



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**MENSURAÇÃO DOS NÍVEIS DE RESILIÊNCIA DE MULHERES
QUE SOFRERAM ABORTO ESPONTÂNEO**

Lídia Dayse Araújo de Souza

João Pessoa-PB

2017

LÍDIA DAYSE ARAÚJO DE SOUZA

**MENSURAÇÃO DOS NÍVEIS DE RESILIÊNCIA DE MULHERES
QUE SOFRERAM ABORTO ESPONTÂNEO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos de Decisão

Orientadores:

Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coêlho
Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade

João Pessoa-PB

2017

S729m Souza, Lídia Dayse Araújo de.
Mensuração dos níveis de resiliência de mulheres que
sofreram aborto espontâneo / Lídia Dayse Araújo de Souza. -
João Pessoa, 2017.
66 f. : il. -

Orientadores: Hemílio Fernandes Campos Coêlho,
Josemberg Moura de Andrade.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN

1. Aborto espontâneo. 2. Resiliência psicológica. 3.
Políticas Públicas. I. Título.

UFPB/BC

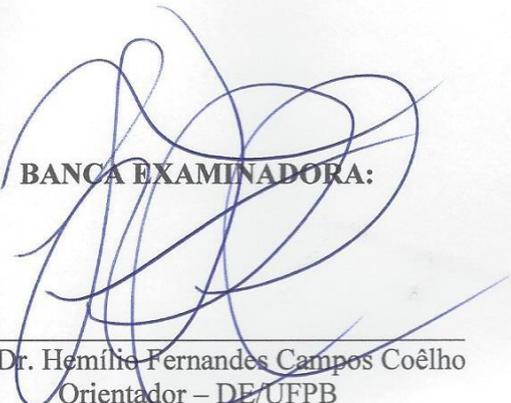
CDU: 618.39-021.3(043)

LÍDIA DAYSE ARAÚJO DE SOUZA

**MENSURAÇÃO DOS NÍVEIS DE RESILIÊNCIA DE MULHERES
QUE SOFRERAM ABORTO ESPONTÂNEO**

João Pessoa, 17 de fevereiro de 2017

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Hemílie Fernandes Campos Coêlho
Orientador – DE/UFPB

Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade
Orientador – DP/UFPB



Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva
Membro Interno – DE/UFPB

Prof. Dra. Kerle Dayana Tavares de Lucena
Membro Externo – NUCISP/UNICISAL/Alagoas

*Dedico este trabalho a todos aqueles que, de forma impulsora, me auxiliaram na elaboração e desenvolvimento deste trabalho. Em especial a doutoranda **Isis Milane Bastista de Lima** que me incentivou e guiou os meus saberes até aqui.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, a Jesus Cristo e a Nossa Senhora Aparecida, por trilhar o meu caminho até aqui.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coêlho e Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade, pela atenção dada a mim e pelos valiosos ensinamentos e direcionamentos para a conclusão desta pesquisa. Em especial ao orientador e amigo, Hemílio, que aceitou a missão de me orientar.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução deste trabalho.

Aos docentes da Banca Examinadora, por aceitarem a incumbência desta tarefa e pela contribuição à melhoria desta dissertação, desde a qualificação.

A minha querida turma do mestrado, em especial à amiga Ianne Mello, por todos os momentos maravilhosos de estudos e pelo apoio mútuo nos momentos difíceis que enfrentamos.

À amiga Mayza, pela força, pelo carinho e pela imensa colaboração nas minhas apresentações.

Aos(s) grandes professores (as) e educadores (as), Ana Tereza de Medeiros, Anna Alice Figueiredo de Almeida, Caliandra Maria Bezerra Luna Lima, Cesar Cavalcanti da Silva Eufrásio de Andrade Lima Neto, Hemílio Fernandes Campos Coêlho, João Agnaldo do Nascimento, Josemberg Moura de Andrade, Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, Ronei Marcos de Moraes, Sergio Ribeiro dos Santos e Ulisses Umbelino Dos Anjos.

Ao secretário e amigo Francisco Santos “Chico” pelo apoio nas horas difíceis.

O Instituto Cândido Vargas pela disponibilidade para minha coleta de dados.

A CAPES pelo auxílio financeiro.

Especialmente à minha mãe Josefina Araújo de Souza, meu pai Francisco Pinheiro de Souza, minha tia mãe Calicina Araújo, meu tio Jairo Procópio, meu irmão Carlos Araújo, meu noivo Leonardo Silva e meu sobrinho irmão Felipe Candeia que incentivaram e acreditaram no meu potencial.

"A maior conquista de um homem é superar seus próprios obstáculos."

William Douglas

RESUMO

O aborto pode ser definido como sendo a expulsão espontânea ou provocada do feto pesando menos de 500g. O aborto é classificado como espontâneo quando ocorre expulsão natural do feto antes da vigésima semana de gravidez. Quando há o uso de algum mecanismo de indução é dito aborto provocado. A existência de um processo de luto por um abortamento espontâneo vem acompanhada por reações depressivas e uma busca compulsiva de novas gestações. Além dos problemas políticos, religiosos e físicos, o aborto também pode afetar gravemente a saúde psíquica e a resiliência das mulheres. Esta é definida como sendo capacidade que o ser humano possui em superar os desafios e dificuldades, e vivenciar um desenvolvimento saudável após a exposição a riscos. Pessoas resilientes respondem melhor aos desafios e situações, de acordo com sua dinâmica interna e externa, assim como a eficiência e qualidade de suas respostas, diante de uma situação nova. O projeto possui aprovação pelo Comitê de Ética e pesquisa ao qual foi submetida através da Plataforma Brasil. O presente estudo tem por objetivo analisar o nível de resiliência de mulheres que sofreram aborto espontâneo e que foram atendidas em uma maternidade de referência. Como alternativa para estudar esse tipo de população o método *Network Scale Up* se mostrou eficiente, pois é utilizado para estimar tamanhos de rede sociais com uma característica rara. Assim, o método estimou o tamanho da população alvo em João Pessoa, é de aproximadamente 2.512 mulheres. Nesse contexto, a amostra foi composta por 52 mulheres com idades entre 18 e 35 anos, que sofreram aborto no período estudado. Foi possível observar que a maioria destas mulheres se autodeclararam parda (96%), com idade média de 29 anos, solteira (31%), porém com união estável (55%) e relacionamento amoroso com pai do bebê (62%). Foi possível ver ainda que 69% possuíam ensino médio incompleto e 60% estavam desempregadas, mais da metade não tem casa própria (67%), 19% já tinham tido abortos anteriores, (81%) planejou a gravidez. Em relação à resiliência, o CD-RISC10 atentou para o baixo nível de resiliência (65%) das mulheres estudadas. O presente estudo mostra a importância de políticas públicas eficazes para auxiliar as mulheres que buscam atendimento devido à ocorrência de aborto. Em todo seu contexto, não somente físicas, mas psicológicas e emocionais, fazendo uso dos fatores de risco e de proteção como estratégias para ajudá-la a aumentar seu nível de resiliência e não desenvolver outras doenças. Foi notória, neste estudo a influência da idade das mulheres e a quantidade de filhos com relação ao nível de resiliência, ou seja, uma mulher com mais idade e menos filhos é capaz de ter níveis de resiliência mais baixo.

Palavras-chave: Aborto espontâneo. Resiliência psicológica. Políticas Públicas.

ABSTRACT

Abortion can be defined as spontaneous or induced expulsion of the fetus weighing less than 500g. Abortion is classified as spontaneous when natural expulsion of the fetus occurs before the twentieth week of pregnancy. When there is the use of some mechanism of induction is called abortion provoked. The existence of a process of mourning for spontaneous abortion is accompanied by depressive reactions and a compulsive search for new pregnancies. In addition to political, religious and physical problems, abortion can also severely affect women's psychic health and resilience. This is defined as being human capacity to overcome challenges and difficulties, and to experience a healthy development after exposure to risks. Resilient people respond better to challenges and situations, according to their internal and external dynamics, as well as the efficiency and quality of their responses, in the face of a new situation. The project has been approved by the Ethics and Research Committee to which it was submitted through the Brazil Platform. The present study has the objective of analyzing the level of resilience of women who suffered miscarriage and who were attended at a referral maternity hospital. As an alternative to study this type of population, the Network Scale Up method was efficient because it is used to estimate social network sizes with a rare characteristic. Thus, the method estimated the size of the target population in João Pessoa, is approximately 2,512 women. In this context, the sample consisted of 52 women aged between 18 and 35 years, who underwent abortion in the period studied. It was possible to observe that most of these women declared themselves to be brown (96%), with a mean age of 29 years, single (31%), but with stable union (55%) and love relationship with the baby's father (62%). It was also possible to see that 69% had incomplete secondary education and 60% were unemployed, more than half did not have a home (67%), 19% had had previous abortions, (81%) planned the pregnancy. Regarding resilience, the CD-RISC10 considered the low level of resilience (65%) of the women studied. The present study shows the importance of effective public policies to assist women seeking care due to the occurrence of abortion. In all its context, not only physical but psychological and emotional, making use of risk and protection factors as strategies to help it increase its level of resilience and not develop other diseases. It was notorious in this study the influence of the age of the women and the amount of children in relation to the level of resilience, that is, an older woman with fewer children is able to have lower levels of resilience.

Keywords: Spontaneous abortion. Psychological resilience. Public policy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01:	Tamanho de amostra para população de difícil acesso.....	27
Tabela 02:	Distribuição de frequência por faixa etária de mulheres que sofreram aborto em João Pessoa-PB, 2016.....	40
Tabela 03:	Distribuição de frequência por faixa etária de mulheres que sofreram aborto em João Pessoa-PB, 2016.....	43
Tabela 04:	Estimativas dos parâmetros das variáveis selecionadas.....	48
Tabela 05:	Estimativas dos parâmetros das variáveis selecionadas.....	49
Tabela 06:	Teste de adequação global.....	49
Tabela 07:	Razão de chances para as variáveis selecionadas.....	52
Tabela 08:	Probabilidade para cada indivíduo.....	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01:	Estado civil das mulheres que sofreram aborto em João Pessoa-PB, 2016	40
Gráfico 02:	Etnia autodeclarada das mulheres que sofreram aborto em João Pessoa - PB, 2016.....	41
Gráfico 03:	Nível de escolaridade das mulheres que sofreram aborto em João Pessoa - PB, 2016.....	42
Gráfico 04:	Percentual de Mulheres que tem filho e sofreram aborto em João Pessoa - PB, 2016.....	42
Gráfico 05:	Percentual da faixa mensal da renda familiar de Mulheres que sofreram aborto em João Pessoa - PB, 2016.....	44
Gráfico 06:	Percentual de mulheres que receberam algum tratamento nos últimos 5 anos, 2016.....	44
Gráfico 07:	Percentual de mulheres que receberam algum tratamento para doenças neurológicas, 2016.....	45
Gráfico 08:	Percentual de grau de relação das mulheres que sofreram aborto com os seus pais, 2016.....	45
Gráfico 09:	Percentual de grau de relação das mulheres que sofreram aborto com o pai do bebê, 2016.....	46
Gráfico 10:	Percentual de mulheres que sofreram aborto e a gravidez era desejada, 2016.....	46
Gráfico 11:	Percentual de mulheres que sofreram aborto repetido, 2016.....	47
Gráfico 12:	Nível de resiliência de mães que sofreram aborto em João Pessoa, 2016	48
Gráfico 13:	Gráfico de diagnóstico - Resíduos padronizados.....	50
Gráfico 14:	Gráfico de bolhas da distância de Cook.....	51
Gráfico 15:	Gráfico da distância de Cook do modelo ajustado.....	51
Gráfico 16:	Curva ROC.....	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	GERAL.....	17
2.2	ESPECÍFICOS.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	A QUESTÃO DO ABORTO EM SEUS LIMITES INTERNACIONAIS, NACIONAIS E LOCAIS.....	18
3.2	A RESILIÊNCIA ENQUANTO FERRAMENTA DE TRABALHO PROFISSIONAL E DE GESTÃO.....	19
4	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLOGICO	22
4.1	AMOSTRAGEM EM POPULAÇÕES RARAS.....	22
4.2	NETWORK SCALE UP (NSU).....	23
4.3	MÉTODO DE CÁLCULO DE TAMANHO DE AMOSTRA PARA POPULAÇÕES RARAS OU DE DIFÍCIL ACESSO.....	25
4.4	MODELO DE DECISÃO.....	27
4.4.1	Regressão Logística	27
4.4.2	Estimação Parâmetros do Modelo	32
4.5	COLETA DE INFORMAÇÕES.....	34
4.6	SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	34
4.7	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	35
4.8	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	35
4.9	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	35
4.10	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4.11	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
4.12	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
6	CONCLUSÕES	54
	REFERÊNCIAS	55
	Apêndice A - Questionário de dados sócio-demográficos.....	58
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	61
	Anexo 1 – Parecer Circunstanciado do CEP.....	63

1 INTRODUÇÃO

O aborto pode ser definido como sendo a expulsão espontânea ou provocada do feto pesando menos de 500g. É classificado como espontâneo quando ocorre expulsão natural do feto antes da vigésima semana de gravidez e provocado quando há o uso de algum mecanismo de indução. (NERY et. al, 2006)

Segundo Assunção e Tocci (2003) a existência de um processo de luto por um abortamento espontâneo, vem acompanhado por reações depressivas e uma busca compulsiva de novas gestações. Conforme a lei 2.848, Art. 124 a 127, do Código Penal Brasileiro, no Brasil, o aborto é considerado crime, exceto em três circunstâncias: quando não há outro meio para salvar a vida da gestante, resultado de estupro e no caso de feto anencefálico, este último caso foi aprovado em 2012 com a decisão do Supremo Tribunal Federal. (BRASIL, 2012).

Em novembro de 2016, a decisão da primeira turma do STF (Supremo Tribunal Federal) de quem praticar aborto nos três primeiros meses de gestação não é crime cria um precedente para que juízes deem sentenças equivalentes a processos sobre o aborto, mas isso não descriminaliza a prática no Brasil. Isso porque a decisão não foi tomada pelo plenário do STF como um todo, o que teria dado força de lei à medida. O julgamento foi feito por uma turma formada por cinco dos onze ministros do Supremo.

Desde a antiguidade o aborto é um assunto polêmico e tem sido discutido sob várias óticas: clínica, jurídica, feminista, religiosa, bioética, etc. Por estar envolto em tabus e preconceitos, é um tema difícil de lidar devido à discriminação por parte da sociedade, principalmente quando há intenção de provocar a expulsão do feto, podendo até mesmo resultar em uma má assistência para a mulher que experimenta esse evento. Além disso, a decisão de ser mãe não é uma decisão individual, já que envolve pessoas e uma série de fatores econômicos e sociais (MARIUTTI; BOEMER, 2003).

Segundo Quayle (1991), nas sociedades primitivas, o aborto era associado à culpa da mulher por comportamento indevido; pela ação de maus espíritos ou pela crença de que a gravidez se originou em condições violentas ou contra os preceitos vigentes. Nesses casos, as prescrições relacionadas ao fato incluíam rituais extremamente violentos ou até mesmo a morte da mulher que abortava. A maioria dos abortos espontâneos ocorre porque o feto não está se desenvolvendo normalmente. Todavia, como essas anormalidades são raramente compreendidas, muitas vezes é difícil determinar as causas de um aborto espontâneo.

