissão, ou por achar que esta experiência, assim como o parto, é coisa de mulher, segundo Duarte e colaboradores (2002), quanto maior o equilíbrio de gênero entre o casal, maior as chances do homem se ver como coprotagonista, permitindo um suporte e atenção frente ao aborto. São raros os estudos acerca do papel masculino neste evento, principalmente nos países em desenvolvimento em que o aborto é considerado como prática ilegal (GALASTRO, FONSECA, 2007).

Rodrigues e Hoga (2006) expõem em sua pesquisa que a vivência do homem frente ao aborto está interligada as condições pessoais no momento do processo, as crenças pessoais, valores familiares e socioculturais. De forma generalizada os que vivenciaram o aborto espontâneo, referenciaram angústia pela perda, frustração e os mesmos relataram amadurecimento e união do casal, no caso do aborto provocado estes parceiros relataram culpabilidade, abalo emocional e seu olhar sobre a companheira resultou em mudanças em relação aos sentimentos, ocasionando o rompimento do casal.

[...]ele [namorado] sabia que eu não queria, então falou que era melhor me apoiar, né. (Hebe)

Enfatiza-se a percepção do papel do feminino nos cuidados com todo o processo de abortamento, sendo separado do núcleo masculino, como se tudo pertencesse ao universo feminino. Nas falas notou-se pouca ou nenhuma participação dos pais, namorado ou marido no processo, surgindo o questionamento se são as próprias autoras que isolam os companheiros do processo ou se culturalmente para eles, esse é um assunto feminino, como observado na fala de Hebe.

Observa-se que a externalidade da gravidez do corpo masculino, permite ao homem não participar inteiramente dela, principalmente quando ocorre uma interrupção, o vínculo com a parceira parece determinante. O sofrimento psicossocial gerado pela falta de suporte do parceiro, que pode revelar a natureza frágil da relação afetivo-sexual, seu descompromisso com a gestação e a falta de suporte social tem sido a tônica de muitas situações que têm na sua terminalidade no aborto e mostram que, na sociedade atual ainda a responsabilidade feminina sobre a gravidez e o aborto impera (MARIUTTI, FUREGATO, 2010).

A religião na contemporaneidade, apresenta-se com caráter prescritivo, servindo como guia de orientação para seu posicionamento frente ao que é socialmente solicitado, visto que a individualidade está presente no contexto religioso (MACHADO, 2000).

[...] Deus não deixa me levar porque eu tô muito nova e sempre na minha cabeça. (...) eu orava demais, todo dia, (...) meu apoio foi Deus mesmo. (Hebe)

..., mas pelo WhatsApp, eu tava com a irmã pelo WhatsApp, a gente faz oração pelo telefone, ligação. (Isis)

A busca por refúgio na crença religiosa também foi percebida, principalmente no caso de Hebe que passou por momentos delicados de recuperação pós curetagem. Isis recebeu apoio de uma irmã de igreja, realizando corrente de oração.

Em pesquisa realizada por Zeferino (2013), a religião foi vista como fator de proteção pois as mulheres que apresentavam sinais mais graves de depressão, um terço referia não ter credo e 92% das sem depressão referiam algum credo. De acordo com Bonetto (2014), a espiritualidade oferece conforto e significado para aquilo que está além da compreensão, passando por afeição, amor, compreensão, perdão e aceitação. Muitas adolescentes vivem crises religiosas, e muitas vezes a espiritualidade pode não estar presente nessa fase, mas observa-se que na gestação, ela poderá ser um suporte nos momentos de dúvidas, incertezas.

A questão do aborto é na realidade uma vivência individual, porém está envolvida nos contextos socioeconômico, afetivo e religioso e estas devem ser compreendidas. Todo o processo traz a necessidade de amadurecimento e mudanças comportamentais. A partir da confirmação do abortamento, o processo gestacional toma nova ótica, sendo alvo de reflexões, questionamentos, sentimento de tristeza, solidão e arrependimento podem estar presentes e a necessidade de compartilhá-los com pessoas próximas pode se fazer presente.

A vivência psicológica da mulher frente o aborto, não é uniforme, está associada as circunstâncias de sua vida e de seus relacionamentos nessa fase (MAJOR, 2009). O não processamento adequado pode acarretar consequências mais amplas, gerando transtornos que se revelariam ao longo da vida (VIEIRA, 2010).

As estratégias utilizadas frente ao aborto são percebidas como ferramentas internas, baseadas nos recursos disponíveis, nas vivências anteriores influenciadas pelo meio que as cerca. Diversos estudos apontam que os quadros depressivos, de ansiedade tem como principal desencadeador não o fato do aborto em si, mas a história de saúde mental antes do acontecido, portanto autores apontam que fatores de risco (uso de substâncias lícitas e ilícitas, desajustamentos sociais, abusos físicos e emocionais, desajustes familiares, distúrbios psiquiátricos anteriores) pré existentes estão ligados a distúrbios psicológicos (MAJOR et al, 2009; PEDERSEN, 2011; BIGGS, 2016).

A culpa, a depressão e a psicossomatização são sinais de feridas psicológicas sofridas pelas mulheres, indicando quão profundamente o aborto as sensibiliza, fazendo-as sofrer física e emocionalmente (NERY, 2014).

[...] me sinto agradecida, (...) tipo eu sou muito confusa...eu nunca sei de nada, só sei das coisas que eu gosto. (...) eu fico às vezes tipo triste e feliz, porque eu não sei se eu sou ingrata, porque eu estou muito bem... tô uma confusão de sentimentos. (Artêmis)

A adolescente Artêmis apresenta gratidão, pois agradece o apoio recebido durante sua fala. Durante as entrevistas apresentou oscilações em relação aos seus sentimentos. Observa-se que na adolescência há flutuação relacionada aos sentimentos e certo grau de incerteza é frequente na faixa de idade em que Artêmis está inserida, não sendo visto com preocupação, contudo se não ocorresse uma coerência na fala, cuidados deveriam ser tomados.

A adolescente Gaia caracterizou bem as fases de resolução, passando por momentos de tristeza profunda, revivendo as fases gestacionais para sentimentos mais leves em relação a perda, não que não deixe de vivencia-la, contudo com mais conformidade. Observa-se que o apoio familiar foi importante e o desejo próximo de outra gestação está presente na sua segunda entrevista.

[...]Tá sendo ruim. (...) a noite todinha chorando... lembra né que perder um filho, não é fácil, aí segunda feira eu ia fazer três meses aí eu fico...[silêncio] ...traz um alívio, vem conversa com a gente, aí eu fico me sentindo bem melhor, (...) esses dias estava pensando em Deus, era para eu tar de 4 meses agora, aí eu fico lembrando, aí é ruim (...) tentar fazer outra vez né, fazer outro filho. (Gaia)

A Isis encontrava-se em profunda tristeza na primeira entrevista, ela já possui filhos, e as circunstâncias desta gestação não se apresentavam em um contexto favorável pela relação não ser consolidada. Na primeira entrevista estava a dias reclusa no seu quarto, quase toda entrevista esteve calada ou chorando, quando questionada dos sentimentos gerados pelo que estava passando, respondia com silêncio e choro. Houve muita interferência materna, já na segunda entrevista apresentava-se mais disposta e pontuando melhor os sentimentos.

[...]Jeu já superei um pouco, me conformei, não queria não, me conformei, parei de ficar chorando (...). meu Deus sofrendo de amor, muita dor no peito, no coração. (...) eu estou mais conformada, de vez enquanto eu lembro, mas não como naquele dia que você veio, (...) estou bem, eu posso falar, enfrentar essa luta agora aí e acabar esse rolo aí, tá de boa. (Isis)

Chama a atenção o peso da relação amorosa, Isis relatou que provavelmente não haveria futuro pelo companheiro já se encontrar em uma relação estável com outra pessoa, foi observado nas falas que dor do relacionamento não estabelecido se sobrepunha a do aborto. O conformismo da situação amorosa estava presente na fala e nas atitudes, estas transpareciam uma inércia, como se esperasse que as soluções surgissem sozinhas e não havendo mobilização pessoal.

A Hebe foi bem pontual, tendo clareza do processo e tentando elaborar as perdas. Sua percepção racional se sobrepunha as emoções, permitindo que avançasse emocionalmente, o suporte familiar esteve pontuado, principalmente da mãe mesmo estando longe e o espiritual.

[...] tava ruim viu, primeiros dias tava... [pausa na fala] puxado. (...) ...agora me conformei, vi que não era mesmo para ser e agora tô tranquila. (...) ...Deus foi tão generoso de não chegar ao ponto, eu deixei livre, saiu, fiquei muito triste, acho que isso contou muito, porque eu tava muito ruim quando descobri...não era para mim, (...) olho para trás e vejo assim que não quero isso de novo não, sabe é bem difícil...nem gosto de ficar pensando. (...) tá tranquilo, não era para ser e pronto (...) não faço mais planos, sabe deixa acontecer naturalmente. (Hebe)

Em pesquisa realizada por Boemer, Mariutti (2003), o aborto traz consigo desejo de mudanças significativas no modo de vida, entre o “antes” e o “depois” da situação. Os relatos das mulheres que vivenciaram a situação do aborto espontâneo compreenderam uma variada gama de experiências, que se traduzem por sentimentos manifestados como emoções, percepções e/ou apreciações, estas se tornam mais sensíveis e buscam compartilhar a experiência, a dor, solidão e medo de muitas vezes engravidar novamente (NERY, 2006).

Dentre os fatores de proteção pudemos observar a continuidade das atividades, autoestima, coesão familiar, ausência de grandes conflitos, apoio e recursos individuais, vários desses fatores são também observados nas obras de Rutte (1981) e Mariutti e Furegato (2010).

Segundo Mariutti e Furegato (2010), há relatos que mostram a dificuldade de enfrentamento após a situação, mostrando a possibilidade de afetar a integridade mental.

