



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA**

**DANIELLE CAMPOS DE SOUZA  
SUYENNE GOMES DE ARAÚJO**

**Perfil clínico-epidemiológico das mulheres  
pós abortamento em Hospital de referência –  
Belém-Pará**

**BELÉM – PARÁ  
2009**

**DANIELLE CAMPOS DE SOUZA  
SUYENNE GOMES DE ARAÚJO**

**Estudo do perfil clínico-epidemiológico de mulheres pós  
abortamento em Hospital de referência – Belém-Pará**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
para a obtenção do grau em Medicina pela  
Universidade Federal do Pará.**

**Orientadora: Profa. Dra. Nara Macedo Botelho  
Brito**

**BELÉM – PARÁ  
2009**

**DANIELLE CAMPOS DE SOUZA  
SUYENNE GOMES DE ARAÚJO**

**Estudo do perfil clínico-epidemiológico de mulheres pós  
abortamento em Hospital de referência – Belém-Pará**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a obtenção do grau em Medicina  
pela Universidade Federal do Pará.**

**Banca examinadora:**

---

**Prof. Nara Macedo Botelho Brito**

---

**Prof. José Carlos Wilkens Cavalcante**

---

**Prof. Maria Francisca Alves Alves**

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

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

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Aproximadamente 500.000 mulheres morrem no mundo por causas relacionadas à gestação. Em países em desenvolvimento como o Brasil, o abortamento é uma das principais causas de mortalidade materna. Apesar da importância desse assunto em esfera mundial e nacional, estudos a este respeito ainda são escassos na Região Norte. **OBJETIVO:** Determinar o perfil clínico-epidemiológico e os principais fatores determinantes do abortamento em mulheres internadas em um Hospital de referência no Estado do Pará. **MÉTODO:** Foram entrevistadas 160 pacientes em idade fértil internadas por abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008. **RESULTADOS:** Após análise dos dados observou-se que das 160 entrevistadas, 78,12% abortaram espontaneamente e 21,88% tiveram a intenção de interromper a gestação. A faixa etária mais freqüente, no geral, foi de 20 a 29 anos (60%). Constatou-se que o estado conjugal foi um importante fator determinante para o abortamento eletivo, pois 82,85% das mulheres que provocaram o término da gestação eram solteiras. O misoprostol foi método de escolha para cessar a gravidez em 82,9% dos casos. Houve, no geral, prevalência dos abortamentos incompletos. A instabilidade financeira foi o motivo mais apontado entre as pacientes que provocaram o abortamento (48,57%). 53,75% das entrevistadas usavam métodos contraceptivos, porém a maioria abandonou porque queria engravidar (50%). Dentre as que não se preveniam, 61,53% não o faziam por descuido. **CONCLUSÃO:** Houve uma redução no número de abortamentos provocados praticados, prevalecendo os de causa espontânea. Não se descarta a possibilidade de subnotificações das ocorrências, pois a ilegalidade da interrupção eletiva da gestação leva mulheres a mentirem ou omitirem tal ato, com medo das conseqüências legais. Por isso, é importante ampliar estudos a respeito do tema, divulgando-os, na tentativa de combater os danos psicológicos e físicos às mulheres que provocam o abortamento, consequentemente, reduzindo o ônus ao sistema público de saúde.

**Descritores:** Aborto espontâneo, aborto induzido, fatores de risco.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Approximately 500 thousand women die in the world for causes related to the pregnancy. In developing countries as Brazil, the abortion is one of the main causes of mom's mortality. Although the importance of this subject in world-wide and national sphere, the studies on the abortion are scarce in the Region North, mainly in the State of Pará.

**OBJECTIVE:** To determine the profile physician-epidemiologist of the women after-abortion and the main influences factors of such act. **METHOD:** For this sample, they had been interviewed 160 patients in fertile age interned by abortion in an institution of reference in State of Pará, contemplating the period of December of 2007 the December of 2008.

**RESULTS:** It was observed that the age with greater frequency of abortion, with was between 20 the 29 years (60%), the influence of the conjugal state with the type of abortion was evident, the induced were practiced for bachelors, they make use of misoprostol (82.9%), this method of choice for the interruption of the pregnancy, and this had as root cause the lack of financial condition (48,57). The studies abortions show, 78.12% had been spontaneous. The majority (53.75%) made use of contraceptive method before to be pregnate, they had abandoned however it because they wanted to have babies (50%). Amongst womem that had not prevented, they did not make it on purpose (61,53). The incomplete and precocious abortion was majority between the provoked and spontaneous. **CONCLUSION:** This summary demonstrated the unfamiliarity on the treated subject, in the state of Pará, that suffers with this work demonstrated the unfamiliarity on boarded searched the subject treat/searched/boarded in the State to Pará, that it suffers with the great number of occurrence of spontaneous abortions. However, we evidence that the induced interruption of the pregnancy is a large Brazilian problem of public health and social justice, that exactly being illegal practical one and a crime foreseen in law, has its incidence in considerable degrees.

**Describers:** Spontaneous abortion, induced abortion, risk's factors.

Aos meus pais que lutaram para me proporcionar o melhor estudo, me mostraram o caminho quando haviam dúvidas, me incentivaram quando eu estava sem forças para seguir em frente. Foram o ombro amigo, a palavra, o conforto, o amor incondicional. Foram os alicerces de tudo que sou hoje.

Aos meus irmãos por todo apoio e amizade.

Ao meu namorado, Alexandre, por estar sempre ao meu lado, sendo meu companheiro e amigo fiel, agradeço a compreensão pelas minhas constantes ausências e cansaço.

**Danielle Campos**

Aos meus pais e irmã que sempre me apoiaram a seguir em frente, mesmo o caminho sendo longo e a jornada árdua. A distância só me fez amá-los ainda mais e perceber que sou abençoada por ter pessoas maravilhosas em minha vida.

**Suyenne Araújo**

## AGRADECIMENTOS

À Dra. Nara Macedo Botelho Brito que com toda competência e profissionalismo nos orientou brilhantemente neste trabalho;

Ao Dr. José Carlos Wilkens Cavalcante que aceitou realizar a análise prévia deste trabalho, apesar da dificuldade em conciliar à árdua tarefa de médico, mestrando e professor;

À Dra. Valéria Barbosa Pontes, exemplo de profissionalismo, ética e conhecimento, que aceitou corrigir esse TCC sem nenhum compromisso;

Ao estatístico Rogério da Silva Santos, que nos ajudou em um momento delicado, dedicando-se com qualidade no tratamento estatístico dos dados obtidos;

Às pacientes pela compreensão e paciência, sem elas nada seria possível;

Aos funcionários da Santa Casa (enfermeiras, técnicas, estatísticos) que prestaram contribuições valiosas;

A todos que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste trabalho.

*Os direitos humanos das mulheres incluem o direito ao controle e à  
decisão livre e responsável sobre questões relacionadas a sua  
sexualidade, sem coerção, discriminação ou violência.  
Relações igualitárias entre homens e mulheres incluem respeito à  
integridade da pessoa, consentimento e responsabilidade  
compartilhada no comportamento sexual e suas conseqüências.*

**Nações Unidas, 1996**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>6</b>
1.1. OBJETIVOS .....	9
1.1.2. OBJETIVO GERAL .....	9
1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>10</b>
<b>3. CASUÍSTICA E MÉTODOS .....</b>	<b>17</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>19</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>50</b>

## 1. INTRODUÇÃO

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

Abortamento é a eliminação do conceito antes da viabilidade haver sido adquirida (ou seja, até 20<sup>a</sup> - 22<sup>a</sup> semana de gestação ou com o feto pesando menos que 500 g). Aborto é o produto da concepção eliminado. Podem ser classificados em: ameaça de abortamento, completo, inevitável, incompleto, retido, infectado, habitual e eletivo. (REZENDE; MONTENEGRO, 2005).

Nos países em que as mulheres têm acesso a serviços seguros, a probabilidade de morrer em decorrência de abortamento realizado com métodos modernos não é maior do que uma para cada cem mil procedimentos (até porque, em geral, o abortamento é legalizado, o que pressupõe utilização de parâmetros médicos adequados), sendo a morte materna relacionada, às complicações anestésicas (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1999).

No Brasil, o número estimado de abortos inseguros, em 1992, era equivalente a 43% dos nascimentos vivos, mostrando que uma elevada proporção das gestações não foi desejada, levando estas mulheres a recorrer ao abortamento. A proporção cai para 31% em 1996, mas apesar de ter diminuído na década de 1990, ainda corresponde a cerca de 30% dos nascimentos em 2005, o que consolida também a idéia de que a anticoncepção no país ainda não atingiu um nível de cobertura suficiente para evitar a elevada proporção de gestações indesejadas (ADESSE;MONTEIRO;LEVIN, 2008b).

O abortamento é uma das principais causas da mortalidade materna. Nas regiões mais carentes, como o Norte e o Nordeste do Brasil, é grande o índice de falecimentos decorrentes da interrupção da gestação eletiva insegura. Os serviços de saúde pública registram a curetagem como o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação. Os grandes números de abortamentos inseguros, que produzem agravamentos à saúde da mulher, resultam em complicações físicas, infecções, infertilidade e até mesmo na morte (ADESSE;MONTEIRO;LEVIN,2008b). As mulheres analfabetas têm um risco de

mortalidade materna 4,9 vezes maior que as mulheres com 12 (doze) anos ou mais de estudo (MONTEIRO; ADESSE; LEVIN, 2008a).

As mulheres em situação de abortamento incompleto ou com complicações, geralmente, sentem constrangimento e/ou medo em declarar seus abortamentos nos serviços de saúde, resultando em grande subnotificação do fenômeno (IPAS, 2007).

A indução do abortamento só é permitida legalmente no Brasil se houver risco iminente de vida para a mãe, ou quando a concepção ocorreu por estupro (GOMES, 2000). O Código Penal não exige qualquer documento para prática do abortamento no caso de violência sexual e a mulher violentada não tem o dever legal de notificar o fato a polícia. O médico deve orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas mesmo se ela não o fizer não lhe pode ser negado o abortamento (BRASIL, 2005).

Em caso de abortamentos ilegais, o médico ou profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade competente se não tiver o consentimento da paciente, ou se não for para sua proteção, pois o sigilo na prática médica é dever legal e ético e o não cumprimento da norma legal pode culminar com processo criminal, civil e ético profissional (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde orienta que em todos os casos de abortamento, a saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento (BRASIL, 2005)

A tipificação do abortamento como um delito não desestimula as mulheres a o fazerem, ao contrário, incentiva as práticas de risco. A prática do abortamento inseguro evidencia as diferenças sócio econômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade. Mulheres com melhores condições financeiras têm acesso aos métodos e clínicas de abortamento ilegais de maior higiene e cuidado. Já as mulheres mais carentes, a maioria da população, recorrem aos métodos mais perigosos, com pouca precaução, resultando em um alto índice de agravos à saúde (ADESSE;MONTEIRO;LEVIN, 2008b).

