

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA

NICOLAS RESENDE  
WAGNER PEDRO RODRIGUES DA SILVA

ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES PÓS ABORTAMENTO  
EM HOSPITAL DO INTERIOR DO PARÁ

Belém

2011

NICOLAS RESENDE  
WAGNER PEDRO RODRIGUES DA SILVA

ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES PÓS ABORTAMENTO  
EM HOSPITAL DO INTERIOR DO PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso de  
Medicina para obtenção de grau pela  
Universidade Federal do Pará.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nara Macedo  
Botelho

**Coorientador:** Dr. Mário Roberto  
Oliveira Benone

Belém

2011

NICOLAS RESENDE  
WAGNER PEDRO RODRIGUES DA SILVA

ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES PÓS ABORTAMENTO  
EM HOSPITAL DO INTERIOR DO PARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina para obtenção de grau pela Universidade Federal do Pará.

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nara Macedo Botelho/Orientadora

---

Prof

---

Prof

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Conceito: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Nara Macedo Botelho que com paciência, competência e profissionalismo nos orientou;

Ao Dr. Mário Roberto de Oliveira Benone que nos acolheu, acompanhou, ensinou e ajudou com paciência e bom humor;

À Profª Drª Áurea Belas Lustosa que aceitou realizar a análise prévia deste trabalho;

À Aline Oliveira Santos, nossa amiga que nos ajudou em todos os momentos, sendo praticamente a terceira autora do trabalho;

A todos os amigos que direta ou indiretamente nos apoiaram;

Às pacientes pela compreensão, paciência e cooperação.

*“Pois tu formaste os meus rins; entreteceste-me no ventre de minha mãe. Eu te louvarei, porque de um modo tão admirável e maravilhoso fui formado; maravilhosas são as tuas obras, e a minha alma o sabe muito bem”*

**SALMOS 139:13-14**

## RESUMO

**OBJETIVO:** Estudar aspectos clínico-epidemiológicos e reprodutivos das pacientes internadas por abortamento em hospital no interior do Pará. **MÉTODO:** Estudo descritivo do tipo transversal, realizado no Hospital Municipal de Tailândia-PA (HMT), no período de junho de 2010 a junho de 2011, onde foi entrevistadas 117 mulheres em pós abortamento. **RESULTADOS:** Idade variou de 13 a 42 anos, com média de 24( $\pm$ 6) anos. Solteira (43.5%), ensino fundamental e médio (87.1%), renda familiar entre 2 e 3 SM e religião católica (58.1%). Multigesta (69.2%) e sem história prévia de abortamento (79.49%). Usam contraceptivo (76.9%) do tipo anticoncepcional hormonal (42.7%) e pararam de usar por esquecimento (34,2%). Prevaleceu o diagnóstico do abortamento espontâneo (73.3%) e incompleto (60.7%). Entre os abortamentos provocados, os motivos predominantes foram o medo (38.7%) e a falta de apoio do parceiro (38.7%). Nos abortamentos espontâneos predominou a causa ignorada (45.3%) e merecem destaque: queda (24.4%) e forte emoção (16,3%). Prevaleceu a ausência de sinais e sintomas (71,8%). No abortamento provocado sobressaiu o tipo incompleto (77.4%). A maior parte (86.3%) alegavam saber que abortamento é crime e que em caso de estupro (47.9%) pode ser legalmente realizado. (54.7%). **CONCLUSÃO:** Não se descarta a possibilidade de subnotificação. Diante do exposto nessa pesquisa, fica o alerta aos órgãos responsáveis para a necessidade de ampliar estudos a respeito do tema, para que se possam criar medidas mais efetivas na prevenção, treinar equipes para um tratamento mais humanizado e combater danos físicos e mentais, diminuindo a morbimortalidade, assim como os gastos para o serviço público.

**Descritores:** abortamento espontâneo, abortamento induzido, aspectos clínico-epidemiológicos e reprodutivos

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Studying aspects clinical, epidemiological and reproductive of patients admitted due abortion in provincial hospital of Pará. **METHOD:** Descriptive study type cross made at the Municipal Tailândia Hospital – PA (MTH), in the period of March 2010 to June 2011, interviewing 117 women after abortion. **RESULTS:** The age ranged from 13 to 42 years, with average  $24 \pm 6$  years. The singles women (43.5%), elementary school or high school, with average wage family between 2 and 3 minimum wage and catholic religion (58.1%). Multiple pregnancies (69.2%) they hadn't history of abortion (79.49%). They use contraceptive (76.9%) hormonal contraceptive (42.7%) and stopped using it because they forgot (34.2%). In admission, the diagnosis of the spontaneous abortion is 73.3% and incomplete abortion is 60.7%. Among the reasons induced abortions was the fear (38.7%) and lack of partner support (38.7%). In spontaneous abortions predominate unknown causes (45.3%) and some could be observed with more attention: fall (24.4%) and big emotions (16.3%). Prevailed the absence of signs and symptoms (71.8%). In the induced abortion the most was incomplete abortion (77.4%) occurred more than spontaneous abortion. They know that abortion is a crime (86.3%) and that in cases of sexual abuse (47.9%), the abortion can be made legally (54.7%). **CONCLUSION:** We can't put away the possibility sub notification. The research try to alert the government and show the necessity to extend studies about the subject to create more effective measures in prevention, training the professionals to get more humane treatment and to combat physical and mental damage, decreasing the morbidity and mortality, as well as the spending of public service.

**Keywords:** spontaneous abortion, induced abortion, clinical, epidemiological and reproductive.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1. OBJETIVOS.....	10
1.1.1. Objetivo geral.....	10
1.1.2. Objetivos específicos.....	10
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
<b>3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....</b>	<b>20</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>21</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>58</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no mundo todo, cerca de 500 mil mulheres morrem a cada ano de causas relacionadas à gestação, sendo que 98% dessas ocorrem nos países em desenvolvimento, onde as complicações de abortamento são responsáveis por 15 a 50% do total dessas mortes (OLINTO; MOREIRA FILHO, 2006).

De acordo com a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e OMS, abortamento é definido como a interrupção da gestação com feto pesando menos de 500 gramas ou com idade gestacional inferior a 22 semanas (VALONGUEIRO, 2000).

As complicações decorrentes de abortamentos são a quarta maior causa de mortalidade materna no país, contribuindo com 10 a 15% dos óbitos maternos, estando intimamente relacionada às desigualdades sociais brasileiras (RAMOS; FERREIRA; SOUZA, 2010).

Estima-se que todos os anos, 80 milhões de mulheres no mundo têm uma gravidez não desejada e 60% são abortadas. No Brasil calcula-se que 31% das gestações reconhecidas terminam em abortamento, proporcionando nas últimas décadas, ao abortamento provocado ser tratado como um problema social, levando a um conjunto de ações de políticas públicas voltadas para seu controle, desde que 20% a 50% das mulheres acabam internadas em virtude de suas complicações (CHAVES et al., 2010).

A gravidade dessa situação está refletida no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo o DATASUS em 2010, 220.482 mulheres foram internadas para fazer curetagem pós abortamento. Esses procedimentos custaram R\$ 47,9 bilhões aos cofres públicos e são o segundo procedimento obstétrico mais praticado nas unidades de internação, superados apenas pelos partos normais (BRASIL, 2011).

O abortamento é considerado crime pela lei brasileira, entretanto, ele é freqüentemente praticado e dificilmente a punição judicial é aplicada (NADER et al., 2008). Cálculos revelam que o índice de abortamento no Brasil é superior aos encontrados na Europa Ocidental, onde a prática do abortamento é legal e acessível. As estimativas apontam para uma ocorrência anual de 1,44 milhões de abortamentos no país, uma taxa de 3,7 abortamentos por cada grupo de

100 mulheres entre 15 e 49 anos, sem contemplar os abortamentos por razões médicas e legais permitidos pelo Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2005).

O Código Penal Brasileiro, promulgado em 1940, prevê a prática legal do aborto quando não houver outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez resultar de estupro. O Brasil registra anualmente mais de 1 milhão de abortamentos, sendo 800 mil ilegais (BRASIL, 2006). As conseqüências são quase sempre danos à saúde ou mesmo a morte da mulher (ADESSE; MONTEIRO, 2007).

Nos países onde as mulheres têm acesso aos serviços seguros, a probabilidade de morrer em decorrência de um abortamento realizado com métodos modernos não é maior do que uma para cada cem mil procedimentos. Já em países em desenvolvimento, o risco de morte por complicações de procedimentos de abortamento inseguro é várias vezes superior do que em um abortamento realizado por profissionais e em condições seguras, segundo a OMS (BRASIL, 2005).

Esses números podem ser ainda piores na região Norte, como mostra um estudo que revelou um risco 1,6 vezes maior que no Sudeste de mortalidade materna, em conseqüência de gravidez que termina em abortamento (ADESSE; MONTEIRO, 2007). Nessas regiões mais carentes é grande o índice de mortes decorrentes do abortamento inseguro. Entre as adolescentes de 15 a 19 anos a distribuição geográfica aponta para as Regiões Norte e Nordeste como as que apresentam maiores riscos de abortamento inseguro (BRASIL.2008).

O problema pode ser maior quando consideramos a subnotificação, pois as mulheres em situação de abortamento incompleto ou complicações decorrentes de aborto sentem-se geralmente constrangidas ou têm medo de declarar o procedimento nos serviços de saúde (ADESSE; MONTEIRO, 2007).

O objetivo dessa pesquisa é determinar os aspectos clínicos, socioeconômicos e reprodutivos, os fatores determinantes, os procedimentos mais prevalentes, os sinais e sintomas mais predominantes e o conhecimento da legislação vigente por parte da paciente em hospital no interior do estado.

Com base nessas informações, será possível alertar os órgãos responsáveis a respeito da magnitude do problema, para que se adotem medidas para aumentar a prevenção, treinar a equipe de saúde e reduzir a morbidade e mortalidade, assim como os gastos do serviço público.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 OBJETIVO GERAL

Estudar aspectos clínico-epidemiológicos e reprodutivos das pacientes internadas por abortamento em hospital no interior do Pará.

### 1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil socioeconômico das mulheres internadas por abortamento;
- Observar os antecedentes ginecológicos e obstétricos das pacientes;
- Analisar o conhecimento da legislação vigente por parte das pacientes;
- Definir os principais sinais e sintomas nas 48 horas após abortamento;
- Identificar a prevalência de abortamentos provocados e espontâneos e o tipo de abortamento na admissão;
- Investigar os motivos da decisão e métodos utilizados nos abortamentos induzidos;
- Identificar as causas mais frequentes de abortamento espontâneo;
- Avaliar o uso de métodos anticoncepcionais, a relação entre escolaridade e abortamento provocado, idade e abortamento provocado, idade e métodos contraceptivos e abortamento provocado e tipo de abortamento.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo estimativas da OMS, metade das gestações é indesejada, e uma a cada nove mulheres recorre ao abortamento. Estimativas mostram que, na América Latina e Caribe, 18 milhões de gestações ocorrem todos os anos. Desse total, 52% não são planejadas e 23% terminam em abortamento (BRASIL, 2005).

A perda gestacional é um evento frustrante, principalmente para os casais que abortam repetidas vezes, nos quais acumulam-se sentimentos de pesar e frustração a cada novo fracasso (RODRIGUES; HOGA, 2006).

A investigação do abortamento requer cuidados metodológicos específicos, apresentando implicações éticas no manejo do tema. Pois o abortamento representa um grave problema de saúde pública e de justiça social em países em desenvolvimento. É o caso do Brasil que apresenta um complexo conjunto de aspectos envolvendo questões legais, econômicas, psicológicas, de cunho moral e religioso, sendo objeto de forte sanção social o que dificulta o seu relato pelas mulheres, particularmente em contextos de ilegalidade (ADESSE; MONTEIRO, 2007; MENEZES; AQUINO, 2009).

Sendo impossível determinar com exatidão a incidência do abortamento, tanto o espontâneo quanto o induzido, pois, apesar de sua importância e dos riscos à saúde da mulher, que estão associados com algumas práticas de indução do abortamento, os estudos sobre a magnitude do abortamento têm sido obstaculizados por esses preconceitos (CORRÊA, 1999; ADESSE; MONTEIRO, 2007; BRASIL, 2008).

É difícil ter acesso a dados fidedignos, muitos abortamentos catalogados como espontâneos foram, na realidade, induzidos, pelo fato de um alto número de mulheres que omitem ter induzido um abortamento em questionários com perguntas diretas, sendo o maior desafio para o cálculo da magnitude do abortamento no Brasil. Abortamentos espontâneos acontecem sem que as pacientes procurem atendimento médico. Abortamentos muito precoces não são diagnosticados, são rotulados como irregularidades menstruais (CORRÊA, 1999; ADESSE; MONTEIRO, 2007; BRASIL, 2008).

Esses fatos certamente não têm contribuído para melhorar a atenção médico-hospitalar, que seria necessária para a população feminina, além de dificultar o conhecimento real do problema (ADESSE; MONTEIRO, 2007; BRASIL, 2008).

## 2.1 IDADE

Considerando o grupo etário, vários estudos evidenciaram que a maior proporção de mulheres encontrava-se na faixa dos 20 aos 29 anos, seguida pelas adolescentes (abaixo de 20 anos) (CHAVES et al. 2011) (BRASIL, 2008; BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009; RAMOS; FERREIRA; SOUZA, 2010; SCHOR, 1990). Em alguns estudos observa-se o segundo lugar ocupado pela faixa dos 30 aos 39 anos (SORRENTINO; LEBRÃO, 1998; FONSECA W. et al., 1998).

Outras pesquisas mostram o relato de abortamento aumenta com a idade das mulheres, com as maiores proporções sendo registradas entre aquelas de mais de 35 anos de idade. Entretanto, o autor pressupõe que nas mulheres mais jovens tenha havido maior omissão do relato de abortamento (CECATTI et al., 2010; SILVA, 1993).