Quando as emoções não passam por um processo de resolução, cedo ou tarde necessitarão de atenção, sendo muitas vezes vivenciadas por somatizações inexplicáveis. Os mecanismos de proteção e resolução são o ponto chave para o reencontro do equilíbrio perante os fatores potencialmente geradores de desequilíbrios, permitindo a resiliência da adolescente.

5.9 CATEGORIA III - PERCEPÇÃO ACERCA DA ASSISTÊNCIA RECEBIDA NA REDE DE SAÚDE

É fato na literatura que a equipe de saúde deve estar integrada para atender as necessidades do paciente, onde há busca pelo seu reequilíbrio, contudo muitas vezes são

valorizadas as dimensões físicas do atendimento em detrimento das demais dimensões (NERY, 2006). Nos serviços públicos, a escassez de vagas e a alta demanda por atendimentos obstétricos prejudica a qualidade do acolhimento prestado às mulheres em situação de abortamento, podendo contribuir para a ocorrência da depressão (NOMURA, 2011) e contribuindo como fator de risco na adaptação psicológica desta adolescente.

Observou-se que o atendimento prestado as adolescentes dependeu da equipe de plantão, mas foram unânimes em relatar que os profissionais de saúde não ofereciam explicações acerca dos procedimentos, negligenciando a elas o domínio da informação e da apropriação de seus corpos.

[...] eu peguei e disse, tá morto, aí ele falou: tá, não posso mais dar explicações, quem vai dar é o médico, peguei e só fui para o quarto chorando. (Isis)

[...] não ele só falou, chegaram e falaram que precisava, que eu ia fazer a curetagem, mas eu não sei o que que é, nunca tinha passado por isso. (Gaia)

[...] muitas enfermeiras...sem educação, me trataram mal, médico me tratou mal, sem humanização (...) o principal do enfermeiro é humanização...quem quer ter essa profissão tem que ter ética...algumas foram ótimas, eu conheci uma loira..., uma morena, também foi que me ajudou e o resto (...) depois fiquei com medo, porque já tinha acontecido um aflito com o médico, ainda cheguei a perguntar para minha mãe, será que eles realmente fizeram isso comigo porque eu não tô sentindo nada. (Hebe)

Houve dúvida por parte da adolescente quanto à realização correta do procedimento realizado. A imperícia foi detectada após a alta. A adolescente precisou submeter-se a um novo procedimento de curetagem pois haviam restos embrionários, o que quase a levou a um quadro de septicemia.

Seu relato trouxe como tema central a falta de humanização, evidenciando a mecanização do lidar com o paciente por parte dos profissionais de saúde.

Durante todo o período em que estive no hospital foi observado que dependendo da equipe os cuidados eram diferenciados, alguns profissionais apresentavam terapêutica humanizada o que também era observado pela própria equipe em que estavam inseridos, como um padrão ouro daquela da equipe. As adolescentes também pontuaram que determinados profissionais apresentavam uma terapêutica mais humanizada.

Foi observado o desconhecimento por parte das enfermeiras quanto a *Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento*, algumas seguiam condutas existentes na Norma, mas sem ter conhecimento da mesma. Observa-se a falta de informações e capacitações oferecidas aos próprios profissionais de saúde, inferindo na qualidade da prestação do serviço.

É importante lembrar que uma assistência precária gera consequências imensuráveis, sendo o acolhimento essencial a todas as mulheres internadas em processo de abortamento, sendo este espontâneo ou induzido. A literatura pontua que quando o profissional de saúde se depara ou cogita que aquele pode ser um aborto induzido, seu tratamento quanto a mulher se diferencia (BOMER, MARIUTTI, 2003). Observou-se um padrão no protocolo de atendimento, contudo pontualmente houve diferenciação no protocolo utilizado, o qual mantinha a adolescente em processo de sofrimento físico desnecessário.

As mulheres em situação de aborto não devem receber um julgamento preconceituoso por parte dos profissionais de saúde, é importante o respeito ao silêncio, pois algumas não manifestam visivelmente, através de choro ou expressões de tristeza, observa-se aí um alerta para a importância do silêncio na linguagem humana (BOMER, MARIUTTI, 2003).

Para Nery (2006) o aborto é sempre uma experiência traumatizante e para minorar seu sofrimento é necessário uma assistência humanizada, este pode desempenhar um papel importante no quesito de orientações posteriores como a orientação quanto a métodos contraceptivos evitando a recorrência de gestação e possível aborto, mas sobretudo estar sensibilizado para identificar fatores associados a problemas de ordem psíquica que podem passar despercebidos no seio familiar (BOMER, MARIUTTI, 2003; NOMURA, 2011).

5.10 CATEGORIA IV - PERSPECTIVA

O processo de aborto traz consigo desejos de mudança na forma de vivenciar a vida, um marco de transição entre o que foi vivido e o que será. Algumas continuarão com seus projetos anteriores, mas com uma ótica diferenciada.

[...] quero me formar primeiro, quero terminar, quero viajar, quero ichi, tem tanta coisa para fazer, para eu aproveitar. (Hebe)

Quando questionadas quanto a futuros filhos, algumas foram enfáticas em dizer que não desejavam mais, visto que já tinham prole ou pelo menos por agora não desejavam por não ser o momento adequado, contudo nenhuma mencionou a preocupação em utilizar algum método contraceptivo afim de se precaver de uma gestação indesejada. A mãe de Isis mencionou diversas vezes que desejava para filha a laqueadura afim de não passar por mais episódios como este e posteriormente Isis repetiu a fala da mãe. Em Artêmis não foi feito questionamento direto sobre a questão de filhos, dada a circunstância do seu quadro (histerectomia), contudo após a entrevista comentou que sempre havia pensado em adoção e que agora poderia concretizar, portanto o sonho da maternidade é presente.

[...] não penso agora de jeito maneira...eu não penso em ter filhos agora não, é estudar mesmo. (Hebe)

[...] não quero homem não... Deus me livre, não quero menino de jeito nenhum. (Isis)

Somente Gaia se posicionou com desejo quase que imediato de uma nova gestação, sendo essa a concretização do plano familiar. Quando questionada de seus sonhos respondeu:

[...] ter uma família, assim eu meu marido, um filho. (...) tentar fazer outra vez né, fazer outro filho. (Gaia)

Quando questionada sobre estudo e trabalho se posicionou da seguinte forma:

[...] aí eu quero terminar também estudar, só que antes eu quero terminar primeiro, pra tentar fazer outro filho, que é ruim né estudar e criar filho, quero terminar primeiro. (Gaia)

Contudo a resposta só veio após o questionamento, não sendo o estudo seu foco primário. Muitas jovens veem na maternidade a concretização de um projeto de vida, dentro de sua percepção de vida. Boemer e Mariutti (2003) trazem que a experiência do abortamento carrega consigo o desejo de rever projetos de vida, e proporciona possibilidade com que haja mudanças nos rumos de suas vidas, estas podem passar a focar nelas mesmas e nos outros filhos, sobretudo manifestam a intenção de uma nova oportunidade. Isis menciona a vontade de ter sua independência financeira para criar seu próprio lar juntamente com seus dois filhos.

[...] quero arrumar meu serviço, depois minha casa. (Isis)

Através da análise das categorias finais deste estudo, é possível retomar as questões norteadoras, como todo o processo de gestação e abortamento traz marcas profundas no processo de “adolescer”. As relações familiares têm impacto direto nas tomadas de decisões quanto ao revelar a gestação e o equilíbrio emocional desta adolescente em enfrentar todo o processo. A perspectiva de um filho é rompida com o aborto, mesmo não havendo o desejo claro do filho a perda traz consigo um luto a ser vivenciado, a resolução deste dependerá da rede de apoio a qual esta está inserida, família, religião, perspectivas futuras, sem deixar de mencionar os profissionais de saúde que podem ter elementos para perceber situações de desequilíbrio emocional durante este processo.

6 CONCLUSÃO

Através desta pesquisa foi possível observar a vulnerabilidade das jovens em respeito à contracepção, gestação e a situação de abortamento. As questões norteadoras possibilitaram o processo de categorização e, por conseguinte compreender o universo em que estas estavam inseridas. A idade juntamente com o nível educacional tem papel importante na compreensão do processo emocional. Foi observado neste estudo que níveis educacionais superiores permitem melhor percepção do acontecimento. O suporte familiar cumpre papel essencial na rede de apoio juntamente com a crença religiosa da adolescente, servindo de fator de proteção e esteve presente na fala de todas as adolescentes, permitindo que passe pelo processo de perda/ luto de forma mais saudável sendo substancial no desdobramento futuro.

As adolescentes apresentaram sentimentos variados como alegria e rejeição em relação a gestação, sendo a surpresa presente na fala de todas. O significado do processo de aborto e posteriormente o de curetagem para algumas delas, trouxe o medo do desconhecido e a percepção da perda de algo, mesmo quando mostravam –se aliviadas pela interrupção da gestação a perspectiva de gerar um filho e o término desta possibilidade trouxe sentimento de tristeza e em alguns casos isolamento social da adolescente. O transcurso da perda foi vivenciado através do luto e a não concretização para algumas de um sonho. A vivência e elaboração do luto se deu através dos recursos internos e a rede de apoio (familiares, amigos e crença religiosa).

A adaptação psicológica desta adolescente frente ao processo de aborto permitiu a ressignificação de seus desejos e sonhos, e a possibilidade de vislumbrar outros rumos a sua vida.

Este estudo possibilitou observar a adaptação psicológica da adolescente está interligada ao seu processo de resiliência, a qual depende da capacidade de vivenciar medos, angústias e incertezas, e assumir o controle de sua vida, tornando-se protagonista do seu futuro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo teve como foco observar como a adolescente se organiza psicologicamente ao longo do processo de gestação/ aborto mediante os fatores de proteção e risco e sua contribuição para com a resiliência. Havia o questionamento durante a elaboração do projeto se suas adaptações psicológicas seriam mais facilmente conduzidas pela própria natureza da fase em que se encontra.