Além dos problemas políticos, religiosos e físicos, o aborto também pode afetar gravemente a saúde psíquica das mulheres. (MARIUTTI, 2010) trabalhou com 120 mulheres

internadas em um hospital público que passaram por aborto e, constatou que mais da metade dessa amostra, apresentou algum nível de depressão e a maioria, sofria de baixa a média estima pessoal.

Os reflexos desse problema são claramente percebidos na prática cotidiana, onde a alta incidência de aborto e o número elevado de curetagens pós-aborto, ocorrem, sobretudo, em mulheres jovens de 15 a 25 anos de idade levando-as a quadros de ansiedade e outros sentimentos e comportamentos indesejáveis.

Na ocorrência do aborto espontâneo, algumas mulheres se apresentam tristes e preocupadas, com profundo sentimento de perda e mostram desejo de enfrentar uma nova gravidez imediatamente; enquanto outras se mostram indiferentes e até aliviadas pela ausência da situação ameaçadora que vivenciavam antes do abortamento (NERY e TYRREL, 2002).

A cura emocional pode levar muito mais tempo do que a cura física. O aborto espontâneo pode ser uma perda irreparável onde os que estão ao redor da mulher não percebem, completamente, o sofrimento emocional vivenciado. Suas emoções podem variar de raiva, culpa a desespero. (MARIUTTI e FUREGATO 2013)

Mariutti e Furegato (2013) afirmam ainda que o aborto é um acontecimento especial, responsável por intenso sofrimento físico e existencial, podendo causar consequências como depressão e diminuição da estima pessoal dependendo do contexto socioeconômico e cultural das mulheres, associado a fatores de risco, tais como, dificuldades econômicas, ausência de apoio familiar e do companheiro, uso de álcool e drogas ilícitas, por elas e pela família, desemprego, falta de renda, trabalho, moradia e qualidade de vida.

As autoras prosseguem afirmando que, algumas mulheres passam meses planejando a gravidez, nutrindo o sonho de ser mãe e quando existe o abortamento elas se deparam com sentimentos de culpa, abandono, perda de fé, raiva, frustração do instinto maternal, baixo nível de autoestima e até mesmo impulsos suicidas. É neste contexto, que o conceito de *Resiliência* é inserido no modo mensurar o enfrentamento de uma situação de aborto.

Segundo Borges e Zingler (2013) a *Resiliência* é capacidade que o ser humano tem para superar desafios e dificuldades, além de vivenciar um desenvolvimento saudável após a exposição a riscos. Para os autores, pessoas resilientes respondem melhor aos desafios e situações do dia-a-dia, de acordo com sua dinâmica interna e externa, além da eficiência e qualidade de suas respostas, diante de uma situação nova

Segundo Pessini (2010), os indivíduos, a partir da superação de sua experiência de sofrimento, são capazes de extrair sentimentos de compaixão, compreensão, participação que tornam possível estabelecer, com o outro, uma relação de proximidade autêntica.

Para desenvolver técnicas que sejam capazes de mensurar o nível de resiliência em mulheres que sofreram aborto, será utilizada a escala de resiliência de Connor e Davidson (2003). A escala de resiliência CD-RISC10, desenvolvida por autores foi à escolhida por se tratar de um instrumento com boas propriedades psicométricas e por já ter sido validada para a população brasileira por Lopes e Martins (2011).

A ocorrência de um número reduzido de pesquisas que mensuraram os níveis de resiliência em mulheres que sofreram abortos espontâneos no município de João Pessoa – PB constitui o **problema** a ser superado com base nos resultados desta pesquisa científica.

A **justificativa** para a realização do estudo prende-se ao fato de que, o processo de abortamento constitui-se um gravíssimo problema de saúde pública onde 15,2% das mulheres do Brasil entre 18 a 49 anos já sofreram aborto espontâneo (PNS, 2013) que atinge, sobretudo, a população menos abastada e pouco esclarecida, repercutindo negativamente para a saúde da mulher e sua qualidade de vida.

Parte-se do **pressuposto** de que a detecção desses dados, bem como, a processualidade para atingi-los, constituir-se-ão excelentes ferramentas para os gestores das secretarias de saúde, nos três níveis de governo, possibilitando a execução de ações preventivas com consequente minimização de sequelas clínicas e psíquicas decorrentes dos processos de abortamento.

O **objeto de estudo** desta investigação é a Resiliência entendida como capacidade de defesa e recuperação perante fatores adversos. Particularmente, neste estudo, verificou-se os níveis dessa capacidade nas mulheres que sofreram aborto espontâneo e procuraram hospitais públicos.

A **importância do estudo** se dá pela possibilidade de problematização do processo de abortamento analisado sob o ponto de vista da Resiliência, tema ainda pouco estudado e disponível na literatura especializada. Em síntese, o caráter inovador da proposta é dar voz aos excluídos do sistema.

Na busca por mudanças positivas nas práticas profissionais e de gestão das unidades hospitalares públicas, visando a democratização da assistência pós-ocorrência do evento de aborto espontâneo, tomar-se-á como **questões norteadoras do estudo** as assertivas a seguir:

- a) Em conformidade com a escala de resiliência de Connor e Davidson, quais são os níveis dessa capacidade de defesa e recuperação de mulheres que sofreram aborto espontâneo no município de João Pessoa/PB?

- b) A escala de resiliência de Connor e Davidson apresenta utilidade enquanto ferramenta de gestão para instituições de saúde?

Para responder a estas questões formulam-se os seguintes **objetivos**:

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar o nível de resiliência de mulheres que sofreram aborto espontâneo e que foram atendidas em uma maternidade de referência.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográficas de mulheres que sofreram aborto espontâneo;
- Propor um plano amostral para seleção de mulheres que sofreram aborto;
- Calcular o nível de resiliência com base na escala de CD-RISC10;
- Aplicar um modelo de decisão para explicar a resiliência de mulheres que sofreram aborto espontâneo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A QUESTÃO DO ABORTO EM SEUS LIMITES INTERNACIONAIS, NACIONAIS E LOCAIS

Estima-se que sejam praticados 1,4 milhões de aborto por ano no Brasil e 42 milhões de aborto por ano no mundo, causando 13% das mortalidades maternas, bem como depressão e suicídio. Mulheres grávidas com história de aborto espontâneo de repetição, ou seja, abortos seguidos, apresentam frequência duas vezes mais elevada dos sintomas de depressão moderada e grave. (MARIUTTI E FUREGATO 2013).

Segundo Francisco et al. (2014) mulheres grávidas com história de aborto apresentam cinco vezes mais preocupação com o que pode ocorrer com o feto do que com o coito. Disso decorre o comprometimento da função sexual nas mulheres quando comparadas a outras mulheres que não sofreram aborto espontâneo de repetição. O autor concluiu que é possível estabelecer uma associação inversa entre depressão e função sexual.

Mariutti e Furegato (2013) realizaram uma revisão bibliográfica de 1986 a 2010, através de banco de dados Medline, Lilacs e Dedalus, cruzando as palavras aborto, depressão, resiliência e autoestima, com objetivo de discutir questões relativas à depressão e ao aborto como problemas de saúde pública, encontrando que a maioria das mulheres sofre depressão e as mulheres mais jovens sofrem aborto.

Conforme pesquisa realizada na Grã-Bretanha, no ano de 2005, os abortos naturais originam depressão e ansiedade somente durante os seis meses depois da perda, enquanto que, os abortos provocados têm um efeito mais negativo psicologicamente e mais duradouro provocando ansiedade, depressão, culpa e vergonha por até cinco anos. Esta pesquisa foi censurada por grupos pró-aborto, que afirmaram não haver evidências concretas para comprovar que este tipo de decisão estaria diretamente relacionado a traumas psicológicos; questiona-se a probabilidade destas mulheres já apresentarem anteriormente algum distúrbio psicológico (BROEN et.al. 2005).

Os autores relataram ainda que, o aumento da morbimortalidade em mulheres que haviam sofrido aborto está ligado, em muitos casos, a falta de tratamento, mal diagnósticos ou ignorados, com relação a sentimentos como: pesadelos e preocupação (relacionadas ao bebê, ao corpo e à vida), pensamentos suicidas, sentimentos de culpa e incapacidade de perdoar a si mesma, receios em futuras gestações e/ou emocionalmente afetadas (BROEN et.at, 2005).

Mariutti (2009) avalia a distribuição de diagnósticos de aborto por região, estado e município, com a base de dados do Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde (DATASUS/MS), em 2006. A autora analisou a taxa de internações, por 1.000 mulheres em idade fértil tendo o aborto como o principal diagnóstico, segundo município residência, resultando que é maior na região Norte, em seguida no Nordeste. O Amapá é o estado que aparece com maior taxa de abortos e na classificação dos 50 municípios do Brasil com maior frequência de aborto, a Bahia aparece com 17 municípios.

Silva e Cerqueira (2009) realizaram um estudo com 14 mulheres puérperas internadas em uma maternidade pública em um município do interior da Bahia, com o objetivo compreender como as mulheres desenvolvem estratégias de resiliência frente o trabalho de parto e ao parto, resultando que a força que as mulheres procuram para parir vem da fé em Deus e sentimentos em relação aos filhos. Concluindo que a resiliência no trabalho de parto e na hora do parto é utilizada pelas mulheres, porque o parto tem uma representação vinculada à dor e sofrimento.

3.2 A RESILIÊNCIA ENQUANTO FERRAMENTA DE TRABALHO PROFISSIONAL E DE GESTÃO

Segundo Tavares e Albuquerque (1998) resiliência é uma palavra de origem latina *re* + *salio*, que significa ser elástico. O conceito foi criado pelas ciências exatas, especialmente a física e a engenharia, que a definiram como a capacidade que um material possui de passar por uma deformação máxima sem sofrer alterações permanentes (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

Desde década de 1970, a resiliência começou a ser estudada por áreas específicas de conhecimento como a Psicologia e a Psiquiatria. A resiliência foi inicialmente designada como a capacidade que um ser humano tem de resistir às adversidades, a força necessária para a saúde mental estabelecer-se ao longo da vida, mesmo após um enfrentamento com fatores de riscos (ASSIS, PESCE & AVANCI, 2006).

Segundo Silva et. al (2009) o conceito resiliência no âmbito da saúde se torna um aliado nos aspectos de promoção da saúde, pois facilita a compreensão do potencial de enfrentamento em situações de risco relativas a algumas pessoas, e também àquelas que não conseguem responder da mesma maneira.

Para a American Psychological Association - APA (2008) a resiliência é apresentada como processo de adaptação mediante traumas, tragédias, ameaças, ou até como situações de

problemas de relacionamento na família, problemas graves de saúde, problemas no ambiente de trabalho ou deficiências financeiras. As respostas de muitos norte-americanos ao atentado terrorista de 11 de setembro e seus esforços para reconstruírem suas vidas é tido como um exemplo de resiliência.

Gaioli et. al (2012) estudando idosos com doença de Alzheimer, afirmaram que esta população poderá ter melhores condições de saúde e qualidade de vida, se o cuidador possuir nível alto de resiliência, pois mantém o seu equilíbrio mental e físico, o que favorece a realização da sua tarefa de cuidar. Este estudo foi realizado em 2009, com 101 cuidadores de idosos com Alzheimer, onde a maior parte dos cuidadores eram mulheres, sem depressão, recebia ajuda de outras pessoas para cuidar e possuía alto grau de resiliência. Existiu associação significativa da resiliência com as variáveis: grau de parentesco, tratamento médico, uso de medicamentos, cansaço, esgotamento, desânimo e saúde mental do cuidador.

Cecconello e Koller (2000) realizaram uma pesquisa com 100 crianças, que frequentavam escolas e que vivem em situação de pobreza, de ambos os sexos, com idades entre seis e nove anos. Resultando que as meninas são mais competentes socialmente e mais empáticas do que os meninos. Do mesmo modo, as crianças mais empáticas tendem a ser mais competentes socialmente do que as outras. De um modo geral, destacam a importância dessas duas características como fatores de proteção, contribuindo para a resiliência e adaptação.

Mariutti et. al (2013) encontraram evidência de que o abortamento tem associação com depressão, em um estudo realizado com 120 mulheres internadas com diagnóstico de abortamento, uma vez que a metade da amostra pontuou algum nível de depressão baixa ou média estima pessoal, tendo como fatores de proteção para depressão: o estado civil, o emprego, a religião e a situação financeira. Resultando também que a equipe de enfermagem deve implementar cuidados reforçando os aspectos resilientes apresentados pelas mulheres.

Segundo Assunção e Tocci (2003, p.09): *“Perder um dos pais e perder o passado, perder um filho, é perder o futuro”*.

Vargas e Labronici (2012) realizaram uma pesquisa com 10 mulheres vítimas de violência conjugal, que procuraram o serviço policial, para representar judicialmente contra o seu agressor. Teve como objetivo identificar o percurso de resiliência da mulher vítima de violência conjugal. O processo de enfrentamento da violência fez com que as mulheres avaliassem os danos que a violência acarreta para todos que nela estão envolvidos, se afastassem do convívio com o agressor e procurassem um novo cenário para a sua existência, e dessa forma, continuaram o percurso de resiliência, mediante a superação do trauma vivido e adaptação a uma nova realidade. Concluindo que o conceito de resiliência pode ser

explorado na prática cotidiana das enfermeiras, no sentido de transformá-las em tutoras de resiliência.

4 REFERENCIAL TEORICO METODOLÓGICO

4.1 AMOSTRAGEM EM POPULAÇÕES RARAS

Nos últimos anos foram desenvolvidas muitas técnicas de amostragem e estimação padrão que fornecem meios de se obter informação sobre uma população. Porém em vários grupos estas técnicas não são aplicáveis (SALGANIK E HECKATHORN, 2004). Kalton e Anderson (1986) definiram por população rara ou de difícil acesso quando a população é pequena em relação à população em geral, e quando a envolve estigma pela sociedade ou o grupo é difícil pessoas externas penetrarem. Por exemplo, em pessoas com HIV, homens que fazem sexo com homens ou usuários de drogas.

Entende-se por população o conjunto de todos os elementos ou resultados sob investigação. Amostra é uma parte ou um subconjunto da população. O objetivo da amostra é oferecer informações que permitam descrever os parâmetros da população, de maneira mais adequada possível. Ou seja, uma amostra representativa é aquela que é um micro representação do universo. Diante da dificuldade em definir uma amostra representativa, preferiu-se considerar o conceito de amostra probabilística, em que todos os resultados de cada possível amostra têm uma probabilidade conhecida, a priori, de ocorrer. (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

Maranhão (2015) chama esse método como “amostragem por alvo”. É um método utilizado para encontrar indivíduos por escolhas. Construído determinando categorias de indivíduos que tem a “probabilidade” de ter mais conhecimento e experiência sobre a área cultural e que representa provavelmente maior variação na experiência dentro do campo de conhecimento enfocado. Este método também é construído com pessoas selecionadas dentro de locais específicos como prédios, condomínios, bairros, ou áreas de risco. Em alguns casos, a amostra por alvo é usada para encontrar indivíduos que são representativos e que se escondem e se isolam ou populações muito raras.

A importância da amostragem probabilística decorre do fato de que apenas os resultados provenientes de uma amostra probabilística podem ser generalizados estatisticamente para a população estudada, isto é, pode-se obter uma medida de confiabilidade das conclusões (REIS, 2015). Porém, não será possível utilizar nesse estudo um plano amostral probabilístico por se tratar de uma população difícil acesso, por não existe cadastro de mulheres que sofreram aborto.