O objetivo desta pesquisa é determinar o perfil clínico, socioeconômico e reprodutivo, os fatores determinantes, os procedimentos mais prevalentes, as conseqüências físicas do

abortamento e o conhecimento da legislação vigente por parte da paciente. 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**

Avaliar as características clínico-epidemiológicas e reprodutivas das pacientes internadas por abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

### **1.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar o perfil sócioeconômico das mulheres internadas por abortamento;
- Observar os antecedentes ginecológicos e obstétricos das pacientes;
- Identificar os fatores determinantes que levaram à gravidez indesejada;
- Identificar o tipo de abortamento mais prevalente;
- Observar os métodos de esvaziamento uterino mais realizados pelo Hospital;
- Definir os principais sinais e sintomas nas 48 horas após o abortamento;
- Avaliar o conhecimento da legislação vigente por parte das pacientes.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a mortalidade materna correlaciona-se negativamente com o funcionamento do sistema de saúde: quando ela é alta, deve-se concluir a precariedade da assistência. Apesar do reconhecimento mundial de que a morte de mais de 500.000 parturientes a cada ano é inaceitável e que poderia ser evitada, mulheres de países em desenvolvimento continuam a morrer em ritmo similar ao de países mais ricos de décadas atrás (ANDRADE et al, 2006).

Desde 1980 a mortalidade materna devido ao abortamento já se enquadrava na quarta causa de óbito, somente ficando atrás dos estados hipertensivos, das hemorragias e das infecções puerperais, principalmente em países onde existiam restrições legais ao abortamento e quando realizados por pessoal não qualificado (SIQUEIRA et al., 1984). Atualmente esse índice ainda permanece elevado e as mulheres que não morrem podem ter complicações graves, como hemorragia, septicemia, peritonite e choque. Outras podem ter seqüelas físicas, como problemas ginecológicos e infertilidade, assim como maior chance de complicações em gestações subsequentes (LOUREIRO; VIEIRA, 2004).

Além dos aspectos biológicos, os fatores emocionais advindos da experiência de abortamento demonstram significativa relevância no estudo da dinâmica do fenômeno. No caso do espontâneo há um sentimento de perda e de fracasso, além de culpa. Nas mulheres com histórico de abortamento recorrente, uma nova gravidez freqüentemente intensifica os medos, já que existe a ameaça concreta de perda e o temor de não gerar um filho perfeito, forte e saudável (ESPINDOLA et al., 2006).

Assim fica evidente que abortamento representa grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, apresentando um complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais (BRASIL, 2005), os quais inibem uma série de mulheres a declararem tal ato, dificultando o cálculo da sua magnitude. Para muitas, faltam as condições sociais, culturais e políticas para ter o livre arbítrio sobre a própria fertilidade, o que é preocupante, pois a mesma atividade que põe a mulher em risco de uma gravidez não planejada também aumenta a possibilidade de infecção por doenças sexualmente transmissíveis (LOUREIRO; VIEIRA, 2004).

Souza et al. (2001), em estudo envolvendo 283 casos de abortamento entre as adolescentes, no período de janeiro/95 a dezembro/97, observou que houve um aumento progressivo da ocorrência nos 3 (três) anos consecutivos, passando de 24% (1995), para 31,4% (1996) e em 1997 para 44,6%. Foi identificado que das adolescentes que abortaram 28% possuíam 19 anos, 72,5% encontravam-se na faixa etária de 17 à 19 anos. A alta incidência de aborto entre as adolescentes traz preocupação, pois, são grandes as repercussões negativas que elas podem apresentar por estarem no início de sua vida reprodutiva. Em relação à situação conjugal, 81,6% dessas adolescentes eram solteiras, sugerindo que a grande maioria destas jovens, sem companheiros, decidiu abortar.

Para o referido pesquisador, o abortamento eletivo representou 55,2% do total das ocorrências, seguido do ignorado em 30,4% (ou seja, os sem registro da natureza em prontuário). Este último foi considerado como provocado, quer pelo constrangimento do ato ilegal – onde a adolescente muitas vezes omite ou nega a utilização de método abortivo -, quer pela natureza dos registros, que dependem exclusivamente da atitude do profissional frente ao ato. O espontâneo foi mais freqüente entre adolescentes na faixa etária de 13 a 15 anos. Se utilizado como parâmetro a idade gestacional, ocorreu com maior freqüência entre o segundo (46,0%) e o terceiro (33,0%) mês de gestação.

Em um estudo transversal de base populacional sobre “Os Fatores de Risco e Preditores para o Aborto Induzido”, por Olinto e Moreira Filho (2006), com uma amostra representativa de 3.002 mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), residentes na zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul - Brasil, foi encontrado no total da amostra 165 mulheres que relataram ter provocado aborto. O relato de aborto apresentou um aumento linear com a idade das mulheres, 1,6%, 3,1%, 6,5% e 9%, respectivamente, para os grupos de 15 a 19 , 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos de idade.

O Ministério da Saúde elaborou uma Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento na qual 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, serviços 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 norma aborda, também, os aspectos jurídicos do problema, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição do acesso a assistência à saúde. Esses princípios incorporam o direito à assistência ao abortamento no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos (BRASIL, 2005).

Apesar do teor da lei, onde o aborto só é legal em caso de estupro e risco de morte da mãe, o Poder Judiciário vem autorizando, em várias ocasiões, o aborto nas situações de anomalia fetal grave, incompatível com a vida extra-uterina (ROCHA, 2006).

No Brasil, desde 1992, juízes e promotores públicos já autorizaram cerca de 3.000 casos de interrupção da gravidez de fetos anencéfalos (PENNA, 2005). Encontra-se em fase de julgamento, uma ação para que o Supremo Tribunal Federal (STF) considere que o abortamento realizado por médicos no caso de gestantes de fetos com anencefalia não se constitua crime (ROCHA, 2006).

No Brasil a incidência dessa patologia é de cerca de 18 casos para cada 10.000 nascidos vivos. O prognóstico de uma criança nascida a termo é de manutenção de batimentos cardíacos por poucas horas e, no máximo, alguns dias (PENNA, 2005).

O Código de Ética Médica (CEM) veda ao médico "acumplicitar-se com os que exercem ilegalmente a medicina ou com profissionais ou instituições médicas que pratiquem atos ilícitos" (artigo 38), portanto, o médico não pode fornecer endereço de clínicas ou orientar a compra de medicamentos abortivos, mesmo sem prescrevê-los. Se o médico tiver conhecimento de clínicas de abortamento ou de colegas que fornecem endereços ou que orientam suas clientes para práticas abortivas e não os denunciar, estará violando o artigo 19 do CEM. (LOUREIRO; VIEIRA, 2004).

Todos os países do mundo desenvolveram regulamentações legais próprias para a prática do abortamento. Cerca de 25% da população mundial vive em países onde o ato é ilegal. Na América Latina, com exceção de Cuba e Guiana, essa prática enfrenta sérias restrições legais (LOUREIRO; VIEIRA, 2004).

O abortamento pode ser classificado em: precoce, quando ocorre até 12 semanas de gestação; tardio, acima de 12 semanas; espontâneo (sem influência de agentes externos) e

provocado (utilização de meios artificiais como medicamentos e métodos mecânicos). (PÉRET; CAETANO, 2007).

Quanto aos aspectos clínicos, classificam-se em: ameaça de abortamento, completo, inevitável/incompleto, retido, infectado, habitual e eletivo previsto em lei. No primeiro o sangramento genital é de pequena a moderada intensidade, podendo existir dores tipo cólicas, geralmente pouco intensas. O orifício interno do colo encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional e não existem sinais de infecção. O exame de ultra-som mostra-se normal, podendo encontrar pequena área de descolamento ovular (BRASIL, 2005).

No abortamento completo a perda sangüínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O colo uterino pode estar aberto e o tamanho do órgão mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultra-som, encontra-se cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos (BRASIL, 2005).

Abortamento incompleto/inevitável cursa com sangramento mais significativo, que melhora com a saída de coágulos ou restos ovulares, além de uma dor de maior intensidade. Quando a gestação for menor que 12 semanas está indicado aspiração manual intra-uterina, se não for possível, curetagem. Se a idade gestacional for maior, é necessário o uso de misoprostol, via vaginal, antes destes procedimentos (BRASIL, 2005).

Geralmente o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sangüínea. O exame de ultra-som revela ausência de sinais de vitalidade ou ovo anembrionado. No caso do infectado, é freqüente sua associação com manipulação inadequada da cavidade uterina, apresenta-se com sinais sistêmicos de infecção e sangramento de odor fétido (BRASIL, 2005).

A perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes das 22 semanas é definida como abortamento habitual. Pode ser primário ou secundário, a primeira quando nunca houve uma gestação a termo (BRASIL, 2005).

A etiologia do abortamento pode ser por fatores imunológicos, hormonais, maternos, ambientais e malformação embrionária, sendo esta considerada a etiologia mais comum de aborto espontâneo. Estima-se que aproximadamente 70% dos abortamentos do primeiro trimestre ocorrem por alterações no desenvolvimento embrionário com as anormalidades

cromossômicas respondendo por 50% dessa perda. As alterações mais comuns são as trissomias, principalmente a do cromossomo 16, seguidas das monossomias, triploidias, tetraploidias, monossomias autossômicas e polissomias dos cromossomos sexuais (PÉRET; CAETANO, 2007).

Ainda não há o conhecimento do abortamento de causa imunológica. Acredita-se que o embrião funcione como um corpo estranho com seus antígenos próprios, dentre eles os derivados do genoma paterno, desencadeando uma reação imunológica que tem como consequência a morte embrionária. Quanto à etiologia hormonal, a deficiência do corpo lúteo, com produção insuficiente de progesterona é a principal causa. Dos fatores maternos destacam-se malformações uterinas, endometrites, infecções (rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, malária), patologias descompensadas (diabetes melitos, lúpus eritematoso sistêmico) e insuficiência istmocervical (PÉRET; CAETANO, 2007).

Em países onde a interrupção eletiva da gestação é permitida mediante o diagnóstico de anomalia cromossômica do feto, a opção pelo abortamento ocorre em elevada percentagem dos casos: 100% dos casos na Suíça e 94 a 100% nos Estados Unidos. Quando se confirma o diagnóstico de distúrbios metabólicos, 100% das pacientes abortam na Austrália, o mesmo ocorrendo nos Estados Unidos. A detecção de espinha bífida leva à essa prática em 100% das gestações na Inglaterra e nos Estados Unidos, e em 95% das vezes na Austrália (BENUTE et al., 2006).

Discute-se que a opção pela interrupção da gravidez, muitas vezes, está pautada na qualidade de vida do feto, com relatos de preocupação com o sofrimento do bebê e da família. Entretanto, no Brasil, não havendo respaldo legal que autorize o abortamento nos casos de malformação fetal incompatível com a vida, o casal que enfrenta este diagnóstico se vê angustiado na busca de soluções para o problema. O acompanhamento psicológico deve, necessariamente, ser oferecido (BENUTE et al., 2006).

A reação dos casais em face do diagnóstico pré-natal de uma anormalidade fetal pode envolver sentimentos de raiva, desespero, inadequação e distúrbios do sono e alimentação. Quando diagnosticado malformação fetal, os transtornos emocionais desencadeados, tais como dor, angústia e sofrimento, podem não estar relacionadas com o número de filhos vivos nem com o planejamento e o desejo pela gestação, pois são comuns a todas as mulheres que passam por essa experiência. A raiva pode ser dirigida à equipe de saúde, demonstrando que a

compreensão é fundamental para auxiliar o casal a se adaptar à nova realidade (BENUTE et al., 2006).

