

INSTITUTO MATERNO INFANTIL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO

KARLA DA SILVA RAMOS

MULHERES HOSPITALIZADAS POR ABORTAMENTO EM UMA
MATERNIDADE-ESCOLA NA CIDADE DO RECIFE: UM ESTUDO
DE CORTE TRANSVERSAL

Março / 2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KARLA DA SILVA RAMOS

MULHERES HOSPITALIZADAS POR ABORTAMENTO EM UMA
MATERNIDADE-ESCOLA NA CIDADE DO RECIFE: UM ESTUDO
DE CORTE TRANSVERSAL

*Dissertação apresentada ao colegiado
do Mestrado em Saúde Materno-Infantil do
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando
Figueira – IMIP, como parte do requisito para
obtenção do Grau de “Mestre em Saúde
Materno-Infantil”.*

Área de Concentração: Saúde da Mulher

Linha de Pesquisa: Epidemiologia do abortamento

Orientadora: Prof^a Dr^a Ariani Impieri de Souza

Co-orientadora: Prof^a Msc Sonia Regina Figueiredo

Março/2007

LISTA DE TABELAS:

	Página
Tabela 1 Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo os critérios da OMS (adaptado) para diferenciar abortamentos espontâneos e induzidos por idade gestacional. IMIP, Recife, 2005/2006.	31
Tabela 2 Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a idade das mulheres. IMIP, Recife, 2005/2006.	32
Tabela 3 Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a escolaridade da mulher. IMIP, Recife, 2005/2006.	33
Tabela 4 Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a presença de companheiro. IMIP, Recife, 2005/2006.	34
Tabela 5 Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a mulher ter atividade remunerada. IMIP, Recife, 2005/2006.	35
Tabela 6 Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a procedência da mulher. IMIP, Recife, 2005/2006.	36
Tabela 7 Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo o número de gravidezes. IMIP, Recife, 2005/2006.	37
Tabela 8 Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo o número de filhos vivos. IMIP, Recife, 2005/2006.	38
Tabela 9 Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo o número de abortamentos anteriores. IMIP, Recife, 2005/2006.	39

Tabela 10	Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a ter ou não planejado a gravidez. IMIP, Recife, 2005/2006.	40
Tabela 11	Distribuição da frequência da reação dos companheiros frente a notícia da gravidez das mulheres hospitalizadas por abortamento. IMIP, Recife, 2005/2006.	41
Tabela 12	Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento que afirmaram ter induzido o abortamento de acordo com o motivo para realizarem o abortamento. IMIP, Recife, 2005/2006.	42
Tabela 13	Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo os métodos anticoncepcionais (MAC) conhecido. IMIP, Recife, 2005/2006.	44
Tabela 14	Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo o último método anticoncepcional (MAC) utilizado antes da atual gravidez. IMIP, Recife, 2005/2006.	45
Tabela 15	Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo os métodos para abortar conhecido e utilizado. IMIP, Recife, 2005/2006.	46
Tabela 16	Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a fonte de informação do método utilizado para abortar. IMIP, Recife, 2005/2006.	47
Tabela 17	Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a idade gestacional e classificação do abortamento na admissão. IMIP, Recife, 2005/2006.	48
Tabela 18	Distribuição da frequência de infecção entre as mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a classificação do abortamento de acordo com os critérios da OMS. IMIP, Recife, 2005/2006.	49
Tabela 19	Distribuição da frequência de procedimentos realizados entre as mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a classificação do abortamento de acordo com os critérios da OMS. IMIP, Recife, 2005/2006.	50

LISTA DE SIGLAS:

AER – Aborto Espontâneo Recorrente

AGI – The Alan Guttmacher Institute

AIH – Autorização de Internamentos Hospitalares

AMIU – Aspiração Manual Intra-Uterina

BO – Boletim de Ocorrência

CAM – Centro de Atenção à Mulher

CID – Código Internacional de Doenças

CIPD – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento

CMM – Conferência Mundial sobre a Mulher

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DIU – Dispositivo Intra-uterino

DUM – Data da Última Menstruação

EUA – Estados Unidos da América

FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

FM – Feto Morto

HIV/AIDS – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMIP – Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

LAM – Lactação-amenorréia

MAC – Método Anticoncepcional

MS – Ministério da Saúde

NEPI – Núcleo de Epidemiologia

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância observado

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil clínico e epidemiológico das mulheres hospitalizadas por abortamento em uma maternidade-escola da cidade do Recife.