## 2.2 PERFIL SOCIOCULTURAL: escolaridade, estado civil, ocupação, religião, renda familiar:

O perfil das mulheres que recorrem ao abortamento, registrado em pesquisas realizadas em hospitais brasileiros, são: jovens, não-unidas, com pouca escolaridade, estudantes ou trabalhadoras domésticas e sem apoio do companheiro (MENEZES; AQUINO, 2009; FONSCECA et al., 1996) já no estudo de Botelho, Souza e Araújo (2009) em relação a escolaridade, houve uma igual incidência de ensino fundamental e médio. Ainda em outro estudo observou-se que a maioria das mulheres que praticaram abortamento se declaravam católicas e participantes da renda familiar, com média entre 2 e 3 salários mínimos e unidas maritalmente (BRASIL, 2008; BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009; FUSCO et al. 2008).

## 2.3 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS:

Estudos sobre conhecimento de métodos contraceptivos têm demonstrado que em geral as mulheres referem conhecer a maioria dos métodos disponíveis, principalmente pílula contraceptiva e condom masculino, embora quando se avalia a qualidade da informação, verifica-se pouco conhecimento adequado (ESPEJO et al., 2003).

O conhecimento limitado dos métodos contraceptivos e a falta de programas nacionais de atenção à contracepção contribuem para o uso inadequado, abandono e falha do método, o que pode favorecer o abortamento inseguro (SILVA; VIEIRA, 2009).

Algumas pesquisas relatam que a maior parte das mulheres que recorreram a interrupção da gestação fazia uso inadequado de métodos contraceptivos, e uma minoria não era usuária, sendo as adolescentes as principais integrantes desses grupos, o que contribui para os elevados índices de abortamento inseguro no Brasil (BRASIL, 2008; FUSCO et al. 2008; FONSCCECA ET AL, 1998; ADESSE; MONTEIRO, 2007).

#### 2.4 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

Estudos apontam que a maioria das mulheres eram multigestas e múltiparas, e com história de abortamentos anteriores, sendo que a maior parte dos abortamentos era provocado e em gestações posteriores, revelando o uso do método abortivo como controle de natalidade (FOSNCECA et al, 1998; FUSCO et al. 2008).

#### 2.5 TIPOS MAIS COMUNS DE ABORTAMENTO

Os abortamentos podem ser classificados em: ameaça de abortamento; abortamento completo; abortamento inevitável/incompleto; abortamento retido; abortamento infectado; abortamento habitual e abortamento eletivo previsto em lei (BRASIL, 2010).

A ameaça de abortamento pode ser defendida como presença de sangramento vaginal discreto ou moderado, sem que ocorra modificação cervical, geralmente com dor discreta do tipo cólica ou peso na região do hipogástrio ou ausente. Ao toque vaginal, o colo uterino apresenta-se fechado e bem formado, o corpo uterino compatível com a idade gestacional e os anexos e fundos de saco normais e livres. Em casos de dúvida, solicitar ultra-sonografia (BRASIL, 2006).

O abortamento completo geralmente ocorre em gestações com menos de oito semanas. O quadro clínico cursa com dores e perda sanguínea que podem diminuir ou até cessar após a expulsão do material ovular. O colo uterino pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional. O ultrassom mostra uma cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos (BRASIL, 2010).

No abortamento incompleto as manifestações são mais intensas que na ameaça de abortamento, cursando com dores e sangramento que diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares, e o orifício cervical interno encontra-se aberto. O exame de ultrassom, embora não seja imprescindível, confirma a hipótese diagnóstica (BRASIL, 2010).

O abortamento retido geralmente cursa com regressão dos sinais e sintomas da gestação, não havendo perdas sanguíneas e o colo uterino permanecendo fechado. Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça. O exame de ultrassom revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado) (BRASIL, 2010).

Os casos de abortamento infectado são graves e devem ser tratados independentemente da vitalidade do feto. Frequentemente estão associados a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras, evoluindo com infecções polimicrobianas, geralmente causadas por bactérias da flora vaginal. O quadro clínico cursa com elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de secreção purulenta através do colo uterino. Ao exame físico, a mulher pode referir bastante dor na manipulação dos órgãos pélvicos através do toque vaginal, devendo sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina (BRASIL, 2010).

Os casos de perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22<sup>a</sup> semana caracteriza-se como abortamento habitual, devendo ser investigado a causa. Pode ser primário, quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e secundário, quando houve uma gravidez a termo (BRASIL, 2010).

## 2.6 CONHECIMENTO SOBRE LEGISLAÇÃO

Atualmente, a lei não exige boletim de ocorrência nem laudo de perícia para a realização do abortamento legal, entretanto, ele é habitualmente exigido nos serviços médicos. Esse fato é condizente com o temor dos médicos em serem acusados pela justiça de estarem interrompendo uma gestação que, na realidade, não foi resultado de estupro. Esse medo não é justificado, porque, caso o médico seja induzido ao erro ao indicar abortamento legal, justificado pelas circunstâncias, estará caracterizada a Discriminante Putativa, prevista no artigo 20, Parágrafo 1º do Código Penal, e o médico ficará isento de pena (LOUREIRO; VIEIRA, 2004).

Não é crime e não se pune o abortamento praticado por médico, se: a) não há outro meio de salvar a vida da mulher (Art. 128, I); b) a gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (Art. 128, II) (BRASIL, 2010).

Em casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extra-uterina, a jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez com o consentimento da mulher. Nesses casos, o abortamento é um direito da mulher (BRASIL, 2010).

O consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de eminente risco de vida, estando impossibilitada para expressar seu consentimento (BRASIL, 2010).

## 2.7 MOTIVOS

É necessário distinguir os motivos alegados para a decisão de um abortamento – o “porquê” – do contexto e das circunstâncias em que esta se constrói (MENEZES; AQUINO, 2009).

A construção da decisão deve ser compreendida como um processo, comportando idas e vindas, numa acumulação de fatores que podem culminar no abortamento. A decisão costuma ser atribuída unicamente às mulheres, negligenciando a influência de outros atores, variável segundo as fases do ciclo de vida destas. A atitude inicial das mulheres, apesar de crucial na decisão, está sujeita a modificações em função de projetos pessoais, das

circunstâncias do momento, das reações do parceiro e das redes familiar e social (MENEZES; AQUINO, 2009).

Estudos em nível mundial apontam os variados motivos que têm levado as mulheres à interrupção de uma gestação: número de filhos considerado suficiente; o desejo de postergar e/ou aprazar um intervalo maior entre o nascimento dos filhos; situações como a juventude e/ou a pobreza; estados conjugais instáveis e/ou indesejados; opção pessoal; violência sexual; entre outras (SOUZA; ALMEIDA; SOARES, 2008; MENEZES; AQUINO, 2009; BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009).

Correia et al. (2011) ao investigar as razões que levaram adolescentes de 12 aos 19 anos a provocarem o abortamento, o medo da reação dos pais, idade, falta de apoio do companheiro e rejeição da gravidez foram razões para provocar o abortamento, sendo o medo a mais citada entre elas.

## 2.8 MÉTODO USADO PARA A INDUÇÃO

São vários os métodos utilizados para indução do abortamento como clínicas privadas, chá, injeções e instrumentos perfurantes, no entanto os estudos identificaram uma mudança desses métodos no início dos anos 90, sendo substituídos pelo misoprostol (conhecido como © *Cytotec*) (BRASIL, 2008). Este medicamento é uma prostaglandina de baixo custo que tem o efeito estimulatório sobre a musculatura uterina, fazendo-a contrair (CHAVES et al., 2010).

O misoprostol no início era utilizado no tratamento de úlcera gástrica, sendo comercializado livremente no mercado brasileiro desde 1986 até 1991. Esse foi um tempo suficiente para a divulgação do medicamento como um método abortivo eficiente, relativamente barato e com menores riscos à saúde da mulher (BRASIL, 2008)

Humberto et. al. (2010) identificou em seu trabalho que 89,19% dos abortamentos provocados foram relacionados ao uso de misoprostol. Chamando a atenção também para a eficiência e popularização como método abortivo, aumentando seu uso inclusive nas camadas menos favorecidas da população (CHAVES et al., 2010).

Em uma análise dos principais estudos nacionais dos anos de 1990 e 2000, foram identificadas três razões pelas quais as mulheres optavam pelo misoprostol como método abortivo: privacidade, segurança e recusa ao abortamento em clínicas privadas (BRASIL, 2008).

## 2.9 PROCEDIMENTO REALIZADO

De acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada, elaborada pelo Ministério da Saúde, as mulheres que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade, pois a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas complicações pode ameaçar a vida e/ou a saúde física e mental das mulheres. Tal Norma é dirigida aos gestores, servidores e profissionais de saúde e a todas as pessoas comprometidas com a garantia dos direitos humanos de mulheres e adolescentes no Brasil (BRASIL, 2005)

A atenção prestada às mulheres que abortam é realizada na sua maioria em serviços públicos, por enfermeiras diretamente envolvidas no cuidado às mulheres. Está centrada em cuidados corporais, muitas vezes de modo técnico e impessoal, com pouca escuta e atenção às necessidades das mulheres. A curetagem pós abortamento tem sido um dos procedimentos obstétricos mais realizados em hospitais públicos. Nas maternidades, identificam-se espaços mínimos para atendimento, com pouca privacidade. Em várias ocasiões, elas esperam longamente a realização da curetagem e raras vezes lhes são fornecidas explicações sobre os procedimentos realizados ou os cuidados requeridos pós-procedimento, inclusive a contracepção posterior (MOTTA, 2005; MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007; McCALLUM; REIS; MENEZES, 2006).

O principal procedimento em estudo realizado no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008, foi a curetagem com 95% dos casos, provavelmente porque a maioria das pacientes foram admitidas com abortamento incompleto, necessitando de esvaziamento uterino. Observou-se uma tendência a redução do número de curetagens, tendo uma maior utilização de aspiração intra uterina (AMIU) com 1,25%, pois este é um procedimento que tem sido utilizado, no mundo inteiro, como alternativa segura e eficaz à curetagem, porque permite utilização de instrumental de fácil manuseio e sua técnica é de simples execução. Os casos com indução de parto normal foi de 3,75% (BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009).

Neste mesmo estudo observou-se que a maioria (61,8%) não relataram terem tido nenhum tipo de sintomatologia nas 48 horas após o procedimento de esvaziamento uterino. As demais referiram sintomatologia leve, nenhum com significância estatística, provavelmente pelo maior uso de misoprostol (BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009).

## 2.10 INTERCORRÊNCIAS PÓS-ABORTAMENTO:

As conseqüências pós-abortamento podem ser divididas em imediatas e tardias. As imediatas ocorrem logo após o procedimento, como complicações hemorrágicas, infecciosas, ou até morte materna. Já as conseqüências tardias podem ocorrer meses ou até anos após o procedimento em uma gravidez subsequente englobando o aumento do risco de abortamento espontâneo, de anomalias da placentação, parto pré-termo e distúrbios psiquiátricos (PIMENTA, 2010).

A hemorragia uterina tem uma incidência inferior a 5%, sendo mais comum quando relacionada à perfuração uterina, laceração cervical, abortamento incompleto ou atonia uterina após exteriorização do produto de concepção (PIMENTA, 2010).

Entre as complicações mais freqüentes encontra-se a patologia infecciosa, variando de 0,1 a 5%, sendo maior o risco quanto maior for a idade gestacional. A apresentação clínica traduz dor abdominal, contratilidade uterina de intensidade crescente, febre e hemorragia vaginal de odor desagradável (PIMENTA, 2010).

Nas décadas de 1970 e 1980 eram altos os índices de histerectomias por abortamento séptico. Quando investigada a razão, verificou-se que 88% das histerectomias até 24 semanas de gestação eram decorrentes de abortamento realizado em condições inseguras, em geral com métodos perfurantes (BRASIL, 2008).

Houve uma mudança epidemiológica significativa no perfil da morte materna por abortamento induzido entre 1990 e 2000, quando verificou uma redução de casos. Várias pesquisas passaram a analisar a correlação entre a queda na morbimortalidade por abortamento induzido e o uso do misoprostol como método abortivo, sendo que entre o

período de máxima comercialização e após sua proibição houve um acréscimo de aproximadamente 50% das complicações infecciosas e hemorrágicas (BRASIL, 2008).

Apesar de a mortalidade em decorrência do abortamento provocado estar diminuindo devido as mudanças nas práticas utilizadas, o numero de complicações ainda é grande, o que justifica uma sistematização do atendimento ao abortamento provocado (CHAVES et al., 2011).

## 2.11 MORTALIDADE

No Brasil, o abortamento contribui com 10 a 15% dos óbitos maternos, representa a quarta causa de mortalidade (MORSE et al., 2011).

Atualmente, o óbito de mulheres por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério é em grande parte evitável. A mortalidade materna é um indicador de saúde que demonstra as condições de vida da população e a qualidade da atenção à saúde da mulher. Por sua vez, o acesso aos serviços de saúde e a concentração de renda são alguns dos determinantes para esse problema (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2006).

Uma morte cuja causa básica foi um abortamento, acaba sendo menos declarada que as mortes conseqüentes a hemorragias ou eclampsias, porque estas, mesmo evitáveis, não sofrem os efeitos dos fatores morais, culturais e religiosos, fatores estes que muitas vezes escapam à objetividade dos métodos de mensuração mais comuns, como os inquéritos e as pesquisas quantitativas, por exemplo (VALONGUEIRO, 2000).

E dessa forma, as mortes conseqüentes a abortamentos contribuem significativamente para aumentar os níveis de sub-registro e sub-informação das mortes classificadas como maternas (VALONGUEIRO, 2000), sendo até apontadas como as mais mal notificadas dentre as mortes maternas (MENEZES; AQUINO, 2009).

### 3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

O presente trabalho é um estudo descritivo do tipo transversal, realizado no Hospital Municipal de Tailândia-PA (HMT), no período de junho de 2010 a junho de 2011, com 117 mulheres pós abortamento.

