

ASPECTOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS DAS MULHERES PÓS-ABORTAMENTO EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

PROFILE CLINICAL-EPIDEMIOLOGIST OF WOMEN AFTER-ABORTION IN REFERENCE'S HOSPITAL ¹

Nara Macedo BOTELHO ², Suyenne Gomes de ARAÚJO³ e Danielle Campos de SOUZA³.

RESUMO

Objetivo: caracterizar os aspectos clínico-epidemiológicos e principais fatores determinantes do abortamento em mulheres internadas em um hospital de referência no Estado do Pará. **Método:** estudo transversal analítico; foram entrevistadas 160 pacientes em idade fértil, internadas por abortamento no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 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 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; a instabilidade financeira foi o motivo mais apontado entre as pacientes que provocaram o abortamento (48,57%). **Conclusão:** houve redução no número de abortamentos provocados, 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, conseqüentemente, reduzindo o ônus ao sistema público de saúde.

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

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.¹

Nos países em que as mulheres têm acesso a serviços seguros, a probabilidade de morrer em decorrência 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

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.²

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 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.³

Trabalho realizado no Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

² Profa. Dra. Adjunta da Disciplina Metodologia Científica do Curso de Medicina da UEPA e Profa. da Disciplina Tocoginecologia do Curso de Medicina da UFPA.

³ Graduandas do Curso de Medicina da UFPA

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.³ As mulheres analfabetas têm um risco de mortalidade materna 4,9 vezes maior que as mulheres com 12 (doze) anos ou mais de estudo.⁴

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.⁵

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.⁶ 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.⁷ 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.⁷

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.⁷

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.³

OBJETIVO

Determinar o perfil clínico-epidemiológico e os fatores determinantes em pacientes de um hospital de referência.

MÉTODO

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.

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 22ª semana ou com produto da concepção pesando menos de 500g⁷, 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 e outros.

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, com informações do tipo sócio-demográficas.

Também foram utilizados os prontuários das participantes como fonte para obtenção de dados clínicos e preenchimento de protocolo.

No material estudado, foram analisados dados referentes à idade, faixa etária, estado conjugal, tipo de abortamento, método abortivo utilizado e razão pela decisão do abortamento. Foram coletados em protocolos próprios, 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 (*).

RESULTADOS

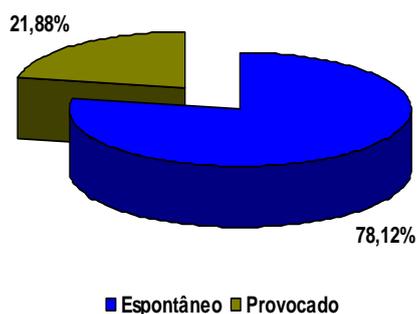


Figura 1 – Tipo de abortamento mais frequente nas pacientes do HFSCMPA de dezembro de 2007 a dezembro de 2008.

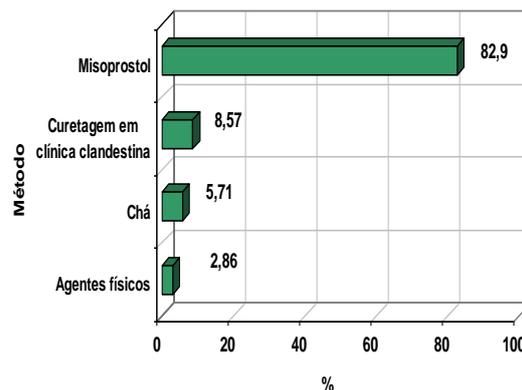


Figura 2 – Métodos abortivos utilizados pelas pacientes pós abortamento no HFSCMPA, dezembro de 2007 a dezembro de 2008.

Tabela 1 – Relação da faixa etária com o tipo de abortamento em pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, dezembro de 2007 a dezembro de 2008.

Faixa Etária (anos)	Tipo de Abortamento		Total %
	Esponâneo %	Provocado %	
10 a 14	0,00	0,63	0,63
15 a 19	8,75	8,75	17,5
20 a 29	48,75*	11,25*	60
30 a 39	17,50	1,25	18,75
40 a 49	3,13	0,00	3,13
Total	78,12	21,88	100

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

Tabela 2 – Relação do tipo de abortamento com o estado conjugal das pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, dezembro de 2007 a dezembro de 2008.