Método: Foi realizado um estudo do tipo corte transversal. Foram entrevistadas 160 mulheres no período de novembro de 2005 a julho de 2006. Os dados foram coletados por meio de formulário próprio. Os abortamentos foram classificados em induzidos, possivelmente induzidos ou espontâneos de acordo com critérios adotados pela OMS. A análise estatística foi realizada através da avaliação de frequências simples e teste exato de Fisher, no programa Stata 9.2. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do IMIP.

Resultados: A frequência de mulheres hospitalizadas por abortamento correspondeu a 3,1% do total das ocorrências obstétricas. O abortamento “induzido” representou 14,3%. A maior ocorrência encontrada foi de abortamento “possivelmente induzido” (56,3%) e o abortamento espontâneo correspondeu a 29,4%. Em relação à cronologia, a maioria dos abortamentos ocorreu antes das 12 semanas (55,7%), caracterizando abortamento precoce. Em relação à forma clínica no momento do internamento, o abortamento incompleto foi a hipótese diagnóstica que predominou (52,5%). A metade das mulheres era procedente do Recife; 90,1% tinham companheiro, 63,0% não planejaram a gravidez e 80,0% conheciam o misoprostol como método abortivo. Porém apenas sete das oito mulheres que referiram ter induzido o abortamento, fizeram uso do mesmo. Cem por cento das mulheres conheciam a pílula e o condom como métodos contraceptivos. Não houve nenhuma ocorrência de morte materna decorrente de abortamento no período do estudo.

Conclusão: A ocorrência de hospitalização por abortamento diminuiu nos últimos 10 anos, coincidindo com a popularização do uso do misoprostol como método de indução de aborto e a forma clínica predominante foi o abortamento incompleto. O perfil epidemiológico das mulheres que se hospitalizaram para tratamento de complicações de abortamento não se alterou neste período: mulheres jovens com escolaridade alta, com companheiro e que não planejaram a gravidez. O método mais utilizado para a indução do abortamento continua sendo o misoprostol.

Palavras-chave: Aborto; Aborto induzido; Aborto incompleto; Misoprostol; Saúde Reprodutiva; Assistência Integral à Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: Describe a clinical and epidemiologic profile of the hospitalized women by abortion at a maternity hospital school in Recife.

Method: A cross-section study was realized. 160 women were interviewed between November 2005 and July 2006. The data were collected by a proper form. The abortions were classified in induced, possibly induced or spontaneous according to the criteria adopted by OMS. The statistics analysis was realized by a simple frequency evaluation and Fisher exact test at the program Sata 9.2. The study was approved by the IMIP Ethic and Search Committee.

Results: The hospitalized women by abortion frequency corresponded to 3, 1% of the obstetric total cases. The induced abortion represented 14, 3%. The biggest found cases were of “possibly induced abortion” (56, 3%) and the spontaneous abortion corresponded to 29, 4%. In relation to chronology, the most part of abortions happened before the 12 weeks (55, 7%), charactering early abortion. In relation to the clinical form at the hospitalization moment, the incomplete abortion was the diagnosed hypothesis that prevailed (52, 5%). Half of the women were from Recife; 90, 1% had a husband, 63, 0% didn't plan the pregnancy and 80, 0% knew the misoprostol as an abortion method. However only seven from eight women that referred had induced the abortion, took the medicine. A hundred per cent of the women knew the contraceptive pill and the condom as contraceptive methods. There wasn't any mother's death during the study.

Conclusion: The hospitalization by abortion occurrence decreased in the last 10 years, coinciding to the misoprostol popularization as an abortion induction method and the predominant clinical form was incomplete abortion. The women epidemiological profile that got hospitalized for abortion complications treatment didn't change at this period: young women with high school background, with a husband and that didn't plan the pregnancy. The misoprostol is still the most used method for the abortion induction.

Key-words: Abortion; Inducted abortion; Incomplete abortion; Misoprostol; Reproductive health; Complete women health assistance.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	
Lista de Siglas	
Resumo	
Abstract	
I. Introdução	01
1.1 – Magnitude do problema	01
1.1.1 – Maternidade Segura	03
1.2 – Classificação do abortamento	04
1.3 – O aborto previsto em lei	06
1.4 – Assistência ao abortamento – atenção integral com ênfase na mulher	07
1.5 – Fatores associados ao abortamento	09
1.6 – Métodos utilizados como contraceptivos	10
1.7 – Métodos utilizados como abortivos	12
1.8 – Conseqüências e complicações do abortamento	13
1.9 – Opinião de homens e mulheres sobre o abortamento	17
II. Justificativa	18
III. Objetivos	19
IV. Métodos	21
4.1 – Desenho do estudo	21
4.2 – Local do estudo	21
4.3 – Amostra do estudo	21