Como alternativas para estudar essas populações raras (ou de difícil acesso), existem diversas técnicas de amostragem. Algumas delas são as seguintes:

- Targeted sampling, os pesquisadores normalmente vão a campo para encontrar o membro da população.
- Time-space sampling, os pesquisadores identificam inicialmente quando os membros da população estarão em determinados locais.
- Snowball sampling (amostragem em bola de neve) o pesquisador utiliza uma rede de amizade dos membros existentes na amostra.
- Respondent Driven sampling, o próprio entrevistado é responsável por recrutar mais participantes para a pesquisa.
- Network Scale Up é utilizado para estimar tamanhos de rede sociais com uma característica rara.
- Multiple Frames Surveys que utiliza uma combinação de cadastros.

Para uma população de difícil acesso Reis (2014) utilizou Network Scale Up para estimar o número de usuários de drogas ilícitas, concluindo que o método é promissor para estimar o tamanho de populações de difícil acesso, em áreas diversas como a Sociologia, a Criminologia, e, mais recentemente, a Saúde Pública.

Nesse sentido, sabendo que o aborto é um tema difícil de ser abordado, visto que algum caso a mulher se senti culpada por não tem conseguindo manter a gestação. Então para estimar essa população de difícil acesso, o método NSU é muito útil.

4.2 NETWORK SCALE UP (NSU)

O NSU é um método de ampliação das redes sociais, que leva em consideração a população total e o número de pessoas que o indivíduo conhece que possui a característica rara. Bernard et.al(1991) apoiam a problematização com relação às populações humanas é saber exatamente quantas pessoas em média um indivíduo conhece diretamente. E este problema é interessante para a demografia porque se soubermos quantas pessoas conhecidas e, especialmente, qual seu tipo ou classe, ou seja, quais atributos demográficos caracterizam em média essas pessoas conhecidas, poderíamos deduzir o tamanho das subpopulações (caracterizadas por atributos específicos) a partir da proporção média de pessoas com determinados atributos que estão conectadas diretamente ao “indivíduo médio” da população

supondo que este indivíduo médio define o parâmetro (estimador) do tamanho médio da rede social de toda a população.

O método NSU procura então inferir o tamanho de subpopulações específicas (qualquer tipo de subpopulação caracterizada por atributos demográficos, sociais, econômicos, biológicos, etc.), a partir de um pressuposto sociológico sobre o padrão de interação social característico dos grupos humanos, e através de um modelo matemático simples sobre as relações proporcionais entre quatro grandezas definíveis.

Para expressar a equação proposta pelo método faz-se necessárias algumas definições:

- c – tamanho médio das redes pessoais de uma grande amostra de indivíduos, isto é, a quantidade aproximada de pessoas que o indivíduo conhece;

- m – média do total de indivíduos pertencentes às redes pessoais dos respondentes da amostra que possuam a característica rara, ou seja, é o número de indivíduos da população com a característica rara em que o indivíduo conhece dentro de uma determinada subpopulação.

- t - População total

Daí,

$$\hat{e} = \frac{m}{c} * t \quad (1)$$

Pressupostos do NSU:

- Toda a população possui a mesma chance de conhecer alguém com a característica rara;
- Toda a população possui informações sobre os indivíduos e sua característica rara;
- Os respondentes podem contar com precisão e em curto espaço de tempo o número de pessoas que conhecem (c) e identificar subpopulações, que possuem a característica rara, a que pertencem (m).

4.3 MÉTODO DE CÁLCULO DE TAMANHO DE AMOSTRA PARA POPULAÇÕES RARAS OU DE DIFÍCIL ACESSO

Valliant, Dever e Kreuter (2013, 68-69) apresentaram uma técnica de cálculo de tamanho de amostra para populações de difícil acesso, em que definem um tipo de cálculo apropriado para uma amostra aleatória simples com reposição para a estimativa de uma amostra com a ocorrência de uma característica rara, como a prevalência de certo tipo de doença ou outras condições de saúde incomum. O Quadro 01 apresenta alguns casos de tamanho de amostra para o número de casos da característica rara. Seja p_U a proporção de indivíduos que tem uma característica, logo o número de casos que não possuem a característica, numa amostra de tamanho n é $(1 - p_U)^n$. Tem-se o interesse de que esta probabilidade seja maior que α , então:

$$(1 - p_U)^n \leq \alpha. \quad (2)$$

Aplicando o logaritmo em ambos os lados da desigualdade e isolando o n , o tamanho de amostra final pode ser escrito como.

$$n \geq \frac{\log(\alpha)}{\log(1 - p_U)} \quad (3)$$

O quadro 01 a seguir, apresenta alguns valores de n de acordo com o nível de significância.

Quadro 01: Tamanhos de amostra e expectativa para o número de casos da característica rara para níveis de significância 0,10; 0,05 e 0,01

α	p_U	$Log(\alpha)$	$Log(1 - p_U)$	n
0,1	0,1	-1	-0,04576	21,85
	0,05	-1	-0,02228	44,89
	0,03	-1	-0,01323	75,6
	0,01	-1	-0,00436	229,11
	0,005	-1	-0,00218	459,36
	0,0001	-1	-0,00004	23.024,70
	0,00001	-1	0	230.257,36
0,05	0,1	-1,30103	-0,04576	28,43
	0,05	-1,30103	-0,02228	58,4
	0,03	-1,30103	-0,01323	98,35
	0,01	-1,30103	-0,00436	298,07
	0,005	-1,30103	-0,00218	597,65
	0,0001	-1,30103	-0,00004	29.955,82
	0,00001	-1,30103	0	299.571,73
0,01	0,1	-2	-0,04576	43,71
	0,05	-2	-0,02228	89,78
	0,03	-2	-0,01323	151,19
	0,01	-2	-0,00436	458,21
	0,005	-2	-0,00218	918,73
	0,0001	-2	-0,00004	46.049,40
	0,00001	-2	0	460.514,72

Fonte: Valliant, Dever e Kreuter (2013)

Sabendo que o NSU não impõe um tamanho de amostra, foi decidido considerar a estratégia de cálculo de tamanho de amostra exposto nesta seção para implementação do método. Algumas considerações foram realizadas:

- O IBGE divulgou oficialmente, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (PNUD, 2013) que a proporção de mulheres entre 18 a 35 anos que sofreram aborto espontâneo, em João Pessoa é de 9,8 % para o cálculo da amostra foi utilizado o intervalo de confiança de 5,6%, a 14,0%.
- Define-se como característica rara nesse estudo o aborto espontâneo em mulheres de 18 a 35 anos que procuram atendimento em maternidade de referencial.

Assim, utilizando a fórmula de cálculo para população rara definida por Valliant, Dever e Kreuter (2013), considerando $p_U = 0,056$. Dessa forma, têm-se os seguintes tamanhos de amostra para os níveis de significância mais conhecidos na literatura:

Tabela 01: Tamanho de amostra para população de difícil acesso

α	p_U	$\text{Log}(\alpha)$	$\text{Log}(1 - p_U)$	n
0,1	0,056	-1	-0,02503	40
0,05	0,056	-1,30103	-0,02503	52
0,01	0,056	-2	-0,02503	80

Fonte: Pesquisa própria com base no quadro 01.

Para a implementação desta proposta, considerando as mulheres que sofreram aborto espontâneo e atendidas nas unidades de referência, foi decidido que o tamanho final de amostra será realizado com 52 mulheres considerando nível de significância de 5%, o que implica em 95% de confiança.

4.4 MODELO DE DECISÃO

4.4.1 Regressão Logística

O Modelo de Regressão Logística é adequado para estudar situações em que existe um conjunto de variáveis explicativas que se correlacionam com uma variável resposta dicotômica. Para uma melhor compreensão do modelo de regressão logística, convém recorrer a um experimento descrito da seguinte forma:

Seja Ω um experimento aleatório composto por m repetições independentes de um evento dicotômico, isto é, contendo apenas dois resultados possíveis: **0** (fracasso) ou **1** (sucesso). Assim, diz-se que esse experimento é de natureza binária. Como as condições são as mesmas para todas as repetições, as probabilidades de cada resultado são $P(1) = \phi$ e $P(0) = 1 - \phi$ e constantes ao longo das m repetições. Chamando de Y a variável aleatória de interesse representando o número de vezes, nas m repetições, em que ocorre “sucesso”, os valores que Y poderão assumir são $0, 1, 2, \dots, m$; a cada um desses valores está associada uma probabilidade $P(Y = y)$ de ocorrência, sendo $y = 0, 1, 2, \dots, m$ (BARRETO, 2011).

As definições do experimento Ω induz diretamente uma distribuição de probabilidade Binomial com parâmetros para m e ϕ para a variável aleatória Y . Com isso é possível determinar sua função de probabilidade, o valor esperado e sua variância como sendo:

$$f(y; \phi) = P(Y_i = y) = \binom{m}{y} \phi^y (1 - \phi)^{m-y} \quad (4)$$

$$E(Y_i) = m\phi \quad (5)$$

$$\text{Var}(Y_i) = m\phi(1 - \phi) \quad (6)$$

No caso particular do experimento acima em que só ocorra uma repetição, ou seja, $m = 1$, passa-se a trabalhar com uma distribuição de probabilidade de Bernoulli e a variável aleatória Y_i assumirá apenas os valores 0 ou 1.

No âmbito dos MLG's, para o caso de variáveis respostas contínuas, não há restrições quanto ao domínio da resposta esperada a ser estimada pelo modelo. Porém, no caso do experimento Ω , em que a variável aleatória Y_i pertence ao intervalo $[0, 1]$, o valor da resposta esperada será, na verdade, uma probabilidade, isto é, $P(Y_i = 1)$. Logo, para corrigir essa limitação será necessário utilizar uma transformação sobre a variável resposta Y , de modo a tornar o seu domínio contínuo na reta real. A transformação mais comumente utilizada para o caso de variáveis dicotômicas é a função exponencial que, por sua vez, transforme o valor esperado da variável Y na função de ligação logística (BARRETO, 2011):

$$E(Y_i) = \phi_1 = \frac{\exp(\eta_i)}{1 + \exp(\eta_i)} \quad (7)$$

Nota-se, então, que o objetivo da transformação é plenamente atingido pela equação [6], uma vez que mesmo η_i podendo assumir qualquer valor real, ϕ_1 , que é uma probabilidade, continuará restrito ao intervalo $[0,1]$, como era desejado. Dessa forma o valor estimado pelo modelo linear será η_i e, para a formalização do modelo de regressão logística, ele pode ser relacionado a um modelo linear, contendo $p - 1$ variáveis explicativas e p parâmetros, resultando em uma função conhecida como função resposta *logit*:

$$\eta_i = \beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_{p-1} X_{ip-1} ; i = 1, 2, \dots, n \quad (8)$$

em que,

η_i é a resposta média *logit* para a i -ésima observação;

X_i é o valor da variável preditora para a i -ésima observação;

β_k ($k = 0, 1, \dots, p - 1$) é o coeficiente da regressão logística.

Substituindo a equação [8] em [7], o modelo de regressão logística múltipla pode ser formulado da seguinte forma:

$$E(Y_i) = \phi_i = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_{p-1} X_{ip-1})}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_{p-1} X_{ip-1})} \quad (9)$$

Este modelo descrito em [8] assume que os Y_i são variáveis aleatórias Bernoulli independentes com parâmetro $E(Y_i) = \phi_i$.

Um modelo de regressão logística simples seria denotado por uma única variável explicativa e dois parâmetros a serem estimados: β_0 e β_1 .

Com o advento do modelo linear em [8], o valor esperado da resposta em [7] significa agora a probabilidade de que $Y_i=1$, dados os níveis para as preditoras em [8]; e η_i se vincula à resposta logística esperada pela conhecida função de ligação *logit*, pois explicando em [7] em termos de η_i , obtém-se:

$$\eta_i = \ln\left(\frac{\phi_i}{1 - \phi_i}\right) \quad (10)$$

O termo entre parênteses em [10] é conhecido como *odds* de sucesso. Se a probabilidade de sucesso equivaler a 0,5, o *odds* vale 1; se a probabilidade de sucesso for inferior a 0,5, o *odds* é inferior a 1; e se a probabilidade de sucesso for superior a 0,5, o *odds* será maior do que 1.

A interpretação dos coeficientes β em regressão logística não é tão simples e nem de direta compreensão, como no caso de regressão linear, uma vez que se trata de uma função de resposta não-linear. Assim, no caso de regressão logística simples, um incremento unitário de X implicará em um efeito multiplicativo do *odds* estimado de sucesso, ou seja, $\exp(b_1)$. Segundo Barreto (2011), no caso de uma regressão logística múltipla, um incremento unitário em X_1 ocasionaria esse mesmo efeito, mantidas constantes todas as demais variáveis do modelo $(X_2, X_3, \dots, X_{p-1})$. A prova da afirmação acima é desenvolvida no raciocínio matemático que segue. Assim, seja o *odds*₁ estimado definido por:

$$\widehat{odds}_1 = \frac{\hat{\phi}}{1 - \hat{\phi}} \quad (11)$$

$$\widehat{odds}_1 = \frac{\frac{\exp(b_0 + b_1 X)}{1 + \exp(b_0 + b_1 X)}}{1 - \frac{\exp(b_0 + b_1 X)}{1 + \exp(b_0 + b_1 X)}} \quad (12)$$

$$\widehat{odds}_1 = \exp(b_0 + b_1 X) \quad (13)$$

De maneira análoga, seja o $odds_2$ definido como segue, para uma variação unitária em X:

$$\widehat{odds}_2 = \frac{\frac{\exp(b_0 + b_1(X + 1))}{1 + \exp(b_0 + b_1(X + 1))}}{1 - \frac{\exp(b_0 + b_1(X + 1))}{1 + \exp(b_0 + b_1(X + 1))}} \quad (14)$$

$$\widehat{odds}_2 = \frac{\frac{\exp(b_0 + b_1 X + b_1)}{1 + \exp(b_0 + b_1 X + b_1)}}{1 - \frac{\exp(b_0 + b_1 X + b_1)}{1 + \exp(b_0 + b_1 X + b_1)}} \quad (15)$$

$$\widehat{odds}_2 = \frac{\exp(b_0 + b_1 X + b_1)}{1 + \exp(b_0 + b_1 X + b_1) - \exp(b_0 + b_1 X + b_1)} \quad (16)$$

$$\widehat{odds}_2 = \exp(b_0 + b_1 X + b_1) \quad (17)$$

$$\widehat{odds}_2 = \exp(b_0 + b_1 X) \exp(b_1) \quad (18)$$

$$\widehat{odds}_2 = \widehat{odds}_1 \exp(b_1) \quad (19)$$

Logo, conclui-se que o *odds ratio* (também conhecido como razão entre os *odds*, ou razão das chances), que mensura a taxa de variação de *odds* de sucesso em função da variação em X, equivale a:

$$\frac{\widehat{odds}_2}{\widehat{odds}_1} = \exp(b_1) \quad (20)$$

Um aspecto que deve ser acrescentado à discussão em relação ao modelo de regressão logística é que ao invés de formalizá-lo como em [7] e [8], poder-se-ia tentar utilizar o já conhecido modelo de regressão linear simples para modelar a resposta binária, isto é:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + \varepsilon_i \quad (21)$$

em que: $Y_i = 0$ ou $Y_i = 1$.