Uma forma complexa de gestação é a decorrente de violência sexual. Para muitas mulheres, a gravidez forçada e indesejada, é sentida como uma segunda e intolerável forma de violência, o que muitas vezes torna impossível mantê-la até o término (DREZETT, 2000). Frequentemente essas mulheres se deparam com a recusa da execução do abortamento devido ao posicionamento pessoal de gestores ou profissionais de saúde, pautados em valores morais ou religiosos, o que impede o livre exercício dos direitos das mulheres (GALLI; SILVEIRA; ADESSE, 2007).

No Brasil, a maior parte dos serviços de saúde não está preparada para atender as mulheres vítimas de violência. Muitas grávidas, vítimas de estupro, provavelmente, ainda não têm acesso ao aborto legal, haja vista o alto número de ocorrências contra o reduzido número de serviços especializados. Atualmente, a lei não exige boletim de ocorrência nem laudo de perícia para a realização do aborto legal, no entanto, ele é habitualmente exigido nos serviços médicos. Este 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 a erro ao indicar aborto 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).

Mattar et al. (2007) em seu estudo sobre “Assistência Multiprofissional à Vítima de Violência Sexual” descreveu que nos últimos cinco anos foram atendidas 366 vítimas de violência sexual na Casa da Mulher, sendo 50% adolescentes e 3% menores de 15 anos, procedentes de São Paulo capital. Evidenciando que em 30% dos casos houve gestação e em 63% delas ocorreu interrupção. Nos casos em que a gravidez evoluiu 75% dos recém-nascidos foram para adoção e 25% ficaram com as mães.

Estima-se um percentual de gravidez após violência sexual entre 0,5% a 1,3%, problema que reveste de uma gama enorme de implicações, como o risco de abortamentos clandestinos, com conseqüências físicas variáveis desde processos anêmicos e infecciosos até perda de órgão ou óbito materno e risco gestacional como complicações na gravidez, prematuridade,

óbito fetal, anóxia perinatal, abandono de recém-nascidos, infecção puerperal e outras (MATTAR et al., 2007).

No Brasil, a prática do abortamento se traduz numa inequívoca expressão das desigualdades sociais, pois, embora compartilhe a mesma situação ante a ilegalidade da intervenção, as mulheres percorrem distintas trajetórias, com uma minoria delas podendo arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos. A maior parcela da população feminina recorre a várias estratégias inseguras que, freqüentemente, se complicam e acarretam mortes maternas (BRASIL, 2005).

Em meio a essa questão, é importante a dúvida se o profissional médico está preparado para atender as mulheres que abortam clandestinamente e se a qualidade do serviço prestado não é prejudicada por preconceitos. O envolvimento médico nesses assuntos é inevitável, independentemente do seu posicionamento ideológico (LOUREIRO; VIEIRA, 2004).

Portanto, é importante a realização de investigações que estabeleçam a real magnitude do aborto realizado em um hospital público referência em abortos legalizados no Estado do Pará, objetivando determinar o perfil clínico-epidemiológico das mulheres submetidas à prática de abortamento e, ao mesmo tempo, identificar os fatores de risco envolvidos.

### 3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde após aprovação de anteprojeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e pelos pacientes ou responsáveis dos pacientes estudados, por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Foi realizado um estudo descritivo do tipo transversal, na enfermaria Maria Goretti do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (HFSCMP), instituição de referência em Ginecologia e Obstetrícia no Estado do Pará, Município de Belém, no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008. Foram realizadas entrevistas prospectivas com 160 mulheres.

Incluiu-se mulheres em idade fértil que estavam internadas no HFSCMP por abortamento, ou seja, interrupção da gestação até a 22<sup>a</sup> semana ou com produto da concepção pesando menos de 500g (BRASIL, 2005), seja espontâneo, com ou sem etiologia definida, legal ou induzido, no período de dezembro de 2007 a dezembro de 2008. Excluíram-se mulheres que tinham idade gestacional ou peso do concepto maior que o definido, ou que haviam realizado procedimentos, tais como curetagens, por motivos outros, que não o abortamento, como por mola, hiperplasia endometrial, restos placentários, etc.

Após várias recusas, concluiu-se a pesquisa com 160 pacientes. As pacientes foram distribuídas em dois grupos: as mulheres que induziram o abortamento (35 pacientes) e as que evoluíram com perda espontânea (135 pacientes).

Para determinar as pacientes pós-abortamento, era analisado o mapa da enfermagem e o prontuário, onde se confirmava tal situação através da idade gestacional ou peso do concepto. Preenchido os critérios de inclusão, abordava-se a paciente esclarecendo verbalmente os objetivos e etapas da pesquisa, caso concordassem em contribuir, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e posteriormente era aplicado questionário (APÊNDICE B), com informações do tipo sócioeconômicas, demográficas e reprodutivas. Também foram utilizados os prontuários das participantes como fonte para obtenção de dados clínicos e preenchimento de protocolo (APÊNDICE C).

No material estudado, foram analisados dados referentes à idade, faixa etária, escolaridade, religião, estado conjugal, renda familiar, uso de métodos contraceptivos, tipo de abortamento, método de esvaziamento uterino, razão pela decisão do abortamento, conhecimento da legislação vigente acerca do assunto, etc. Foram coletados em protocolos próprios (APÊNDICE B e C), e cruzados entre si.

Do total de 2582 mulheres atendidas no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará de Dezembro de 2007 a Dezembro de 2008 foi retirada uma amostra de 160 mulheres escolhidas aleatoriamente com erro amostral máximo de 7,5% e com significância de 95%.

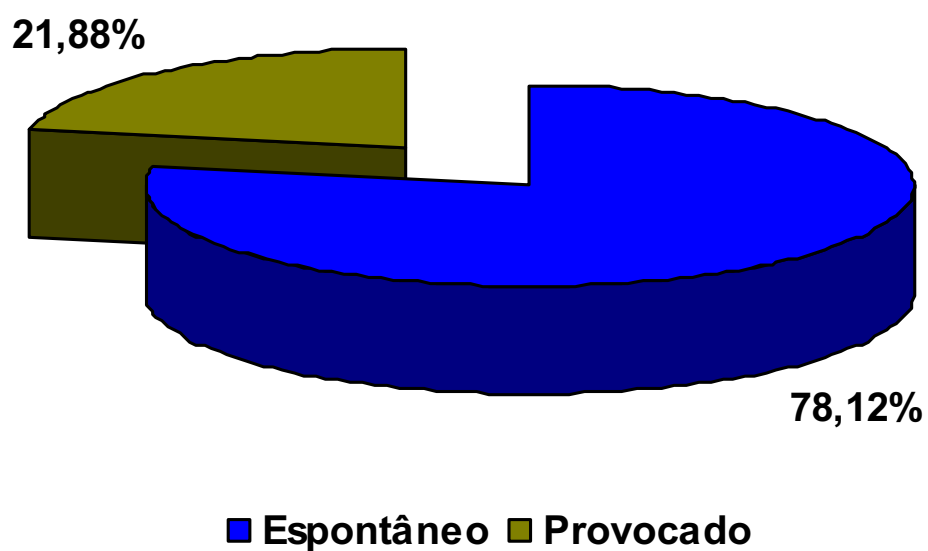
Os softwares utilizados para realização do trabalho foram do pacote Office da Microsoft, Word e Excel e o pacote estatístico BioEstat versão 5.0 for Windows, sendo este último utilizado para investigar a relação entre as variáveis envolvidas no estudo por meio do teste não-paramétrico Qui-quadrado, ao nível de significância  $\alpha = 5\%$ . Os dados com significância estatística foram marcados com asterístico (\*).

#### 4. RESULTADOS

**Tabela 1** – Tipo de abortamento mais freqüente nas pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

Tipo de Abortamento	Frequência	%
Espontâneo	125*	78,12
Provocado	35	21,88
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

\* P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)

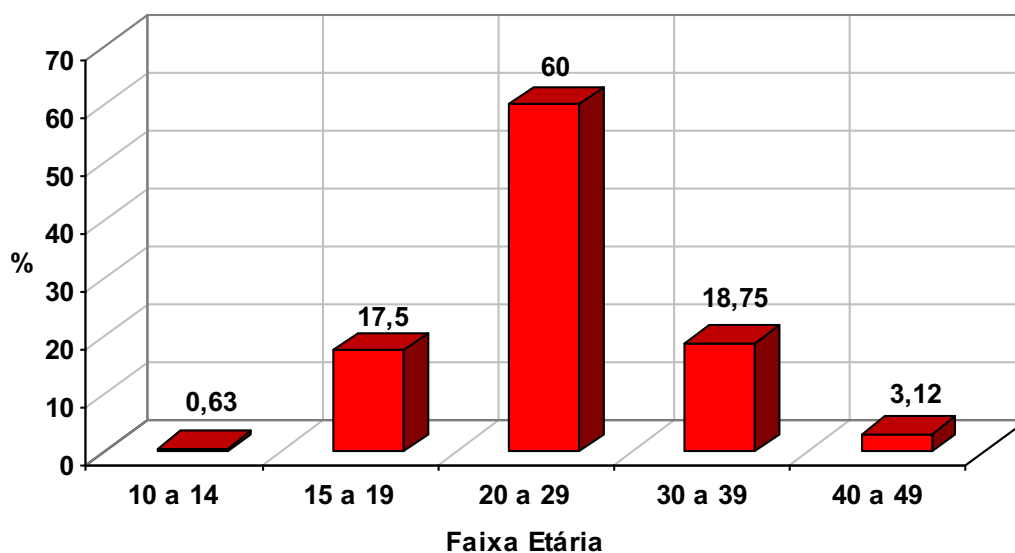


**Figura 1** – Tipo de abortamento mais freqüente nas pacientes do HFSCMPA de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

**Tabela 2** – Faixa Etária das pacientes pós abortamento internadas no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
10 a 14	01	0,63
15 a 19	28	17,5
20 a 29	96*	60
30 a 39	30	18,75
40 a 49	05	3,12
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

\*P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)



**Figura 2** – Faixa Etária das pacientes pós-abortamento internadas no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

**Tabela 3** – Cruzamento da variável faixa etária versus tipo de abortamento em pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