4.4 – Seleção dos participantes	22
4.5 – Critérios de inclusão e exclusão	22
4.5.1 – Critérios de inclusão	22
4.5.2 – Critérios de exclusão	22
4.6 – Variáveis	23
4.6.1 – Variável dependente	23
4.6.2 – Variáveis independentes	23
4.7 – Definição de termos e variáveis	24
4.8 – Coleta de dados	28
4.8.1 – Instrumento para coleta de dados	28
4.8.2 – Procedimento para coleta dos dados	28
4.9 – Processamento e análise dos dados	28
4.9.1 – Processamento dos dados	28
4.9.2 – Análise dos dados	29
4.10 - Aspectos éticos	29
V. Resultados	30
VI. Discussão	51
VII. Conclusões	64
VIII Recomendações	66
IX. Referências Bibliográficas	67
X. Apêndices:	75
1. Autorização do Comitê de Ética	75
2. Termo de Consentimento	76
3. Formulário para entrevista	77

I. INTRODUÇÃO

1.1 - Magnitude do problema

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o abortamento é definido como a interrupção da gravidez antes da viabilidade do produto da concepção, correspondendo à perda de conceptos até 20-22 semanas completas e/ou 500 gramas, a partir de quando tem início a prematuridade.^{1,2}

O abortamento é uma questão amplamente discutida em várias épocas, sociedades e culturas, com diferentes enfoques, passando pela ética, política, movimento organizado de mulheres, igrejas, membros de setores da saúde e aspectos jurídicos. O debate se torna ainda mais acirrado nos países onde o abortamento é considerado crime.³ Embora sua discussão remonte desde o código hebraico, onde existia pena de morte para as mulheres que provocassem o abortamento.⁴ Só a partir de 1994 com a III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo, o tema passou a ser tratado como problema de saúde pública.^{4,3}

A verdadeira dimensão do abortamento não está devidamente documentada em vários países, incluindo o Brasil, devido ao seu caráter ilegal e conseqüente falta de registros.^{5, 6} Portanto, sua incidência não é oficial e as estimativas baseiam-se, principalmente, no número de mulheres que se internam por complicações do abortamento no sistema público de saúde, não havendo registro das mulheres que são assistidas nos serviços privados.⁶

Para expressar a magnitude do problema, a taxa de aborto em geral é calculada usando-se o número de mulheres em idade fértil e não o número de mulheres grávidas.

De fato, ela representa a percentagem de todas as mulheres em idade fértil que tem um aborto provocado durante um ano.⁶

Conforme analisa Henshaw *et al.* (1999) em 1995, no mundo ocorreram 26 milhões de abortamentos legais e 20 milhões de abortamentos ilegais, resultando numa taxa de abortamento de 35 por 1.000 mulheres na idade de 15 a 44 anos, sem incluir neste percentual os abortos espontâneos e os natimortos. Embora sejam números variáveis devido a pouca confiabilidade dos registros de abortamentos essa estimativa é aceita pela OMS como a mais próxima da realidade.^{6,7}

Estima-se que dos 19 a 20 milhões de abortamentos induzidos, 97% ocorrem nos países em desenvolvimento, chegando ao patamar de 68.000 mulheres mortas por ano e outras com complicações ou seqüelas irreversíveis.⁸

O abortamento induzido voluntariamente pela mulher e praticado clandestinamente é responsável por 10 a 15% dos óbitos maternos no Brasil.⁹ É considerado uma questão relevante na saúde pública, pois representa a quarta causa de mortalidade materna no país e está intimamente relacionado às desigualdades sociais brasileiras.^{10,11}

Estimativas mundiais mostram os seguintes números de abortamentos induzidos por ano: Ásia com 27 milhões, Europa com 8 milhões, África com 5 milhões, América Latina com 4 milhões, América do Norte com 1,5 milhão e Oceania com 100 mil.⁶ No ano de 2000, na América Latina e Caribe, ocorreram 29 abortamentos induzidos por 1.000 mulheres na faixa etária entre 15 e 44 anos.⁸ No Brasil, as estimativas são variadas e pouco precisas e apontam para a ocorrência de 300 mil a 3,3 milhões de abortamentos ilegais a cada ano, o que reforça a pouca confiabilidade dos dados.⁶