A população de estudo foi de mulheres em idade fértil com entrada no HMT, no período pré-determinado com história de abortamento, ou seja, interrupção da gestação até 22ª semanas ou com produto da concepção pesando menos de 500g, seja espontâneo, com ou sem etiologia definida, legal ou induzido. Excluindo mulheres com idade gestacional ou peso do concepto maior que o definido, ou que realizem procedimentos, tais como curetagem, por motivos outros, que não o abortamento, como por mola, hiperplasia endometrial, restos placentários, etc.

Para determinar as pacientes pós-abortamento, só foram abordadas as pacientes submetidas à dosagem da Gonadotrofina coriônica humana (hCG) e/ou Ultra-sonografia transvaginal, que são testes preconizados pelo ministério da saúde para a confirmação de gravidez, solicitados pelo serviço de atenção primária nos casos de amenorréia (BRASIL, 2006).

Preenchido os critérios de inclusão, as pacientes foram esclarecidas verbalmente sobre os objetivos e etapas da pesquisa, concordando em contribuir. As mesmas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), e posteriormente foram aplicados os questionários (APÊNDICE B), com informações do tipo socioeconômicas, demográficas e reprodutivas.

Para a coleta dos dados foi utilizado um protocolo padrão (APÊNDICE B), no qual constam todas as variáveis a serem investigadas. Foram questionados dados referentes à faixa etária, escolaridade, religião, estado conjugal, renda familiar, uso de métodos contraceptivos, tipos de abortamento, método de esvaziamento uterino, razão pela decisão do abortamento, conhecimento da legislação vigente acerca do assunto, entre outros. A abordagem das pacientes para a coleta dos dados foi no ambiente hospitalar, na enfermaria clínica feminina do HMT onde ficam as pacientes vítimas de abortamento antes de receberem alta hospitalar.

Este projeto de CAAE 0074.0.073.000-09 e parecer n° 174/09 – CEP-ICS/UFPA foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com humanos da Universidade Federal do Pará – UFPA, na reunião do dia 12 de maio de 2010 (APÊNDICE C).

As informações obtidas nos prontuário foram organizadas, digitadas e codificadas pelo programa *Microsoft Word 2007*. Para avaliar as características socioeconômicas, antecedentes ginecológicos e obstétricos, conhecimento da legislação, ocorrência de sintomas, situação do abortamento, motivo e método do abortamento provocado, causa dos abortamentos espontâneos, uso de contraceptivo, tipo de abortamento. Foi aplicado o teste do Qui-quadrado (Ayres et al, 2007. p.121). A distribuição da idade conforme o tipo de preservativo foi analisado pela ANOVA. A distribuição da idade conforme o tipo de abortamento foi analisada pelo teste t de Student. Foi previamente fixado o nível alfa 0.05 para rejeição da hipótese nula. Todo o processamento estatístico foi realizado no software BioEstat versão 5.2.

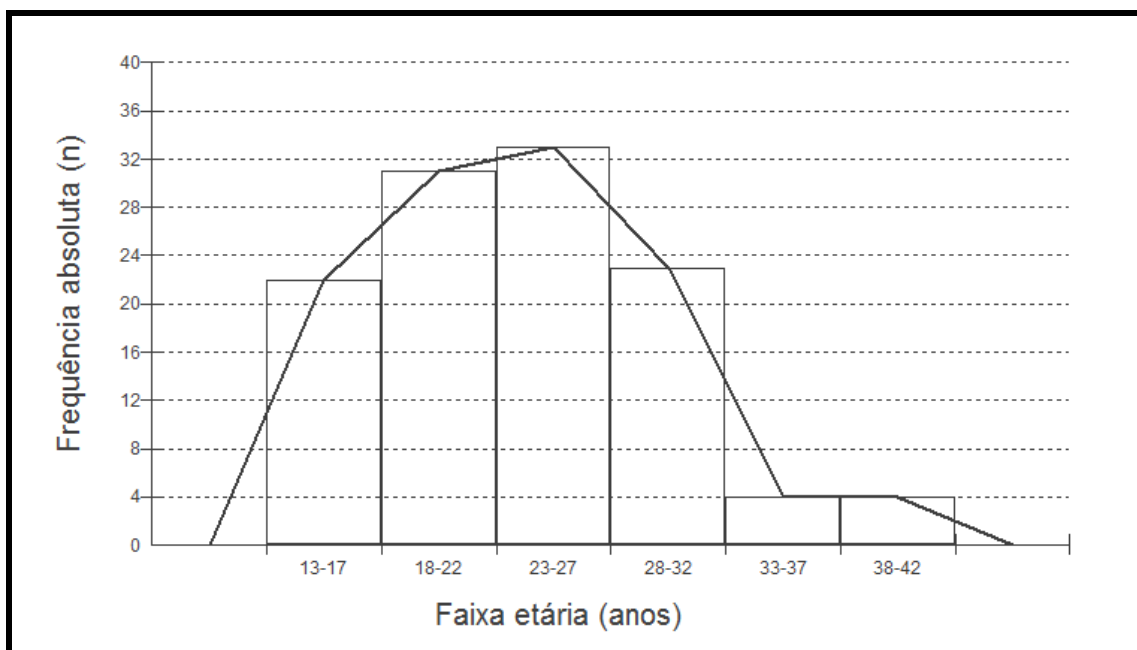
#### 4. RESULTADOS

Este estudo avaliou uma amostra de 117 mulheres em pós abortamento. A idade variou de 13 a 42 anos, com média de 24( $\pm$ 6) anos. Entre essas pacientes, o grupo mais freqüente esteve na faixa de 23 a 27 anos (28.21%). As pacientes menores de idade foram 22 (18.8%).

Tabela 01: Faixa etária (anos) de 117 mulheres em pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

Classes	Xi	Fi	Percentual
13  —  17	15.0	22	18.80 %
18  —  22	20.0	31	26.50 %
23  —  27	25.0	33	28.21 %
28  —  32	30.0	23	19.66 %
33  —  37	35.0	4	3.42 %
38  —  42	40.0	4	3.42 %
TOTAL		117	100 %

Fonte: protocolo da pesquisa.



Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura01: Distribuição da faixa etária (anos) de mulheres em pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

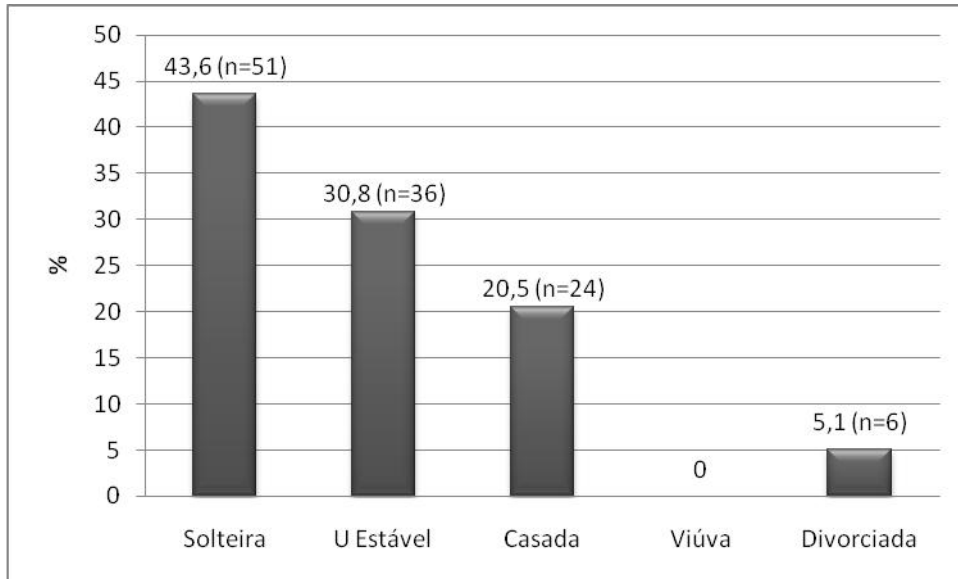
As características socioeconômicas que obtiveram  $p$ -valor  $< 0.05$  no teste do Qui-quadrado, apresentam tendência para as seguintes categorias: Solteira (43.5%), Ensino fundamental ou médio (87.1%), renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos (SM) e religião católica (58.1%).

Tabela02: Perfil socioeconômico de 117 mulheres em pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

	n	%	p-valor
<b>Estado Conjugal</b>			<0.0001*
Solteira	51	43.6	
U Estável	36	30.8	
Casada	24	20.5	
Viúva	0	0.0	
Divorciada	6	5.1	
<b>Escolaridade</b>			<0.0001*
Analfabeta	7	6.0	
E.Fundamental	50	42.7	
E. Médio	52	44.4	
E Superior	8	6.8	
<b>Renda (SM)</b>			<0.0001*
Até 1	45	38.5	
2 a 3 SM	58	49.6	
4 a 5 SM	10	8.5	
6 ou + SM	4	3.4	
<b>Religião</b>			<0.0001*
Católica	68	58.1	
Evangélica	24	20.5	
Sem religião	17	14.5	
Outros	8	6.8	

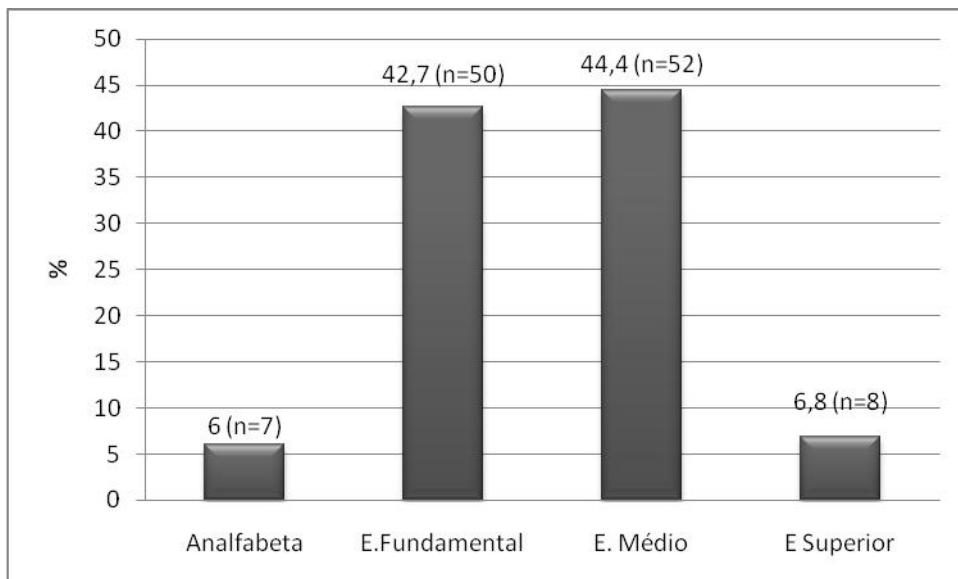
Fonte: protocolo da pesquisa.

\* teste do Qui-quadrado



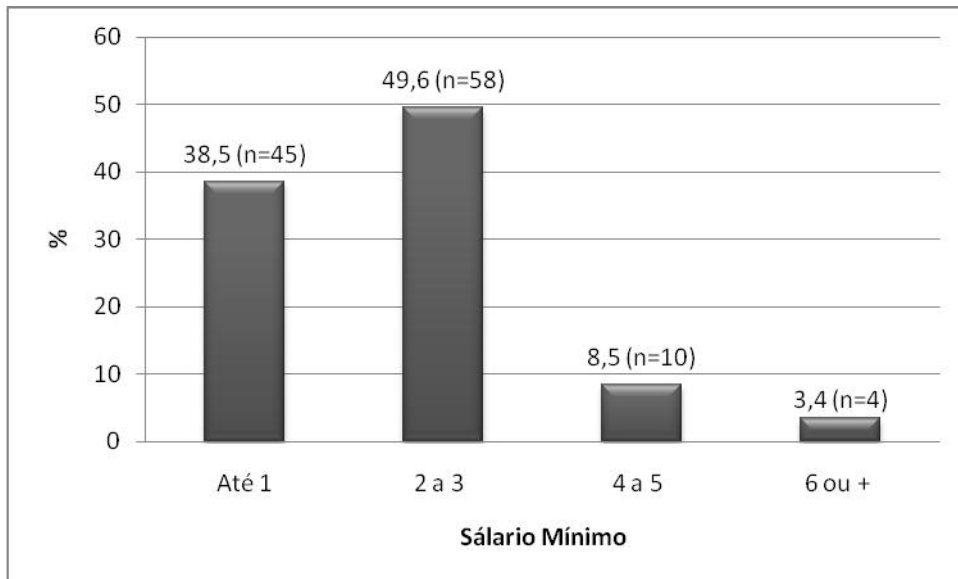
Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura 02: Estado conjugal das pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.



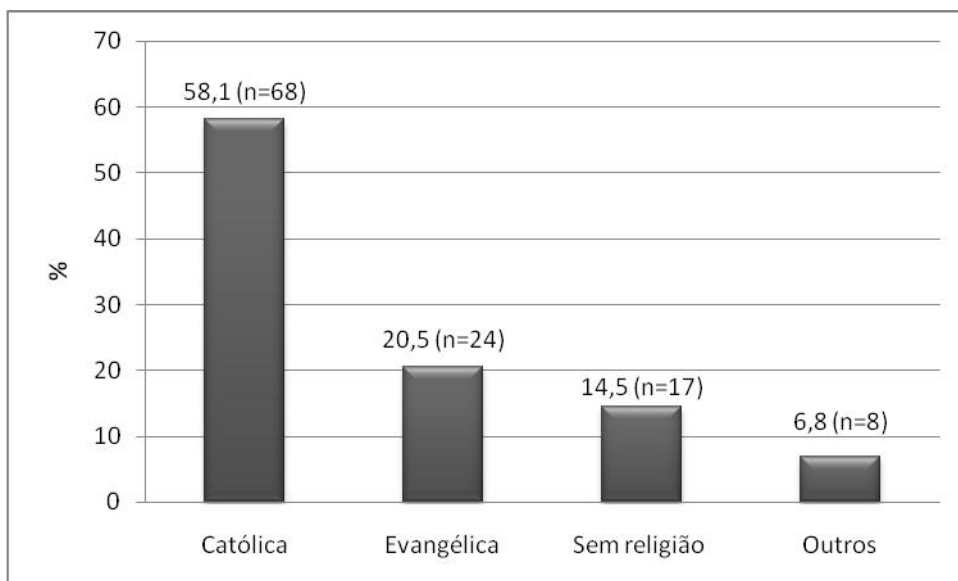
Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura 03: Grau de escolaridade das pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.



Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura 04: Renda familiar, em salários mínimos (SM), das pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.



Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura 05: Religião das pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

Para avaliar a distribuição dos antecedentes ginecológicos e obstétricos, a variável Número de Gestações apresentou significativo predomínio ( $p$ -valor  $< 0.0001$ ) da categoria multigesta (69.2%).

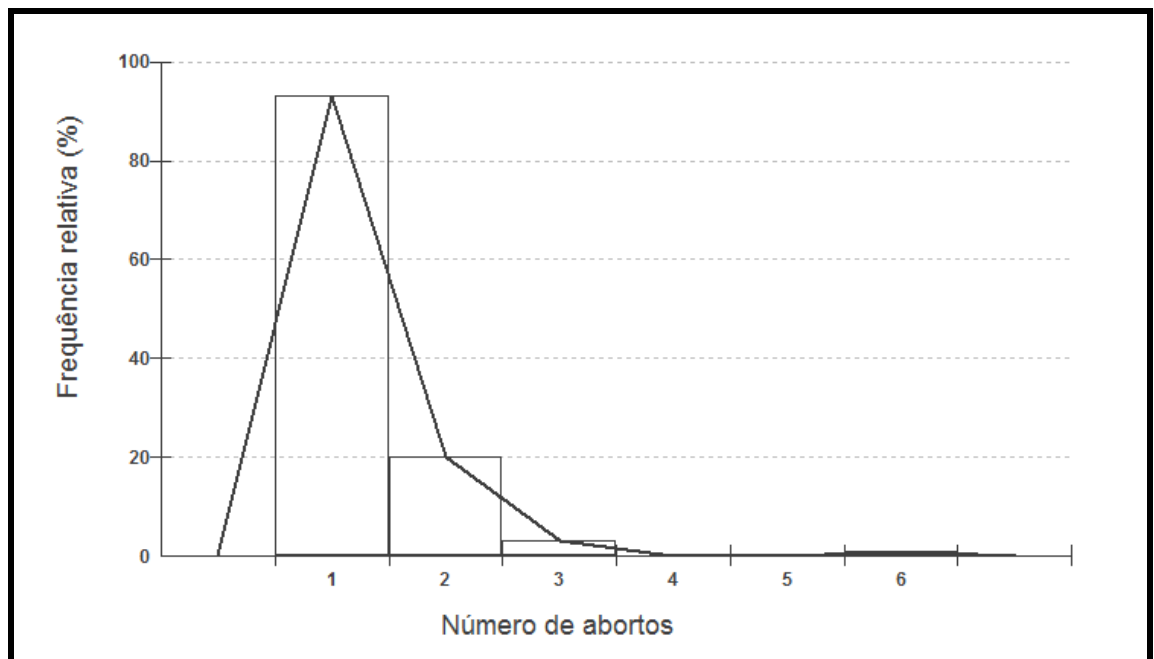
Tabela 03: Antecedentes ginecológicos e obstétricos de 117 pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

Gestações	n	%
Primigesta	36	30.8
Multigesta	81	69.2
Total	117	100

Fonte: protocolo da pesquisa.

\* p-valor <0.0001\*, teste do Qui-quadrado

Na análise da quantidade de abortamento, predomina a categoria “Primeiro abortamento” com 93 casos (79.49%), seguido de “segundo abortamento” (17.09%). O restante (3.49%) está entre o terceiro e o sexto abortamento.



Fonte: protocolo da pesquisa, p<0.0001 (teste do Qui-quadrado).

Figura 06: Distribuição do número de abortamentos de 117 pacientes pós-abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

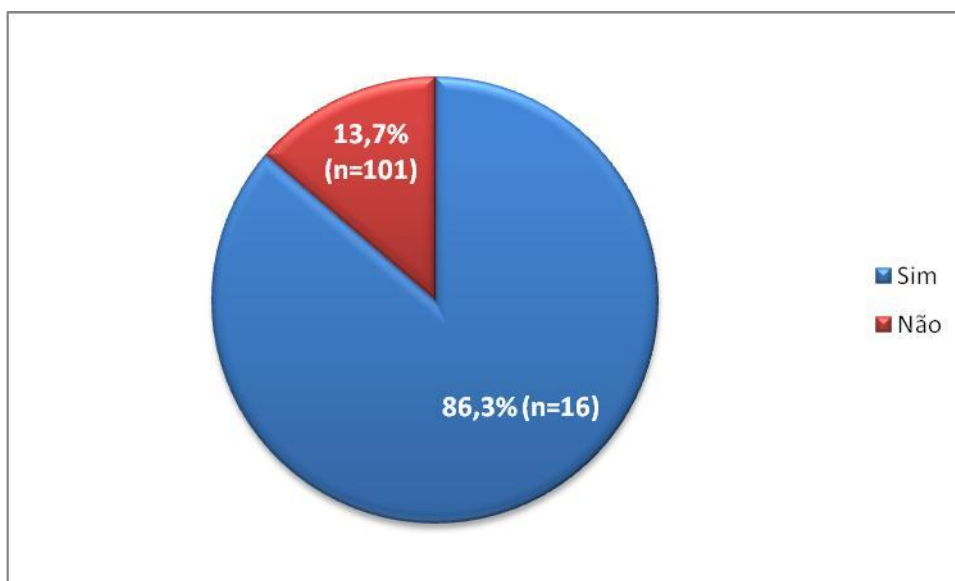
O conhecimento sobre abortamento indica que predominantemente (p-valor <0.0001\*) as pacientes sabem que o abortamento é crime (86.3%) e que em caso de estupro (47.9%) o

abortamento pode ser legalmente realizado. Dentre as que citaram outras situações tem-se anencefalia (n=7); má-formação fetal (n=9); HIV (n=2).

Tabela 04: Conhecimento sobre a legislação referente ao abortamento das 117 pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

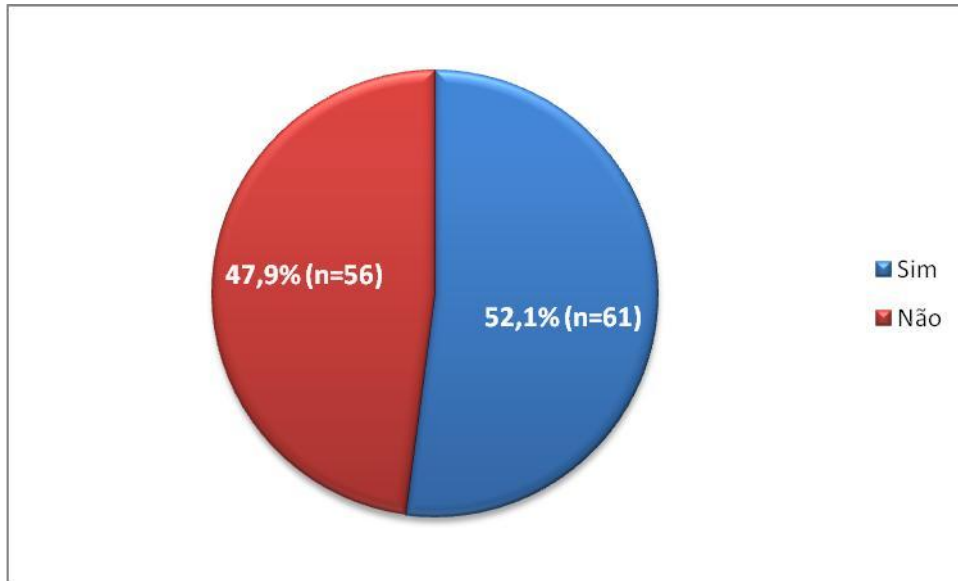
	n	%	p-valor
<b>Aborto é crime?</b>			<0.0001*
Sim	101	86.3	
Não	16	13.7	
<b>Há situação permitida?</b>			0.7115
Sim	61	52.1	
Não	56	47.9	
<b>Se sim, Que situações?</b>			<0.0001*
Estupro	56	47.9	
Risco de morte da mãe	15	12.8	
Outros	18	15.4	

Fonte: protocolo da pesquisa. \* p-valor <0.0001 (teste do Qui-quadrado)



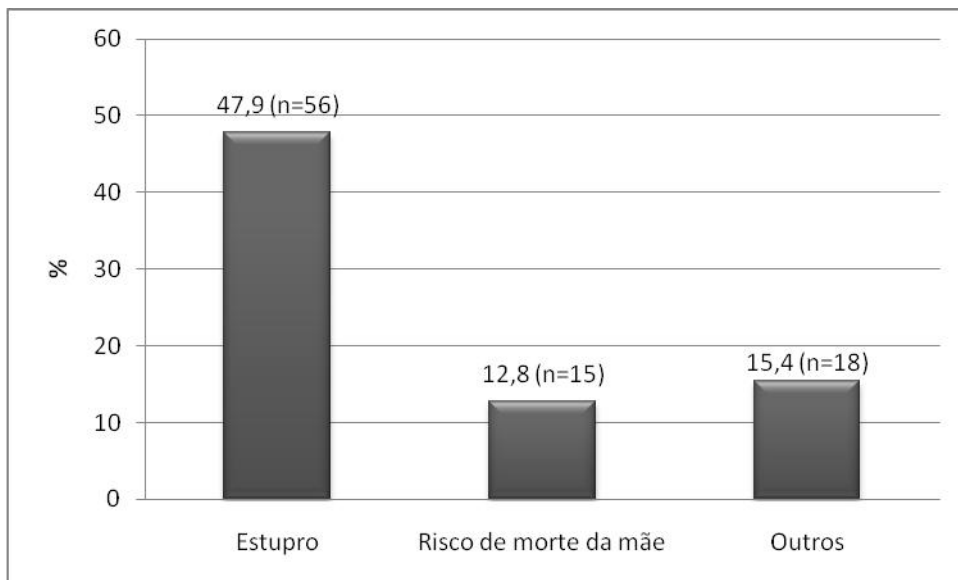
Fonte: protocolo da pesquisa. p<0.0001 (teste do Qui-quadrado)

Figura 07: Conhecimento sobre a legislação, quanto se é crime ou não, das pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.



Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.7115$

Figura 08: Conhecimento sobre legislação, quanto se há ou não situações permitidas por lei, das pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.



Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

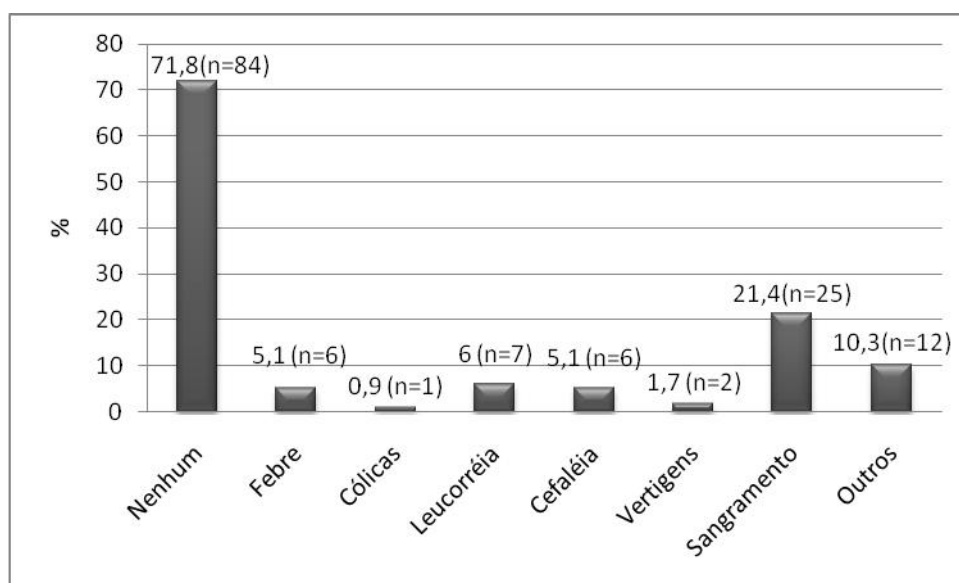
Figura 09: Conhecimento sobre legislação, quanto à(s) situações permitidas por lei para realização de abortamento (n=61), das pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

A ausência de sinais e sintomas (71,8%) é predominante ( $p$ -valor  $< 0.0001^*$ ). Dentre os outros sintomas estão a dispnéia (n=5), diarreia (n=2), lombalgia (n=3), síncope (n=2).