Porém, se o modelo descrito em [21] fosse adotado, certamente ocorreria dois problemas em relação aos pressupostos de regressão linear. O primeiro deles está relacionado ao fato de se modelar uma variável resposta binária Y_i , assumindo os valores zero ou um, o que implicaria que os termos de erro, necessariamente, também assumiriam apenas dois valores distintos, quais sejam, $(1 - \beta_0 + \beta_1 X_i)$ e $(-\beta_0 - \beta_1 X_i)$. Esse fato torna inviável considerar os erros como normalmente distribuídos. Além disso, há a heterocedasticidade dos termos de erro que variam à medida que os níveis para X se alteram. Esses problemas, adicionados ao fato da resposta esperada $E(Y_i)$, no caso do modelo em [11], pode assumir valores fora do intervalo [0,1], acabam por tornar mais interessante modelar a resposta binária por meio de [7] e [8] (BARRETO, 2011).

4.4.2 Estimação dos parâmetros do modelo

Um método de estimação de parâmetros bastante utilizado, quando a forma funcional da distribuição de probabilidade das variáveis aleatórias envolvidas na modelagem é conhecida, é o de Máxima Verossimilhança (MV). A ideia básica do método, como diz seu nome, é encontrar um conjunto de estimadores que maximizem os parâmetros populacionais à luz da amostra dos dados observados. Para isso, a função de probabilidade conjunta da amostra, sob o modelo especificado, é avaliada para cada uma das observações da variável resposta, sendo tratada como uma função dos parâmetros do modelo.

De maneira geral, a verossimilhança é dada pela função de probabilidade conjunta das n observações amostrais, em função do vetor de parâmetros do modelo β , sendo denotada por $L(\beta)$. O método escolhe como estimador de MV um vetor b que forneça o maior valor possível para a função $L(\beta)$.

O método de MV pode ser utilizado para a estimação em regressão logística, já que se conhece a distribuição de probabilidade associada à variável resposta binária. Como comentado anteriormente, se houver apenas uma repetição para cada variável aleatória Y_i , então se está trabalhando sob a distribuição de probabilidade de Bernoulli. Com isso, a função de probabilidade de cada Y_i é dada por:

$$P(Y_i = k) = \phi_i^k (1 - \phi_i)^{1-k}; \quad k = 0, 1 \quad (22)$$

Com base nesse modelo probabilístico, e assumindo-se que as variáveis aleatórias Y_i são independentes, a função de probabilidade conjunta dos Y_i equivale à:

$$g(Y_1, \dots, Y_n; \phi_1, \dots, \phi_n) = \prod_{i=1}^n \phi_i^{k_i} (1 - \phi_i)^{1-k_i}; \quad k = 0, 1 \text{ e } i = 1, 2, \dots, n \quad (23)$$

Aplicando o logaritmo natural (\ln) na função de probabilidade conjunta, tem-se:

$$\ln [g(Y_1, \dots, Y_n; \phi_1, \dots, \phi_n)] = \ln \prod_{i=1}^n \phi_i^{k_i} (1 - \phi_i)^{1-k_i} \quad (24)$$

Utilizando as propriedades do logaritmo natural em relação ao produto e à diferença, e sabendo-se que para cada observação da amostra de dados tem-se que $Y_i = k_i$, pode-se escrever:

$$\ln[g(Y_i, \dots, Y_n; \phi_i, \dots, \phi_n)] = \sum_{i=1}^n Y_i \ln\left(\frac{\phi_i}{1-\phi_i}\right) + \sum_{i=1}^n \ln(1-\phi_i) \quad (25)$$

Hipoteticamente, considerando um caso de regressão logística simples, utilizando o *logit* nos moldes como foi definido em [10], com $\ln\left(\frac{\phi_i}{1-\phi_i}\right) = \eta_i = \beta_0 + \beta_1 X_i$, e sabendo-se que $E(Y_i) = \phi_i$ e $\ln[g(Y_i, \dots, Y_n; \phi_i, \dots, \phi_n)] = L(\beta_0; \beta_1)$ é a função de log-verossimilhança dos parâmetros $(\beta_0; \beta_1)$ a serem estimados com base nos dados observados, a equação [6] pode ser reescrita sob a forma:

$$L(\beta_0, \beta_1) = \sum_{i=1}^n Y_i(\beta_0 + \beta_1 X_i) - \sum_{i=1}^n \ln[1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X_i)] \quad (26)$$

A equação [26] é justamente a função de log-verossimilhança aplicável nos casos de regressão logística simples. A partir de uma amostra de observações, as estimativas de máxima verossimilhança dos parâmetros são dadas pelos valores de β_0 e β_1 que maximizam essa função (BARRETO, 2011).

Assim, uma vez obtidas as estimativas de MV para β_0 e β_1 , no caso de uma regressão logística simples, pode-se obter a resposta logística estimada (ou valor ajustado) para o *i*-ésimo caso, qual seja:

$$\hat{\phi}_i = \frac{\exp(b_0 + b_1 X)}{1 + \exp(b_0 + b_1 X)} \quad (27)$$

4.5 COLETA DE INFORMAÇÕES

Foram realizadas entrevistas diretas com a utilização de um instrumento já validadas no Brasil, o CD-RISC10 (CONNOR; DAVIDSON, 2003) e além de uma seleção de perguntas sociodemográficas. Os questionários foram aplicados durante o período de três meses, compreendendo os meses de setembro a novembro de 2016, durante os dias das semanas, iniciando nos horários da tarde.

Após a aplicação dos instrumentos de mensuração, os dados da amostra foram registrados e mantidos atualizados para futuras avaliações do desempenho do levantamento. Visto que as estatísticas e qualificações sobre as unidades perdidas e incluídas indevidamente é que permitirão a descrição completa da população amostrada (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

4.6 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A pesquisa foi realizada no Instituto Cândida Vargas - ICV, em João Pessoa. Trata-se de uma instituição pública e municipalizada, com 182 leitos e 2.725 atendimentos de urgência e 976 internações mensais com 708 partos realizados mensalmente, média. O referido hospital está localizado na Av. Coremas, nº 865 no Bairro de Jaguaribe em João Pessoa, estado da Paraíba. Foi inaugurado no dia 16 de agosto de 1945, com o propósito de prestar assistência às gestantes carentes do município. Desde 26 dezembro de 1990 está sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de João Pessoa. Em Janeiro de 2015 o ICV foi habilitado como Serviço de Referência para Gestação de Alto Risco tipo II.

O Instituto Cândido Vargas é referência para Atendimento às Mulheres em situação de Violência Sexual e Doméstica, e para o aborto legal, serviço implantado em janeiro de 2006, sendo habilitado em 2015, conforme a Portaria MS nº 528/2013. É referência estadual para Atenção Humanização ao Recém-nascido, Método Canguru (MS/2014). Este Instituto tem a finalidade de atender a todas as gestantes de alto risco do município de João Pessoa e toda a área metropolitana, como também é referência para os demais municípios do Estado.

O plano amostral utilizado foi o NSU é um método de ampliação das redes sociais, que leva em consideração a população total e o número de pessoas que o indivíduo conhece que possui a característica rara que nesse estudo se trata da mulheres que sofreram aborto e com isso que procura então inferir o tamanho de subpopulações específicas. Com base em cálculos de tamanho de amostra para populações raras, definidos por Valliant, Dever e

Kreuter (2013, pg 68-69.), a pesquisa foi realizada com 52 mulheres entre 18 a 35 anos que sofreram aborto, ao nível de 95% de confiança, e que buscaram atendimento em uma maternidade de referência.

4.7 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foi solicitada a cada participante da pesquisa a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Uma vez selecionada, cada mulher recebeu uma visita diária, ocasião em que responderam os questionários desenhados para esse fim, na seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE A) e Questionário de resiliência - *CDRISC-10* (CONNOR; DAVIDSON, 2003).

4.8 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O CD-RISC é uma escala desenvolvida por Connor e Davidson (2003) para avaliar o nível de resiliência. A CD-RISC10 é uma versão da escala original que possui 25 itens divididos em cinco fatores (competência pessoal, confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade, aceitação positiva da mudança, controle e espiritualidade) que foi revalidada por Campbell-Sills e Stein (2007, **apud** LOPES; MARTINS, 2011). No Brasil, a adaptação e validação da escala foram feitas com a CD-RISC10, pois se entendeu que essa forma facilitaria o preenchimento por parte dos entrevistadores e proporcionaria as mesmas informações que a escala completa. O instrumento é autoaplicável e os participantes registram suas respostas numa escala de 0 a 4, onde 0 expressa nunca é verdade e 4 expressa sempre é verdade. O resultado varia entre 0 a 40 pontos, em que pontuações muito elevadas significam altos índices de resiliência (LOPES; MARTINS, 2011). Para o presente estudo, a resiliência foi classificada em dois níveis: 0 a 19 classificou-se como baixa resiliência e 20 a 40 é dita alta resiliência. Esse instrumento possui direitos autorais e foi adquirido direto com os autores

4.9 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Após a coleta de dados, os dados foram digitados e organizados no *Microsoft Office Excel*, versão 2010.

Foram obtidas informações sobre: idade, etnia (branca, preta, amarela, parda e indígena, estado civil (solteira, união estável, casada, viúva e divorciada), escolaridade

(analfabeto, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto e superior completo) se tem filhos, quantidades de filhos, casa própria, renda mensal, empregada, recebeu algum tratamento para alguma doença (Dores de cabeça ou enxaqueca, Asma ou bronquite ou qualquer problema de pulmão, Dor ou artrite Voltar, Diabetes ou açúcar elevado no sangue, Epilepsia ou convulsões, Problema cardíaco (pressão arterial alta, insuficiência cardíaca, dor no peito). Apoplexia, HIV / AIDS, Alcoolismo, Lesões (acidentes de carro, paralisia, etc.) e Abuso de Droga), diagnosticado com algum doença psicologia ou psiquiátrica (depressão, ansiedade, ataques de pânico, bipolar, esquizofrenia, transtorno de estresse pós –traumático, transtorno obsessivo compulsivo, outros ou nenhum), avaliar grau de relação com os pais e com o pai do bebê, se teve gestação se sim quantas, se teve aborto e se a gravidez era desejada e além dos dados para a avaliação a estimativa de pessoas que sofreram aborto e os de resiliência.

Sobre a variável idade vale ressaltar que para as análises foram atribuídas faixas etárias de acordo com os quartis variável, subdividindo-a em quatro grupos: 18 a 25 anos, 26 a 29 anos, 30 a 33 anos e de 34 a 35 anos.

A variável estado civil recebeu codificação 1 = solteira, 2 =união estável, 3 =viúva, 4 = divorciada e 5 = indígena

A variável escolaridade foi classificada da seguinte forma: 1 = analfabeto, 2 = fundamental incompleto, 3 = fundamental completo, 4 = médio incompleto, 5 = médio completo, 6 = superior incompleto e 7 = superior completo.

A variável faixa de renda mensal familiar foi codificada com 1 =até um salario mínimo, 2= de dois a três salários mínimos 3=de três a seis salários mínimos e 4 = seis a nove salários mínimos.

A variável recebeu algum tratamento foi classificada da seguinte forma: 0=nenhum 1 =Dores de cabeça ou enxaqueca, 2 = Asma ou bronquite ou qualquer problema de pulmão, 3 = Dor ou artrite Voltar, 4 = Diabetes ou açúcar elevado no sangue, 5 = Epilepsia ou convulsões, 6= Problema cardíaco (pressão arterial alta, insuficiência cardíaca, dor no peito), 7= Apoplexia, 8= HIV / AIDS, 9= Alcoolismo, 10= Lesões (acidentes de carro, paralisia, etc.) e 11= Abuso de Droga.

A variável diagnosticado com algum condições psicológica ou psiquiátrica 1=depressão, 2=ansiedade, 3= ataques de pânico, 4=bipolar, 5=esquizofrenia, 6=transtorno de estresse pós –traumatico,7=transtorno obsessivo compulsivo, 8= outros e 9= nenhum.

Sobre as demais variáveis como tem filhos, mora em casa própria, esta empregada atualmente, teve gestação anterior, se foi o primeiro aborto e se a gravidez foi desejada, atribuiu-se a codificação 1 e 0, para respostas sim e não, respectivamente.

A variável sobre a quantidade de filhos e gestação foram questões abertas, tais como as variáveis para estimar a população de mulheres que sofreram aborto e foram à quantidade de pessoas no convívio social e dessa quantas sofreram aborto.

Foi considerada como variável resposta ou dependente (y) os escores de resiliência. As variáveis independentes (x) que foram consideradas para explicar y , foram: Faixa etária, estado civil, etnia, escolaridade, ter filhos, quantos filhos, mora em casa própria, renda familiar mensal, empregada atualmente, se recebeu algum tratamento para alguma doença, diagnosticada com algum condições psicológico ou psiquiátrico, relação com os pais, relação com o pai do bebê, gestação anterior, quantidade de gestação, sofreu aborto, quantidade de pessoas no se convívio social, quantidade de pessoas que sofreram aborto e se gravidez era desejada do bebê.

Com os dados já digitados e feitas todas as adequações no banco de dados, as planilhas foram salvas em arquivos de extensão de texto, *.txt, separado por tabulações e transportadas para os programas de análise estatística.

4.10 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para as análises estatísticas foi utilizado o software *R*. Os dados foram analisados utilizando o ambiente de programação, análise de dados e gráficos *R*, que pode ser obtido gratuitamente no endereço eletrônico: <http://www.r-project.org>. Trata-se de um software amplamente utilizado na área de Estatística e também apresenta resultados bastante precisos para diversos estudos de diversas áreas do conhecimento. Maiores detalhes sobre esta linguagem de programação podem ser encontrados em Cribari-Neto e Zarkos (1999).

4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram considerados os princípios norteadores da Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - (APÊNDICE A), que tem como finalidade orientar os participantes da pesquisa, quanto aos referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência,

justiça e equidade, dentre outros, visando assegurar os direitos e deveres dos respondentes (CNS, 2012). O projeto possui aprovação pelo Comitê de Ética e pesquisa ao qual foi submetida através da Plataforma Brasil sob de Número de Parecer 1.609.927 e data de relatoria 28 de junho de 2016 (ANEXO A).

4.12 RISCOS E BENEFÍCIOS

As pesquisas envolvendo seres humanos podem gerar riscos, entretanto, considerando os benefícios previstos dos resultados desta pesquisa, os possíveis riscos relativos à coleta de dados deste projeto são significantes, uma vez que os resultados poderão construir subsídios para a implementação de intervenções mais efetivas ao cuidado da saúde das mulheres que sofreram aborto, visando dessa forma uma melhor qualidade de vida dessas mulheres.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos com base em informações de 52 mulheres do município de João Pessoa entre 18 a 35 anos de idade que procuram atendimento em uma maternidade de referencial.

As estatísticas do aborto não são bem publicadas. O aborto seria muito mais fácil de aceitar se o peso do silêncio sobre o tópico não fosse tão sério. O aborto permanece um assunto muito desconfortável na nossa sociedade. O silêncio que permeia o tópico causa muita dor psicológica para a mãe que está sofrendo porque ela não pode sofrer de forma aberta e própria. O processo de aceitação providencia muito conforto emocional e saúde mental à mulher e, quando ela não pode sofrer abertamente, ela sofre sozinha.