Um estudo epidemiológico sobre abortamento no Brasil, realizado em 5 instituições universitárias no período de setembro de 1992 a agosto de 1993, totalizando

4.408 casos encontrou uma incidência de 80,7% de abortamentos espontâneos, 57,5% de infectados e 19,3% de induzidos.¹²

No período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006, de acordo com dados do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares/Sistema Único de Saúde), houve 28.266 curetagens pós-abortamento no estado de Pernambuco. No Recife, neste mesmo período as curetagens pós-abortamento representaram 26% desse total correspondendo a 7.370 curetagens.¹³

Na maternidade do IMIP - Recife-PE, no período entre 1988 a 1992, identificou-se que 10,0% dos internamentos obstétricos ocorreram por complicações de abortamento.¹⁴ Outro estudo realizado na mesma instituição, no período de 1994 e 1995, encontrou uma prevalência de 5,7% entre mulheres hospitalizadas para tratamento de complicação por abortamento.^{15, 16}

1.1.1 - Maternidade Segura

Segundo a OMS (2001), 515 mil mulheres morrem por complicações da gravidez e do parto a cada ano. Sete milhões das sobreviventes padecerão por complicações decorrentes da parturição e outros 50 milhões serão estigmatizadas devido a algum tipo de seqüela. Salienta-se ainda que 98% destes eventos ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. De acordo com relatório publicado por essa organização no mesmo ano foram enfatizados cinco critérios relevantes na garantia da “Maternidade Segura”: Direito à Vida; Direito à Liberdade e Segurança Pessoal; Direito a Nível Adequado de Saúde; Direito à Proteção na Maternidade; Direito à Não Discriminação da Mulher.¹⁷ A educação e a informação são eixos imperiosos e que podem prevenir a ocorrência de gravidezes indesejadas, evitando assim interferência no

crescimento individual, emocional e laborativo das mulheres asseguradas pela Maternidade Segura.¹⁷

1.2 - Classificação do abortamento

De acordo com a sua cronologia, o abortamento pode ser dividido em precoce, se ocorrer antes de 12 semanas de gestação, ou tardio, se entre 12 e 20-22 semanas.^{18,2} Quanto à etiologia o abortamento pode ser classificado em espontâneo ou induzido. O espontâneo é decorrente de causas naturais, sem etiologia aparente; onde muitas vezes se apresenta sob a forma de abortamento espontâneo recorrente (AER), nos casos em que ocorrem três ou mais abortamentos sucessivos espontaneamente.¹⁹

O abortamento induzido (ou provocado) é definido pelo Comitê de Ética da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) como “a interrupção da gravidez pelo uso de drogas ou intervenção cirúrgica após a implantação do ovo e antes que o conceito (significando *o produto da concepção*) tenha se tornado viável”.⁶ Esta forma pode ainda ser legal ou ilegal. O abortamento previsto pela legislação brasileira é aquele que considera apenas a interrupção da gravidez resultante de estupro e de risco iminente de morte da mãe. O ilegal contempla todas as situações não inclusas na Constituição Brasileira, independente de quais sejam, inclusive as malformações fetais, embora já haja jurisprudência favorável ao abortamento nos casos de anecefalia fetal (situação fetal incompatível com a vida).²

O abortamento também pode ser classificado de acordo com sua forma clínica em: evitável, inevitável, completo, incompleto, retido e infectado. No abortamento evitável ou ameaça de abortamento o sangramento genital é de pequena intensidade, o orifício uterino permanece fechado e existe vitalidade do conceito.^{1,2}

O abortamento inevitável caracteriza-se por sangramento abundante, dor em cólica e o canal cervical pode apresentar-se dilatado. O produto conceptual perde a vitalidade tornando-se incompatível com o prosseguimento da gestação e pode ou não ser eliminado total ou parcialmente.^{1,2}

O abortamento inevitável pode ainda ser: completo e incompleto. No primeiro ocorre a eliminação total, integral e espontânea de todo o material fetal e placentário com a diminuição ou mesmo parada do sangramento e cólicas após a expulsão do ovo íntegro.^{1, 18, 2} O abortamento inevitável incompleto caracteriza-se pela expulsão parcial de todo o tecido fetal e placentário, fortes dores do tipo cólica na tentativa de eliminar o conteúdo que se encontra ainda em cavidade uterina, sangramento abundante e redução do volume uterino que se apresenta menor do que deveria para a idade gestacional.^{1, 18, 2}