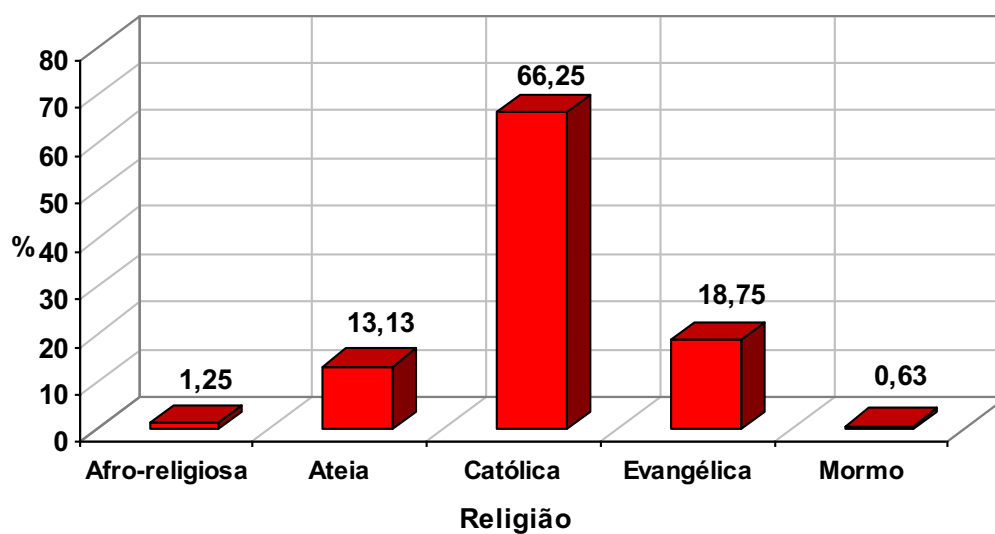
<b>Faixa Etária</b> <b>(anos)</b>	<b>Tipo de abortamento</b>				<b>Total</b>
	<b>Espontâneo</b>	<b>%</b>	<b>Provocado</b>	<b>%</b>	
10 a 14	00	0,00	01	0,63	01
15 a 19	14	8,75	14	8,75	28
20 a 29	78*	48,75	18*	11,25	96
30 a 39	28	17,50	02	1,25	30
40 a 49	05	3,13	00	0,00	05
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>78,12</b>	<b>35</b>	<b>21,88</b>	<b>160</b>

\*P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)

**Tabela 4** – Religião das pacientes pós-abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

<b>Religião</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Afro-religiosa	02	1,25
Atéia	21	13,13
Católica	106*	66,25
Evangélica	30	18,75
Mormo	01	0,63
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

\*P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)



**Figura 3** – Religião das pacientes pós-abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008

**Tabela 5** – Cruzamento das variáveis tipo de abortamento versus religião da pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

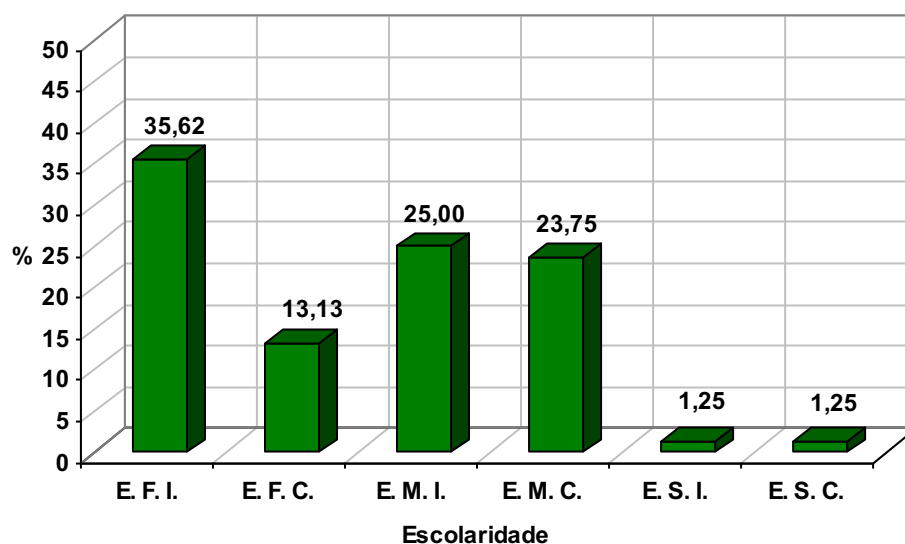
Religião	Tipo de Abortamento				Total
	Espontâneo	%	Provocado	%	
Afro- religiosa	01	0,63	01	0,63	02
Atéia	13	8,13	08	5,00	21
Católica	82	51,24	24	15,00	106
Evangélica	28	17,50	02	1,25	30
Mormo	01	0,63	00	0,00	01
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>78,12</b>	<b>35</b>	<b>21,88</b>	<b>160</b>

P > 0,05 (Teste Qui-quadrado p = 0.0738)

**Tabela 6** – Grau de escolaridade das pacientes pós- abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008

<b>Escolaridade</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Ensino fundamental completo	21	13,13
Ensino Fundamental Incompleto	57*	35,62
Ensino Médio Completo	38	23,75
Ensino Médio Incompleto	40	25
Ensino Superior Completo	02	1,25
Ensino Superior Incompleto	02	1,25
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

\*P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)



**Figura 4** – Grau de escolaridade das pacientes pós abortamento no HFSCMPA de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

**Tabela 7** – Cruzamento do tipo de abortamento versus escolaridade nas pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

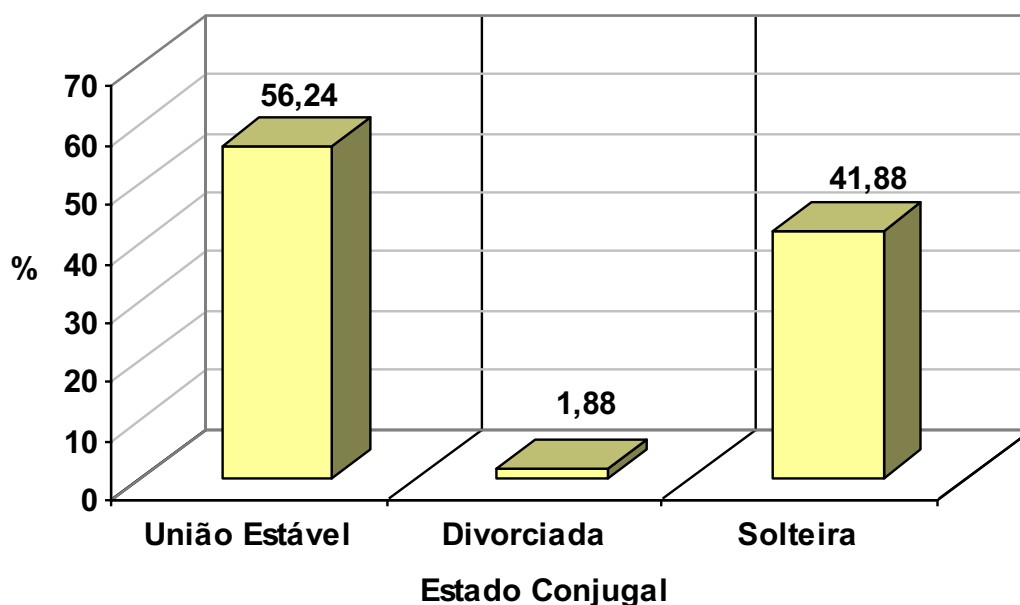
Escolaridade	Tipo de Abortamento				Total
	Espontâneo	%	Provocado	%	
Ensino Fundamental Incompleto	43	26,87	14	8,75	57
Ensino Fundamental Completo	14	8,75	07	4,37	21
Ensino Médio Incompleto	29	18,13	11	6,87	40
Ensino Médio Completo	35	21,88	03	1,88	38
Ensino Superior Incompleto	02	1,25	00	0,00	02
Ensino Superior Completo	02	1,25	00	0,00	02
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>78.12</b>	<b>35</b>	<b>21.88</b>	<b>160</b>

P > 0,05 (Teste Qui-quadrado p = 0.0790)

**Tabela 8** – Estado conjugal das pacientes pós abortamento no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

Estado Conjugal	Frequência	%
União Estável	90*	56,24
Divorciada	03	1,88
Solteira	67	41,88
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

\*P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)



**Figura 5** – Estado conjugal das pacientes pós-abortamento no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 a dezembro de 2008.

Considerou-se união estável todas as mulheres casadas legalmente e aquelas que moram com um companheiro.

**Tabela 9** – Cruzamento do tipo de abortamento versus estado conjugal das pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

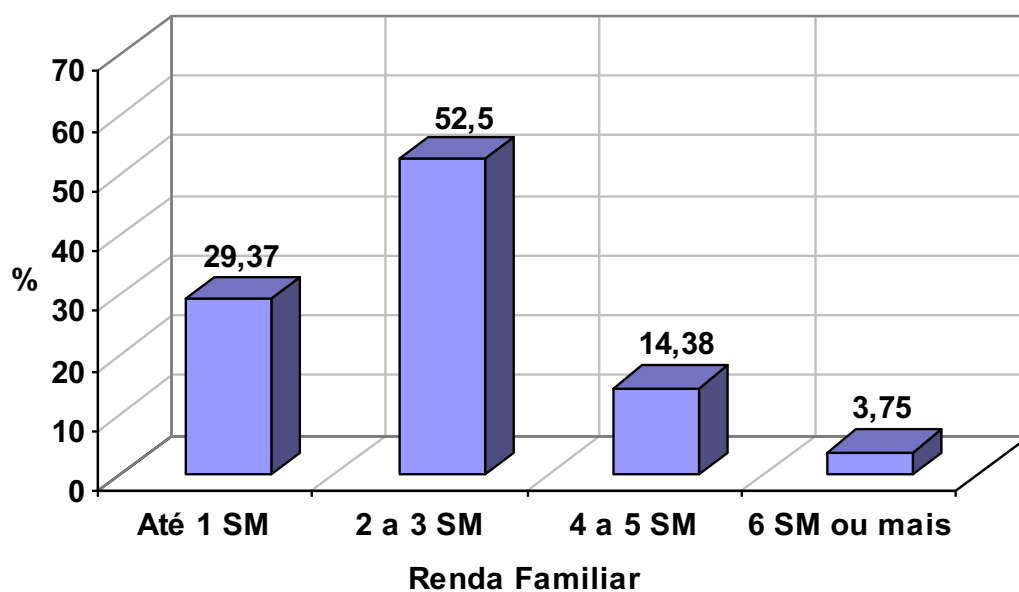
Estado Conjugal	Tipo de abortamento				Total
	Espontâneo	%	Provocado	%	
União Estável	85*	53,13	05	3,13	89
Divorciada	02	1,25	01	0,63	03
Solteira	38	23,75	29*	18,13	67
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>78,12</b>	<b>35</b>	<b>21,88</b>	<b>160</b>

\*P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)

**Tabela 10** – Renda familiar das pacientes pós abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

Renda Familiar	Frequência	%
Até 1 Salário Mínimo	47	29,37
2 a 3 Salário Mínimo	84*	52,5
4 a 5 Salário Mínimo	23	14,38
6 Salário Mínimo ou mais	06	3,75
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

\* P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)

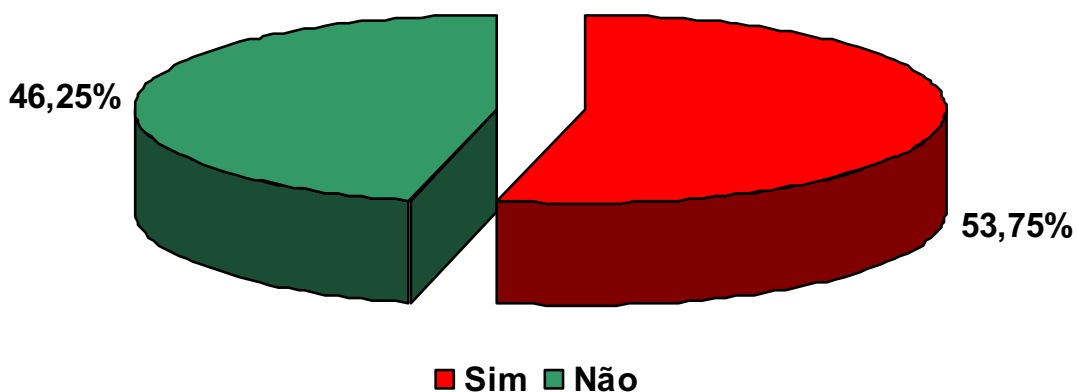


**Figura 06** – Renda familiar das pacientes pós abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

**Tabela 11** – Incidência de uso de contraceptivos entre pacientes pós- abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