Durante a pesquisa pode-se observar que o meio em que está inserida, seus recursos baseados nas experiências familiares e extra núcleo influenciam a vivência e resolução de todo o processo. Juntamente com níveis educacionais superiores são vistos como fatores de proteção. Jovens imersas em situações anteriormente conflituosas tem maior dificuldade de se reorganizar, quando já havia um histórico de desajustamento social, o risco para a resolução do processo é praticamente nulo, gerando conflitos existenciais com forte impacto.

No Brasil a prática do aborto é proibida, contudo esta ocorre frequentemente, e a mulher só procura a assistência à saúde quando seu quadro traz medo da morte. Muitas mulheres são vítimas das consequências de abortos clandestinos levando em algumas ocasiões a vida destas. Estas questões devem ser debatidas em todas as esferas, sendo um problema de saúde pública em nosso país. As consequências não prejudicam somente a mulher fisicamente, mas o impacto sobre sua psique pode gerar consequências desastrosas a curto, médio e longo prazo.

Políticas públicas de acolhimento para com estas mulheres já existem, contudo como observamos neste estudo se tornam inertes frente ao desconhecimento dos profissionais envolvidos na atenção destas.

A vivência do processo do aborto é igual para as adolescente, jovens e mulheres adultas, permeados de dor, medo, julgamento, desilusões e todas tem a oportunidade de rever sua vida a partir do evento, conforme apontado pela literatura pesquisada e constatado neste estudo tudo dependerá dos recursos internos, círculo de apoio, perspectivas futuras e estabilidade social.

Ao longo do processo de elaboração da tese duas das adolescentes mantiveram contato com a pesquisadora via o dispositivo WhatsApp, mesmo havendo encerrado a coleta. Torna-se importante ressaltar a importância de um espaço de apoio a essas jovens, sendo constatado pelo vínculo formado e trocas de mensagens. Uma das adolescentes evidenciou a importância do suporte oferecido durante seu processo, mesmo que somente através de palavras de conforto e preocupação com seu bem-estar, outra agradeceu a possibilidade de conversar com alguém não vinculado a ela (meio familiar), a percepção de que havia apoio pode ter contribuído no seu processo de resiliência.

Através desta pesquisa observa-se a necessidade de atenção humanizada e qualificada. Pretende-se implementar a capacitação dos profissionais de saúde que atuam diretamente com estas adolescentes no HRG, através de rodas de conversa para que a exposição do que é sabido seja compartilhado entre os profissionais e as lacunas sejam trabalhadas com intuito de melhoria dos serviços prestados a essas jovens adolescentes, as quais encontram-se em um momento de extrema vulnerabilidade física e emocional e propor um acompanhamento a curto e médio prazo destas jovens com intuito de acompanhar o processo de adaptação psicológica e se necessário encaminhar para o serviço especializado minimizando o impacto gerado pela gestação e abortamento. Observa-se que há raros estudos em relação ao aborto em si, desvinculado do aborto ilegal, contexto o qual não era o foco desta pesquisa, portanto este estudo demonstra que o tema se encontra com campo para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ADESSE, L. et al. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. **Saúde em Debate** [online]. 2015, v. 39, n. 106, p. 694-706. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030011>>. Epub Jul-Sep 2015. ISSN 2358-2898. Acesso em 12/08/19.

ADLER, N. E. et al. Psychological responses after abortion. **SCIENCE**, p. 41-44, 1990.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.

AQUINO, E. M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S377-S388, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05/08/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800019>.

ARNETT, J. J. Emerging adulthood: A theory of development from late teens through the twenties. **American Psychologist**, v. 55, p. 469-480, 2000. DOI: 10.1037//003-066X.55.5.469.

BARBOSA, D. et al. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene.**, v. 10, n. 2, 2009, p. 131-140. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027966015>>. Acesso em

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BERLOFI, L. M. et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de Planejamento Familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2006.

BERQUÓI, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: Breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 74, mar. 2006.

BIGGS, M. et al. Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. **BMJ Open**, 2016.

BINSTOCK, G.; GOGNA, M. La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias argentinas. **Sexualidad, Salud y Sociedad. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 113-140, 2015.

BOCK, Ana Mercês B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia, escola e educacional**, Campinas, v. 11, n. 1, p. 63-76, jan./jun. 2007.

BOEMER, M. R.; MARIUTTI, M. G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, v. 37, n. 2, p. 59-71, 2003.

BONASSA, R. T. et al. Caracterização de casos de internação por abortos complicados na macrorregião Sul Catarinense. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 44, n. 3, p. 88-100, 2016.

BONETTO, D. Gravidez na adolescência. In: LIMA, A. M. S. et al. **Complexidades: Redes e conexões do ser sustentável**. Curitiba: Kairós, 2014.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BOUZAS, I. C. S.; CADER, A. S.; LEÃO, L. Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. **Adolesc Saude**, v. 11, n. 3, p. 7-21, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Estatuto da criança e do adolescente** [recurso eletrônico]: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. – 14. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016 (Série legislação; n. 237).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial República Federativa do Brasil, 27 jun. 2011; Seção 1:109.

_____. Ministério da Saúde. **Conceitos e Definições**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/print.php?conteudo=668>>. Acesso em 21/11/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Notas Técnicas. Datasus. Informações de Saúde. **Informações de nascidos vivos**. [Internet]. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvTO.def>>. Acesso em: 02/04/2018.

_____. **Ministério da Saúde**. [Internet]. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>>. Acesso em 15/11/2017.

_____. Ministério da Saúde. [Internet]. 2017. **Óbitos de mulheres em idade fértil**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em em

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 428 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica Em Saúde Da Mulher. **Protocolo Misoprostol**. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BROEN, A. N. M. T.; BØDTKER, A. S.; EKEBERG, Ø. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. **BMC Medicine**, 2005.

BROOKS, R. Children at risk: fostering resilience and hope. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 64, n. 4, p. 545-553, 1994.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. de S. "Largada sozinha, mas tudo bem": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**, Botucatu-SP, v. 17, n. 45, p. 405-418, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17/10/2019. Epub June 14, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000007>.

CARVACHO, I. E.; PINTO, E.; SILVA, J. L.; MELLO, M. B. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 29-35, 2008.

CASSORLA, R. M. S. Jovens que tentam suicídio: relacionamento social, gravidez e abortamentos: um estudo comparativo com jovens normais e jovens com problemas mentais. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, p. 34, 1985.

CAVALCANTI, R. C. Adolescência. In: VITIELLO, N. et al. **Adolescência hoje**. São Paulo: Roca, 1988, p. 5-27.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1999.

COUTINHO, R. Z.; MIRANDA-RIBEIRO, P. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 333-365, 2014.

CUNHA, S. Sequelas psicológicas do abortamento espontâneo. **Psicologia.pt a**: 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?sequelas-psicologicas-do-abortamento-espontaneo&codigo=AOP0106>. Acesso em

DADOORIAN, D. Gravidez na Adolescência: um Novo Olhar. **Psicologia ciência e profissão**, v. 21, n. 3, p. 84-91, 2003.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: Algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1447-1458, 2006.

DIAS, A. P. A. et al. Aborto infectado: epidemiologia, diagnóstico e conduta na urgência: [revisão] / Infected abortion: epidemiology, diagnosis and management in emergency: [review]. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 20, n. 2, supl.1, p. S6-S10, abr.-jun. 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

_____. Aborto e saúde pública no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, p. 1992-1993, 2007.

DUARTE, G. A. et al. Perspectiva masculina acerca do aborto provocado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 271-277, jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15/08/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000300003>.

EISENTEIN, E. **Atraso puberal e desnutrição crônica**. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 1999.

_____. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

EMERY, R. E.; FOREHAND, R. Parental divorce and children's well-being: A focus on resilience. In: HAGGERTY, R. J.; SHERROD, L. R.; GARMEZY, N.; RUTTER, M. (Orgs.). **Stress, risk and resilience in children and adolescents**. Processes, mechanisms and interventions. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, p. 64-100.

FARIA, E. C. R. et al. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 20-26, 2012.

FELIX, A. B. **O debate sobre a (des) criminalização do aborto e suas implicações para a saúde pública**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública). Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, 2018.

FUSCO, C. L. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza - Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Rev Bras Epidemiol** [on-line], mar. 2008.

GALASTRO, E. P; FONSECA, R. M. G. S. da. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 454-459, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15/08/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300016>.

GESTEIRA, S. M. A.; BARBOSA, V. L.; ENDO, P. C. O luto no processo de aborto provocado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 462-467, 2006.

_____; DINIZ, N. M. F.; OLIVEIRA, E. M. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 449-453, 2008.

GOMES, W. A. et al. Nível de Informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 78, p. 301-308, 2002.

GONCALVES, H.; KNAUTH, D. R. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. **Rev. Antropol.**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 625-643, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14/08/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-77012006000200004>.

GORE, S.; ECKENRODE, J. Context and process in research on risk and resilience. In: HAGGERTY, R. J.; SHERROD, L. R.; GARMEZY, N.; RUTTER, M. (Orgs.). **Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions** New York: Cambridge University Press, 1996, p. 19-63.

GUIMARÃES, E. M. B. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 37, p. 29-32, 2001.

HARDIN, A. P.; HACKELL, J. M. Age Limit of Pediatrics. Committee On Practice And Ambulatory Medicine. **Pediatrics**, v. 140, n. 3, p. 2017-2151, set. 2017. DOI: 10.1542/peds.2017-2151, 2017.

HEILBORN, M. L. et al. Aproximações sócio-antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, v. 8, p. 13-45, 2002.

_____; CABRAL, C. S. Sexual practices in youth: analysis of lifetime sexual trajectory and last sexual intercourse. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1471-1481, 2006.

_____; _____; BOZON, M.; GRUPO GRAVAD. Gênero e carreiras sexuais e reprodutivas de jovens brasileiros. **Anais do 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais** [texto na Internet]; set. 2006, p. 18-22 [citado 2006 nov. 20]; Caxambu: ABEP; 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_607.pdf>. Acesso em

_____. et al. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sex. Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 224-257, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872012000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14/05/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872012000600010>.