O abortamento é reconhecidamente retido quando ocorre a morte do concepto intra-útero sem a eliminação de qualquer parte fetal ou placentária por pelo menos oito semanas ou por período que excede 30 dias. Ocorre regressão dos sintomas gravídicos com diminuição da altura do fundo uterino e o sangramento genital é inexistente ou escasso.^{20, 1, 18, 2}

Considerando-se ainda a classificação clínica do abortamento ele pode ser infectado ou séptico. O abortamento infectado apresenta os sinais e sintomas do abortamento associado à infecção intra-uterina, sem que ocorra a disseminação sistêmica da infecção. Podendo este ser retido, incompleto ou completo; presença de febre, dor à mobilização do colo uterino, irritação peritoneal e a saída de secreção. Se houver progressão do processo, irritando o peritônio pélvico a sintomatologia será mais intensa, havendo contratura e defesa na musculatura do baixo ventre e o estado geral é comprometido. No abortamento séptico ocorre disseminação da infecção decorrente do aborto infectado pela circulação materna. Devido à instalação da sepse, a gravidade

acentua-se, o estado geral é fortemente acometido, apresentando sinais tóxicos evidentes: cianose, calafrios, hipotensão. Podendo ainda a mulher apresentar peritonite ou choque.^{1, 18}

Nos países onde o abortamento não é permitido por lei, o abortamento induzido comumente é realizado sob condições técnicas precárias podendo evoluir para a forma infectada.⁶ Na anamnese, identificam-se os antecedentes ao evento, como: expulsão incompleta do ovo, introdução de hastes de laminárias, soluções diversas, sondas ou ainda manipulação instrumental intracavitária.²¹

1.3 - O aborto previsto em lei

O abortamento previsto em lei contempla apenas duas condições previstas no artigo 128 do Código Penal e 28 do Código de Ética Médica: casos que ponham a vida materna em risco iminente, ou em gestações decorrentes de estupro, respaldado na documentação necessária para garantir a legalidade da sua realização e da assistência prestada.^{4, 22, 20, 23}

No Brasil, em 1989, foi implantado em São Paulo o primeiro serviço público oficial de atendimento ao abortamento, previsto em lei que inicialmente prestava assistência apenas aos abortamentos respaldados na lei, atendendo exclusivamente aos casos para interrupção da gravidez. Contudo, atualmente, esses serviços expandiram e diversificaram suas ações de saúde, passando a atender também mulheres vítimas de toda forma de violência sexual. Além disso, prestam assistência também às situações de abortamento legal por autorização judicial, como em casos de anomalia fetal incompatível com a vida.²⁴

A implantação desses serviços de atendimento ao abortamento previsto em lei foi decorrente da atuação dos movimentos feministas, que discutem o abortamento no

contexto dos “Direitos Reprodutivos” reivindicando o direito da mulher de decidir sobre a interrupção da gestação e que o Estado se responsabilize pela assistência a esses abortamentos previstos em lei. Outro fator que incentivou a criação desses serviços públicos, foi a consolidação dos direitos reprodutivos e sexuais a partir da III Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) realizada em 1994, na cidade do Cairo e da Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM) em 1995, na cidade de Pequim.²⁴ Aliado a estes, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) exerceu importante papel no compromisso com a garantia do direito à interrupção da gestação dentro do âmbito legal com a criação do Comitê Nacional Especializado em Violência Sexual e Aborto previsto em lei em 1997. Ademais, a FEBRASGO tem contribuído para a sensibilização e envolvimento dos médicos obstetras.^{25,9}

Por fim, O Ministério da Saúde em 1998 através de portaria específica adotou a *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, legitimando assim o atendimento do aborto previsto em lei desde 1940.^{26, 25, 24, 9}

1.4 - Assistência ao abortamento – atenção integral com ênfase na mulher

A assistência ao abortamento, nos casos previstos em lei, leva em consideração não só os vários aspectos relacionados à saúde da mulher, mas também suas necessidades individuais. A realização de uma assistência de qualidade requer vários elementos importantes: atendimento à mulher no que diz respeito às suas circunstâncias sociais e necessidades individuais; fornecimento de informações e aconselhamento, possibilitando à mulher fazer uma escolha fundamentada; utilização de técnicas

internacionalmente recomendadas; fornecimento de serviços contraceptivos pós-abortamento e a garantia de confidencialidade, privacidade, respeito e interação entre a mulher e a equipe de saúde.²⁷