<b>Contraceptivo</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	86	53,75
Não	74	46,25
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

P > 0,05 (Teste Qui-quadrado p = 0.3845)

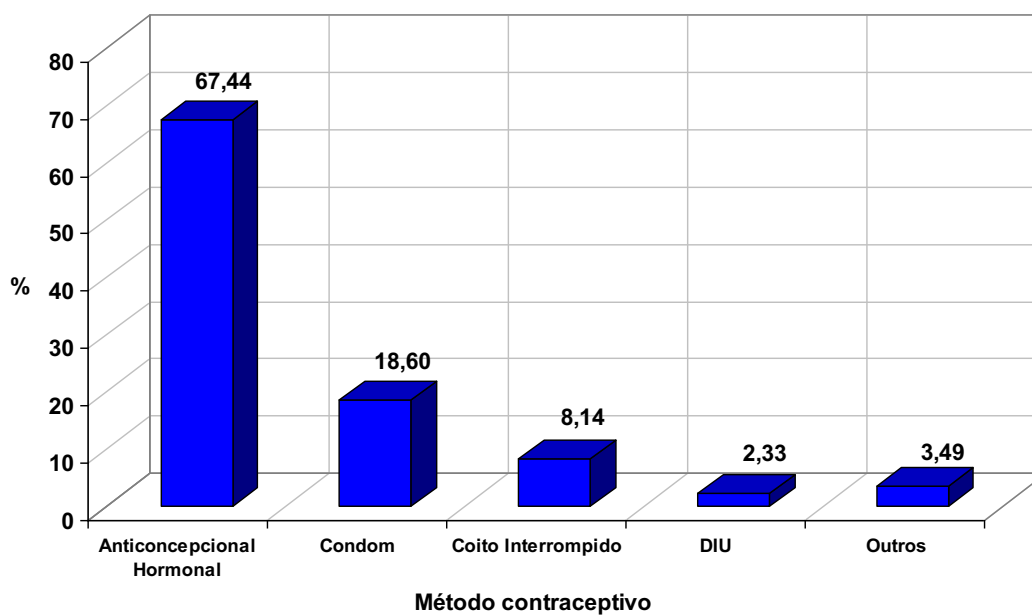


**Figura 07** – Incidência de uso de contraceptivos entre pacientes pós- abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

**Tabela 12** – Métodos contraceptivos mais utilizados nas pacientes pós abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

<b>Método</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Anticoncepcional Hormonal	58	67,44
Condom	16	18,60
Coito Interrompido	07	8,14
DIU	02	2,33
Outros	03	3,49
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>

\* P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)



**Figura 8** – Métodos contraceptivos mais utilizados nas pacientes pós- abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 a dezembro de 2008.

Uma paciente referiu ter feito uso de contracepção de emergência, e duas relataram ter usado o método de Ogino-Knaus, ambas inseridas dentro da variável “outros”.

**Tabela 13** – Cruzamento da Faixa Etária versus Método contraceptivo mais utilizado por mulheres pós abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008

Faixa Etária	Método										Total
	Anticoncepcional	%	Condom	%	Coito Interrompido	%	DIU	%	Outro		
15 a 19	05	5,8	04	4,7	01	1,2	00	0,0	01	1,2	11
20 a 29	41	47,7	09	10,5	06	7,0	00	0,0	01	1,2	57
30 a 39	12	14,0	03	3,5	00	0,0	01	1,2	01	1,2	17
40 a 49	00	0,0	00	0,0	00	0,0	01	1,2	00	0,0	01
Total	58	67,4	16	18,6	07	8,1	02	2,3	03	3,5	86

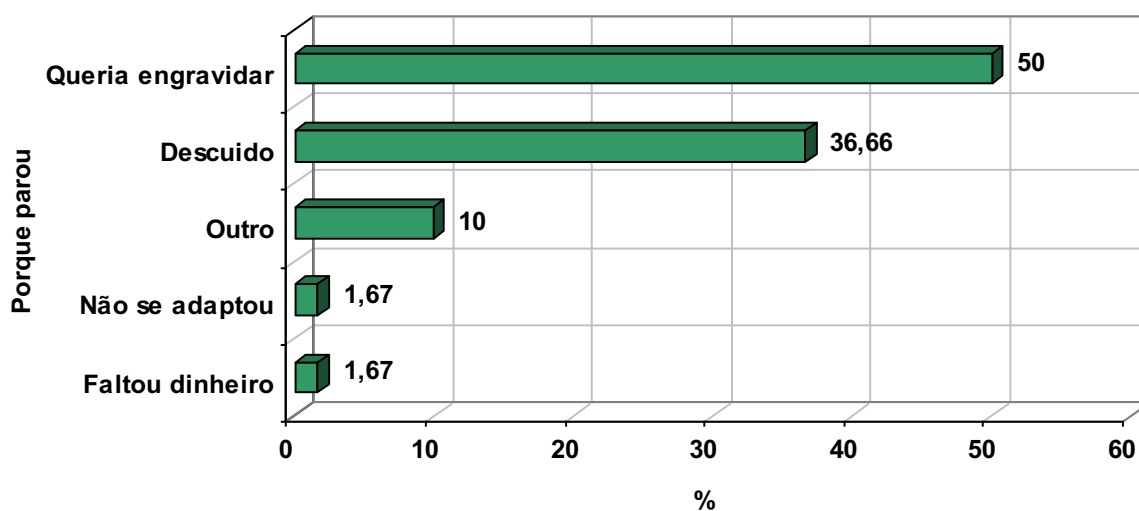
P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)

**Tabela 14** – Motivo do abandono à contracepção pelas pacientes pós- abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

Motivo	Freqüência	%
Descuido	22	36,66
Falta de condições financeiras	01	1,67
Não se adaptou ao método	01	1,67
Queria engravidar	30*	50
Outro	06	10
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

\* P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)

Duas pacientes referiram ter parado anticoncepcional hormonal por ordem médica, três porque estavam engordando e uma achava que era estéril. Esses dados estão contidos na variável “outros”.



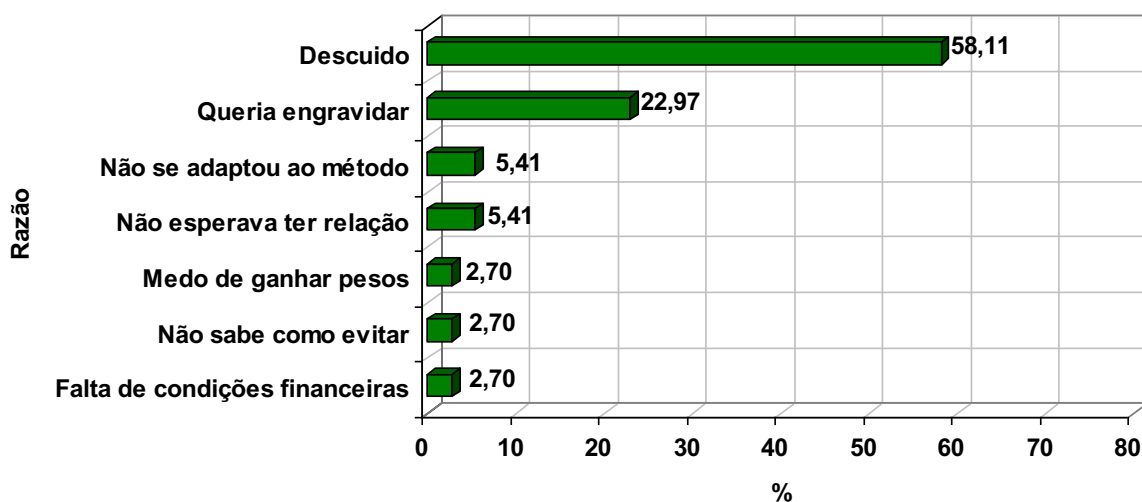
**Figura 9** – Motivo do abandono à contracepção pelas pacientes pós abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

Das 86 (53,75%) que informaram usar algum método contraceptivo, 26 (30,23%) afirmaram não terem parado o método e que engravidaram por falha deste.

**Tabela 15** – Razão da ausência de prevenção da gravidez entre pacientes pós-abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

Qual a razão	Freqüência	%
Descuido	43*	58,11
Não esperava ter relação	04	5,41
Não sabe como evitar	02	2,70
Falta de condições financeiras	02	2,70
Queria engravidar	17	22,97
Não se adaptou ao método	04	5,41
Medo de ganhar peso	02	2,70
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

\* P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)

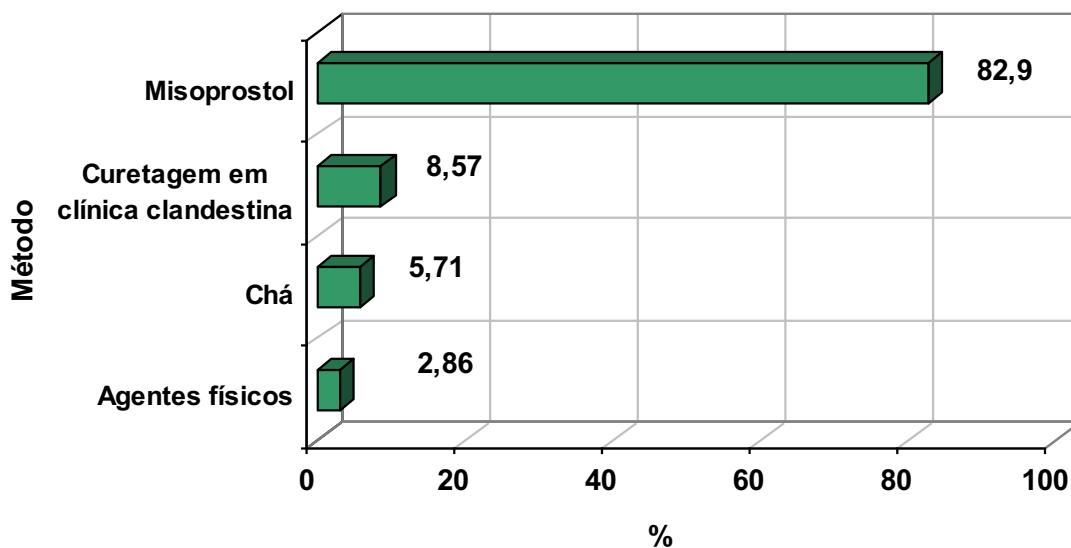


**Figura 10** – Razão da ausência de prevenção da gravidez entre pacientes pós-abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

**Tabela 16** – Métodos abortivos utilizados pelas pacientes pós abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

<b>Método</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Curetagem em clínica clandestina	03	8,57
Chá	02	5,71
Misoprostol	29*	82,9
Agentes Físicos	01	2,86
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