Tabela 05: Ocorrência de sinais e sintomas em até 48h após abortamento de 117 mulheres atendidas em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

Sintomas	n	%
Nenhum	84	71.8
Febre	6	5.1
Cólicas	1	0.9
Astenia	0	0.0
Náusea	0	0.0
Leucorréia fétida	7	6.0
Dif. Urinar	0	0.0
Cefaléia	6	5.1
Dor excessiva	0	0.0
Anorexia	0	0.0
Vertigem	2	1.7
Sangramento	25	21.4
Outros	12	10.3

Fonte: protocolo da pesquisa. p-valor <0.0001\*, Qui-quadrado



Fonte: protocolo da pesquisa. p<0.0001 (teste do Qui-quadrado)

Figura 10: Sinais e sintomas referidos pelas pacientes em até 48h após abortamento das pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

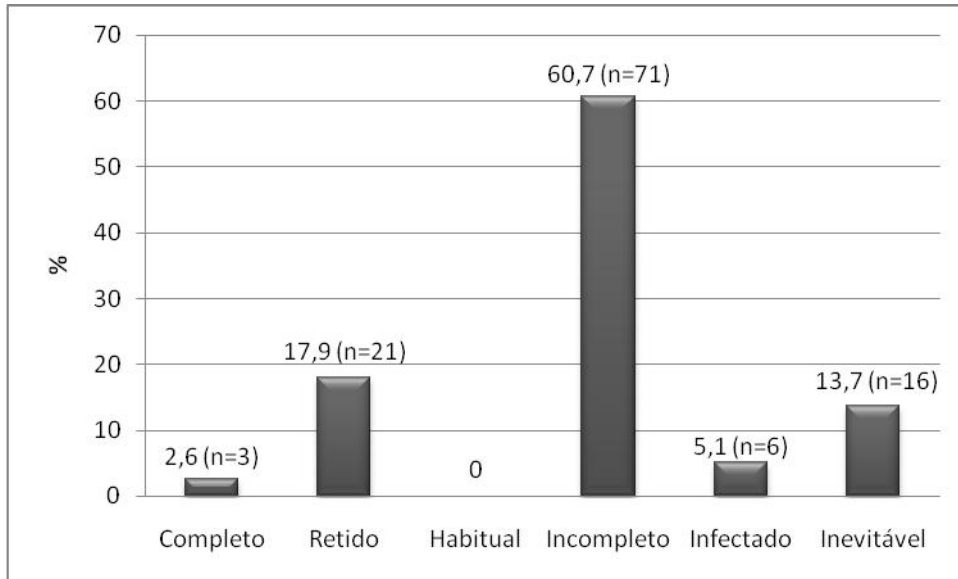
A situação do abortamento na admissão apresenta tendência significativa (p-valor <0.0001\*) para abortamento espontâneo (73.3%) e incompleto (60.7%).

Tabela06: Situação do abortamento na admissão de 117 mulheres atendidas em processo de abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

	n	%	p-valor
<b>Situação</b>			<0.0001*
Completo	3	2.6	
Retido	21	17.9	
Habitual	0	0.0	
Incompleto	71	60.7	
Infectado	6	5.1	
Inevitável	16	13.7	
<b>Tipo</b>			<0.0001*
Provocado	31	26.5	
Espontâneo	86	73.5	
<b>Idade gestacional</b>			0.5582
<12 semanas	56	47.9	
12 a 22 semanas	49	41.9	
Não sabe	12	10.3	

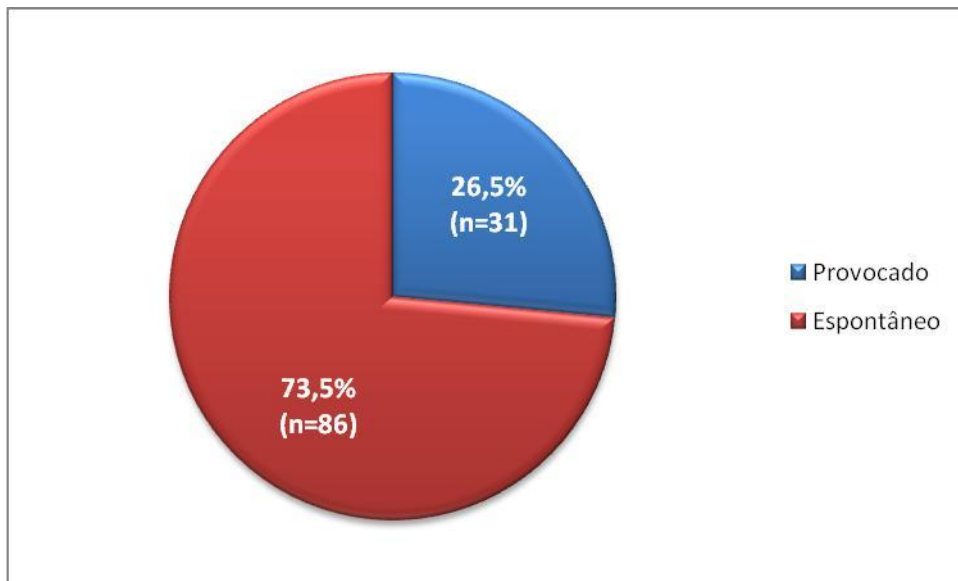
Fonte: protocolo da pesquisa.

\* Qui-quadrado



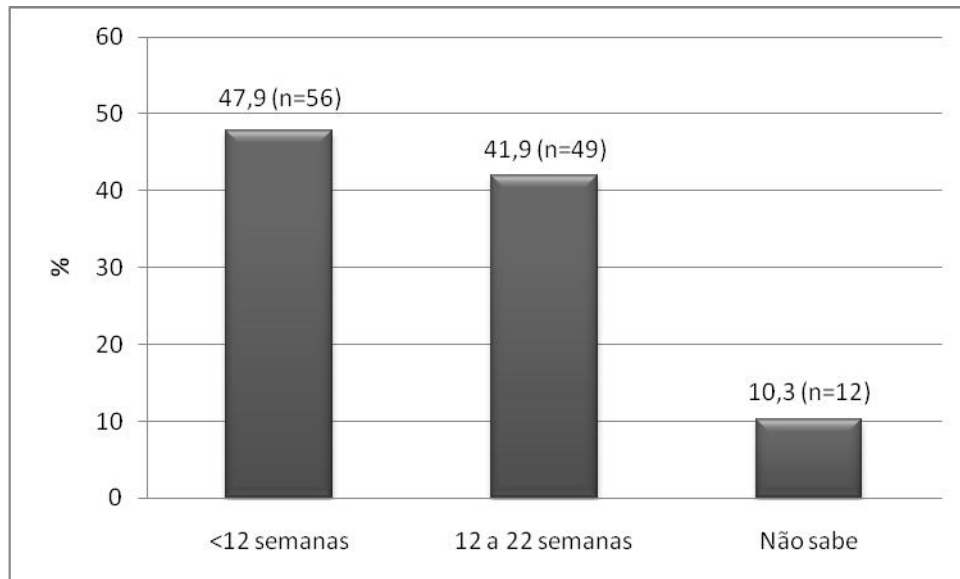
Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura 11: Tipo de abortamento, quanto à situação, em pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.



Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura 12: Tipo de abortamento em pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.



Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.5582$

Figura 13: Idade gestacional das pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

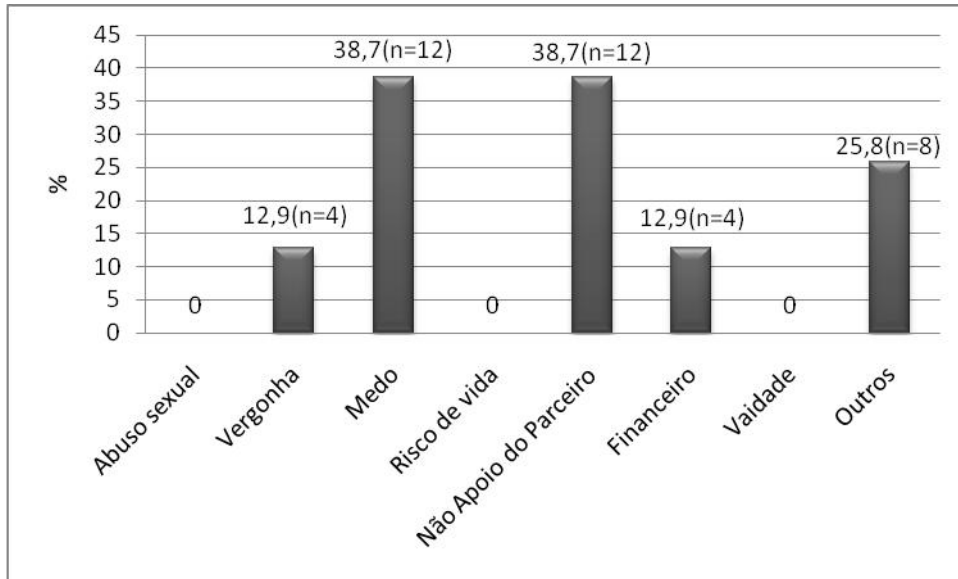
Entre os 31 (26.5%) abortamentos provocados, os motivos predominantes ( $p$ -valor  $< 0.0001^*$ ) são o medo (38.7%) e a falta de apoio do parceiro (38.7%). Dentre as pacientes que tiveram outros motivos para provocação do abortamento relata-se ignorado ( $n=3$ ), HIV ( $n=1$ ), Lupus ( $n=1$ ) e não queria atrapalhar os estudos ( $n=3$ )

Tabela 07: Características de 31 abortamentos provocados das pacientes atendidas em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

	n	%	p-valor
<b>Motivo</b>			<0.0001*
Vaidade	0	0.0	
Vergonha	4	12.9	
Medo	12	38.7	
Risco de vida	0	0.0	
Falta de Apoio do Parceiro	12	38.7	
Financeiro	4	12.9	
Violência sexual	0	0.0	
Outro	8	25.8	
<b>Método</b>			<0.0001*
Curetagem clandestina	0	0.0	
Misoprostol	26	83.9	
Introdução de objetos	1	3.2	
Chá	8	25.8	
Outros	0	0.0	

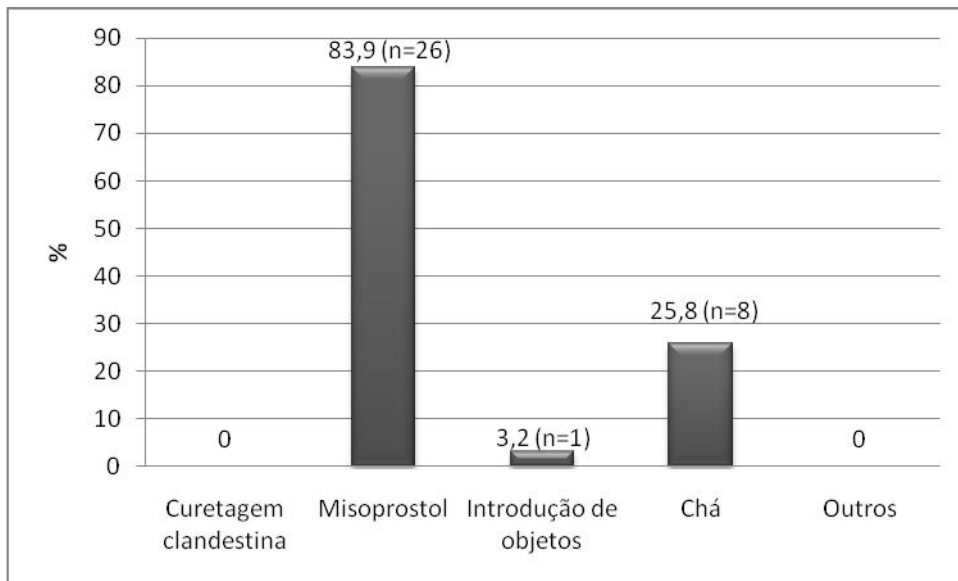
Fonte: protocolo da pesquisa.

\* Qui-quadrado



Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura 14: Motivo(s) que levaram ao abortamento provocado em pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.



Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura 15: Método(s) abortivos das pacientes por abortamento provocado em pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

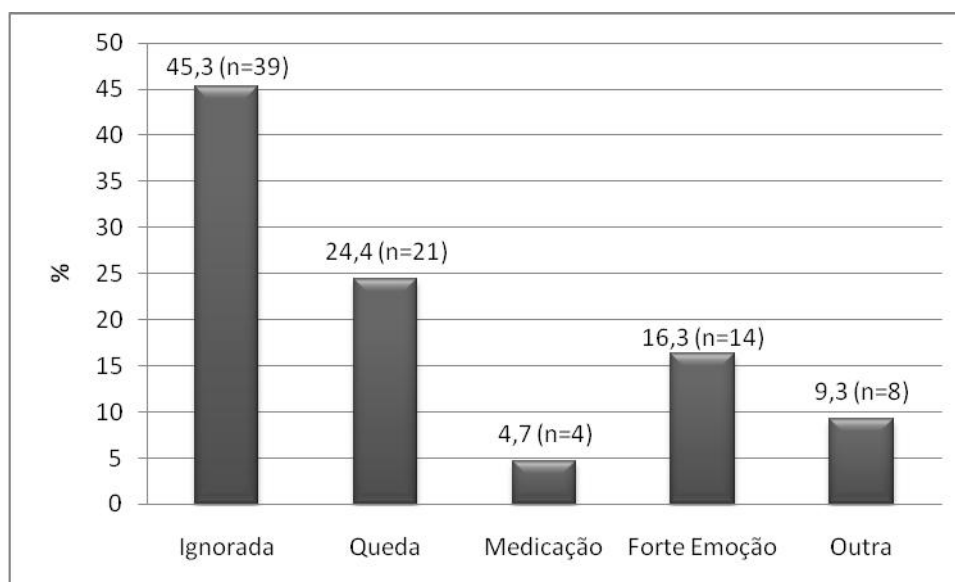
Nos abortamentos espontâneos predomina ( $p$ -valor  $< 0.0001^*$ ) a causa ignorada (45.3%). Merecem destaque: queda (24.4%) e forte emoção (16,3%). Dentre as outras causas foram incompetência Ístimo-cervical ( $n = 2$ ), acidente ( $n = 3$ ) e agressão ( $n = 3$ ).

Tabela 08: Provável causa dos 86 abortamentos espontâneos em pacientes atendidas em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

Causa	n	%
Ignorada	39	45.3
Queda	21	24.4
Infecções	0	0.0
OFIU	0	0.0
Medicação	4	4.7
Genética	0	0.0
Forte Emoção	14	16.3
Mec. Imunológico	0	0.0
D. Endócrina	0	0.0
Outro	8	9.3

Fonte: protocolo da pesquisa.