Estado Conjugal	Tipo de abortamento		Total
	Esponâneo %	Provocado %	
União			
Estável	53,13*	3,13	56,26
Divorciada	1,25	0,63	1,88
Solteira	23,75	18,13*	41,88
Total	78,12	21,88	100

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

Tabela 3 – Motivo da indução do abortamento nas pacientes do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará de dezembro, 2007 a dezembro de 2008.

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

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

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.³

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.⁸ 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 consequentemente 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.⁵ 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 estava na faixa etária de 20 a 29 anos (média de 25 anos e moda 21 anos) e vivendo com um companheiro. Porém, quando se analisa o tipo de abortamento, se provocado ou espontâneo, cruzando-os com cada variável, 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^{9,10}. Para Vieira et al.(2007)¹¹, maior parte das mulheres que provocaram o abortamento tinha entre 20 e 34 anos. Contraditoriamente, na pesquisa de Olinto e Moreira Filho (2006)¹², as interrupções das gestações tiveram um aumento linear com a idade, assim como para Rezende e Montenegro (1995)¹³, 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.

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)¹², 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 ^{9;14}, embora alguns apresentem diferenças na categorização da variável estado civil ¹⁵.

Nesta casuística, a incidência de abortamento espontâneo superou os provocados, tal como demonstrado anteriormente ^{9;10;15;16}. 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.

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)¹⁶; Souza et al (1999)¹⁵.

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.

Diante do exposto fica evidente a necessidade de um 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.

CONCLUSÃO

O abortamento espontâneo foi mais prevalente que o provocado.

A faixa etária de 20-29 anos predominou entre os dois tipos de abortamento, sendo a de 30-39 anos a segunda maior entre os espontâneos e a de 15-19 anos entre os induzidos.

Em relação ao estado conjugal, a união estável foi mais prevalente nos espontâneos e nos provocados o grupo mais freqüente foi o das solteiras.

Com relação ao fator determinante do abortamento, a condição financeira desfavorável e a falta de apoio do parceiro foram apontados como as principais causas. O misoprostol foi o método abortivo mais utilizado pelas entrevistadas.

SUMMARY

PROFILE CLINICAL-EPIDEMIOLOGIST OF THE WOMEN AFTER-ABORTION IN HOSPITAL OF REFERENCE – BELÉM- PARÁ

Nara Macedo BOTELHO, Suyenne Gomes de ARAÚJO e Danielle Campos de SOUZA.

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. **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.

Keys word: spontaneous abortion, induced abortion, risk 's factors.

REFERÊNCIAS

1. Olinto, MTA; Filho, DCM. 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.
2. The Alan Guttmacher Institute. Aborto Inducido a Nivel Mundial, 1999. Nova Iorque. Disponível em: <http://www.guttmacher.org/pubs/fb_AWWsp.pdf> Acesso em: 10 mai 2007.
3. Adesse, L; Monteiro, MFG; 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>. Acesso em: 20 janeiro 2009.
4. Adesse, L; Monteiro, MFG; 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.
5. 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.
6. Gomes, LF. Código de processo penal. 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000. p. 257, 153.
7. 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](http://www.saude.gov.br) >. Acesso em : 08 de fev 2009.
8. Diniz, D. Aborto e saúde pública no Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. , set. 2007 apud Monteiro, MFG; 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.

9. 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=S003489101996000100003&script=sci_artte>. Acesso em: 10 Mar. 2009.

10. Sorrentino,SR; Lebrão, ML. 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.

11. Vieira, LM; Goldberg, TBL; Saes, SO; Dória, AAB. 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

12. Olinto, MTA; Filho, DCM. 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.

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

14. 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.

15. Souza, AI; Aquino, MMA; Cecatti, G; Silva, JLP. 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.

16. Nader, PRA; Blandino, VRP; Maciel, ELN. 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.scielo.org/pdf/rbepid/v10n4/18.pdf>>. Acesso em: 23 fev 2009