\* P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)



**Figura 11** – Métodos abortivos utilizados pelas pacientes pós abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

**Tabela 17** – Motivo da indução do abortamento nas pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

<b>Decisão pelo aborto</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Condição financeira	17*	48,57
Falta de apoio do parceiro	07	20,00
Violência sexual	02	5,71
Medo ou vergonha	06	17,14
Condição financeira/Falta de apoio do parceiro	01	2,86
Medo ou vergonha/Falta de apoio do parceiro	01	2,86
Condição Financeira/Medo ou vergonha/Falta de apoio do parceiro	01	2,86
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

\* P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)

**Tabela 18** – Provável causa do abortamento espontâneo na perspectiva da paciente em mulheres entrevistadas Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

<b>Motivo do Aborto</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Incompetência istmo cervical	03	2,4
Doenças Endócrinas	06	4,8
Óbito Fetal Intra Uterino	07	5,6
Uso de medicações	13	10,4
Queda	20	16
Forte Emoção	22	17,6
Infecções	09	7,2
Não Sabe	45*	36
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

\* P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)

**Tabela 19** – Cruzamento do tipo de abortamento versus diagnóstico da pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

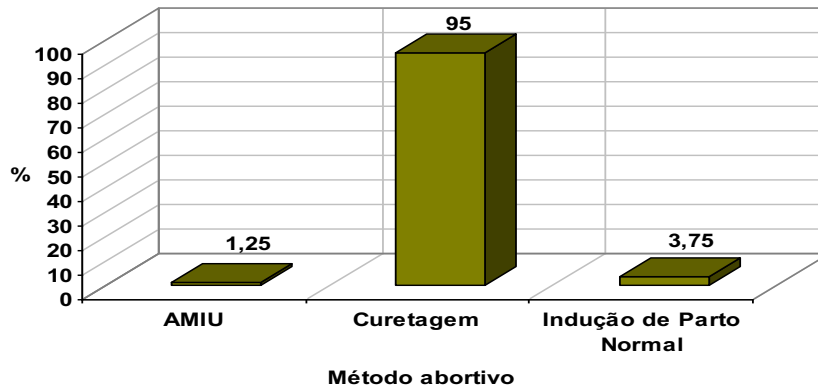
<b>Diagnóstico</b>	<b>Tipo de abortamento</b>				<b>Total</b>
	<b>Espontâneo</b>	<b>%</b>	<b>Provocado</b>	<b>%</b>	
Abortamento habitual	02	1,25	00	00	02
Abortamento incompleto	64	40	25	15,63	89
Abortamento inevitável	26	16,25	00	00	26
Abortamento infectado	07	4,38	10	6,25	17
Abortamento retido	26	16,25	00	00	26
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>78,12</b>	<b>35</b>	<b>21,88</b>	<b>160</b>

P > 0,05 (Teste Qui-quadrado p = 0.0017)

**Tabela 20** – Tratamento Pós Abortamento nas pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

<b>Método Abortivo</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
AMIU	02	1,25
Curetagem	152	95
Indução de Parto Normal	06	3,75
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

\* P < 0,05 (Teste Qui-quadrado p < 0.0001)



**Figura 12** – Tratamento Pós Abortamento nas pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

99 pacientes (61,8%) relataram não terem tido nenhum tipo de sintomatologia nas 48 horas após o procedimento de esvaziamento uterino. As demais referiram sintomas leves, mas nenhum com significância estatística.

**Tabela 21** – Cruzamento da idade gestacional versus tipo de Abortamento em pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro de 2007 à dezembro de 2008.

Idade gestacional	Tipo de Abortamento				Total
	Espontâneo	%	Provocado	%	
Até 12 semanas	65	40.6	22	13.75	87
12 a 22 semanas	60	37.6	13	8.13	73
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>78.12</b>	<b>35</b>	<b>21.88</b>	<b>160</b>

P > 0,05 (Teste Qui-quadrado p = 0.3432)

Quando indagadas se acreditavam que existe alguma situação que a lei permite que haja indução ao abortamento, 66 (41,25%) disseram que sim, contra 94 (58,75%) não. Das que responderam positivamente 51 (79,69%) indicaram somente o estupro, uma (1,56%) estupro e risco de vida para mãe, as demais erraram o questionamento.

## 5. DISCUSSÃO

O abortamento representa um grave problema de saúde pública e de justiça social em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, de grande amplitude e com uma complexa cadeia de aspectos envolvendo questões legais, econômicas, sociais e psicológicas (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008b).

O problema está tão disseminado que até as autoridades máximas do Brasil reconheceram no abortamento inseguro um importante problema e propuseram uma revisão da legislação a respeito do tema (DINIZ, 2007 apud MONTEIRO; ADESSE; LEVIN, 2008a).

Em estudo realizado pelo IPAS (2007), onde determinou-se a magnitude do aborto no Brasil de 1992 a 2005, constatou-se que a incidência do abortamento vem diminuindo, mas ainda pode ser considerada alta para os padrões de saúde pública, demonstrando que para três nascidos vivos existe um aborto induzido. Uma das prováveis causas para a diminuição do número de abortamento é o aumento do uso de métodos contraceptivos.

A utilização do misoprostol, para induzir a eliminação prematura do concepto, também é um motivo, pois reduz complicações e conseqüentemente a necessidade de internação. Ou seja, houve uma redução no número de abortos, mas provavelmente bem menor do que divulgado, em razão da grande subnotificação (IPAS, 2007).

Adesse, Monteiro e Levin (2008b) demonstraram que a taxa de fecundidade reduziu em todas as regiões do Brasil entre 1991 e 2000, o que é ratificado nesta casuística que demonstrou média de gestação de dois filhos por mulher. Esse dado é confirmado pelo IBGE (2008), que constatou o declínio da taxa de natalidade desde a década de 1960, com a introdução e a paulatina difusão de métodos anticoncepcionais no Brasil. Com as contínuas transformações na sociedade brasileira, de modo geral, e na própria família, em particular, em 1991 a natalidade já se posicionava em 2,89 filhos por mulher e em 2008 foi de 1,86. Então se pode pensar que a redução do abortamento também é uma conseqüência da diminuição da taxa de natalidade, já que o principal fator determinante de ambos é o mesmo (IBGE, 2008).

Atualmente está ocorrendo uma intensificação de discussões sobre abortamento, principalmente porque a mídia vem divulgando casos polêmicos acerca do assunto, com oposição de opiniões entre o Poder Legislativo, os Dogmas da Igreja e os princípios da população. Por isso é necessário ampliar as pesquisas sobre o tema, mantendo-se atualizados

os dados para embasarem tais discussões, e por fim, reduzir a incidência desse problema tão destrutivo para a mulher e oneroso para o Sistema de Saúde.

O Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará é a instituição de referência em Ginecologia e Obstetrícia no Estado do Pará e Região Norte. Considerando que, a maioria das cidades do interior do Estado não possuem infraestrutura para atender urgências dessas áreas e gestação de alto risco, as pacientes são necessariamente encaminhadas para esse hospital, que atende grande demanda de pacientes pós-abortamento, o que configura a maior justificativa para sua escolha como parâmetro desta pesquisa.

Das 160 pacientes entrevistadas com diagnóstico de abortamento tanto espontâneo quanto provocado, a maioria era católica, na faixa etária de 20 a 29 anos (média de 25 anos e moda 21 anos), com ensino fundamental incompleto, vivendo com um companheiro e com renda familiar de dois a três salários mínimos. Porém, quando analisa-se o tipo de abortamento, se provocado ou espontâneo, cruzando-os com cada variável especificada, verifica-se que há algumas diferenças entre as duas categorias, como especificado a seguir.

Nesta casuística houve prevalência de abortamento provocado na faixa etária dos 20 aos 29 anos, ficando as mulheres entre 15 a 19 anos como a segunda maior frequência. Poucas mulheres não estavam entre este intervalo de idades citado. Isso está de acordo com os achados na literatura (FONSECA et al., 1996; SORRENTINO,LEBRÃO, 1995). Para Vieira et al. (2007), maior parte das mulheres que provocaram o abortamento tinha entre 20 e 34 anos. Contraditoriamente, na pesquisa de Olinto e Moreira Filho (2006) as interrupções das gestações tiveram um aumento linear com a idade, assim como para Rezende e Montenegro (1995), que relata maior frequência de aborto em mulheres maiores de 28 anos. A maior prevalência dessa faixa etária nesta pesquisa pode estar relacionada à menor estabilidade financeira, emocional e social, do que comparado as mulheres mais velhas, por exemplo. O abortamento espontâneo foi mais frequente entre mulheres de 20 a 29 anos, e em segundo lugar entre 30 e 39 anos.

A maioria das mulheres que provocaram ou não o abortamento eram católicas, 24% e 82% respectivamente, porém, tal fato não tem significância estatística, pois apesar das crescentes perdas do catolicismo para outras religiões, esta ainda é a mais prevalente no Brasil (IBGE, 2009). Esse achado está de acordo com os do Fonseca et al (1996), onde 91,6% das pacientes que haviam provocado o abortamento também eram católicas. Porém, para Olinto e

Moreira Filho (2006) o fato de a mulher ser atéia aumentava em 100% o risco de aborto comparado com mulheres da religião católica, e o aborto foi menos prevalente nesta religião.

Lorea (2006) realizou uma pesquisa com o objetivo de investigar qual o pensamento dos católicos brasileiros acerca de temas relacionados à sexualidade e aos direitos reprodutivos. Constatou-se uma expressiva divergência entre o pensamento da população católica e o discurso da hierarquia da igreja. 78% dos católicos (contra 74% da população geral) são favoráveis a oferta do aborto legal nos serviços públicos de saúde, e 86% deles afirma que uma mulher pode usar métodos anticoncepcionais e continuar a ser uma boa católica, o que é totalmente contraditório aos dogmas da igreja que condena o abortamento e o uso dos métodos contraceptivos. Isso pode ter ocorrido pela redução dos católicos fanáticos na atualidade devido à difusão de idéias, e pelo fato de que atualmente as instituições religiosas não regem mais a sociedade, onde a crença religiosa perde seu papel determinante na formação da identidade individual e coletiva (HERVIEU-LÉGER, 1997, p.362-364 apud LOREA, 2006), dando espaço a mídia, que difunde idéias de sexualidade, prevenção de gestação e doenças sexualmente transmissíveis, entre outras.

Nesta pesquisa prevaleceram mulheres com Ensino Fundamental Incompleto, tanto das que provocaram quanto as que perderam espontaneamente o concepto. Nenhuma paciente declarou-se analfabeta ou semi-analfabeta. Esse resultado não apresentou significância estatística, logo não se pode afirmar que o nível de escolaridade influencia no tipo de aborto praticado. Esse dado confirma os achados na literatura (FONSECA et al., 1996; FONSECA et al., 1998) onde o abortamento foi mais incidente em mulheres com certo grau de escolaridade, e não em analfabetas.

Monteiro, Adesse e Levin (2008a) consideraram que a mortalidade materna em consequência de gravidez que termina em aborto, tem o risco 5,5 vezes maior para mulheres analfabetas que para mulheres com mais elevado de nível educacional. Para semi-analfabetas este risco relativo é 4,6 vezes maior.