HORTA, N. C.; SENA, R. R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010.

INESC. Instituto de Estudos Socioeconômicos - **Aborto é maior entre jovens com estudo**. Página Inicial > Notícias > Notícias Gerais > 2008 > abril > Aborto é maior entre jovens com estudo. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br/noticias/noticias-gerais/2008/abril/aborto-e-maior-entre-jovens-com-estudo>>. Acesso em

KOBAYASHI, C.; REIS, A. S. Início da atividade sexual de mulheres jovens: questionando sua satisfação e preferências. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 65, n. 143, p. 123-130, 2015.

KÜBLER-ROSS, E.; KESSLER, D. **The five stages of grief**. 2005. Disponível em: <<http://grief.com/the-five-stages-of-grief/>>. Acesso em 15/05/2019.

_____. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

KURAUCHI, A. T. N.; ROTELI-MARTINS, C. M.; AQUINO, M. M. A. Impacto da gravidez na adolescência e resultados perinatais: revisão de literatura. **Femina**, v. 31, p. 669-671, 2003.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LERNER, R. M.; PHELPS, E.; FORMAN, Y.; POWERS, E. P. Positive youth development. In: LERNER, R. M.; STEINBERG, L. (Orgs.). **Handbook of adolescent psychology**. 3. ed. New Jersey, US: John Wiley & Sons, 2009, p. 524-558.

MA, Q.; ONO-KIHARA, M.; CONG, L.; XU, G.; PAN, X.; ZAMANI, S. et al. Early initiation of sexual activity: a risk factor for sexually transmitted diseases, HIV infection, and unwanted pregnancy among university students in China. **BMC Public Health**, v. 9, n. 111, p. 1-18, abr. 2009. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-111>>. Acesso em . DOI: 10.1186/1471-2458-9-111

MACHADO, M. D. C. O tema do aborto na mídia pentecostal: notas de uma pesquisa. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 200-211, 2000.

MAJOR, B. et al. Abortion and mental health: Evaluating the evidence. **American Psychologist**, v. 64, p. 863-90, 2009.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 65-74, abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-

81082003000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14/08/2019. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 183-189, 2010.

MEDEIROS, D. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 959-966, 2010.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s193-s204, 2009.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORAIS, L. R. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. **Senatus**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 50-58, 2008.

MOREIRA, C. A. C. P.; FERRIANI, M. G. C. Paternidade na adolescência: um silêncio social e um vazio científico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 499-505, 2006.

MOREIRA, M. M. T. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 312-320, 2008.

MOTTA, I. S. da. 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, p. 219-228, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10/10/2019.

MUNHOZ, F. J. S. **Vivências e expectativas da paternidade, pelo adolescente, sob a ótica da enfermagem**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Paraná: Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2006.

NAZARÉ, B.; FONSECA, A.; PEDROSA, A. A.; CANAVARRO, M. C. Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. Perita – **Revista Portuguesa de Psicologia**, v. 3, p. 37-46, 2010.

NERY, I. S.; MONTEIRO, C. F. S.; LUZ, M. H. B. A.; CRIZÓSTOMO, C. D. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 14, n. 1, p. 67-73, 2006.

_____; GOMES, I. S. Motivos e sentimentos no aborto espontâneo. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 19-24, 2014.

NOMURA, R. M. Y. et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 6, p. 644-650, 2011.

NOVE, A. et al. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: Evidence from 144 countries. **The Lancet Glob Health**, 2012.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Resiliência na rua: um estudo de caso. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 187-195, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12/08/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722005000200009>.

PANTOJA, A. L. N. “Ser alguém na vida”: Uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 335-343, 2003.

PEDERSEN, W.; MASTEKAASA, A. Conduct disorder symptoms and subsequent pregnancy, childbirth and abortion: a population-based longitudinal study of adolescents. **Journal of Adolescent**, v. 34, n. 5, p. 1025-1033, 2011.

PERES, Fumika; ROSENBERG, Cornélio P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. **Saúde e Sociedade**, v. 7, n. 1, p. 53-86, 1998.

PERES, S.O.; HEILBORN, M. L. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. **Cad Saúde Pública**, v. 22, p. 1411-1420, 2006.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R. V. C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 135-143, 2004.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: Promotores de resiliência, fatores de risco e proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-416, 2008.

POLI, M.; MACHADO, J. Um caso de gestação na adolescência: algumas considerações práticas e bioéticas. **Scientia medica**, v. 15, n. 1, p. 42-46, 2005.

PRADO, D. **O que é aborto**. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985.

RAMOS, V. A. B. O processo de luto. **Psicologia PT, O Portal dos Psicólogos**. 2016.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Abortamento. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RIBEIRO, P. **A importância da percepção humana**. 2 de setembro de 2015. Disponível em: <<https://www.rhportal.com.br/artigos-rh/a-importancia-da-percepo-humana/>>. Acesso em

RODRIGUES, M. M. L.; HOGA, L. A. K. Aborto espontâneo e provocado: sentimentos vivenciados pelos homens. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 14-19, fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15/08/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100003>.

RUTTER, M. Maternal deprivation reassessed. **Harmondsworth**: Penguin, 1981.

SÃO PAULO (Cidade). **Secretária de Saúde-Manual**. Secretaria de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 328p (153-157p), 2006.

SAPIENZA, G.; PEDRO, R. M.; MÔNICO, M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, v. 10, 2005. DOI: 10.1590/S1413-73722005000200007.

SAWYER, S. M. et al. The age of adolescence...and young adulthood – Authors' reply. **Correspondence**, v. 2, n. 4, 2018.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 101-108, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14/05/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000100013>.

_____; _____. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 217-229, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06/08/2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160208>.

SMITH, P. "A percepção como uma relação: Uma análise do conceito comum de percepção." **Analytica Revista de Filosofia** [Online], v. 18, n. 1, p. 109-132, 2014.

SOUZA, V. L. C. et al. O aborto entre adolescentes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 42-47, 2001.

TAKIUTI, A. D. A saúde da mulher adolescente-1993. In: MADEIRA, F. R. **Quem mandou nascer mulher?** Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos, 1997, p. 213-290.

TAVARES, A. P. N.; DIAS, N. E da S.; SIQUEIRA, R. S. Aborto provocado. Embriologia-ICB/UFMG, 2007. Disponível em: <https://depto.icb.ufmg.br/dmor/Disciplinas/Embriologia/aborto_provocado.htm>. Acesso em

TAVARES J. (Org.). **Resiliência e educação**. São Paulo: Cortez, 2001.

VAZQUEZ, G. G. H. Sobre as Mulheres e o Aborto: notas sobre leis, medicina e práticas femininas. **Revista Latino-americana de Geografia e Gênero**, Ponta Grossa, v. 5, n. 2, p. 146-162, 2014.

VIEIRA, L. M. et al. Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio – um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 3149-3156, 2010.

VILAÇA, M. J. Síndrome Pós Aborto. **Alameda digital**. Actualidade, ideias e cultura. Ano I – n. 4, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Adolescent pregnancy**. Media centre. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>>. Acesso em 15/11/2017.

_____. **Adolescent health**. Disponível em: <http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/>. Acesso em 15/11/2017.

_____: **Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems**. 2. ed., 2012.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 279-85, 2007.

ZEFERINO, M, G. M.; FUREGATO, A. R. F. Aborto, depressão, autoestima e resiliência: uma revisão. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 3, p. 115-119, 2013.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Pesquisa Científica em Seres Humanos – Resolução nº 466/12 – CNS)

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, de uma pesquisa científica. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o final deste documento, que está em duas vias de igual teor. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma, podendo abandonar a qualquer tempo sua participação na pesquisa. Em caso de dúvidas você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação e Centro Universitário UnirG ou a pesquisadora responsável.

Eu, _____,

RG

(SSP-), declaro através do presente instrumento que fui devidamente esclarecida (o) sobre a pesquisa “ABORTO EM ADOLESCENTE: Uma investigação sobre a adaptação psicológica”, com o objetivo de observar enfrentamento da adolescente perante o aborto, que ocorrerá entre os meses de julho a dezembro de 2018, estando plenamente consciente que:

- 1). Concordei que eu e/ou a menor a qual sou responsável (no caso de adolescente menor de idade) participe da pesquisa de forma voluntária, sem receber qualquer pressão do pesquisador ou de qualquer profissional que está me atendendo;
- 2). Para participar, concordei em prestar algumas informações pessoais ao pesquisador que está me entrevistando, sabendo que estas serão gravadas e posteriormente utiliza das na pesquisa e; estas informações serão confidenciais, preservando-se o anonimato; e o armazenamento e sigilo delas será garantido, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos;
- 3). Estou de acordo em participar das entrevistas: 1ª entrevista - de 5 a 7 dias após a alta
- 60 dias após a alta hospitalar, em minha residência ou local determinado por mim; hospitalar, 2ª entrevista - 30 dias depois da alta hospitalar e se necessário a 3ª entrevista 60 dias após a alta hospitalar.
- 4). No caso de adolescente menor de idade, eu responsável legal, estou de acordo em que a menor a qual sou responsável, participe das entrevistas;
- 5). A entrevista pode gerar desconfortos que serão amenizados pela pesquisadora, contudo se tiver necessidade, eu como responsável, ou a menor teremos, de forma gratuita, apoio do Plantão psicológico da SEPSI – Centro Universitário UnirG ou de um profissional pertencente a rede de apoio desta pesquisa, sendo fornecido um folheto com as explicações do serviço, assim como endereço, telefone e horários de atendimento.
- 6). Terei livre acesso ao resultado da pesquisa;
- 7). Em caso de qualquer dúvida, poderei consultar a pesquisadora Florence Germaine Tible Lainscek pelo telefone (63) 99984-1632 ou em seu endereço na Rua Antônio Lisboa da Cruz, 2150- Centro, Gurupi, Tocantins, a qualquer hora do dia (24h) e em qualquer dia da semana.
- 8). Endereço do Comitê de Ética: Av. Rio de Janeiro nº 1585, Centro, CEP: 77.403-090, Fones: (63)3612-7645, (63)3612-7602, E-mail: cep@unirg.edu.br.
- 9). Consentimento pós - esclarecimento:

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecida pela pesquisadora, consinto em participar do projeto de pesquisa em questão por livre vontade, sem que tenha sido submetida a qualquer tipo de pressão. Estou ciente de que o presente estudo, do qual participo como voluntária, não me proporcionará qualquer tipo de remuneração, nem divulgará meu nome e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto cause qualquer penalidade.