Buscando atender aos objetivos propostos, inicialmente foi feita uma análise descritiva dos dados, para descrever o perfil sociodemográfico dessas mulheres. Por conseguinte, foram realizadas as análises de estimativa através do método NSU.

Por fim, foi utilizada como método para tomada de decisão, a análise de regressão, para selecionar entre as variáveis consideradas, as que poderiam explicar de maneira significativa a resiliência, fazendo uso do modelo regressão logística.

Assim, de modo a permitir a análise das informações segundo faixa etária, a variável idade foi subdividida em quatro grupos, considerando como critério de separação dos grupos, os quartis da variável idade. Esta divisão foi feita para que nenhuma categoria ficasse com poucos indivíduos, pois isto costuma causar problemas nas estimações de intervalo de confiança.

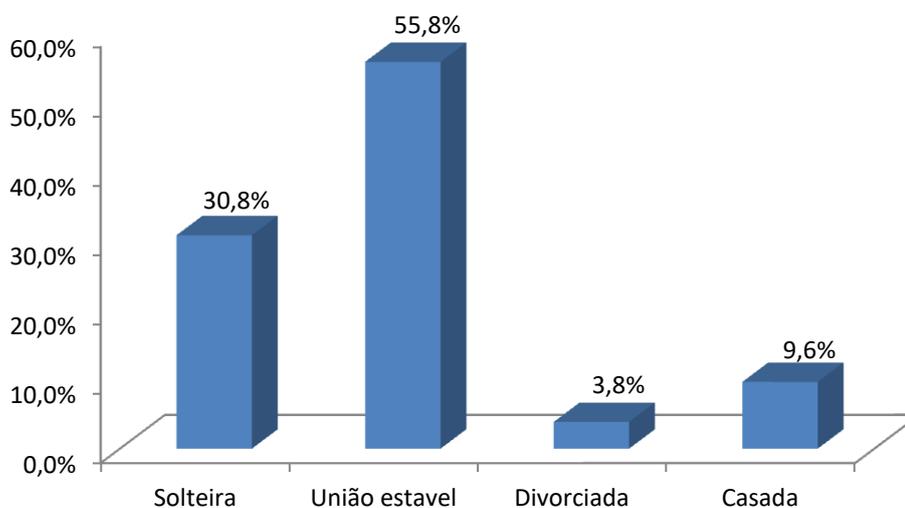
Através de uma análise descritiva foi visto que as 52 mulheres que sofreram aborto espontâneo tiveram em média de 29,4 anos de idade. Este resultado corrobora com o estudo de Silva et al. (2015) que encontraram uma média de idade correspondente a 30,9 anos. Tal estudo foi realizado com 100 mulheres que sofreram aborto espontâneo e utilizou a mesma faixa etária de 18 a 35 anos. Visto que acima e abaixo desta faixa etária é tida como fator de risco na gravidez pelo Ministério da Saúde (2012).

Tabela 02: Distribuição de frequência por faixa etária de mulheres que sofreram aborto em João Pessoa-PB, 2016

Faixa etária	Frequência	%
18 -- 25	15	28,8
25 -- 30	11	21,2
30 -- 34	13	25,0
34 -- 35	13	25,0
Total	52	100

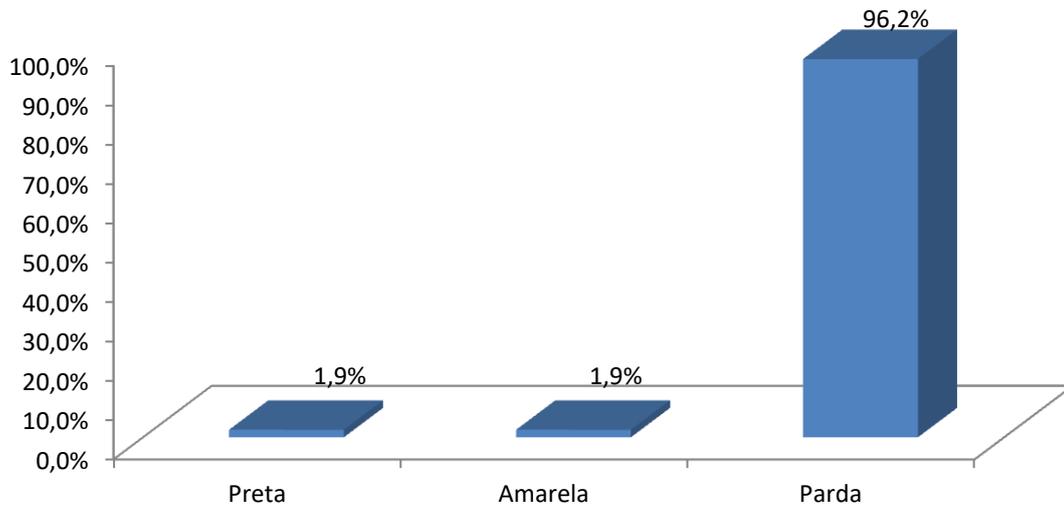
Fonte: Pesquisa própria

A variável Estado Civil possui cinco classes: solteira, união estável, casada, viúva e divorciada. Como nenhuma das mulheres eram viúva, esta classe foi descartada das análises. Sendo possível verificar que 55,8% das participantes tem união estável, 30,8% são solteiras, 9,6% são casadas e 3,8 % são divorciadas (Gráfico 01).

Gráfico 01: Estado civil das mulheres que sofreram aborto em João Pessoa-PB, 2016

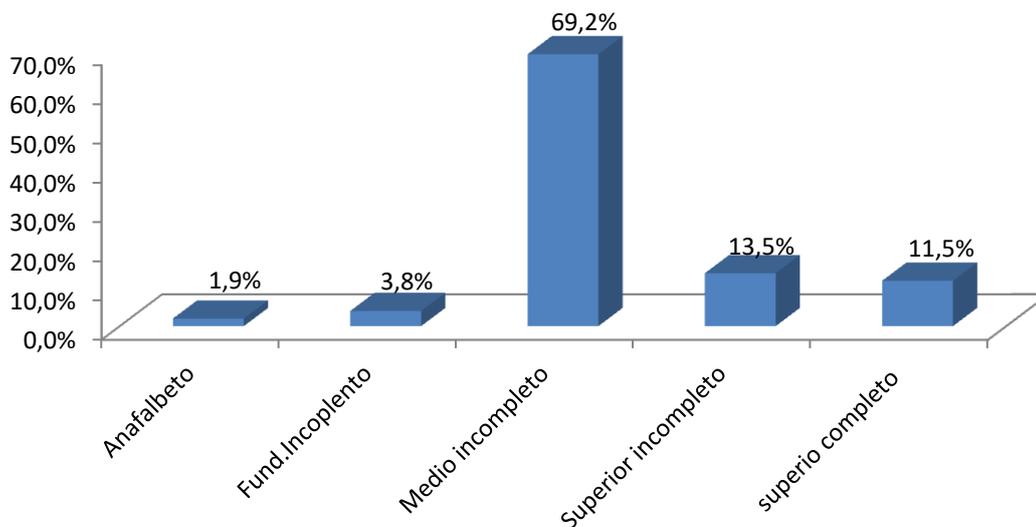
Fonte: Pesquisa própria

Com relação à etnia observou-se que 96,2% das participantes, se autodeclarou parda, 1,9% se autodeclarou amarelas e o mesmo percentual se autodeclarou pretas. Nesta fase foi excluído da análise a etnia branca e indígena, pois não foi nenhuma mulher se autodeclarou nestas etnias (Gráfico 02).

Gráfico 02: Etnia autodeclarada das mulheres que sofreram aborto em João Pessoa - PB, 2016

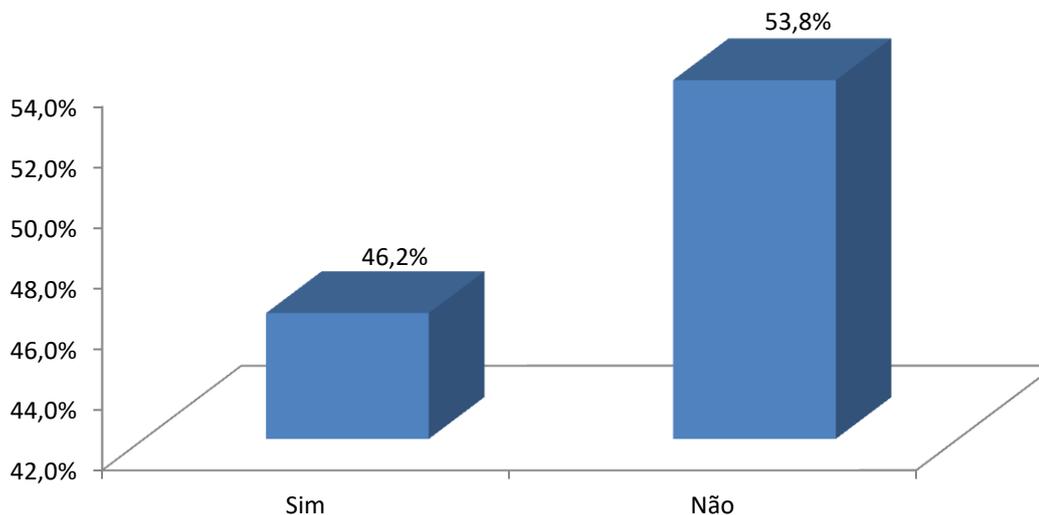
Fonte: Pesquisa própria

A variável Escolaridade foi subdividida em sete classes: analfabeto, fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto e superior completo. Como nenhuma das mulheres possuíam fundamental completo e médio completo, esta classe foi descartada das análises. Assim, aproximadamente 69,2% das mulheres afirmaram possuir ensino médio incompleto. Em seguida, 13,5% possuíam o nível superior incompleto e 11,5% com superior completo e com ensino fundamental incompleto 3,9% e apenas 1,9% são analfabetas (GRÁFICO 03). Ribeiro et al. (2015) objetivou analisar o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres que realizaram curetagem pós-abortamento, constituído por 22 mulheres, em que confirmou-se a prevalência da baixa escolaridade de 27%, o autor concluiu que o foco principal do problema do abortamento seja a gravidez indesejada, sendo necessário, aumentar as possibilidades de se planejar a gestação.

Gráfico 03: Nível de escolaridade das mulheres que sofreram aborto em João Pessoa - PB, 2016

Fonte: Pesquisa própria

De acordo com o gráfico 04 é possível observar que do total de mulheres que apresentavam abortamento, 53,8 % não possuíam filhos enquanto que 46,2% possuíam filhos. Destas, 50 % possuíam apenas um filho.

Gráfico 04: Percentual de Mulheres que tem filho e sofreram aborto em João Pessoa - PB, 2016

Fonte: Pesquisa própria

Na tabela 03, foi realizado o cruzamento das variáveis “casa própria” com “atualmente empregada”, com o objetivo de apresentar os altos percentuais em que encontram-se as mulheres desempregadas e que não possuem casa própria (46,2%), denotando que as mulheres além do sofrimento com a perda do bebê, ainda tem que se deparar com o

desemprego e não possuir uma casa própria. Fato este que, acredita-se, diminua o nível de resiliência da mesma. Este tema pode ser sugerido como uma apresentação de trabalho futuro.

Tabela03: Cruzamento das variáveis mora em Casa Própria e está empregada atualmente

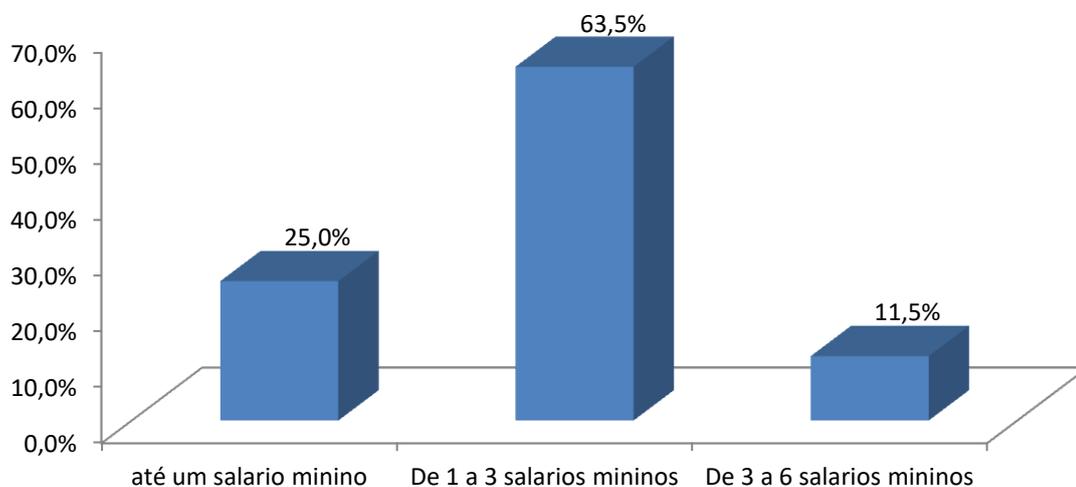
Casa própria	Empregada Atualmente		Total
	Sim	Não	
Sim	10 (19,2%)	07 (13,5%)	17 (32,7%)
Não	11 (21,2%)	24 (46,2%)	35 (67,3%)
Total	21 (40,4%)	31(59,6%)	52 (100%)

Fonte: Pesquisa própria

Nesse contexto, de modo a permitir a análise das informações segundo a renda, esta variável foi subdividida em quatro grupos, até um salário, de 1 a 3 salários, de 3 a 6 salários e mais de 6 salários. Esta última faixa não está representada no gráfico por não possuir participantes desse grupo. Assim, verifica-se que 63,5% possuem uma renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, em seguida 25% recebem até um salário mínimo e apenas 11,5% tem uma renda mensal de 3 a 6 salários mínimos, conforme gráfico 05.

Em 2011, Santos et. al buscou identificar o perfil de mulheres em situação de abortamento atendidas em uma maternidade pública. Encontrando a importância da criação de espaços de diálogo no ambiente doméstico, bem como, devido apoio e acompanhamento por parte do profissional de saúde, em especial da enfermeira, à mulher vítima de abortamento, e ainda, das 70 mulheres estudadas, 80% possuía baixa renda familiar. O que ratifica o encontrado no presente estudo.