Ao analisar o estado conjugal das pacientes entrevistadas, percebeu-se um importante fator determinante do abortamento provocado, pois a maioria das mulheres que perderam o concepto espontaneamente vivia com seu companheiro, seja casada ou em união estável. Diferente das mulheres que interromperam a gestação, cuja maior parte era solteira. Isso demonstra que a estabilidade da relação influencia no desejo em dar continuidade à gestação.

Para Olinto e Moreira Filho (2006), o grupo que induziu abortamento era composto, principalmente, por mulheres separadas/divorciadas, que também fazem parte do grupo de mulheres que não possuem um companheiro. Resultados de outros estudos mostram achados similares (FONSECA et al, 1996; FONSECA et al, 1998), embora alguns apresentem diferenças na categorização da variável estado civil (SOUZA et al, 1999).

Após este estudo das variáveis sócioeconômicas e demográficas que pudessem ser possíveis fatores de risco ou preditores para o aborto induzido, percebeu-se que somente o estado conjugal está associado à possível fator de risco, já que as demais variáveis não apresentaram significância estatística nesta pesquisa.

Nesta casuística, a incidência de abortamento espontâneo superou os provocados, tal como demonstrado anteriormente (FONSECA et al., 1996; NADER et al., 2007; SORRENTINO E LEBRÃO, 1995; SOUZA et al., 1999) . Porém, como no Brasil o abortamento só é permitido em caso de estupro ou risco de morte da mãe, com conseqüências legais a quem provoca o abortamento, é possível que este resultado esteja subestimado, pois apesar do esclarecimento às pacientes que os dados do questionário, em nenhum momento, seriam usados contra elas, o medo da justiça, provavelmente, desvirtuou a verdade. Observa-se que várias pacientes apontaram como causa do abortamento quedas, forte emoção ou uso de medicações por não saberem que estavam grávidas, justificativas que podem ter sido utilizadas para burlar a justiça.

De acordo com o Código Penal, art. 154, é crime: “revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (GOMES, 2000), ou seja, o médico em exercício não pode revelar a prática de abortamento, porém a maioria desconhece esse artigo que também tem referências no Código de Ética Médica, artigo 102 (BRASIL, 1996), e ao internarem-se preferem mentir ou omitir o abortamento, a sofrerem as conseqüências legais deste, e assim ficam sujeitas a serem atendidas de forma incorreta.

Durante o período estudado, somente duas pacientes entrevistadas internaram-se para provocar o abortamento, respaldadas pela lei, por motivo de violência sexual, dado compatível com os expostos por Sorrentino e Lebrão (1998). 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).

O fato de poucas mulheres provocarem o aborto legalmente ocorre provavelmente pelo desconhecimento da legislação vigente que protege a mulher estuprada e também pela religiosidade, princípios e cultura.

Nesta casuística, ao serem indagadas se acreditavam que existe alguma situação que o abortamento provocado não é crime, a maioria respondeu sim com uma pequena diferença das que disseram não, o que ratifica a falta de informação sobre assunto. O estupro foi o motivo mais incidente. Somente uma pessoa acertou o questionamento, o restante errou ou não sabia a resposta.

Houve um predomínio de abortamento incompleto na casuística total estudada, tal como no trabalho de Vieira et al (2007), porém, de acordo com Souza et al (1999), não houve diferença estatística entre os grupos quanto a classificação clínica do abortamento (incompleto, retido, infectado, inevitável).

O principal motivo da internação foi por sangramento e dor em baixo ventre, compatível com o principal diagnóstico encontrado, abortamento incompleto, que não deixa de ser uma complicação, já que indica restos ovulares intra-útero. Para Nader, Blandino e Maciel (2007); Sorrentino e Lebrão (1998); Souza et al (1999), a principal complicação também foi hemorragia.

Quanto aos sinais e sintomas até 48 horas após o método abortivo, observa-se que a maioria das pacientes não apresentou nenhuma sintomatologia, chamando atenção a pequena parcela de complicações registradas que não estaria de acordo com a possível gravidade dos casos que exigem curetagem em regime de internação hospitalar. Isto ocorre, possivelmente, pela carência de alternativas para a realização desse procedimento em outro ambiente, então pacientes com casos simples ou sem complicações são admitidas no hospital.

Provavelmente a reduzida incidência de complicações se deu pelo maior uso de misoprostol. Apesar da comercialização desse medicamento ser proibida, as mulheres que provocam abortamento têm utilizado cada vez mais (IPAS, 2007). Quase totalidade das pacientes que provocaram o abortamento fez uso dessa droga, poucas utilizaram outros meios, como os físicos que seriam os mais deletérios à mulher. Tal fato é semelhante ao encontrado

por Fonseca et al (1996); Fonseca et al (1998); Nader, Blandino e Maciel (2007); Souza et al (1999). No trabalho realizado por Singh e Wulf (1994 apud ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008) muitas mulheres realizavam práticas de alto risco, como trauma voluntário (quedas, socos, atividades física excessivas, etc), substâncias cáusticas inseridas na vagina, objetos inseridos no útero, que aumentavam o risco de complicações pós aborto. Para Bailey et al (1988 apud NADER; BLANDINO; MACIEL , 1999), a introdução de corpos estranhos no útero foi o principal método citado.

O principal procedimento realizado no HFSCMP nas pacientes entrevistadas foi a curetagem, provavelmente porque a maioria das pacientes foi admitida com abortamento incompleto, necessitando de esvaziamento uterino. Tal achado é compatível com os encontrados por Fonseca et al (1998); Nader, Blandino e Maciel (2007); Sorrentino e Lebrão (1995). Porém observa-se uma tendência a redução do número de curetagens, com maior realização de aspiração manual intra uterina (AMIU), 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. Outras vantagens do método são: a aceitabilidade por parte dos médicos, a satisfação das pacientes, o uso de anestésicos locais em substituição à anestesia geral, a diminuição da permanência hospitalar e conseqüente redução de morbidade materna e dos custos hospitalares (PEREIRA et al., 2006).

Quando indagadas quanto ao motivo da interrupção voluntária da gestação, maior parte das entrevistadas alegou falta de condições financeiras para sustentar uma criança, dado semelhante ao de Nader, Blandino e Maciel (2007); Souza et al (1999).

Apesar de o sistema público distribuir métodos contraceptivos (tanto hormonais quanto de barreira) e realizar diversas campanhas contra doenças sexualmente transmissíveis, que também previnem gestação, e programas de planejamento familiar, grande número de pacientes alegaram não fazerem uso de nenhum método contraceptivo, assim como na pesquisa de Fonseca et al. (1996). O principal motivo para tal foi descuido. Isso demonstra a ausência de cuidado individual, cujo principal motivo é irresponsabilidade, pois atualmente não se pode indicar a falta de informação como fator de risco. Infelizmente essas mulheres preferem adotar um “meio contraceptivo” extremamente traumático para elas mesmas e dispendioso para o setor público, do que prevenirem-se.

Das mulheres que em algum momento da vida fizeram uso de método contraceptivos, a maioria utilizou anticoncepcionais hormonais, semelhante ao indicado por Fonseca et al. (1996) e Souza et al. (1999). As entrevistadas da faixa etária de 20 a 29 foram as que mais utilizavam esse tipo de anticoncepção. A vontade de engravidar foi o principal motivo da interrupção da prevenção, concordando com a casuística de Nader, Blandino e Maciel (2007), seguido pelo descuido.

Conforme demonstrado nesse e em outros trabalhos, a criminalização do aborto não contribuiu para redução de sua incidência, do contrário, levou mulheres a buscarem meios clandestinos e conseqüentemente inseguros, que põem suas vidas em risco, com grave impacto para a saúde mental e orgânica.

É necessário, primeiramente, investir em prevenção, a ser viabilizada pelo acesso facilitado aos programas de educação sexual e planejamento familiar, além de uma atuação dos profissionais de saúde, no sentido de buscar estratégias que promovam o desenvolvimento da atitude sexual responsável.

Uma vez realizado o abortamento inseguro é importante a atuação médica esclarecendo a paciente da necessidade de informações verídicas a respeito do fato, para que seja prestada uma melhor assistência. É preciso que o serviço de saúde garanta boas condições de atendimento.

É imprescindível o conhecimento mais profundo a respeito do tema, para dimensionar sua amplitude e gravidade, por meio de pesquisas científicas. Dessa forma, é possível ampliar o debate a respeito do tema entre pesquisadores, estudiosos do assunto, membros do Executivo, Legislativo e Judiciário. Assim explicitar-se-á que a criminalização do abortamento não é uma solução, mas é o maior problema. Chegando a essa conclusão, será possível buscar soluções eficazes no âmbito da saúde pública, sem interferências de fatores como os dogmas religiosos.

## 6. CONCLUSÃO

Concluí-se que maior parte das entrevistadas eram jovens entre 20 e 29 anos, católicas, com ensino fundamental incompleto, vivendo em união estável e com renda familiar de dois a três salários mínimos.

O início da atividade sexual foi com dezessete anos, em sua maioria. Houve, em média, quatro parceiros, duas gestações, um aborto e um parto. Muitas entrevistadas não faziam uso de método contraceptivo ou quando o faziam abandonaram alegando descuido, demonstrando a total falta de responsabilidade com a atividade sexual e suas consequências.

Quanto aos tipos de abortamento, o espontâneo foi mais prevalente que o induzido. Os principais fatores determinantes para a interrupção da gestação foram: falta de condição financeira e de apoio do parceiro. A curetagem foi o método de esvaziamento que predominou como tratamento pós-abortamento.

Ficou explícita a falta de conhecimento a respeito da legislação vigente, tanto pelas respostas incorretas, quanto pela reduzida incidência de abortamentos permitidos por lei.

Diante do exposto, sugere-se, um trabalho educativo não apenas prévio, mas também durante a internação hospitalar, onde a vivência com as consequências da falta de anticoncepção e da interrupção da gravidez provavelmente despertarão um maior interesse nessas pacientes sobre o assunto. Durante a hospitalização é imprescindível o tratamento humanizado dos profissionais de saúde, demonstrando respeito e compromisso social. Uma boa relação com a paciente poderá trazer uma troca de conhecimentos fundamental na área da educação sexual.

## REFERÊNCIAS

ADESSE, L.; MONTEIRO, M.F.G.; LEVIN, J. As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto . **Rev. De Saúde Sexual e Reprodutiva**. Informativo eletrônico de IPAS Brasil. n. 37, nov 2008. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/ABEP2008.pdf>>. Acesso em: 12 dez 2008.

\_\_\_\_\_. Grave problema de saúde pública e de justiça social. **Radis comunicação em saúde**. v.66, p. 10-15, fev 2008. Disponível em: <[http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis\\_66.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf)>. Acesso em: 20 janeiro 2009

ANDRADE, A.T.L. et al. Mortalidade materna: 75 anos de observações em uma maternidade escola. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Rio de Janeiro, vol.28, no.7, 2006 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032006000700002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000700002). Acesso em 08 de fev de 2009.