\* p-valor <0.0001, Qui-quadrado



Fonte: protocolo da pesquisa. p<0.0001 (teste do Qui-quadrado)

Figura 16: Provável causa dos 86 abortamentos espontâneos em pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

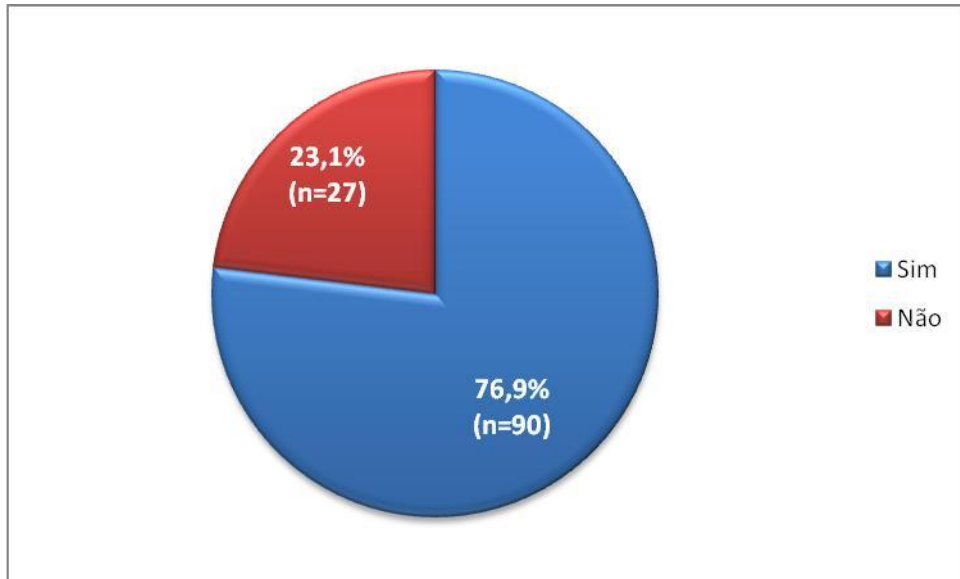
O uso de contraceptivos são características predominantes, todas com p-valor <0.0001\*, altamente significante: Usam contraceptivos do tipo anticoncepcional hormonal (42.7%) e parou de usar por esquecimento (34,2%).

Tabela 09: Uso de contraceptivos de 117 mulheres atendidas em processo de abortamento em hospital do interior do Pará de junho 2010 a junho 2011.

	n	%	p-valor
<b>Uso de Contraceptivos</b>			<0.0001*
Sim	90	76.9	
Não	27	23.1	
<b>Método</b>			<0.0001*
A. Hormonal	50	42.7	
DIU	0	0.0	
C. Interrrompido	6	5.1	
Condom	40	34.2	
Ogino-Knauss	1	0.9	
Outro	0	0.0	
<b>Porque parou de usar?</b>			<0.0001*
Descuido	32	27.4	
Esquecimento	40	34.2	
Vaidade	0	0.0	
D. Financeira	4	3.4	
Desejo de engravidadar	18	15.4	
Outro	0	0.0	

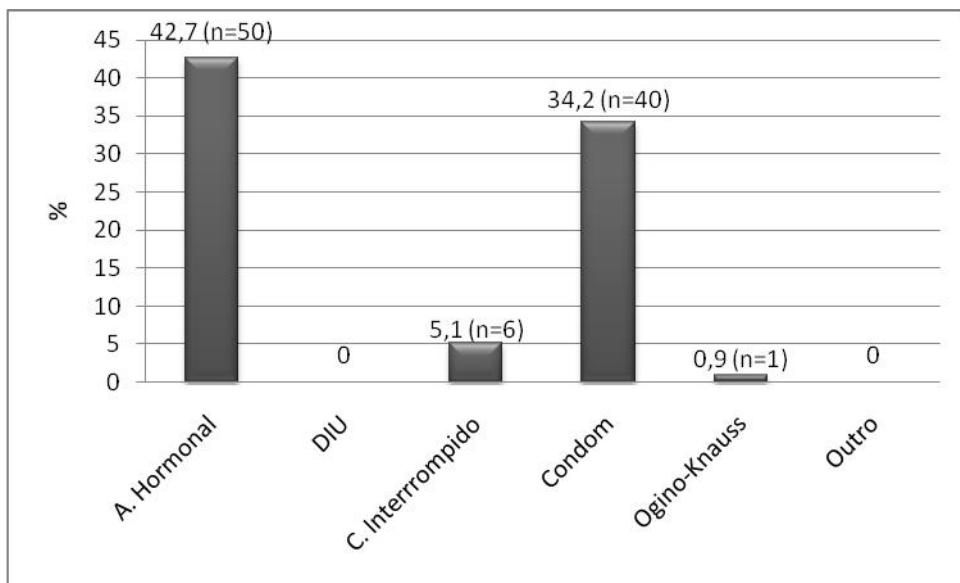
Fonte: protocolo da pesquisa.

\* Qui-quadrado



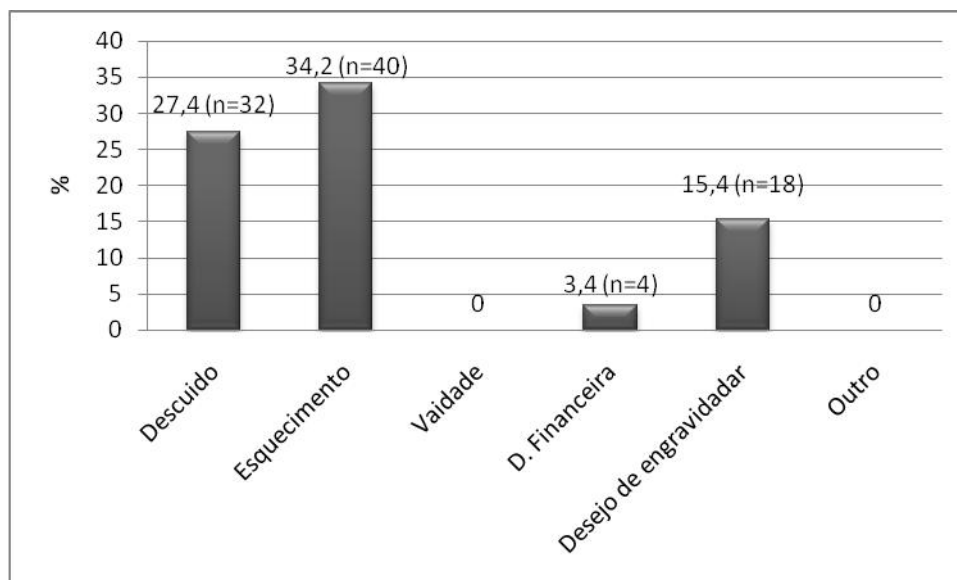
Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura 17: Incidência de uso de contraceptivos entre pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.



Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura 18: Métodos contraceptivos mais utilizados das pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.



Fonte: protocolo da pesquisa.  $p < 0.0001$  (teste do Qui-quadrado)

Figura 19: Motivo por qual parou o método contraceptivo das pacientes pós abortamento em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a julho de 2011.

A escolaridade é fator que tem significativa associação ( $p$ -valor = 0.0449\*) com o abortamento. No abortamento provocado predomina a ocorrência de ensino médio (58.1%) e no abortamento espontâneo predomina o ensino fundamental (50%).

Tabela 10: Distribuição da ocorrência de abortamento provocado conforme a escolaridade das pacientes atendidas em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

	Provocado		Espontâneo	
	n	%	n	%
Analfabeto	2	6.5	5	5.8
Fundamental	7	22.6	43	50.0
Médio	18	58.1	34	39.5
Superior	4	12.9	4	4.7
Total	31	100.0	86	100

Fonte: protocolo da pesquisa. \* Qui-quadrado

A situação do processo de abortamento tem significativa associação (p-valor = 0.0029\*) com o tipo de abortamento. No abortamento provocado predomina o tipo incompleto (77.4%) ocorrendo em maior proporção que no abortamento espontâneo (54.7%).

Tabela 11: Distribuição da situação do abortamento provocado conforme o tipo em pacientes atendidas em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

	Provocado		Espontâneo	
	n	%	n	%
Completo	0	0.0	3	3.5
Incompleto	24	77.4	47	54.7
Retido	0	0.0	21	24.4
Infectado	4	12.9	2	2.3
Inevitável	3	9.7	13	15.1
Total	31	100.0	86	100.0

Fonte: protocolo da pesquisa. \* Qui-quadrado = 0.0029

Nos abortamentos provocados (n=31) a média de idade é 23.5±4.4 anos, nos abortamentos espontâneos (n=86) a média de idade é 23.7±6.7 anos, não houve diferença significativa entre eles (p-valor = 0.7458\*) pelo teste t de Student.

Tabela 12: Cruzamento da variável faixa etária (anos) versus tipo de abortamento em pacientes atendidas em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

	Provocado		Espontâneo	
	n	%	n	%
10 a 14	0	0.0	3	2.6
15 a 19	7	6.0	27	23.0
20 a 29	23	19.6	39	33.3
30 a 39	1	0.9	14	12.0
40 a 49	0	0.0	3	2.6
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>26.5</b>	<b>86</b>	<b>73.5</b>

Fonte: protocolo da pesquisa. \* Student = 0.7458

A distribuição da idade conforme o tipo de método contraceptivo foi analisado pela ANOVA, a qual resultou no p-valor = 0.0037\*, onde a real diferença foi encontrada entre as usuárias de anticoncepcional hormonal (25.5±5 anos) e coito interrompido (21.5±5.9 anos). As usuárias de condom (22.6±5.3 anos) não apresentaram diferença significativa quando comparada com outros, ou com as que não usavam (22.18.5).

Tabela 13: Cruzamento da variável faixa etária (anos) versus métodos contraceptivos em pacientes atendidas em hospital do interior do Pará de junho de 2010 a junho de 2011.

	Hormonal		DIU		Condom		Tabela		Coito interrompido		Não usava	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10 a 14	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	3,51%
15 a 19	10	11,7%	0	0%	14	16,38%	0	0%	3	3,51%	10	11,7%
20 a 29	31	36,27%	0	0%	20	23,4%	1	1,17%	2	2,34%	10	11,7%
30 a 39	9	10,53%	0	0%	6	7,02%	0	0%	1	1,17%	1	1,17%
40 a 49	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	3,51%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>59,67%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>40</b>	<b>46,8%</b>	<b>1</b>	<b>1,17%</b>	<b>6</b>	<b>7,02%</b>	<b>27</b>	<b>31,59%</b>

Fonte: protocolo da pesquisa. \*ANOVA p-valor = 0.0037

## 5. DISCUSSÃO

As gestações não planejadas e os abortamentos provocados em grande parte estão relacionados ao atraso cultural, à paternidade irresponsável, ao uso inadequado de métodos anticoncepcionais, à falta de educação sexual e à gravidez na adolescência, atribuídos a precariedade da situação pessoal, condições de vida diante da urbanização desenfreada, até as carências de programas educativos e de planejamento reprodutivo (NADER et. al., 2008).

Segundo Adesse e Monteiro, 2007, as regiões norte e nordeste são as que mais sofrem com essa situação, apresentando uma maior taxa de fecundidade e maior risco de abortamento inseguro. Dessa maneira, procurando evidenciar essa desigualdade social, a pesquisa foi desenvolvida no Hospital Municipal de Tailândia-PA (HMT), uma instituição pública onde é realizada assistência a gestantes, parturientes, puérperas do município de Tailândia e regiões vizinhas.

Tailândia é um município brasileiro do estado do Pará localizado a 260 quilômetros da capital estadual Belém, faz parte da mesorregião do Nordeste Paraense, mais propriamente da microrregião de Tomé-Açu, limitando-se ao norte com o município de Acará, a leste de Tome-Açú, ao sul com São Domingos do Capim e, a oeste, com o município de Mojú. O município tem 55.755 habitantes (2006) e 4476 km<sup>2</sup> (CARACTERÍSTICAS...,2009).

Nesta análise houve prevalência das pacientes com idades entre 20 e 29 anos, seguidas pelas abaixo de 20 anos de idade, o que foi compatível com diversos estudos (BRASIL, 2008; BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009; CHAVES et al. 2011; RAMOS; FERREIRA; SOUZA, 2010; SCHOR, 1990). Não deve ser descartada a hipótese de omissão pelas mulheres mais jovens (CECATTI et al., 2010; SILVA, 1993). No mais, além das notificações, pode-se mensurar, cogitando-se que quanto maior a idade, maior o tempo de exposição à gravidez e ao aborto (CECATTI et al., 2010).

Na relação entre faixa etária e abortamento provocado verificou-se ainda maior incidência entre as pacientes de 20 a 29 anos, seguidas pelas pacientes abaixo de 20 anos como observado em outros trabalhos (BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009; FONSCECA et al., 1996; SORRENTINO; LEBRÃO, 1995; RAMOS; FERREIRA; SOUZA, 2010).

Provavelmente porque existe maior probabilidade das mulheres nessa faixa de idade (20 a 29 anos) serem casadas, sexualmente ativas e férteis, resultando em elevadas taxas de gravidez, onde buscam o abortamento tanto para espaçar os partos, quanto para parar de ter filhos (BANKOLE; SINGH; HAAS, 2001).

Todavia, contrapõe-se a outros estudos que evidenciaram uma maior porcentagem de pacientes adolescentes que fizeram uso de algum método para interromper a gestação, quando comparadas com a porcentagem de adultas, supõe-se que esse dado seja pelo o fato das adolescentes serem mais internadas devido a complicações do que a mulher adulta (SOUZA et al., 1999; FUSCO et al. 2008) e ainda outros relataram que as interrupções das gestações aumentavam linearmente com a idade (OLINTO; FILHO, 2006; CECATTI et al., 2010).