No entanto, na eventualidade de sofrer qualquer tipo de dano, a indenização poderá ser obtida na forma da lei.

Assinatura da adolescente ou responsável legal

Assinatura do pesquisador responsável
Florence Germaine Tible Lainscek
RG:9.797.647-7 SSP-SP

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Pesquisa Científica em Seres Humanos – Resolução nº 466/12 – CNS)

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, em uma pesquisa científica. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o final deste documento, que está em duas vias de igual teor. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma, podendo abandonar a qualquer tempo sua participação na pesquisa. Em caso de dúvidas você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação e Centro Universitário UnirG ou a pesquisadora responsável.

Eu, _____,

RG

(SSP-), declaro através do presente instrumento que fui devidamente esclarecida (o) sobre a pesquisa “ABORTO EM ADOLESCENTE: Uma investigação sobre a adaptação psicológica”, com o objetivo de observar enfrentamento da adolescente perante o aborto, que ocorrerá entre os meses de julho a dezembro de 2018, estando plenamente consciente que:

- 1) Concordei que participarei da pesquisa de forma voluntária, sem receber qualquer pressão do pesquisador ou de qualquer profissional que está me atendendo;
- 2) Para participar, concordei em prestar algumas informações pessoais ao pesquisador que está me entrevistando, sabendo que estas serão gravadas posteriormente utilizadas na pesquisa e; estas informações serão confidenciais, preservando-se o anonimato; e o armazenamento e sigilo delas será garantido, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos;
- 3) Estou de acordo em participar das entrevistas: 1ª entrevista - de 5 a 7 dias após a alta - 60 dias após a alta hospitalar, em minha residência ou local determinado por mim; hospitalar, 2ª entrevista - 30 dias depois da alta hospitalar e se necessário a 3ª entrevista após 60 dias da alta hospitalar em minha residência ou local determinado por mim ou meu representante legal (ex: mãe, pai, avó, tio, etc.);
- 4) A entrevista pode gerar desconfortos que serão amenizados pela pesquisadora, contudo se tiver necessidade terei o apoio do Plantão psicológico da SEPSI – Centro Universitário UnirG ou de um profissional pertencente a rede de apoio desta pesquisa, sendo fornecido um folheto com as explicações do serviço, assim como endereço, telefone e horários de atendimento
- 5) Terei livre acesso ao resultado da pesquisa;
- 6) Em caso de qualquer dúvida, poderei consultar a pesquisadora principal, Florence Germaine Tible Lainscek pelo telefone (63) 99984-1632 ou em seu endereço na Rua Antônio Lisboa da Cruz, 2150- Centro, Gurupi, Tocantins a qualquer hora do dia (24h) e em qualquer dia da semana.

7) Endereço do Comitê de Ética: Av. Rio de Janeiro nº 1585, Centro, CEP: 77.403-090, Fones: (63)3612-7645, (63)3612-7602, E-mail: cep@unirg.edu.br.

8) Consentimento pós- esclarecimento:

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecida pela pesquisadora, consinto em participar do projeto de pesquisa em questão por livre vontade, sem que tenha sido submetida a qualquer tipo de pressão. Estou ciente de que o presente estudo, do qual participo como voluntária, não me proporcionará qualquer tipo de remuneração, nem divulgará meu nome e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto cause qualquer penalidade. No entanto, na eventualidade de sofrer qualquer tipo de dano, a indenização poderá ser obtida na forma da lei.

Assinatura da adolescente

Assinatura do pesquisador responsável
Florence Germaine Tible Lainscek
RG:9.797.647-7 SSP-SP

APÊNDICE C – DADOS DO PRIMEIRO CONTATO / ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados do primeiro contato.

Nome:	
Codinome:	
Responsável:	
End. para entrevista:	
Data de nasc:	Data de internação:
Cel:	

Entrevista

Data de nascimento : _____ Idade: _____

Mora com quem : _____

Grau de escolaridade: _____

Estuda atualmente: _____

Religião/ praticante : _____

Ocupação/profissão: _____

Tem companheiro/namorado: _____

Tempo de gestação : _____

Uso de contraceptivo: _____

Gestação anterior: _____

Número de filhos: _____

Abortos anteriores: _____

Roteiro Norteador para Entrevista com as Adolescentes

Questões Norteadoras

1ª Entrevista

Me conte de onde você é, como foi sua infância, você vive com quem hoje, me fale de seu dia a dia, me fale de você?

A. COMO VOCÊ SE SENTE COM A GESTAÇÃO/ ABORTO/CURETAGEM?

- *Quando descobriu a gestação?*
 - *Como foi?*
 - *Como se sentiu?*
 - *Se alguém soube da gestação, qual foi a reação?*
- *Você já chegou em processo de aborto no hospital?*
 - *Como foi?*
 - *Sabia o que estava acontecendo?*
 - *Como se sentiu?*
 - *Foi acompanhada por alguém conhecido, foi importante ter alguém ao seu lado, me conte?*
- *Você teve que passar pela curetagem? (Se sim seguir o roteiro)*
 - *Lhe explicaram o porquê do procedimento?*
 - *Como você está se sentindo agora, além da parte física?*
- *Você pensa que estava preparada para o que lhe aconteceu?*
 - *Como você acha que será nessas primeiras semanas em casa?*
 - *O que você quer nessas primeiras semanas?*

B. QUAIS SENTIMENTOS VOCÊ TEM EM RELAÇÃO AO QUE LHE ACONTECEU?

- *Gestação*
 - *Ela foi planejada?*
 - *Ela foi desejada depois?*
 - *Quem apoiou?*
- *Aborto*
 - *Foi inesperado?*
 - *Que sensação você tem?*
 - *Qual o significado do aborto a você?*
- *Curetagem (se houve)*
 - *Que sensação você está sentindo, não só fisicamente?*
- *Apoio familiar/companheiro/namorado/outra pessoa*
 - *O que você tem feito para lidar com a situação que está vivenciando?*
 - *Quem está lhe apoiando?*
 - *Como você se sente em relação a essa pessoa? E as outras da família?*
 - *Visitadas? Amigos (as)? Que sentimentos gera em você?*
 - *Buscou apoio com alguém ou em algum lugar?*

C. O QUE VOCÊ GOSTARIA DO SEU FUTURO?

- *Como você vê seu futuro?*
- *Quais sonhos você tem?*
- *Como você se vê daqui seis meses, e um ano?*
- *Pensa em ter filhos? Quando?*

Estes tópicos servem para instigar a adolescente caso a mesma não expresse resposta, se esta se mantiver calada o silêncio será sua resposta, assim como qualquer outro tipo de demonstração.

2ª Entrevista

B. QUAIS SENTIMENTOS VOCÊ TEM AO QUE LHE ACONTECEU AGORA?

- *Gestação*
 - *Ela foi planejada?*
 - *Ela foi desejada depois?*
 - *Quem apoiou?*
- *Aborto*
 - *Foi inesperado?*
 - *Que sensação você tem?*
 - *Qual o significado do aborto a você?*
- *Curetagem (se houve)*
 - *Que sensação você está sentindo, não só fisicamente?*
- *Apoio familiar/companheiro/namorado/outra pessoa*
 - *O que você tem feito para lidar com a situação que está vivenciando?*
 - *Quem está lhe apoiando?*
 - *Como você se sente em relação a essa pessoa? E as outras da família?*
 - *Visitais? Amigos (as)? Que sentimentos gera em você?*
 - *Buscou apoio com alguém ou em algum lugar?*

C. O QUE VOCÊ GOSTARIA DO SEU FUTURO?

- *Como você vê seu futuro?*
- *Quais sonhos você tem?*
- *Como você se vê daqui seis meses, e um ano?*
- *Pensa em ter filhos? Quando?*

3ª ENTREVISTA

A. QUAIS SENTIMENTOS VOCÊ TEM AO QUE LHE ACONTECEU AGORA?

- *Gestação*
 - *Ela foi planejada?*

- *Ela foi desejada depois?*
- *Quem apoiou?*

- *Aborto*
 - *Foi inesperado?*
 - *Que sensação você tem?*
 - *Qual o significado do aborto a você?*

- *Curetagem (se houve)*
 - *Que sensação você está sentindo, não só fisicamente?*

- *Apoio familiar/companheiro/namorado/outra pessoa*
 - *O que você tem feito para lidar com a situação que está vivenciando?*
 - *Quem está lhe apoiando?*
 - *Como você se sente em relação a essa pessoa? E as outras da família?*
 - *Visitas? Amigos (as)? Que sentimentos gera em você?*
 - *Buscou apoio com alguém ou em algum lugar?*

- B. *O QUE VOCÊ GOSTARIA DO SEU FUTURO?*
 - *Como você vê seu futuro?*
 - *Quais sonhos você tem?*
 - *Como você se vê daqui seis meses, e um ano?*
 - *Pensa em ter filhos? Quando?*

APÊNDICE D – TERMO DE ANUÊNCIA SPST**APÊNDICE B
TERMO DE ANUÊNCIA SEPSI**

A Clínica de Psicologia do Centro Universitário UnirG –SEPSI através de sua representante legal, Coordenadora de Estágio, Fernanda Bogarim Borin Chiacchio, confirma sua anuência para o encaminhamento de adolescentes para o serviço de Plantão Psicológico, que participaram da entrevista da tese de mestrado intitulado “ABORTO EM ADOLESCENTE: Uma investigação sobre a adaptação psicológica”, da mestranda Florence Germaine Tible Lainscek, sob orientação da Profª Draª Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral, referente ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins.