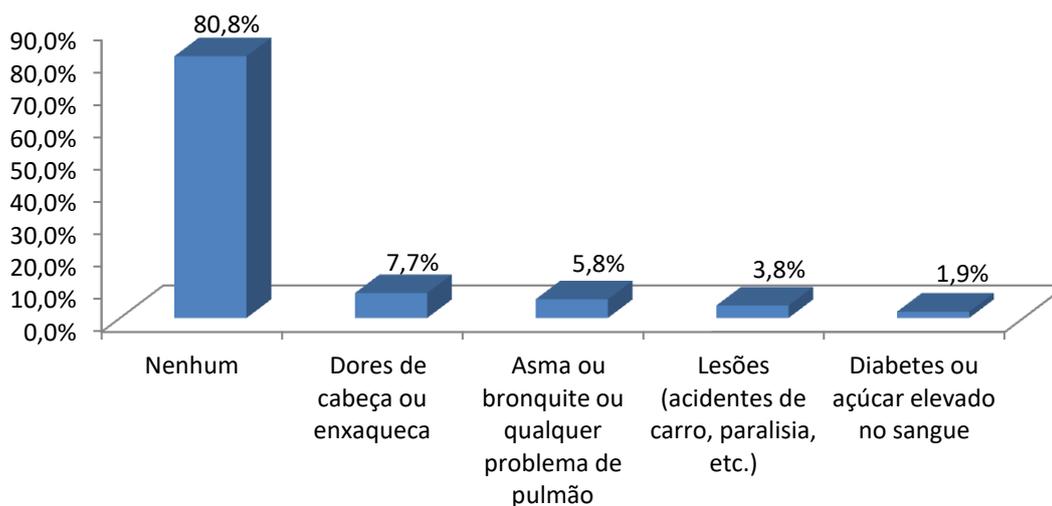
Gráfico 05: Percentual da faixa mensal da renda familiar de Mulheres que sofreram aborto em João Pessoa - PB, 2016



Fonte: Pesquisa própria

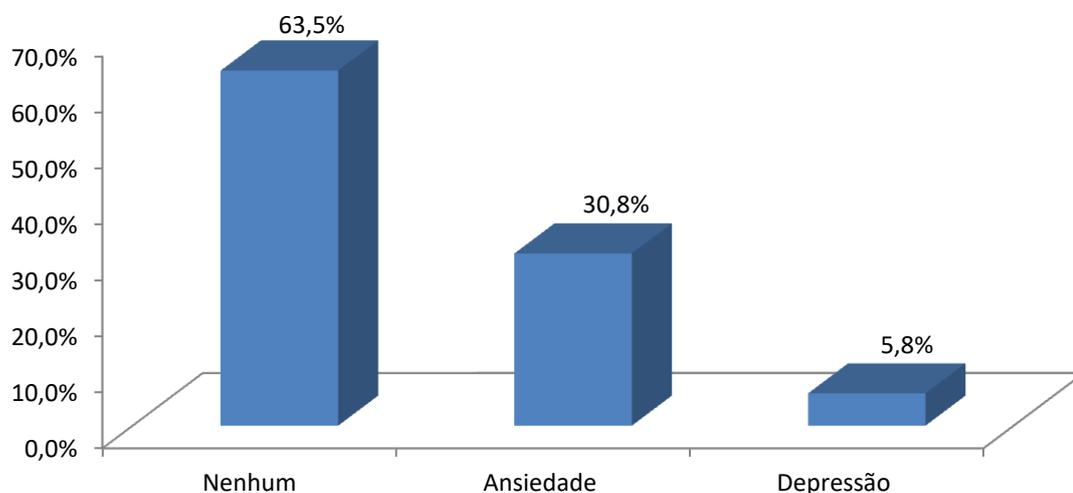
O gráfico 06 apresenta o percentual de mulheres que receberam algum tratamento nos últimos 5 anos. É notório que a maioria das mulheres (80,8%) não receberam nenhum tratamento, isto é, estas mulheres declararam não sofrer com dores de cabeça, asma, lesões ou diabetes.

Gráfico 06: Percentual de mulheres que receberam algum tratamento nos últimos 5 anos, 2016



Fonte: Pesquisa própria.

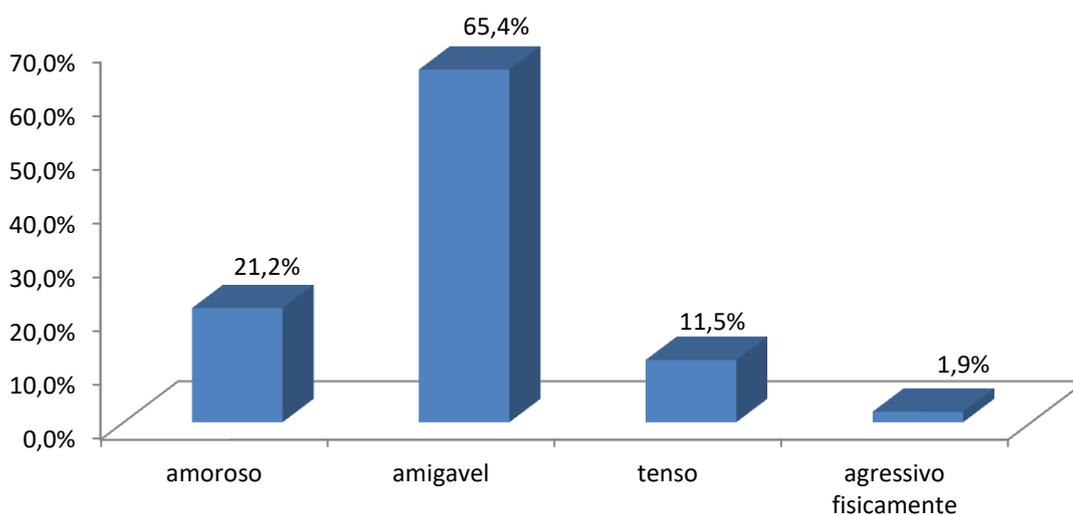
Gráfico 07. : Percentual de mulheres que receberam algum tratamento para doenças neurológicas, 2016



Fonte: Pesquisa própria.

O gráfico 07 mostra que 63,5% das entrevistadas não sofreram com ansiedade ou depressão. Vale ressaltar que 30,8% e 5,8% das entrevistadas já fizeram uso de ansiolíticos e antidepressivos, respectivamente.

Gráfico 08: Percentual de grau de relação das mulheres que sofreram aborto com os seus pais, 2016

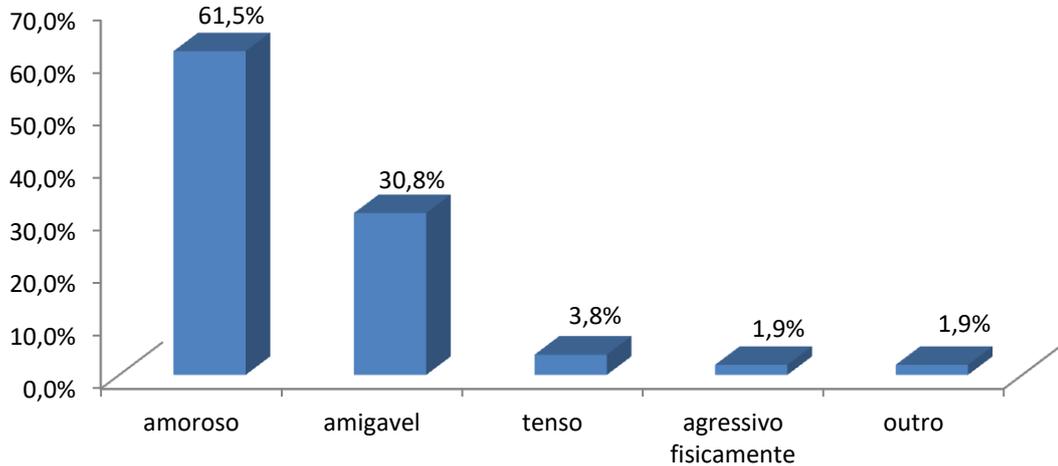


Fonte: Pesquisa própria.

Em relação ao parentesco com seus pais a maioria das mulheres relatou ter um relacionamento amigável ou amoroso com os mesmos, respectivamente 65,4% e 21,2%. Porém é importante ressaltar que 1,9% já foram agredidas por eles e 11,5% relatou ter um

relacionamento tenso com seus pais. Tal fato deixa em alerta a agressividade dos pais com suas filhas e pode estar relacionado à baixa resiliência (Gráfico 08).

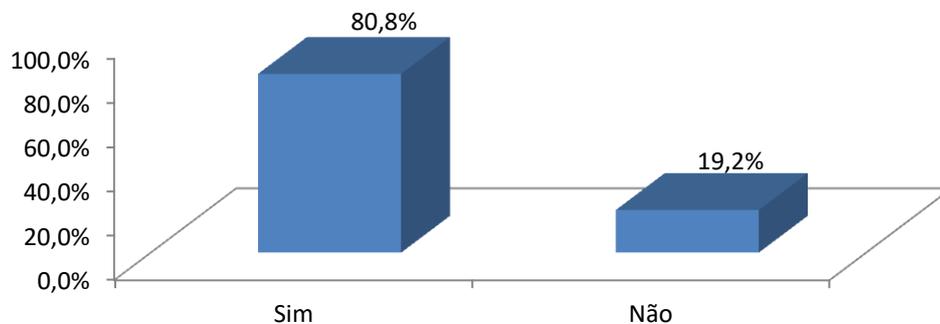
Gráfico 09: Percentual de grau de relação das mulheres que sofreram aborto com o pai do bebê, 2016



Fonte: Pesquisa própria.

Neste momento é importante ressaltar a afetividade e dedicação com a mulher para um bom desempenho da gravidez e acima de tudo com a perda de um bebê. Nesse sentido, o pai do bebê é de fundamental importância para as mulheres que declararam em sua maioria possuir um companheiro amoroso e amigável, respectivamente 61,5% e 30,8%. Mas ainda torna-se imprescindível a declaração de estar em um relacionamento tenso, agressivo e outros, 3,8%, 1,9% e 1,9% respectivamente (Gráfico 09).

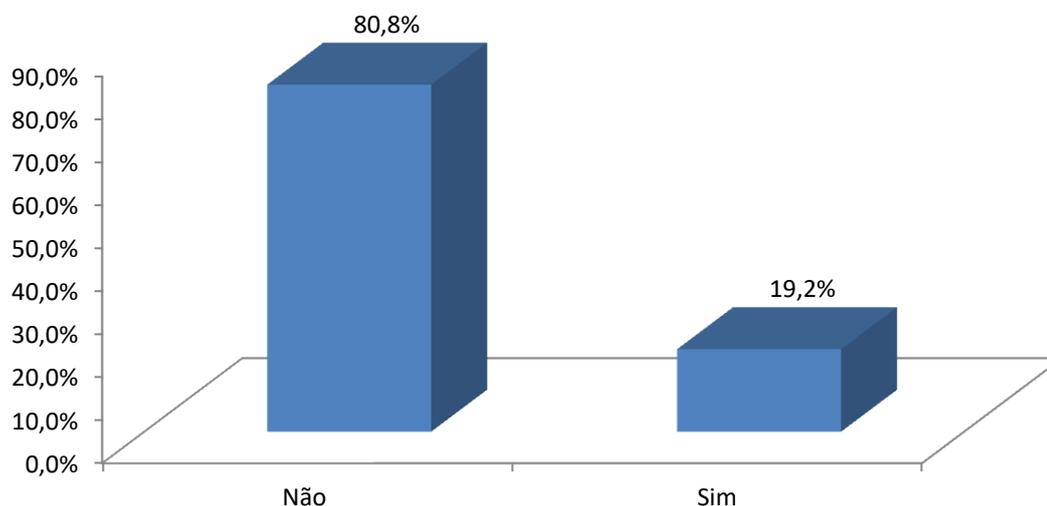
Gráfico 10: Percentual de mulheres que sofreram aborto e a gravidez era desejada, 2016



Fonte: Pesquisa própria.

Foi perguntado as mulheres que sofreram aborto se a gravidez era desejada 80,8% afirmaram que sim e 19,2% disse não tinha interesse de engravidar (Gráfico 10).

Gráfico 11: Percentual de mulheres que sofreram aborto repetido, 2016



Fonte: Pesquisa própria.

Por fim, o gráfico 11 apresenta o percentual de mulheres que já sofreram algum aborto anterior. O gráfico mostra que 19,2% relataram não ter sofrido aborto repetido enquanto 80,8% relatou nunca ter sofrido aborto.

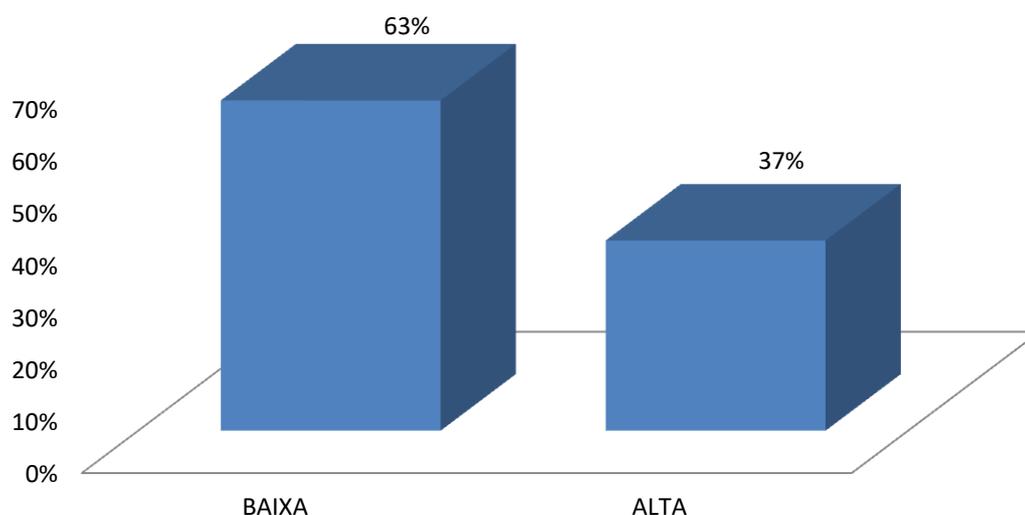
Para estimar o tamanho da rede de contatos perguntou-se às entrevistadas sobre a quantidade de pessoas que conhecem e destas, quantas já haviam realizado aborto. Sabendo que a população de mulheres com idades entre 18 e 35 anos é de 156.811 (CENSO, 2010) pode-se estimar o tamanho da população alvo por meio do NSU. Assim, em João Pessoa, aproximadamente 2.512 mulheres, com idades entre 18 e 35 anos, sofreram aborto no período estudado. Portanto, mediante a utilização do método NSU, estimou-se que 2% da população residente em João Pessoa sofreram aborto.

A tabela 04 apresenta o nível de resiliência das mulheres que sofreram aborto. Como a escala de resiliência de Connor-Davidson (2003) varia de 0 a 40 pontos optou-se por definir dois níveis: baixo e alto, em que baixa resiliência varia de 0 a 19 e alta resiliência de 20 a 40 pontos. Neste sentido, é notória a baixa resiliência das mães que sofreram aborto. Este dado pode ser melhor visualizado no gráfico 12.

Tabela 04: Estimativas dos parâmetros das variáveis selecionadas

NÍVEL	FAIXA	Quantidade	%
BAIXA	0 - 19	33	0,63
ALTA	20 - 40	19	0,37
TOTAL	-	52	100%

Fonte: Pesquisa própria.

Gráfico 12: Nível de resiliência de mães que sofreram aborto em João Pessoa, 2016

Fonte: Pesquisa própria.

Broen et. al (2005) relatam que mulheres que abortaram tinham 1,5 vezes mais chances de sofrer alguma enfermidade mental e duas ou três vezes mais chances de abusar do álcool e/ou das drogas. Esta pesquisa acompanhou 500 mulheres, desde seu nascimento até a idade de 25anos. Aquelas que tiveram um aborto apresentaram como consequência, elevados índices de problemas de saúde mental, incluindo depressão (46% de aumento), ansiedade, comportamentos suicidas e abuso de substâncias. E ainda, que o aborto é responsável por uma série de problemas psicológicos profundos. Isto é, o aborto pode estar relacionado a doenças psíquicas e/ou baixos índices de resiliência, como trata o presente estudo.