BAILEY, P.E. et al. Estudio hospitalario Del aborto ilegal em Bolivia. **Bol Sanit Panam** 1988; v. 104, n.2, p. 144-59, 1988 apud NADER, P. R. A; BLANDINO, V. R. P.; MACIEL, E. L. N. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra - ES. **Rev. bras. epidemiol.** , São Paulo, v. 10, n. 4, p. 615-624. Dez. 2007 . Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v10n4/18.pdf>>. Acesso em: 23 fev 2009

BENUTE, G.R.G et al . Interrupção da Gestação após o Diagnóstico de Malformação Fetal Letal: Aspectos Emocionais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20 Maio 2007.

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 fev 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1246/88, de 08 de janeiro de 1988. Aprova o código de ética médica. **Código de ética médica**. 3. ed. Brasília: Coronário, 1996. p. 27

DINIZ,D. Aborto e saúde pública no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. , set. 2007 apud MONTEIRO, M.F.G; ADESSE, L.; LEVIN, J. As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto. **Rev. de saúde sexual e reprodutiva**. Informativo eletrônico de IPAS Brasil, ed.37. Nov 2008. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/revista/nov08.html#quatro>>. Acesso em: 20 jan 2009.

ESPINDOLA, A.T. et al. Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com histórico de abortamento habitual. **Psicologia hospitalar**. São Paulo, v. 4, n. 1, 2006. Disponível em: [http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1677-74092006000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1677-74092006000100004&script=sci_arttext). Acesso em 08 de fev de 2009.

FAUNDES, Aníbal et al . Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros Sobre o Aborto Induzido. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 Maio 2007.

FILHO, A.M.S.; SOUZA, M.F.M.; GAZAL-CARVALHO, C. *et. al.* Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.16, n.1, p. 7-18, mar 2007 . Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n1/v16n1a02.pdf>>. Acesso em: 10 mar 2009

FONSECA, W et al. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 30, n. 1, p. 13-18. Feb. 1996. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101996000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89101996000100003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 Mar. 2009.

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. 1998 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14n2/0105.pdf>>. Acesso em: 11 Mar. 2009.

GOMES, L.F. **Código de processo penal**. 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000. p. 257, 153.

HERVIEU-LÉGER, Danièle. Croire en modernité: au-delà de la problématique des champs religieux et politiques. In: MICHEL, Patrick (Org.). **Religion et démocratie: nouveaux enjeux, nouvelles approches**. Paris: Albin Michel, 1997. p. 362-364. Apud LOREA, R.A. Acesso ao aborto e liberdades laicas. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 185-201. Dez. 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v12n26/a08v1226.pdf>> Acesso em: 17 fev 2009

IBGE. Nosso povo: característica da população. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/7a12/conhecer\\_brasil/default.php?id\\_tema\\_menu=2&id\\_tema\\_submenu=5](http://www.ibge.gov.br/7a12/conhecer_brasil/default.php?id_tema_menu=2&id_tema_submenu=5)> Acesso em: 10 mar 2009

\_\_\_\_\_. Projeção da população do Brasil. Nov.2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272)> Acesso em: 10 mar 2009:

IPAS Brasil. Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa, 2007. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/pesquisas/factsh.PDF>>. Acesso em: 02 dez 2008.

LOREA, R.A. Acesso ao aborto e liberdades laicas. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, . 185-201. Dez. 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v12n26/a08v1226.pdf>> Acesso em: 17 fev 2009

MATTAR, R. et al . Assistência Multiprofissional à Vítima de Violência Sexual: a Experiência da Universidade Federal de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 13 Maio 2007.

MONTEIRO, M.F.G; ADESSE, L.; LEVIN, J. As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto. **Rev. de saúde sexual e reprodutiva**. Informativo eletrônico de IPAS Brasil, ed.37. Nov 2008. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/revista/nov08.html#quatro>>. Acesso em: 20 jan 2009.

NADER, P. R. A; BLANDINO, V. R. P.; MACIEL, E. L. N. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra - ES. **Rev. bras. epidemiol.** , São Paulo, v. 10, n. 4, p. 615-624 Dez. 2007 . Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v10n4/18.pdf>>. Acesso em: 23 fev 2009

OLINTO, M.T.A.; FILHO, D. C.M. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. **Cad.Saúde Pública**. v. 22, n. 2, p. 365-375, fev 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/14.pdf>>. Acesso em 28 de fevereiro de 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Abortamento seguro: Orientação Técnica e Políticas para o Sistema de Saúde. Campinas, SP: Cemicamp, 2004. Disponível em: <<http://portugues.iwhc.org/docUploads/WHO%20Guidance.%20Cap1%2D4.doc>>. Acesso em: 10 de maio de 2007

PARPINELLI, M.A. et al . Mortalidade Materna na Cidade de Campinas, no Período de 1992 a 1994. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20 Maio 2007

PENA, M.L.F. Anencefalia e morte cerebral (neurológica). **Rev. de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt) Acesso em 08 de fev de 2009.

PEREIRA, P.P. et al . Tratamento do abortamento incompleto por aspiração manual ou curetagem. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 304-307. Out. 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a15v52n5.pdf>> . Acesso em: 11 Mar. 2009.

PÉRET, F.J.A.; CAETANO, J.P.J. **Ginecologia e Obstetrícia: Manual para Concursos/TEGO**. 4º edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007, p.650-651.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

REZENDE, J. **Obstetricia**. 8 ed. Rio de JANEIRO: Guanabara Koogan; 1995. p. 557-69

SHERK, K. O abortamento inseguro atinge severamente o Brasil. **Rev. De Saúde Sexual e Reprodutiva**. Informativo eletrônico de IPAS Brasil. ed. 31, set/out 2007. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/revista/set07.html#dois>>. Acesso em 28 de fevereiro de 2009.

SINGH, S.; WULF, D. Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries. **International Family Planning Perspectives**, nº 20, p. 4-13, 1994 apud ADESSE, L.; MONTEIRO, M.F.G.; LEVIN, J. Grave problema de saúde pública e de justiça social. **Radis comunicação em saúde**. v.66, p. 10-15, fev 2008. Disponível em: <[http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis\\_66.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf)>. Acesso em: 20 janeiro 2009

SORRENTINO, S.R.; LEBRÃO, M.L. Os abortos no atendimento hospitalar do estado de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 1, n. 3, p. 256-267, dez 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v1n3/05.pdf>>. Acesso em 28 de fev de 2009.

SOUZA, A.I; AQUINO, M.M.A; CECATTI, G.; SILVA, J.L.P. Epidemiologia do abortamento na adolescência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 161-165. Abr. 1999 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v21n3/12612.pdf>>. Acesso em: 28 fev 2009

THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto Inducido a Nivel Mundial**, 1999. Nova Iorque. Disponível em: <[http://www.guttmacher.org/pubs/fb\\_AWWsp.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/fb_AWWsp.pdf)> Acesso em: 10 mai 2007.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/11.pdf>>. Acesso em 23 de fev de 2009

## APÊNDICE A

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

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** (Baseado na Resolução Nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezada Sra,

Você foi selecionada para participar da pesquisa sobre o **“Estudo do perfil clínico-epidemiológico de mulheres pós abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará”**. Esta pesquisa está sendo realizada por alunas do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, como Trabalho de Conclusão de Curso e tem como objetivo fazer um levantamento clínico-epidemiológico das pacientes internadas por abortamento.

Com este estudo, buscar-se-á evidenciar a real situação da prática de abortamento em um hospital de referência, e a necessidade de implantar medidas de conscientização da população feminina na prevenção da gravidez indesejada e alertar os profissionais de 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**. Queremos também deixar claro que **sua participação é de seu livre-arbítrio, não havendo pagamento** pela mesma, podendo se **recusar a responder quaisquer perguntas** do formulário.

Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão analisados e será elaborado um trabalho pelas autoras da pesquisa, ao qual será feita divulgação para os trabalhadores envolvidos, e para o meio acadêmico e científico.

---

Danielle Campos de Souza

---

Suyenne Gomes Araújo

#### **CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus 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: Estudo do perfil clínico-epidemiológico de mulheres pós abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará**

### IDENTIFICAÇÃO

<b>Iniciais:</b>	<b>Nº do prontuário:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Profissão:</b>	<b>Procedência:</b>	<b>Religião:</b>
<b>Escolaridade:</b> EF= Ensino Fundamental      EM= Ensino Médio      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"/> <input type="checkbox"/> EM incompleto <input type="checkbox"/> EM completo <input type="checkbox"/> ES incompleto <input type="checkbox"/> ES completo		
<b>Estado conjugal:</b> <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva		
<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		

### ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

<b>Coitarca:</b>	<b>Número de parceiros sexuais:</b>
<b>Nº de Gestações:</b>	<b>Nº de Partos:</b>
<b>Usa Contraceptivo?</b> <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<b>Se sim, Qual o método?</b> <input type="checkbox"/> Anticoncepcional 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 condições financeiras <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"/> Outro	

### HISTÓRIA DO ABORTAMENTO ATUAL

<input type="checkbox"/> Este aborto foi Provocado <b>O que a fez decidir realizar esse aborto?</b> <input type="checkbox"/> Vaidade <input type="checkbox"/> Falta de apoio do parceiro <input type="checkbox"/> Vergonha <input type="checkbox"/> Dificuldade financeira <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Violência sexual <input type="checkbox"/> Risco de vida <input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Este aborto foi Espontâneo <b>Qual foi o motivo do aborto?</b> <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Causa Genética <input type="checkbox"/> Forte Emoção <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Mecanismo Imunológico <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Uso de Medicamentos <input type="checkbox"/> OFIU <input type="checkbox"/> Doenças Endócrinas <input type="checkbox"/> Outro
<b>Qual o método utilizado na indução do abortamento?</b> <input type="checkbox"/> Curetagem em clinica clandestina <input type="checkbox"/> Misoprostol <input type="checkbox"/> Introdução de objeto na vagina <input type="checkbox"/> Chá <input type="checkbox"/> outros	

### LEGISLAÇÃO

<b>O abortamento provocado é crime?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>Acha que há alguma situação que o abortamento é permitido por lei?</b> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<b>Quais situações?</b> <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Risco de morte para a mãe <input type="checkbox"/> outros _____

## APÊNDICE C

**Pesquisa:** Estudo do perfil clínico-epidemiológico de mulheres pós abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

### IDENTIFICAÇÃO

<b>1. Iniciais:</b>	<b>2. N° do prontuário</b>
---------------------	----------------------------

### DADOS CLÍNICOS

<b>Idade Gestacional:</b>
<b>Queixa Principal:</b>
<b>Diagnóstico do ABORTAMENTO:</b> <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Retido <input type="checkbox"/> Infectado <input type="checkbox"/> Habitual
<b>Método Abortivo:</b> <input type="checkbox"/> Curetagem <input type="checkbox"/> AMIU <input type="checkbox"/> Indução de Parto Vaginal <input type="checkbox"/> Micro Cesária <input type="checkbox"/> Outro
<b>Sinais e Sintomas até 48 hrs:</b> <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> sangramento vaginal excessivo <input type="checkbox"/> dor excessiva <input type="checkbox"/> febre <input type="checkbox"/> leucorréia fétida <input type="checkbox"/> anorexia <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> perfuração <input type="checkbox"/> dificuldade de urinar <input type="checkbox"/> Obstipação <input type="checkbox"/> infecção <input type="checkbox"/> síncope <input type="checkbox"/> vertigens / Tontura <input type="checkbox"/> Outros _____