Dessa forma concede-se a autorização.

Gurupi, 21 / 04 / 2018


UnirG
Fernanda Bogarim Borin Chiacchio
Coordenação de Estágio
Portaria nº 07/2018
Coordenadora de Estágio do Curso de Psicologia

APÊNDICE E – TERMO DE ANUÊNCIA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA**APÊNDICE C****TERMO DE ANUÊNCIA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA**

Eu Fernanda Beguin Bauri Chacchi, psicólogo(a), portador(a) do CRP nº 237001222, confirma sua anuência, para participar da rede de apoio, realizando atendimento em modalidade de Plantão Psicológico, no período de julho de 2018 a dezembro de 2018, para as adolescentes que participarem da entrevista da tese de mestrado intitulado “ABORTO EM ADOLESCENTE: Uma investigação sobre a adaptação psicológica”, da mestranda Florence Germaine Tible Lainscek, sob orientação da Profª Draª Leila Gurgel, referente ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins.

Dessa forma concede-se a autorização de inclusão do meu contato na rede de apoio do plantão psicológico.

Gurupi, 24/04/2018

APÊNDICE C

TERMO DE ANUÊNCIA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA

Eu Glauci Elisa Pereira, psicólogo(a), portador(a) do CRP nº 23/001490, confirma sua anuência, para participar da rede de apoio, realizando atendimento em modalidade de Plantão Psicológico, no período de julho de 2018 a dezembro de 2018, para as adolescentes que participarem da entrevista da tese de mestrado intitulado "ABORTO EM ADOLESCENTE: Uma investigação sobre a adaptação psicológica", da mestranda Florence Germaine Tible Lainscek, sob orientação da Profª Draª Leila Gurgel, referente ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins.

Dessa forma concede-se a autorização de inclusão do meu contato na rede de apoio do plantão psicológico.

Glauci Elisa Pereira

Glauci Elisa Pereira
Psicóloga
CRP-23/001490

Gurupi, 26/04/2018

APÊNDICE C

TERMO DE ANUÊNCIA PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA

Eu Paula Marinho Scotta, psicólogo(a), portador(a) do CRP nº 146/23, confirma sua anuência, para participar da rede de apoio, realizando atendimento em modalidade de Plantão Psicológico, no período de julho de 2018 a dezembro de 2018, para as adolescentes que participarem da entrevista da tese de mestrado intitulado “ABORTO EM ADOLESCENTE: Uma investigação sobre a adaptação psicológica”, da mestranda Florence Germaine Tible Lainscek, sob orientação da Profª Draª Leila Gurgel, referente ao Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins.

Dessa forma concede-se a autorização de inclusão do meu contato na rede de apoio do plantão psicológico.

Gurupi, 24 04 2018


Paula Marinho Scotta
Psicóloga
CRP - 146/23

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO UNIVERSITÁRIO
UNIRG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABORTO EM ADOLESCENTE: Uma Investigação sobre a adaptação psicológica

Pesquisador: FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCEK

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95731018.9.0000.5518

Instituição Proponente: Fundação UNIRG/ Faculdade UNIRG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.883.418

Apresentação do Projeto:

ABORTO EM ADOLESCENTE: uma investigação sobre a adaptação psicológica.

A gravidez na adolescência está quase sempre ligada ao risco provocado pelo aborto, além dos transtornos e adaptação psicológica.

No entanto a pesquisa de cunho qualitativo com caráter descritivo, para coleta de dados será utilizada entrevista semiestruturada, elaborada pela autora a partir do referencial teórico estabelecido e analisada sob a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin.

Serão realizados três ciclos de entrevistas com adolescentes que tenham realizado o aborto, no Hospital Regional de Gurupi - TO, sendo entre 5 a 7 dias, 30 dias e 60 dias após o evento.

Para tanto, o roteiro de entrevista elaborado constará de perguntas norteadoras referentes aos seguintes temas: história de vida, sentimentos diante da gravidez, aborto e curetagem e seus significados e estratégias comportamentais utilizadas.

Por meio desse estudo espera-se identificar os fatores de risco e proteção que possibilitam a adaptação psicológica da adolescente frente ao aborto.

Endereço: Av. Rio de Janeiro nº 1585
Bairro: Centro **CEP:** 77.403-000
UF: TO **Município:** GURUPI
Telefone: (63)3612-7645 **Fax:** (63)3612-7602 **E-mail:** cep@unirg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.003.410

normas da resolução 466, sendo assim está aprovado para a sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto segue as normas da resolução 466, não apresentando violações éticas quanto aos quesitos. Sendo assim, o projeto está aprovado por este comitê para a sua execução.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_976594.pdf	02/08/2018 21:06:29		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOANUENCIASEPSI.pdf	02/08/2018 20:59:50	FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCCK	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFLORENCECEP.pdf	30/07/2018 19:16:34	FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCCK	Acelto
Outros	APENDICED.pdf	30/07/2018 19:14:10	FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCCK	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/07/2018 19:10:29	FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCCK	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOSANUENCIAPSICO.pdf	30/07/2018 19:03:42	FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCCK	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOSFROMSUS.pdf	30/07/2018 19:01:25	FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCCK	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/07/2018 19:00:18	FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCCK	Acelto
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	11/05/2018 19:33:56	FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCCK	Acelto

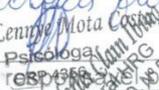
Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Rio de Janeiro nº 1585
 Bairro: Centro CEP: 77.403-000
 UF: TO Município: GURUPI
 Telefone: (63)3612-7845 Fax: (63)3612-7802 E-mail: cep@unirg.edu.br

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO SEMUS

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	ANEXO III Carta de Anuência
Carta de Anuência		
<p>Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado ABORTO EM ADOLESCENTE: Uma investigação sobre a adaptação psicológica, sob a responsabilidade da pesquisadora Florence Germaine Tible Lainscek, CPF nº 087.586.638-78, a ser executado no Hospital Regional de Gurupi.</p>		
<p>Declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado:</p>		
<p>Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa.</p>		
<p>No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer penalização alguma.</p>		
<p>Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº: 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.</p>		
<p>Local e Data: <u>Gurupi - TO</u>, <u>18</u> / <u>Junho</u> / <u>2018</u>.</p>		
<p> <i>Jose Vanderleian Cleon Ibing</i> Diretor Geral HRG ATO 619 - NM, D.O. Nº 5.098</p> <p>_____ Diretor(a) da Unidade de Saúde</p>		

		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		ANEXO I PARECER SES		
Título do Projeto de Pesquisa: ABORTO EM ADOLESCENTE: Uma investigação sobre a adaptação psicológica.						
Identificação da Equipe de Pesquisa						
Pesquisador Responsável Florence Germaine Tible Lainscek						
E-mail: fg.tl@hotmail.com.br			Telefone: (63) 9998-41632			
Demais Membros da Equipe de Pesquisa						
Nome		Função na Equipe		Email		
Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral		ORIENTADORA MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE UFT		leila.gurgel@gmail.uft.edu.br		
Instituição do Pesquisador Responsável						
Nome: FUNDAÇÃO UNIRG CENTRO UNIVERSITÁRIO						
Endereço: Av. Pará, quadra 20, lote 01 nº 2432 - Bairro Engenheiro Waldir Lins II, Gurupi - TO						
Telefone(s): (63) 3312-7608			Email: fisioterapia@unirg.edu.br			
Parecer da Área Técnica de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde						
Foram entregues todos os instrumentos de pactuação?				X	SIM	Não
Data: 25/05/2018		Assinatura da equipe técnica:				
		<p style="text-align: center;">George Bernardo Sousa Miranda Mat 1201883-1 SES/TO</p> 				
Parecer Técnico sobre a Viabilidade de Execução do Projeto de Pesquisa						
Unidade do SUS/TO aberta como campo de pesquisa: Hospital de Referência de Gurupi						
Setor da Pesquisa: ENFERMARIA TRATAMENTO CLÍNICO OBSTETRÍCIA						
PARECER: <input checked="" type="checkbox"/> APROVADO () COM PENDÊNCIAS () NÃO APROVADO						
Avaliação pelo Setor Técnico - Justificativa do Parecer						
<p><i>A pesquisa acima citada ajudará a conhecer a realidade e processos envolvidos da gravidez na adolescência, dando ênfase ao aborto neste período dentro do HRG. Vale ressaltar que hoje não temos dados e conhecimento específico acerca deste evento neste público e essas informações poderão contribuir no tratamento de ações preventivas e mediáticas futuras.</i></p>						
Data do Parecer: 18/06/18		<p style="text-align: center;">Thays Lenhy Mota Costa psicóloga Assinatura do responsável pelo setor</p> 				
Data: 18/06/18		Data:				
<p style="text-align: center;">Lorraine P. Santos Responsável / NEP Mat 398371</p>		<p style="text-align: center;">Jose Vanderlei Lima Diretor Geral / HRG ATO 619 - NM, D.O. 05/08</p> 				
		Diretor(a) da Unidade de Saúde				