A seleção de modelos é uma parte importante de toda pesquisa em modelagem estatística e envolve a procura de um modelo que seja o mais simples possível e que descreva bem os dados observados (CORDEIRO; DEMETRIO, 2007). Após uma série de análises objetivando ajustar o melhor modelo de decisão, foi estabelecido que o modelo utilizado fosse à regressão logística.

Inicialmente, utilizando como variável resposta a resiliência, foram realizadas as estimativas com todas as variáveis selecionadas, utilizando o método de seleção Forward (Razão de Verossimilhança) com o teste de entrada com base na significância da estatística de escore e com o teste de remoção com base na probabilidade de uma estatística de razão de verossimilhança baseado nas estimativas de probabilidade parcial máximas. Estas apresentaram p-valor acima de 10% e foram retiradas do modelo, pois se considerou para as análises um nível de 90% de confiança.

Tabela 05: Estimativas dos parâmetros das variáveis selecionadas

Variável	Estimativa	Desvio padrão	Z	p-valor
Intercepto	-270377	167477	-1614	0.1001
Idade	0.1064	0.06431	0.06431	0.0247
Número de filhos	-0.80609	0.32527	-2478	0.0132

Fonte: Pesquisa própria.

Nesse contexto, a tabela 05 apresenta as estimativas das variáveis mais significativas para o ajuste do modelo. Assim, pode-se dizer que apenas a idade e o número de filhos estão estatisticamente associados à resiliência. O que pode ser confirmado com o teste de adequação global descrito no quadro 01.

Tabela 06: Teste de adequação global

Desvio Padronizado	Qui-Quadrado	Teste
5.727.295	6.203.754	TRUE

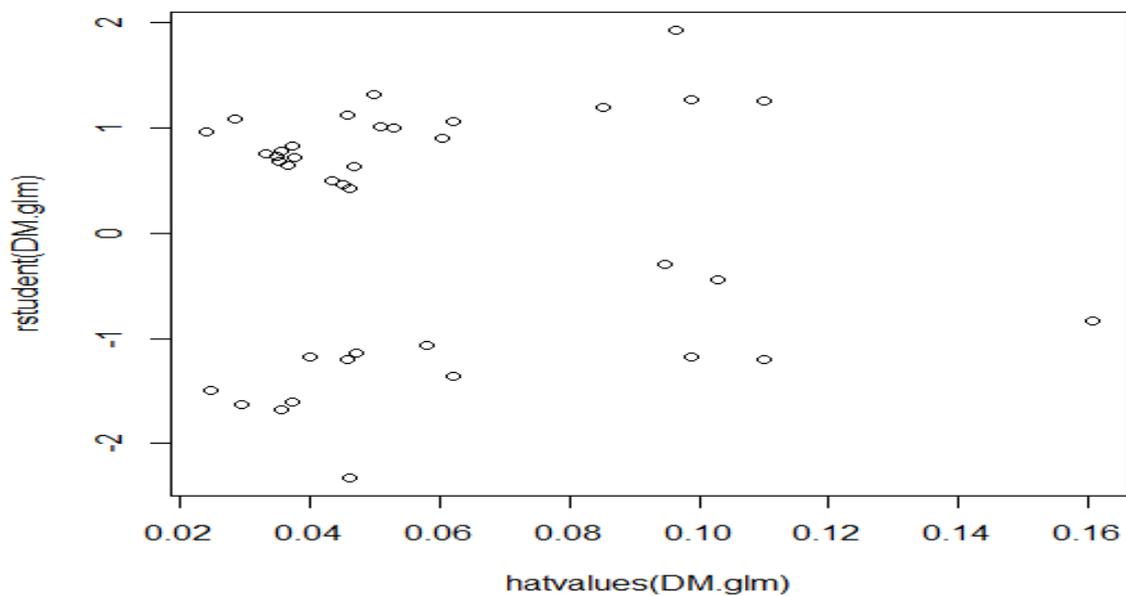
Fonte: Pesquisa própria.

Com o objetivo de testar se o modelo é adequado alguns testes serão apresentados. O teste de Omnibus testa a hipótese de que todos os coeficientes da equação logística são nulos $\chi^2 = 10,998$ e $p - valor = 0,004$, ao nível de significância menor que 0,05, rejeita-se a hipótese de que todos os parâmetros estimados são nulos, ou seja, os parâmetros contribuem para melhorar a qualidade das previsões. Ainda testando se o modelo é adequado realizou-se, também, o teste de Hosmer e Lemeshow que tem por objetivo de testar a hipótese de que não há diferenças significativas entre os resultados preditos pelo método e os observados. Seguindo uma distribuição qui-quadrado, o cálculo nos leva a uma estatística de $\chi^2 = 7,932$ e $p - valor = 0,440 > \alpha = 0,05$. Isso indica que não se rejeita a hipótese nula, ou seja, os

valores esperados não são significativamente diferentes dos observados. Logo, conclui-se que o modelo pode ser utilizado para estimar a resiliência.

A análise de resíduo é uma técnica de diagnóstico que mensura a diferença entre o valor observado e o valor ajustado. Então podemos afirmar que modelos bem ajustados deverão apresentar pequenos resíduos. Assim, o gráfico 13 apresenta os resíduos padronizados.

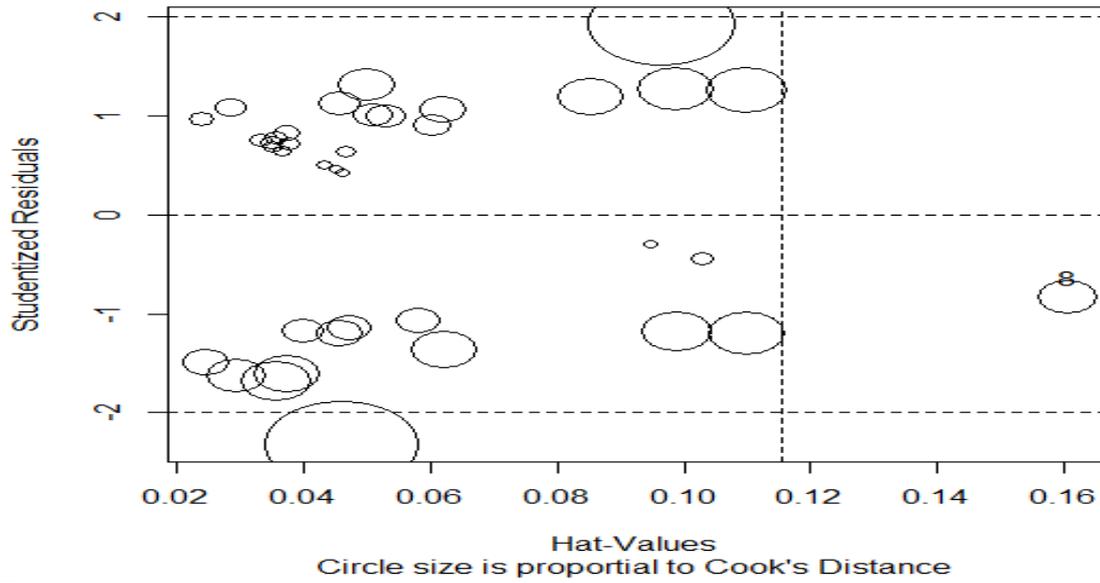
Gráfico 13 – Gráfico de diagnóstico - Resíduos padronizados



Fonte: Pesquisa própria.

De acordo com o gráfico 13 as observações que possuem os valores absolutos dos resíduos padronizados maiores que 2 poderão ser considerados pontos aberrantes ou mal ajustados, em que observa-se que apenas um ponto aparece como potencial ponto aberrante. Realizadas as medidas de influência observou-se que este é o indivíduo 8 (Gráfico 14).

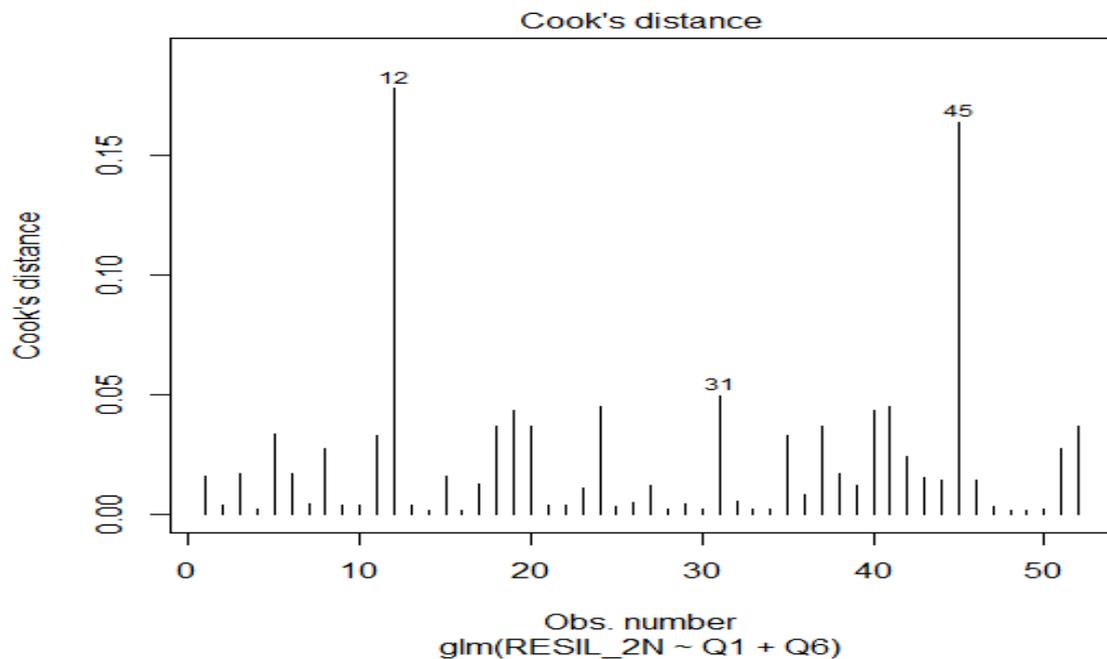
Gráfico 14 – Gráfico de bolhas da distância de Cook



Fonte: Pesquisa própria.

Para saber se trata um ponto influente foi utilizado o gráfico da distância de Cook.

Gráfico 15 - Gráfico da distância de Cook do modelo ajustado



Fonte: Pesquisa própria.

De acordo com o gráfico 15 a observação 8 não é um ponto influente então deve permanecer no modelo.

Neste contexto, a tabela 07 apresenta a razão de chances do modelo ajustado.

Tabela 07: Razão de chances para as variáveis selecionadas

Variáveis	OR	IC inferior	IC superior
Intercepto	0.06695229	-	-
Idade	115.544.024	1,019	1,311
Número de filhos	0.44660073	0,236	0,845

Fonte: Pesquisa própria.

Pode-se calcular a razão de chance para as variáveis idade e número de filhos (Tabela 07). A razão de chance representa a chance que cada variável tem de ocorrer em relação a resiliência. Portanto, a resiliência pode aumentar em até 31% de chances a mais de acontecer quanto mais nova for à mãe. Enquanto que a resiliência pode ter no mínimo 76,1% de chances a menos de acontecer à medida que diminui o número de filhos que a mulher possui. Isto é, quanto mais nova for a mãe e mais filhos ela possuir, mais resilientes ela é.

E ainda, pode-se estimar a probabilidade para cada indivíduo, apresentado na tabela 08.

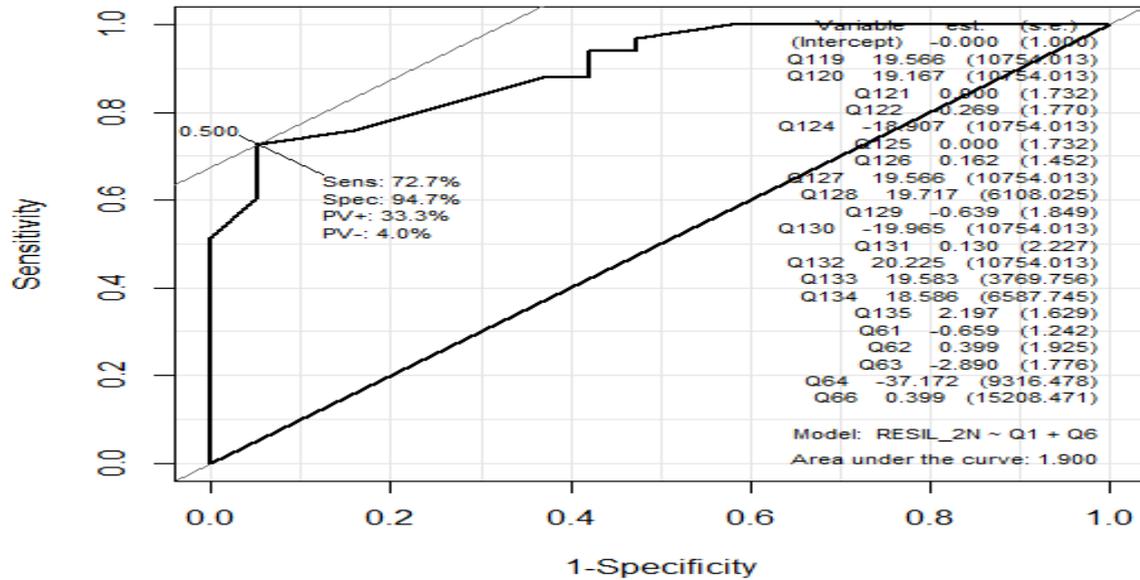
Tabela 08: Probabilidade para cada indivíduo

Indivíduo	1	2	3	4	5	6
OR	0.42793072	0.76803052	0.50462170	0.90101858	0.71264414	0.66376017
Indivíduo	7	8	9	10	11	12
OR	0.08979828	0.26585265	0.82447782	0.75278858	0.58184090	0.91317834
Indivíduo	13	14	15	16	17	18
OR	0.82447782	0.91317834	0.41793072	0.03894527	0.61652312	0.47424551
Indivíduo	19	20	21	22	23	24
OR	0.48370682	0.74130114	0.77868541	0.82447782	0.67719143	0.47424551
Indivíduo	25	26	27	28	29	30
OR	0.81550520	0.63079172	0.61109840	0.88736584	0.74130114	0.88736584
Indivíduo	31	32	33	34	35	36
OR	0.48370682	0.71264414	0.88736584	0.88736584	0.51034158	0.56135225
Indivíduo	37	38	39	40	41	42
OR	0.47424551	0.58184090	0.61109840	0.48370682	0.47424551	0.43279036
Indivíduo	43	44	45	46	47	48
OR	0.46584308	0.48942384	0.19367163	0.54065226	0.79277021	0.91317834
Indivíduo	49	50	51	52		
OR	0.91317834	0.88736584	0.72493191	0.74130114		

Fonte: Pesquisa própria.

Da tabela 08, podemos calcular a probabilidade média de 0,63 e com 95% de confiança, o intervalo entre 0,573 e 0,687, contem o verdadeiro valor da probabilidade populacional.

Gráfico 16: Curva ROC



Fonte: Pesquisa própria.