Das 117 pacientes entrevistadas com diagnóstico de abortamento tanto espontâneo quanto provocado a maioria era católica, renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos, igualmente como observado em um estudo realizado por Botelho, Souza e Araújo (2009) na instituição de referência em Ginecologia e Obstetrícia no estado do Pará e região Norte (Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará) e em outras análises (BRASIL, 2008; FUSCO et al. 2008). No entanto, em outro estudo concluiu ser a religião católica um fator protetor para a interrupção da gravidez (CECATTI et al., 2010) e para Olinto e Moreira Filho (2006) o fato da paciente ser atéia acrescia em 100% o risco de abortamento, confrontado com mulheres de religião católica.

No presente estudo, a maioria absoluta das pacientes analisadas eram solteiras, assim como em outros estudos (BRASIL, 2010; MENEZES; AQUINO, 2009; FONSCECA et al., 1996). Agrupando-se as pacientes com união estável e casadas, compara-se ao estudo realizado por Botelho, Souza e Araújo (2009) onde observou-se uma incidência maior de mulheres em união estável (casadas legalmente e aquelas que moram com companheiro), seguida por uma minoria solteira.

O perfil educacional é um tema com difícil simplificação, pois o parâmetro escolaridade é um dado bastante diversificado. Alguns estudos agrupam mulheres analfabetas e mulheres que cursaram o ensino fundamental, outros segmentam os grupos por anos de estudos declarados (BRASIL, 2008).

Apesar de ter havido um acréscimo no número de anos na escola e uma significativa diminuição da quantidade de mulheres analfabetas nos últimos vinte anos (BRASIL, 2010). Os estudos de Menezes e Aquino (2009) e Fonsceca et al. (1996) evidenciou um grau baixo de escolaridade semelhante a esta casuística, onde foi encontrado a maioria (mais de 48%) das pacientes entre analfabetas e ensino fundamental, o que não observou-se no estudo de Botelho, Souza e Araújo (2009), o qual foi igual o número de pacientes com ensino fundamental e médio.

Nesse estudo, verificou-se que a maioria das pacientes pós-abortamento fazia uso de métodos contraceptivos, sendo o anticoncepcional oral o método mais utilizado, o que induz à suposição de que estes métodos falharam. Porém, a inadequada utilização do método pode ter influenciado os resultados; e sendo o preservativo masculino o segundo método encontrado no estudo de Botelho, Souza e Araújo (2009).

Quando questionadas sobre o motivo de ter parado o uso do método anticoncepcional, a maioria alegou esquecimento e descuido, demonstrado que em geral, as mulheres referem conhecer o uso da pílula contraceptiva e condom masculino, embora quando se avalia a qualidade da informação, verifique-se uma menor proporção de conhecimento adequado (ESPEJO et al., 2003). Como foi encontrado no estudo de Silva e Vieira (2009), esse conhecimento limitado somado à falta de programas nacionais contribui para o uso inadequado dos métodos contraceptivos, favorecendo ao abortamento inseguro.

Ao relacionar o uso de métodos contraceptivos e a idade das pacientes, constatou-se que a média da idade das pacientes que faziam uso de anticoncepcional hormonal foi de 25 anos, sendo pouco utilizado em adolescentes, que geralmente fazia uso de preservativos, coito interrompido ou não fazia uso de nenhum método contraceptivo, o que contribui para os elevados índices de abortamento inseguro no Brasil (BRASIL, 2008; FUSCO et al. 2008; FONSCCECA ET AL, 1998; ADESSE; MONTEIRO, 2007).

Para avaliar os antecedentes ginecológicos e obstétricos quanto ao número de gestações, deparou-se com significativo predomínio da categoria multigesta com quase 70% (n=81) dos casos, o que poderia dar a entender que as mulheres, de uma maneira geral, procuram o abortamento após a primeira gestação (CHAVES et al. 2011), dado que leva até a inferir que o abortamento é um instrumento de planejamento reprodutivo importante para as

mulheres com filhos, quando os métodos contraceptivos falham ou não são utilizados adequadamente (BRASIL, 2008).

Quanto à ocorrência de abortamento prévio, verificou-se que quase 80% (n=93) dos casos estavam no primeiro abortamento, como no estudo de Ramos, Ferreira e Souza (2010), outro estudo (FONSECA, 1998) verificou que apenas 48,3% das mulheres relataram abortamento e Chaves et al. (2011) verificou que a maioria tinha história anterior de abortamento.

Nessa casuística, quando analisado o conhecimento da legislação vigente sobre o abortamento, a maioria das pacientes sabe que abortamento é crime, no entanto permanece uma pequena parcela que desconhece totalmente essa legislação, demonstrando a falta de conhecimento sobre o tema (BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009).

Quando indagadas sobre em quais circunstâncias o abortamento poderia ser legalizado, menos da metade referiu em caso de estupro, e pouco mais de 10% mencionaram risco de morte da mãe, ratificando o desconhecimento desse assunto por parte da população estudada. Foram encontrados poucos estudos que avaliassem o conhecimento da legislação sobre abortamento em paciente pós-abortamento.

Durante a pesquisa nenhuma paciente entrevistada internou-se para provocar o abortamento, respaldadas pela lei, por motivo de violência sexual. Isso não indica, entretanto, que a violência é reduzida, ao contrário, a criminalidade é crescente no Brasil, sendo a terceira principal causa de mortalidade global neste país, só ficando atrás das mortes por doenças do aparelho circulatório e neoplasias (FILHO et al., 2007).

Tal fato provavelmente ocorre pelo desconhecimento quanto às circunstâncias em que abortamento pode ser legalizado, que protege a mulher vítima de estupro, e também pela vergonha, religiosidade, princípios e cultura (BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009).

Nesse estudo foi encontrada uma prevalência bem maior de abortamento espontâneo em relação ao abortamento provocado, como de acordo com os vários estudos realizados sobre o tema (SORRENTINO; LEBRÃO, 1998; BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009, FONSECA W. et al., 1998, FUSCO et al., 2008, NADER et al., 2008). No entanto, a diferença

é menor entre os tipos de abortamento quando o estudo é realizado com questionários auto preenchidos, o que pode minimizar omissões (FUSCO et al.,2008). Assim, mesmo esclarecendo as entrevistadas sobre o sigilo da pesquisa, é possível que os dados estejam subestimados. Somado a isso, quando questionadas sobre as causas de abortamento espontâneo, muitas apontaram quedas, forte emoções e medicações como provocadoras, justificativas que podem ter sido utilizadas para a omissão (SOUZA; ARAÚJO, 2009).

O fato é que aspectos culturais, religiosos, legais e morais podem inibir as mulheres a declararem seus abortamentos, dificultando o cálculo da sua magnitude (BRASIL, 2010). Nos locais onde o abortamento é permitido por lei, os registros são mais confiáveis do que nos lugares onde o ato é ilegal (CORREIA et al., 2011) O problema pode ser maior quando considera-se a subnotificação, pois as mulheres em situação de abortamento incompleto ou complicações decorrentes de aborto sentem-se geralmente constrangidas ou têm medo de declarar o procedimento nos serviços de saúde (ADESSE; MONTEIRO, 2007).

Dessa maneira a investigação do abortamento deve manter um cuidado metodológico específico, apresentando implicações éticas no manejo do tema devido a esse complexo conjunto de aspectos envolvendo questões legais, econômicas, psicológicas, de cunho moral e religioso, sendo objeto de forte sanção social, principalmente no contexto da ilegalidade (ADESSE; MONTEIRO, 2007; MENEZES; AQUINO, 2009).

Quanto ao tipo de abortamento, houve predomínio do abortamento incompleto na casuística total estudada, assim como foi encontrado em outras pesquisas (BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009; VIEIRA, et al, 2007). No entanto, a forma clínica de menor incidência foi o abortamento completo, diferente do que foi encontrado por Vieira et al (2007) que evidenciou o abortamento retido como forma menos prevalente. Outro ponto relevante na pesquisa foi que dentro dos abortamentos provocados, houve um predomínio do abortamento incompleto, ocorrendo em maior proporção que no abortamento espontâneo.

A prevalência do abortamento provocado entre as mulheres de maior nível de escolaridade se contrapõe quando comparados com outros estudos (BRASIL, 2010; CECATTI et al., 2010; FUSCO, et al., 2008). Os dados encontrados nesta análise implica em supor um maior conhecimento dos métodos abortivos. Podem também ter motivação mais forte a provocação a fim de chegar a um tamanho menor de família e de prevenir nascimentos

não planejados, considerando o maior custo-oportunidade para elas (em termos de emprego e renda) (BANKOLE; SINGH; HAAS, 2001). Pode-se ainda relacionar, no presente estudo, com uma maior incidência de abortamento induzido em mulheres na idade entre 20 e 29 anos de idade, levando a pensar, devido a uma maior idade em um maior tempo de estudo.

As mulheres mais jovens e com maior nível educacional, podem interromper uma gravidez não planejada para concluir a sua educação ou aumentar a sua experiência de trabalho antes de estabelecer família; as mulheres mais idosas, e provavelmente menos instruídas, podem obter um abortamento porque já têm prole desejada (BANKOLE; SINGH; HAAS, 2001).

Quanto aos fatores que motivaram essas mulheres a provocação do abortamento foram apurados nesta tese a falta de apoio do parceiro e o medo com igual significância, 38,7 % cada, compatível com o que foi relatado por Nader et al. (2008), levando assim a concluir a importância do apoio e participação do homem na vida reprodutiva e planejamento familiar, sendo o fato da mulher ter uma união estável um fator protetor para a indução do abortamento. Em relação ao medo observa-se nos relatos de Correia, et al. (2011) o maior incentivo para a indução, principalmente entre as mulheres mais jovens que são sustentadas pelos pais e solteiras, o que leva ao medo da opressão dentro de casa e pela sociedade por serem mães solteiras. A apuração desta tese foi seguida de dificuldade financeira e vergonha com 12,9% cada, no entanto houveram pacientes com motivos sobrepostos. Entretanto no trabalho de Botelho, Souza e Araújo (2009) e Souza et al. (1999) a dificuldade financeira veio em primeiro lugar, seguida pela falta de apoio do parceiro.

No atual estudo, o abortamento foi provocado em 83,9% pelo uso de misoprostol, assim como achados em distintas pesquisas (BOTELHO; SOUZA; ARAÚJO, 2009; BRASIL, 2008; CHAVES et al. 2011; HUMBERTO et al., 2010; RAMOS; FERREIRA; SOUZA, 2010). Medicamento bastante conhecido para este fim, por ser um método abortivo eficiente, relativamente barato e com menores riscos à saúde da mulher. As mulheres optavam pelo misoprostol como método abortivo devido à privacidade, segurança e recusa ao abortamento em clínicas privadas (BRASIL, 2008).

Em relação aos sinais e sintomas 48 horas após o método abortivo, a maioria das pacientes se mostraram assintomática, como também foi verificado por Botelho, Souza e

Araújo (2009) e Fonseca et al (1998). Pouco mais de 5% das pacientes apresentaram febre e leucorréia, demonstrando sinais de infecção, que é uma das complicações freqüentes, variando de 0,1 a 5%, sendo maior o risco quanto maior for a idade gestacional (PIMENTA, 2010).

O sangramento foi um dos sinais mais encontrados durante as 48 horas após abortamento, considerado como um processo normal devido ao procedimento de curetagem ao qual as pacientes foram submetidas. Não houve nenhum caso de hemorragia uterina com repercussão hemodinâmica que tenha necessitado de transfusão, demonstrando a sua baixa incidência, como foi encontrado por Pimenta (2010).

Não foi verificado nenhum caso de óbito materno ou sintomas graves durante a pesquisa, o que pode estar relacionado com a mudança do perfil da morbimortalidade por abortamento induzido e o uso de misoprostol como método abortivo (BRASIL, 2008).

Pode-se observar que durante a entrevista as pacientes demonstravam certa ansiedade e vontade para receber alta hospitalar, o que pode ter influenciado na respostas sobre sinais e sintomas que apresentavam durante o período de até 48 horas após abortamento, simulando uma melhora e diminuindo assim o seu período de internação.

Não se descarta a possibilidade de subnotificação devido aos aspectos culturais, religiosos, legais e morais que inibem as mulheres a declararem seus abortamentos. Esses números podem ser ainda maiores quando levado em conta os abortamentos precoces que muitas vezes são confundidos como irregularidade menstrual, os abortamentos que ocorrem em clínicas clandestinas e os casos em que as mulheres usaram o misoprostol e abortaram em casa, pois a pesquisa foi conduzida com mulheres que chegaram ao hospital em processo de abortamento.

## **6. CONCLUSÃO**

As pacientes internadas por abortamento em hospital no interior do Pará caracterizaram-se por idade de 13 a 42 anos, com média de  $24 \pm 6$  anos, solteiras, cursando ou cursaram o ensino fundamental ou médio, apresentaram renda familiar entre 2 e 3 SM e eram católicas.

Dentro dos aspectos reprodutivos, eram multigesta e não apresentaram história de abortamento prévio. Usaram contraceptivos do tipo anticoncepcional hormonal e pararam de usar por esquecimento.

Na admissão, o diagnóstico do abortamento foi espontâneo e incompleto. Nos abortamentos espontâneos predominou a causa ignorada e mereceram destaque: queda e forte emoção. Entre os abortamentos provocados os motivos predominantes foram o medo e a falta de apoio do parceiro. No abortamento provocado predominou o tipo incompleto e ocorreu em maior proporção que no abortamento espontâneo. Em relação ao quadro clínico 48 horas após o método abortivo predominaram a ausência de sinais e sintomas.

Elas sabiam que abortamento é crime e que em caso de estupro pode ser legalmente realizado.

## REFERÊNCIAS

ADESSE, L.; MONTEIRO, M. F. G. **Magnitude do aborto no Brasil:** aspectos epidemiológicos e sócio-culturais Instituto de Medicina Social – IPAS Brasil, 2007. Disponível em: <<[http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh\\_mag.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf)>> Acesso em: 18 Nov. 2009.