ANEXO C – PRODUÇÕES CIENTÍFICAS E TÉCNICAS DURANTE O MESTRADO

Modalidade	Título	Descrição	Ano	Anexo
Anexo A - Trabalhos publicados em anais de eventos	Fatores de risco associados a IU feminina: revisão sistemática	4ª Semana Integrada de Ciência e Tecnologia de Gurupi/TO (SICTEG)	Aguardando publicação	1
Anexo B- Apresentação de trabalho em Congresso científico	Fatores de risco associados a IU feminina: revisão sistemática	4ª Semana Integrada de Ciência e Tecnologia de Gurupi/TO (SICTEG)	2018	2
Anexo C- Trabalho	Membro de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Técnico	Universidade UnirG	2017- Atual	3
Anexo D- Trabalho Técnico-Minicurso ministrado	Reeducação íntima: unindo saúde e sexualidade	4ª Semana Integrada de Ciência e Tecnologia de Gurupi/TO (SICTEG)	2018 Aguardando certificação	4
				5
Anexo E- Trabalho Técnico-Avaliador de Resumos	Avaliação dos resumos pré congresso “ad hoc”	4ª Semana Integrada de Ciência e Tecnologia de Gurupi/TO (SICTEG)	2018	6
	Avaliação “ad hoc”	Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde	2019	7
		B3		
Anexo F- Submissão p/ publicação de artigo científico	Impacto da residência de medicina em saúde da família e comunidade no atendimento de mulheres vítimas de violência	Revista Cereus Qualis B2 (Interdisciplinar) Publicado	2018	8
	Adolescente: aspectos emocionais frente ao aborto	Revista Cereus Qualis B2 (Interdisciplinar) Publicado	2019	9

Impac of fibromyalgia
on the quality of life of
patients in Brazil

International Journal of
Advanced Engeneereig
Resarsch and Science
(IJAERS)

2019

10

Qualis A2

Publicado

ANEXO D



V SEMINÁRIO INTEGRADO
SEMINÁRIO INTEGRADO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA

IV Seminário de Integração Científica
III Seminário de Programas Especiais em Educação
II Seminário de Ensino e Cultura
I Seminário PIBID



**4ª Semana Integrada de
Ciência e Tecnologia
de Gurupi/TO**

Ciência para redução das desigualdades

17 A 19 DE OUTUBRO | IFTO CAMPUS GURUPI



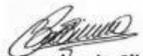
**7º CONGRESSO
CIENTÍFICO UNIRG**

Ciência para redução das desigualdades sociais

CERTIFICADO

Certificamos que o resumo intitulado **"FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA: REVISÃO SISTEMÁTICA"**, de autoria de FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCEK, foi apresentado por FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCEK, na modalidade pôster, durante a **"IV SEMANA INTEGRADA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE GURUPI - SICTEG"** realizada de 17 a 19 de outubro de 2018, no Campus do IFTO em Gurupi/TO.

Gurupi, 19 de Outubro de 2018.



Sabino Pereira da Silva Neto
Presidente da SICTEG



Adriana de Miranda Santiago Terra
Coordenadora do Programa Inova Gurupi



Marise Tanaka Suzuki
Presidente do Congresso Científico da UnirG



ANEXO E

Saúde
Ministério da Saúde

Plataforma Brasil

principal sair

Público Pesquisador CEP Alterar Meus Dados

FLORENCE GERMAINE TIBELAINSCER - Membro do CEP | V3.2
Centro Universitário UNIRG Sua sessão expira em: 39min 38

Projetos Reunião

Você está em: CEP > Projetos > Buscar Projeto de Pesquisa

GERIR CEP

BUSCAR PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa CAAE

Pesquisador Responsável Tipo de Apreciação Seleção Tipo de Projeto Seleção

Instituição Proponente [Buscar Instituição](#) [Limpar](#)

Palavra-chave Minhas Apreciações Projeto Aprovado Anterior à Plataforma Brasil

SITUAÇÃO DA PESQUISA

Apreciações em Trâmite Apreciações Finalizadas

Marcar Todas

Aguardando Validação de Recomendações da CONEP

Aguardando apreciação de

Aguardando confirmação de indicação de relatoria

Em Recepção e Validação Documental

Em relatoria

Notificação Recusada

Protocolo Devolvido pela CONEP

Protocolo Encaminhado à CONEP

Rejeitado pelo centro Coparticipante

ANEXO F

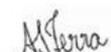


CERTIFICADO

Certificamos que o minicurso intitulado "REEDUCAÇÃO ÍNTIMA: UNINDO SAÚDE E SEXUALIDADE", de autoria de FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSEK, foi apresentado durante a "IV SEMANA INTEGRADA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE GURUPI - SICTEG" realizada de 17 a 19 de outubro de 2018, no Campus do IFTO em Gurupi/TO.

Gurupi, 19 de Outubro de 2018.


Sabino Pereira da Silva Neto
 Presidente da SICTEG


Adriana de Miranda Santiago Terra
 Coordenadora do Programa Inova Gurupi


Marise Tanaka Suzuki
 Presidente do Congresso Científico da UnirG



ANEXO G

188	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
189	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
190	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
191	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
192	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
193	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
194	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
195	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
196	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
197	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
198	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
199	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
200	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
201	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
202	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
203	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
204	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
205	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
206	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
207	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
208	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
209	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
210	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
211	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
212	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
213	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
214	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
215	-	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	-	0,00	0,00
216	-	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	-	0,00	0,00
217	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
218	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
219	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
220	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
221	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
222	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
223	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
224	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
225	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
226	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
227	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
228	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
229	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
230	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
231	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
232	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
233	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
234	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
235	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
236	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
237	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
238	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
239	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
240	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
241	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
242	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
243	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
244	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
245	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
246	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
247	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
248	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
249	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
250	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
251	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
252	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
253	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
254	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
255	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
256	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
257	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
258	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
259	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
260	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
261	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
262	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
263	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
264	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
265	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
266	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
267	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
268	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
269	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
270	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
271	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
272	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
273	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
274	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
275	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
276	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
277	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
278	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
279	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
280	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
281	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
282	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
283	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
284	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
285	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
286	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
287	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
288	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
289	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
290	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
291	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
292	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
293	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
294	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
295	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
296	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
297	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
298	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
299	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00
300	01.01.2019	Atendimento de Suporte Social (Com auto)	0,00	0,00	0,00

RENATO JAYME DA SILVA
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

RESOLUÇÃO - CIBITO Nº 384, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2018.

Dispõe sobre o Protocolo Multiprofissional de Assistência ao Parto e Nascimento do Hospital Regional de Gurupi - TO.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS-CIBITO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas no art. 2º da Portaria Nº 931/1997, que constitui a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins, e no Regulamento Interno da Comissão Intergestores Bipartite - CIBITO, e,

Considerando a Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1996, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e de outras profissões;

Considerando a Resolução COFEN Nº 199/1997, que Dispõe sobre a consulta de enfermagem (Revogada pela Resolução COFEN Nº 544/2017);

Considerando a Resolução COFEN Nº 199/1997, que Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro;

Considerando a Resolução COFEN Nº 202/1998, que Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal (Revogada pela RESOLUÇÃO COFEN Nº 647/2015);

Considerando a Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (Lei do acompanhante);

Considerando a Portaria SAS/MS Nº 743, de 20 de dezembro de 2008, que Trata do Laudo para Emissão de AIIH - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, visando padronização mínima de informações que possibilitem ampliar capacidade de regulação, avaliação e controle dos serviços ofertados pelo SUS;

Considerando a Resolução COFEN Nº 339/2008, que Normaliza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e de outras providências (Revogada pela: RESOLUÇÃO COFEN Nº 647/2015);

Considerando a Portaria GM/MS Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria SAS/MS Nº 371, de 07 de maio de 2014, que Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Lei Nº 13.002, de 20 de junho de 2014, que Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Risco da Língua em Bebês;

Considerando a Resolução COFEN Nº 477, 14 de abril de 2015, que Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. E, em seu artigo 1º, alínea "c" trata da Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIIH) para o procedimento parto normal sem diabetes, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, de tabela do SINSUS (Revogada pela: RESOLUÇÃO COFEN Nº 516/2016 - ALTERADA PELA RESOLUÇÃO COFEN Nº 524/2016);

Considerando a Resolução COFEN Nº 487/2015, que Veda aos profissionais de enfermagem o cumprimento de prescrição médica à distância e a execução de prescrição médica fora da validade;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 2.088, de 21 de outubro de 2016, que Institui diretrizes para a organização de atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto;

Considerando a Nota Técnica Nº 09/2016, da Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno;

Considerando a Resolução COFEN Nº 584/2017, que Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), e Substitui a Resolução COFEN Nº 311/2007;

Considerando que diante da necessidade na reestruturação do Hospital Regional de Gurupi no âmbito materno infantil, entre os dias 10 e 12 de Abril de 2018 a equipe de profissionais da Gerência de Média e Alta Complexidade realizou uma Oficina de Construção do Protocolo Multiprofissional de Atenção ao Parto e Nascimento com a participação de equipe multiprofissional de maternidade;

Considerando a apresentação feita pela Gerência de Média e Alta Complexidade/Diretoria de Atenção Especializada/Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Tocantins;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 05 dias do mês de dezembro do ano de 2018.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o Protocolo Multiprofissional de Assistência ao Parto e Nascimento do Hospital Regional de Gurupi - TO.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor nesta data.

RENATO JAYME DA SILVA
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

COLABORADORA DO: PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO DO HOSPITAL REGIONAL DE GURUPI-TO 2018



ANEXO H



V SEMINÁRIO INTEGRADO
 DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E CULTURA-UFT
 IV Seminário de Iniciação Científica
 VI Seminário do Programa Científica em Educação
 VI Seminário de Extensão e Cultura
 VII Seminário PIBIC

4ª Semana Integrada de Ciência e Tecnologia de Gurupi/TO
 Ciência para redução das desigualdades
17 A 19 DE OUTUBRO | IFTO CAMPUS GURUPI

7º CONGRESSO CIENTÍFICO UNIRG
 CIÊNCIA PARA REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

CERTIFICADO

Certificamos que **FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSEK** atuou como **AVALIADOR(A) DE TRABALHOS** pelo(a) **IFTO**, na modalidade **Ciências Biológicas (ad hoc)** na **IV Semana Integrada de Ciência e Tecnologia de Gurupi-TO** com o tema **“Ciência para Redução das Desigualdades”**, do **V Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura-UFT** e do **7º Congresso Científico UnirG** realizados no período de 17 a 19 de outubro de 2018.

Gurupi, 19 de Outubro de 2018.