Por fim, é apresentada a curva ROC (Gráfico 16) em que para cada ponto de corte são calculados valores de sensibilidade e especificidade, apresentando no eixo das ordenadas os valores de sensibilidade e nas abscissas o complemento da especificidade, ou seja, o valor (1-especificidade). Este gráfico é capaz de classificar o bom ajuste do modelo pelo tamanho de sua área, quanto maior a área melhor o modelo. Neste caso, as curvas consideradas boas estão entre a linha diagonal e a linha perfeita o que condiz com a adequação do modelo escolhido.

6 CONCLUSÕES

A mensuração dos níveis de resiliência de mulheres que sofreram aborto espontâneo, serviu para ressaltar a importância da metodologia NSU que apresentou-se como um método promissor para estimar o tamanho de populações de difícil acesso, especialmente na área da Saúde Pública, com relação a diferentes populações de difícil acesso e inegável relevância em saúde pública, como é o caso de mães que sofreram aborto.

Cabe observar, no entanto, que se trata de um método bastante recente, com aplicações novas em saúde pública, em relação ao qual não há tradição de pesquisa na epidemiologia brasileira. Há diversas questões que precisam ser analisadas mais profundamente visando minimizar vieses, como, por exemplo, o pressuposto básico do método de que a rede de contatos de uma pessoa é uma fração (passível de agregação e utilização de valores médios) de uma amostra aleatória, representativa da população em geral.

Outro desafio a ser devidamente equacionado refere-se ao fato dos respondentes tenderem a reportar um número maior de pessoas que conhecem quando estas pertencem a populações muito pequenas, ou ainda a reportar um menor número, quando estas pertencem a grupos maiores. Entretanto, é preferível o uso deste tipo de metodologia, pois não é necessário o contato direto com a população estimada, não expondo, desta forma, os comportamentos desses indivíduos, frequentemente estigmatizados.

Foi notória, neste estudo a influência da idade das mulheres e a quantidade de filhos com relação ao nível de resiliência, ou seja, uma mulher com mais idade e menos filhos é capaz de ter níveis de resiliência mais baixos.

O presente estudo mostra a importância de políticas públicas eficazes para auxiliar as mulheres que buscam atendimento devido à ocorrência de aborto. Em todo seu contexto, não somente físicas, mas psicológicas e emocionais, fazendo uso dos fatores de risco e de proteção como estratégias para ajudá-la a aumentar seu nível de resiliência e não desenvolver outras doenças.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO. A.T; TOCCI, H. A Repercussão emocional do aborto espontâneo. **Revista Enfermagem UNISA**; 2003.

ASSIS, S. G., PESCE, R. P.& AVANCI, J. Q. Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre. Editora Artmed, 2006

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (2008). The Road to Resilience. Disponível em < http://apahelpcenter.org/dl/the_road_to_resilience.pdf>. Acesso em 07/01/2016

BARRETO, A. S. Modelos de Regressão: Teoria e Aplicação com o Programa Estatístico R, Edição do Autor, 1 Edição, p. 109-114, Brasília 2011.

BERNARD, H.R; KILLWORTH, P. D.; JOHNSEN, E. C., and ROBINSON. S. Estimating the Size of an Average Personal Network and of an Event Subpopulation: Some Empirical Results. *Social Science Research* 20:109–21.

BOLFARINE, H; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. 1.ed. São Paulo: Blucher,2005.

BORGES, J. L.; ZINGLER, V. T. Fatores de risco e de proteção em adolescentes vítimas de abuso sexual. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 18, n. 3, p. 453-463, jul./set. 2013.

BRASIL. Decreto Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940.Codigo Penal Brasileiro. Disponível em <http://www.oas.org/juridico/mla/pt/bra/pt_bra-int-text-cp.pdf>. Acesso em 21 ago.2015

BRASIL. **Supremo Tribunal Federal**, Disponível ><http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=330769>>. Acesso em 26 dez.2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico.Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2010

BROEN A.N et al. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *Bio Med Central Medicine* 2005; 3(18): 1-14.

CECCONELLO.A.M.; KOLLER,S.H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *.Estudos de Psicologia UFRS* 2000, 5(1), 71

CRIBARI-NETO, F.; ZARKOS, S. G. Econometric and statistical computing using Ox.*Computational Economics*, 21, 277-295.1999.

CORDEIRO, G. M.; DEMETRIOS, C. G. B. **Modelos Lineares Generalizados**. Minicurso para o 12º SEAGRO e a 52ª Reunião Anual da RBRAS UFSM, Santa Maria, RS, 2007

CONNOR, K. M.; DAVIDSON, J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82, 2003.

FRANCISCO, M.F;MATTAR ,R;BORTOLETTI, F.F, NAKAMURA, M.U. Sexualidade e depressão em gestantes com aborto espontâneo de repetição. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014

GAIOLI, C.C.L.O.; FUREGATO, A,R,F.; SANTOS, J.L.F. Perfil de cuida dores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 150-7.

LOPES, V. R.; MARTINS, M. C. F. Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC-10) para Brasileiros. **Revista Psicologia: Organização e Trabalho**, 11, 2, 36-50, jul-dez. 2011.

MARANHÃO, E. **Amostragem qualitativa** .Disponível em <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=7812> .> Acesso em 05 de fevereiro de 2016.

MARIUTTI, M.G; FUREGATO, A.R. F; SANTOS, J.L. F Associações do abortamento com depressão, indicadores clínicos, sociodemográficos e de proteção. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, 2013.

MARIUTTI, M.G; SILVA, H.L, FUREGATO, A.R. F; COSTA JUNIOR, M.L. Abortamento: um estudo da morbidade hospitalar no país. **Rev Bras Med** 2010; 67(4): 97-10.

MARIUTTI, M.G, BOEMER, M.R. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Rev. Esc. Enferm USP** 2003; 37(2): 59-71.

MARIUTTI, M. G. Associações do abortamento com depressão, autoestima e resiliência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2010.

MARIUTTI, M.G; FUREGATO, A.R. F; Aborto, depressão, autoestima e resiliência: uma revisão. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianopolis, v.4.n.3.p115-119.2013

NERY, I.S.; MONTEIRO. C.F.S., LUZ. M.H.B.A., CRIZÓSTOMO. C.D. Vivências de mulheres de aborto espontâneo. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2006.

NERY, I.S.; TYRREL, M.A.R. O aborto provocado e a questão de gênero: mulheres em evidência e as evidências das mulheres para as bases da assistência de enfermagem. Teresina (PI) EDUFPI, 2002.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10. São Paulo: OMS/EDUSP; 1997

PESSINI L. Em busca da resiliência: a capacidade de dar a volta por cima. Espiritualidade e arte de cuidar: o sentido da fé para a saúde. São Paulo: Paulinas / Centro Universitário São Camilo, 2010.

PNUD – Programa das Nações Unidas. 2013. **Atlas De Desenvolvimento Humano No Brasil**. Disponível em < <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>>. Acesso em 26 maio.2016

QUAYLE, J.M.B.R. A maternidade em crise: origens e repercussões emocionais do abortamento espontâneo. [tese]. São Paulo: Pontífice Universitária de São Paulo; 1991.

REIS, M. M. **Amostragem**. Disponível em <<http://www.inf.ufsc.br/~marcelo/Cap7.pdf>> Acesso em 20 de maio.2016.

REIS, N. B. “Quantos usuários de crack e/ou similares existem nas capitais brasileiras? Resultados de um inquérito nacional com a utilização da metodologia Network Scale-Up”. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. 2014.

RIBEIRO, J.F; RIBEIRO, L.S; MACHADO, H.F; et al .Perfil das mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento em um hospital público. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.06, N°. 02, Ano 2015 p.1354-66

SALGANIK, M. J.; HECKATHORN, D. D. **Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling**. In: STOLZENBERG ROSS, M. Sociological Methodology, vol. 34. Boston, MA: Blackwell Publishing, p. 193–239. 2004.

SANTOS, A.G; NERY, I.S; FURTADO, É.Z.L; MOURA, F.M.J.S. Perfil de mulheres em situação de abortamento atendidas em uma maternidade pública de Teresina-PI .**Rev Rene, Fortaleza**, 2011 jul/set; 12(3):494-501

SILVA, F.F. .Associação de alelos HLA e aborto espontâneo recorrente em uma população de São Luís/Maranhão, na região Nordeste do Brasil .**Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** vol.37 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2015

SILVA, G.C. A; CERQUEIRA, M.M. (Monografia). Resiliência da mulher no processo parturitivo. Feira de Santana, BA, 2009.

TAVARES, J. ALBUQUERQUE, A.M. Sentidos e implicações da resiliência na formação. Psicologia, Educação e Cultura, v. 2, n. 1, p. 143-153, 1998.

VARGAS, G.; LABRONICI, L.M. O percurso de resiliência da mulher vítima de violência conjugal. 71 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Setor Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

VALLIANT, R.; DEVER, J. A.; KREUTER, F. **Practical Tools for Designing and Weighting Survey Sample**. Heidelberg: Springer Science + Business Media, New York, 2013. p. 68-70

- Epilepsia ou convulsões
 - Problema cardíaco (pressão arterial alta, insuficiência cardíaca, dor no peito).
 - Apoplexia
 - HIV / AIDS
 - Alcoolismo
 - Lesões (acidentes de carro, paralisia, etc.)
 - Abuso de Droga
- 11. Você já foi diagnosticado com algum dessas condições psicológico ou psiquiátrico?**
- Depressão
 - Ansiedade
 - Ataques de pânico
 - Bipolar
 - Esquizofrenia
 - Transtorno de Estresse Pós-Traumático
 - Transtorno Obsessivo Compulsivo
 - Outros
 - Nenhum
- 12. Como você avalia o grau de relação com seus pais?**
- Amoroso
 - Tenso
 - Agressivo (emocionalmente, psicologicamente, verbalmente)
 - Agressivo fisicamente
 - Amigável
 - Outro
- 13. Como você avalia o grau de relação com o pai do bebê?**
- Amoroso
 - Tenso
 - Agressivo (emocionalmente, psicologicamente, verbalmente)
 - Agressivo fisicamente
 - Amigável
 - Outro
- 14. Você teve gestação anterior?**
- Sim Não
- 15. Se sim, quantas? _____**
- 16. Esse foi seu primeiro aborto?**
- Sim Não
- 17. No seu convívio social quantas mulheres você conhece? _____**

18. Dessas você sabe quantas sofreu aborto(s)? _____

19. Essa gravidez era desejada?

sim

Não

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Senhora, esta pesquisa é sobre **MENSURAÇÃO DOS NÍVEIS DE RESILIÊNCIA DE MULHERES QUE SOFRERAM ABORTO ESPONTÂNEO** e está sendo desenvolvida pela pesquisadora LIDIA DAYSE ARAUJO DE SOUZA, aluna do Curso de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Dr. HEMÍLIO FERNANDES CAMPOS CÔELHO e Prof. Dr. JOSEMBERG MOURA DE ANDRADE.

O objetivo do estudo é analisar o nível de resiliência de mães que sofreram aborto que procuram atendimento no Instituto Cândida Vargas, em João Pessoa – PB.

A finalidade deste trabalho é contribuir para buscar por melhorias para a saúde de mulheres que sofreram aborto, os resultados desta pesquisa poderão construir subsídios para a implementação de intervenções mais efetivas ao cuidado da saúde das mulheres que sofreram aborto, visando dessa forma uma melhor qualidade de vida dessas mulheres.

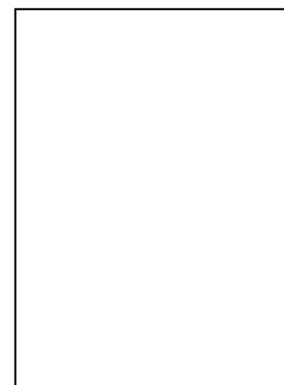
Solicitamos a sua colaboração para a entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. Ou os possíveis riscos relativos ao projeto são justificados pelos benefícios previstos dos resultados desta pesquisa.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal



OBERVAÇÃO: (em caso de analfabeto - acrescentar)
Espaço para impressão dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato da Pesquisadora Responsável: (83) 9880099279

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Lidia Dayse Araujo de Souza.

Endereço (Setor de Trabalho): Departamento de Estatística, Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Cidade Universitária, s/n, CEP 58.051-900, João Pessoa - PB, Brasil.

Telefone: (83) 3216-7785

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

(83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MENSURAÇÃO DOS NÍVEIS DE RESILIÊNCIA DE MULHERES QUE SOFRERAM ABORTO EM JOÃO PESSOA - PB

Pesquisador: HEMÍLIO FERNANDES CAMPOS COELHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54455216.7.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.609.927

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa do Programa de Pós Graduação em Modelo de Decisão e Saúde/ Centro de Ciências Exatas e da Natureza/UFPB. Trata-se de um estudo exploratório e quantitativo. A pesquisa será realizada no Instituto Cândida Vargas - ICV, em João Pessoa. A pesquisa será realizada em mulheres entre 18 a 35 anos de idade que sofreram aborto. Uma vez selecionada, cada mulher receberá uma visita diária no ICV, realizando-se a aplicação dos questionários, na seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico e Questionário de resiliência - CDRISC-10 (CONNOR; DAVIDSON, 2003).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o nível de resiliência de mulheres que sofreram aborto e que foram atendidas no Instituto Cândida Vargas, em João Pessoa – PB

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As pesquisas envolvendo seres humanos podem gerar riscos, entretanto, considerando os

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.609.927

benefícios previstos dos resultados desta pesquisa, os possíveis riscos relativos à coleta de dados deste projeto são insignificantes, uma vez que os resultados poderão construir subsídios para a implementação de intervenções mais efetivas ao cuidado da saúde das mulheres que sofreram aborto, visando dessa forma uma melhor qualidade de vida dessas mulheres.

Benefícios:

Promover subsídios para auxiliar os gestores nos processos de tomada de decisão em que a obtenção de resultados funcionarão como ferramentas para os gestores das secretarias de saúde nos três níveis da administração pública, possibilitando aos órgãos competentes realizar ações preventivas que tragam melhorias na para as mulheres que sofreram abortos, visando minimizar os problemas clínicos e psíquicos decorrentes do abortamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o título, onjetivos, referencial teórico, metodologia e referências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Após cumprimento das diligências, apresenta documentação de praxe.

Recomendações:

Divulgar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_680029.pdf	20/05/2016 11:02:45		Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	20/05/2016 11:00:36	HEMILIO FERNANDES CAMPOS COELHO	Aceito
Outros	Certidao.pdf	20/05/2016 10:59:47	HEMILIO FERNANDES	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
PARAÍBA - CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



Continuação do Parecer: 1.609.927

Outros	Certidao.pdf	20/05/2016 10:59:47	CAMPOS COELHO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/05/2016 10:57:29	HEMÍLIO FERNANDES CAMPOS COELHO	Aceito
Outros	questionario.pdf	23/03/2016 10:25:16	HEMÍLIO FERNANDES CAMPOS COELHO	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	23/03/2016 10:24:47	HEMÍLIO FERNANDES CAMPOS COELHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_final_comite.pdf	23/03/2016 10:18:59	HEMÍLIO FERNANDES CAMPOS COELHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/03/2016 12:22:40	HEMÍLIO FERNANDES CAMPOS COELHO	Aceito
Outros	anuencia.pdf	14/03/2016 18:31:45	HEMÍLIO FERNANDES CAMPOS COELHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 28 de Junho de 2016

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: eticaccs@ccs.ufpb.br