AYRES, M.; AYRES JR, M.; AYRES, D. L.; SANTOS, A. de A. S. Dos. **BioEstat 5: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas.** 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2007. 361 p.

BANKOLE A.; SINGH S.; HAAS T. Características de mulheres que obtêm aborto induzido: uma revisão a nível mundial. **Perspect Intern Planej Fam** [periódico na Internet]. p.10 – 19, 2001. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2701001p.pdf>>

BOTELHO, N.M; SOUZA, D.C.; ARAÚJO, S.G. **Perfil clínico-epidemiológico das mulheres pós abortamento em Hospital de referência – Belém-Pará.** Belém, 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento.** Brasília: MS, 2005. N. 4 Disponível em:< <http://www.saude.gov.br> >. Acesso em 08 de Nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico Pré-Natal e Puerpério. **Atenção Qualificada e Humanizada,** Brasília: MS, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência. **Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisa no Brasil.** Brasília:MS, 2008. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto\\_e\\_saude\\_publica\\_vs\\_preliminar.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto_e_saude_publica_vs_preliminar.pdf)>. Acesso em: 15 Nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento,** Brasília: MS, 2010. p. 17-22

BRASIL. Ministério da Saúde. . Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Morbidade Hospitalar do SUS - por local de internação.** Brasília: MS, 2011. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 12 jun. 2011

**CARACTERÍSTICAS** da Região - Prefeitura Municipal de Tailândia, 2009. Disponível em: <<http://www.portaltailandia-pa.com/index.php?page=tailandia/tailandia>>, 2009 Acesso em: 10 ago. 2011

CECATTI, J.G. et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 3, p. 105-11, 2010

CHAVES, J. H. B. et al. O abortamento incompleto (provocado e espontâneo) em pacientes atendidas em maternidade do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Clínica Médica**, São Paulo, v.9, n.3, p.189-194, mai-jun. 2011

CHAVES, J. H. B. et al. Abortamento provocado e o uso de contraceptivos em adolescentes. **Rev. Bras. Clínica Médica**, São Paulo, v. 9, n.3, p. 94-100, marc. 2010

CORREIA, D. S. et al. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil) **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5 p. 2469-2476, 2011

ESPEJO X. et al. A dequação do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais entre mulheres de Campinas, São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37 n. 5, p. 583-90, 2003

FILHO, A.M.S. et AL. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.16, n.1, p, 7-18, mar 2007

FONSECA W. et al. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.279-286, abr-jun. 1998

FUSCO, C. L. B. et al. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 78-88, 2008

LOUREIRO, D. C.; VIEIRA, E.M. Aborto: conhecimento e Opinião de Médicos dos Serviços de Emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 679-688, maio/jun. 2004.

MARIUTTI, M.G.; ALMEIDA, A.M.; PANOBIANCO, M.S. Nursing care according to women in abortion situations. **Revista Latino americana de Enfermagem**, 2007; 15:20-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/v15n1a04.pdf>> Acesso em: 17 Nov. 2009.

McCALLUM, C.A.; REIS, A.P.; MENEZES, G.M.S. O atendimento ao aborto em uma unidade pública de saúde: as perspectivas de jovens usuárias e profissionais de saúde. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero 7** [CD-ROM]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Estadual de Santa Catarina; 2006

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 Nov. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2009001400002.

MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M. L.; SILVA, D. O. Aborto provocado na juventude: desigualdades sociais no desfecho da primeira gravidez. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 22, n.7, p.1431-1446, 2006

MORSE, M. L. et al . Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Apr. 2011

MOTTA, I. S. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher". **Revista Brasileira Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 2, Junho 2005 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292005000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200011&lng=en&nrm=iso)>. acesso em: 17 Nov. 2009.

NADER, P., R., A. et al. Aspectos sociodemográficos e reprodutivos do abortamento induzido de mulheres internadas em uma maternidade publica. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 4, p. 699-705, dez., 2008

OLINTO, M.T A., FILHO, D.C.M. Fatores de risco e preditores para o abortamento induzido: estudo de base populacional. Cad. Saúde Publica. V. 22, n. 2, p. 365-375, fevereiro de 2006. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/14.pdf>>. Acessado em 30 de junho de 2011.

PIMENTA, E.S.T., **Causas e Conseqüências do Abortamento Induzido**. Porto, 2010. Mestrado Integrado de Medicina, Faculdade de Medicina Universidade do Porto. Porto, PORTUGAL, 2010

RAMOS, K. S.; FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.44, n.3, p. 605-610, 2010

RODRIGUES, M.M.L.; HOGA, L.A.K. Aborto espontâneo e provocado: sentimentos vivenciados pelos homens. **Rev. Brasileira de Enfermagem – REBEn**, v.19, n.1, p. 14-19, jan-fev 2006.

SCHOR, N. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v.24, n.2, p.144-151, 1990

SILVA, R.S. O uso da Técnica de Resposta ao Azar (TRA) na Caracterização do aborto ilegal. **Rev. Bras. Estudos Pop.** Campinas, v. 10(1/2) p. 41-56, 1993.

SILVA, R. de S. e; VIEIRA, E. M. Frequency and characteristics of induced abortion among married and single women in São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, Jan. 2009

SORRENTINO, S. R.; LEBRÃO, M. L. Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995. **Rev. Bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 256-267, 1998

SOUZA, K.V.; ALMEIDA, M.R.C.B.; SOARES, V.M.N. Perfil da Mortalidade Materna por Aborto no Paraná: 2003-2005. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, v.12, supl.4, p.741-749, Dez. 2008

SOUZA et al. Epidemiologia do Abortamento na Adolescência. **Rev. Bras. de Ginecologia e Obstetrícia** v. 21, n. 3, p. 161 – 165, 1999.

VALONGUEIRO, S. Mortalidade (Materna) por Aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação. **Anais ABEP**, 2000. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20%28Materna%29%20por%20Aborto%20-%20Fontes,%20M%C3%A9todos....pdf>> Acesso em: 15 Nov. 2009.

VIEIRA, L.M ; GOLDBERG, T.B.L. ; SAES, S.O. ; DÓRIA, A.A.B. abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.5, p. 1201-1208. Out 2007.

## APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

INSTITUTO DE CIÊNCIAS E SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

**Pesquisa:** ASPECTOS CLINICO-EPIDEMIOLOGICOS DAS MULHERES PÓS ABORTAMENTO EM HOSPITAL DO INTERIO DO PARÁ

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução Nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezada Senhora,

Você foi convidado para participar da pesquisa Estudo do perfil clínico-epidemiológico de mulheres pós-abortamento em Hospital do interior do Pará. Esta pesquisa está sendo realizada pelos discentes Nicolas Resende, CPF: 013.096.133-70, RG: 84543897-2 e Wagner Pedro Rodrigues da Silva, CPF: 005.306.331-75, RG: 4366240, alunos do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, sob orientação da Profª. Drª. Nara Macedo Botelho, como Trabalho de Conclusão de Curso, tendo como objetivo fazer um levantamento das pacientes que deram entrada no hospital por abortamento.

Com este estudo, buscar-se-á evidenciar a real situação da prática de abortamento em um hospital do interior do Pará, e a necessidade de implantar medidas de conscientização da população feminina na prevenção da gravidez indesejada e alertar os profissionais da saúde e as autoridades a amplitude e importância do tema.

Sua participação é de suma importância e consistirá em responder as perguntas contidas neste formulário. O formulário não é identificável e em nenhuma hipótese serão divulgados dados que permitam a sua identificação. Os dados serão analisados, e as

informações pessoais serão guardadas em absoluto sigilo. Sua participação é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto. Também lhe é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento podendo deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com a senhora e a outra arquivada com os pesquisadores responsáveis.

---

Nícolas Resende

---

Wagner Pedro Rodrigues da Silva

**CONSENTIMENTO LIVRE ESCLERECIDO:**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações contidas no formulário.

Belém, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Assinatura da entrevistada

## APÊNDICE B

### Pesquisa: ASPECTOS CLINICO-EPIDEMIOLOGICOS DAS MULHERES PÓS ABORTAMENTO EM HOSPITAL DO INTERIO DO PARÁ

#### IDENTIFICAÇÃO

<b>Iniciais:</b>	<b>Nº do prontuário:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Naturalidade:</b>	<b>Procedência:</b>	<b>Religião:</b>
<b>Estado Conjugal:</b> <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva		
<b>Escolaridade:</b> EF = Ensino Fundamental    EM = Ensino Médi    ES = Ensino Superior <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Semi-analfabeto <input type="checkbox"/> EF incompleto <input type="checkbox"/> EF completo <input type="checkbox"/> EM incompleto <input type="checkbox"/> EM completo <input type="checkbox"/> ES incompleto <input type="checkbox"/> ES completo		
<b>Renda familiar:</b> SM = Salário Mínimo <input type="checkbox"/> até 1 SM <input type="checkbox"/> de 2 a 3 SM <input type="checkbox"/> de 4 a 5 SM <input type="checkbox"/> de 6 e mais SM		
<b>Ocupação:</b>		
<b>Cor/etnia:</b> <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> negra		

#### ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

<b>Nº de Gestação:</b>	<b>Nº de Partos:</b> Parto Vaginal: _____ Parto Cesario: _____	<b>Nº de Abortamentos:</b> Espontâneos: _____ Provocados: _____
<b>Complicação em gestação anterior:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<b>Nº de Filhos vivos:</b> _____
<b>Qual:</b> _____		
<b>Usa Contraceptivos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b>Se Sim, qual o método?</b> <input type="checkbox"/> Anticocepcional Hormonal <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Coito interrompido <input type="checkbox"/> Condom <input type="checkbox"/> Ogino-Knauss <input type="checkbox"/> Outro		<b>Se não, qual a razão?</b> <input type="checkbox"/> Descuido <input type="checkbox"/> Não esperava ter relação <input type="checkbox"/> Não sabia como prevenir-se <input type="checkbox"/> Falta de condição financeira <input type="checkbox"/> Medo de engravidar <input type="checkbox"/> Outro
<b>Porque parou o uso de contraceptivo?</b> <input type="checkbox"/> Descuido <input type="checkbox"/> Dificuldade Financeira <input type="checkbox"/> Esquecimento <input type="checkbox"/> Desejo de engravidar <input type="checkbox"/> Vaidade <input type="checkbox"/> Outros		

## LEGISLAÇÃO

<b>O abortamento é crime?</b> ( ) sim ( ) Não
<b>Acha que há alguma situação que o abortamento é permitido por lei?</b> ( ) sim ( ) Não
<b>Se sim, quais situações?</b> ( ) Estupro ( ) Risco de morte para a mãe ( ) outros: _____

## HISTÓRIA DO ABORTAMENTO ATUAL

<b>A gravidez foi planejada?</b> ( ) Sim ( ) Não	
<b>Inicialmente desejava levá-la a termo?</b> ( ) Sim ( ) Não	
<b>( ) Este aborto foi <u>provocado</u></b>	<b>( ) Este aborto foi <u>espontâneo</u></b>
<b>O que a fez decidir realizar esse aborto?</b>	<b>Qual foi o motivo do aborto?</b>
( ) Vaidade ( ) Falta de apoio do parceiro	( ) Não sabe ( ) Causa Genética
( ) Vergonha ( ) Dificuldade financeira	( ) Queda ( ) Forte Emoção
( ) Medo ( ) Violência sexual	( ) Infecções ( ) Mecanismo imunológico
( ) Risco de vida	( ) OFIU ( ) Doenças Endócrinas
( ) Outro _____	( ) Uso de Medicamentos:Qual? _____
<b>A decisão foi tomada sozinha?</b> ( ) Sim ( ) Não	( ) outro:Qual? _____
<b>Qual o método utilizado na indução do abortamento?</b>	
( ) curetagem em clínica clandestina	
( ) MIsoprostol	
( ) introdução de objetos na vagina	
( ) Chá	
( ) outros: _____	

## DADOS CLÍNICOS

<b>Idade Gestacional:</b>	<b>Fez Pré-Natal?</b> ( ) Sim ( ) Não
<b>Teve complicação na gestação atual?</b> ( ) Sim ( ) Não	<b>Qual?</b> _____
<b>Queixa Principal:</b> _____	
<b>Diagnóstico do Abortamento:</b> ( ) Completo ( ) Retido ( ) Habitual ( ) Incompleto ( ) Infectado	
<b>Método Abortivo:</b> ( ) Curetagem ( ) AMIU ( ) Indução de Parto Vaginal ( ) Micro Cesária ( ) Outro _____	
<b>Sinais e Sintomas pós abortamento:</b> ( ) Nenhum ( ) Sangramento Vaginal Excessivo ( ) Dor Excessiva ( ) Febre ( ) Leucorréia Fétida ( ) Anorexia ( ) Náusea ( ) Dificuldade de urinar ( ) cefaléia ( ) Dispnéia ( ) Cólicas ( ) Vertigens/Tonturas ( ) Outros _____	
Tempo da ocorrência(horas): _____	
<b>Óbito?</b> ( ) Sim ( ) Não	
<b>Causa do óbito:</b> _____	

## APÊNDICE C



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



Carta Provisória: 042/10 CEP-ICS/UFPA

Belém, 12 de maio de 2010.

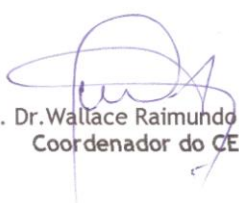
À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nara Macedo Botelho Brito

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa **PERFIL CLINICO-EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES PÓS-ABORTAMENTO EM HOSPITAL DO INTERIOR DO PARÁ** de CAAE 0074.0.073.000-09 e parecer n° 174/09 - CEP-ICS/UFPA, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, na reunião do dia 12 de maio de 2010.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar a este CEP, no dia 15 novembro de 2011, um relatório indicando qualquer alteração que possa ocorrer após a aprovação do protocolo.

Atenciosamente,

  
Prof. Dr. Wallace Raimundo Araujo dos Santos.  
Coordenador do CEP-ICS/UFPA