Sabino Pereira da Silva Neto
 Presidente da SICTEG


Adriana de Miranda Santiago Terra
 Coordenadora do Programa Inova Gurupi


Marise Tanaka Suzuki
 Presidente do Congresso Científico da UnirG


 Capital da Amizade e da Prosperidade


 O futuro começa aqui
 INOVA GURUPI
 Ciência e Tecnologia para o Desenvolvimento Sustentável


 Universidade de Gurupi


 UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS


 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
 do Tocantins


 SEBRAE


 Sicredi

ANEXO I

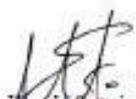
**Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas,
Agrárias e da Saúde**

Certificamos que

FLORENCE GERMAINE TIBLE LAINSCEK

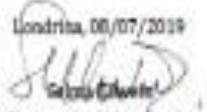
Atuou em caráter não oneroso como consultor *ad hoc*, emitindo 01 (um) parecer técnico-científico para a revista Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde.

Londrina, 08 de julho de 2019.



Márcio Marinho Guaimato
Editor Portal Periódicos
Ciências da Kronos

Certificado Registrado sob o nº 20190601RC

Londrina, 08/07/2019

Selma Clavito
Responsável/Certificado

DOI: 10.18685/2175-7275/cereus.v11n1p81-84

ARTIGO ORIGINAL

« Recebido em 25/10/2018. Aceito em 29/02/2019 »



Impacto da Residência de Medicina da Família e Comunidade no Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência

Impact of the residence of family and community medicine in the care of victims of violence

Sávia Denise Silva Carlotto Herrera¹ Cristina Morais Machado² Neilton Araujo de Oliveira³, Marcos Gontijo da Silva⁴ Yaniel Martínez Hernández⁵ Florence Germaine Tibile Lainscek⁶

RESUMO

Os programas de residência devem garantir meios de aprendizado e aplicabilidade no âmbito do SUS e promover melhorias da atenção integral, em especial a mulheres vítimas de violência. **Objetivo:** avaliar a qualidade dos serviços da AB no quesito violência contra a mulher no município de Gurupi-TO. Pesquisa do tipo transversal realizada de Dezembro/2017 a Março/2018 em 12 UBS da rede urbana. Os profissionais de saúde responderam ao questionário QualiAB, e foram extraídas as questões que tratam da avaliação da violência contra a mulher. Os dados das UBS com o programa foram comparados com as sem, por meio do teste de qui-quadrado, no programa EPI INFO 3.2.2. Responderam ao questionário 107 profissionais. No quesito "Diagnóstico e acompanhamento das situações de violência doméstica e sexual", não houve diferença entre os grupos, porém nos indicadores "estratégias utilizadas pela unidade para detecção" e "procedimentos realizados em caso de detecção da violência contra mulher" são melhores nas unidades com programa. Conclui-se que esta pesquisa evidenciou que o programa de residência enquanto política do SUS, contribui na melhora da qualidade do serviço de atendimento à violência contra a mulher de forma efetiva e resolutiva aos usuários do SUS.

Palavras chave: Residência da Família e Comunidade, Gestão em saúde, Violência contra mulher.

ABSTRACT

The residency programs should guarantee means of learning and applicability within the scope of the SUS and promote improvements in comprehensive care, especially for women victims of violence. **Objective:** to evaluate the quality of AB services in relation to violence against women in the municipality of Gurupi-TO. A cross-sectional survey was carried out from December 2017 to February 2018 in 12 UBS of the urban network. The health professionals answered the QualiAB questionnaire, and the questions dealing with the evaluation of violence against women were extracted. The data of the UBS with the program were compared with those without, by means of the chi-square test, in the program EPI INFO 3.2.2. 107 professionals answered the questionnaire. In the question "Diagnosis and monitoring of situations of domestic and sexual violence", there was no difference between the groups, but the indicators "strategies used by the unit for detection" and "procedures performed in case of detection of violence against women" are better in the units with program. It is concluded that this research showed that the residence program as a SUS policy contributes to improve the quality of the service to attend violence against women in an effective and resolute way to SUS users.

Keywords: Family and Community Residence, Health management, Violence against women.

¹ Docente da Universidade de Gurupi-UniG, Gurupi/TO. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins/UFT. E-mail: savadenise@hotmail.com

² Médica Residente do Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade de Gurupi-UniG.

³ Docente do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde/UFT, Palmas/TO. Doutor em Ensino de Biociências e Saúde pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC/FIOCRUZ).

⁴ Docente da Universidade Federal do Tocantins/UFT Gurupi-TO. Doutor em Medicina Tropical e Saúde Pública pela Universidade Federal de Goiás/UFG.

⁵ Docente do Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Regional de Gurupi-UniG, Gurupi-TO.

⁶ Docente da Universidade de Gurupi-UniG, Gurupi/TO. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins/UFT

DOI: 10.1386/2175-7276/cereus.v11n4p72-83

ARTIGO

<<Recabido em: 24/02/13. Aceito em: 23/11/2013>>



Adolescente: aspectos emocionais frente ao aborto

Adolescent: emotional aspects facing abortion

Florence Germaine Tible Lainscek¹, Sávila Denise Silva Carlotto², Rafaela Alves de Carvalho³, Fernanda Bogarim Borin Chiacchio⁴, Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral⁵

RESUMO

Introdução: A adolescência compreende uma fase de intensas modificações físicas e emocionais as quais ocorre um processo de descoberta da sexualidade onde as experimentações podem culminar em uma gestação. A gestação na adolescência pode vir a resultar em um processo de aborto que dependendo da estrutura emocional da jovem poderá desencadeando distúrbios emocionais que impactarão na vida desta. **Objetivo:** observar os aspectos relacionados aos distúrbios emocionais da adolescente perante o processo de aborto. **Metodologia:** Revisão sistemática das Bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se os descritores em saúde: adolescente, aborto, comportamento do adolescente, transtornos de adaptação, adaptação psicológica, seguindo os critérios de inclusão e exclusão. **Resultado/Discussão:** Foram selecionados 7 artigos originais que contemplavam o tema, onde as reações de transtornos emocionais não se apresentaram diretamente relacionados ao evento do aborto. **Conclusão:** Entre os sete artigos selecionados observa-se que não há um consenso em relação aos distúrbios emocionais/ doenças psiquiátricas e o evento do aborto em si. De um lado observa-se que as relações muitas vezes estão associadas a distúrbios pré gestação ou relacionados a precocidade do evento gestacional e por outro lado associa-se o evento do aborto como fator predisponente a stress pós-traumático e maior chance de desenvolvimento de distúrbios emocionais em jovens que se submeteram ao aborto em países onde o mesmo é ilegal.

Palavras-chave: adolescente, aborto, comportamento do adolescente, transtornos de adaptação, adaptação psicológica.

ABSTRACT

Introduction: Adolescence comprises a phase of intense physical and emotional changes that a process of discovery of sexuality occurs where the experiments can culminate in a gestation. Gestation in adolescence may result in an abortion process that depending on the emotional structure of the young may trigger emotional disturbances that will impact on the life of the young. **Objective:** to observe the aspects related to the emotional disorders of the adolescent before the abortion process. **Methodology:** Systematic review of the databases of the Virtual Health Library, using the descriptors in health: adolescent, abortion, adolescent behavior, adaptation disorders, psychological adaptation, following the inclusion and exclusion criteria. **Result / Discussion:** Selected 7 original articles that contemplated the theme, where the reactions of emotional disorders were not directly related to the abortion event. **Conclusion:** Among the seven articles selected, it is observed that there is no consensus regarding emotional disorders / psychiatric illnesses and the abortion event itself. On the one hand, it is observed that the relationships are often associated with pre-gestational disorders or related to the precocity of the gestational event, and on the other hand, it is associated the abortion event as a predisposing factor to post-traumatic stress and a greater chance of developing emotional disorders in young people who have undergone abortion in countries where abortion is illegal.

Keywords: adolescent, abortion, adolescent behavior, adaptation disorders, psychological adaptation

¹ Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins(UFT), professora do curso de Fisioterapia do Centro Universitário UnirG Gurupi-TO. Email:fg.t@hoimail.com

² Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins(UFT), professora do curso de Fisioterapia do Centro Universitário UnirG Gurupi-TO. Email: caviladenise@hoimail.com

³ Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Tocantins(UFT), professora do curso de Fisioterapia do Centro Universitário UnirG Gurupi - TO. Email:rafa_a_alves@unirg.edu.br

⁴ Psicóloga, professora do curso de Psicologia do Centro Universitário UnirG Gurupi-TO. Email:ferbogarim@gmail.com

⁵ Pós-doutora em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista-UNESP, professora adjunta da Universidade Federal do Tocantins - Colegiado de Medicina e do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde-UFT. Email: leila_gurgel@uft.edu.br

ANEXO L

AI Publications



**International Journal of Advanced Engineering,
Research and Science (IJAERS)**

ISSN : 2349-6495 (P) | 2456-1908 (O)

www.ijaers.com

Certificate of Publication

The editor-in-chief of *International Journal of Advanced Engineering Research and Science* is awarding this certificate of publication to **Florence Germaine Tible Lainscek** in recognition of his/her paper entitled below which was published in *International Journal of Advanced Engineering Research and Science (IJAERS)* (ISSN: 2349-6495(P) | 2456-1908(O)); Vol-6 , Issue-5 ,Pg.: 226-230, May 2019 . This Journal is a refereed, double-blind and peer-reviewed research journal published by *AI Publications*.

Paper Title: **"Impact of Fibromyalgia on the Quality of Life of Patients in Brazil"**

Author(s): **Rafaela de Carvalho Alves, Victor Rodrigues Nepomuceno, Florence Germaine Tible Lainscek, Pricila Zancanella**

DOI: 10.22161/ijaers.6.5.29



Editor-In-Chief

International Journal of Advanced Engineering Research and Science (IJAERS)
www.ijaers.com
editor@ijaers.com editor.ijaers@gmail.com

International Journal of Advanced Engineering Research and Science(IJAERS)
 104/108, Pratap Nagar, Jaipur, India | www.ijaers.com ; editor@ijaers.com