Recentemente a questão do abortamento obteve espaço na mídia devido ao fato de que o Ministério da Saúde, através de uma norma, está autorizando médicos da rede pública a realizar o abortamento em mulheres que declarem ter engravidado devido a estupro, mesmo sem a apresentação do boletim de ocorrência policial (BO).²³ A assistência a essas mulheres pode ser influenciada pelos valores e posições muitas vezes contrárias dos profissionais de saúde que podem assumir uma conduta estritamente normativa e punitiva repassando para as usuárias seus preconceitos e julgamentos de valores.²⁴

A importância de uma atenção adequada capaz de superar a discriminação e desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, assim como a necessidade de organização do sistema de saúde com regulamentações legais motivou a publicação da Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento pelo Ministério da Saúde em 2005, que inclui cinco elementos fundamentais para que esse modelo humanizado de assistência às mulheres com abortamento seja implantado: a - Parceria entre as comunidades e os prestadores de serviço para mobilização de recursos e garantia que esses serviços satisfaçam as expectativas e necessidades da comunidade possibilitando a prevenção de gestações indesejadas e o abortamento inseguro; b - acolhimento e orientação das mulheres para responder suas necessidades físicas, emocionais e outras preocupações que possam surgir; c - atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações de acordo com os referenciais éticos, legais e bioéticos; d - oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, inclusive orientações para aquelas que desejem nova gestação; e -

integração com outros serviços de promoção à saúde da mulher e de inclusão social às mulheres.²⁸

1.5 – Fatores associados ao abortamento

Na tentativa de diminuir o sub-relato do abortamento vários estudos, Fonseca *et al*,²⁵ 1996; Souza *et al*,¹⁶ 1999; Menezes e cols,²⁹ 2006; Olinto e Moreira-Filho,²³ 2006, tentaram fornecer informações sobre o perfil das mulheres em risco de submeterem-se ao aborto. Estudo publicado por Osis *et al* (1996), realizado em São Paulo, evidenciou a dificuldade de se obter informações sobre abortamento ilegal em população de mulheres. Entre as 1.834 mulheres que tiveram pelo menos uma gravidez, aproximadamente metade (54,7%) declararam nunca ter abortado, nem pensado em fazê-lo; 16,7% referiram ter tomado chá/remédio para menstruar, quando tiveram algum atraso menstrual em pelo menos uma vez e 4,0% declararam já ter praticado o abortamento. Outro estudo realizado por Fonseca *et al*, (1996) que investigou 4.359 casos de abortamento encontrou 2.084 (48%) classificados como abortamentos provocados.²⁵

Segundo a OMS, a adolescência estende-se dos 10 aos 20 anos incompletos, porém os estudos que relacionam a adolescência ao abortamento referem-se em geral a faixa etária dos 15 aos 19 anos.^{25, 30} Vários estudos, como Souza *et al*, 1999; Peres e Heilborn (2006), sugerem que o problema do abortamento na adolescência pode integrar reflexões sobre uma gravidez não planejada e favorecida pelo início precoce da atividade sexual tornando-se um problema social. Além disso, o abortamento entre adolescentes também está associado a fatores culturais, socioeconômicos, seu papel social e ao acesso a serviços de saúde.³⁰

Estudo realizado por Olinto e Moreira-Filho (2006)²³, sobre fatores de risco e preditores do abortamento induzido, encontrou entre 147 mulheres que relataram ter induzido o abortamento, diferentes preditores de acordo com a faixa etária. Neste estudo estar separada ou divorciada foi fator preditor para a faixa etária de 20 a 29 anos, enquanto para a idade de 30 a 39 anos o preditor foi viver com o companheiro ou em união. Outro estudo realizado por Menezes em 2006, com 4.634 jovens, entre 18 e 24 anos, residentes em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, em forma de inquérito domiciliar, mostrou que entre os fatores associados ao abortamento, destacaram-se a escolaridade mais elevada dos jovens e a natureza eventual da relação com o parceiro dessa gravidez.²⁹

Nos dias atuais o abortamento induzido, provavelmente, é um procedimento mais seguro, devido ao incremento técnico da atenção clínica, ao uso de fármacos que induzem o abortamento, como o misoprostol e ao uso rotineiro de antibióticos, diminuindo os riscos de complicações. Ademais, as mulheres estão mais esclarecidas da necessidade de procurar assistência especializada o mais rapidamente possível diante da iminência de complicação.³¹

1.6 - Métodos utilizados como contraceptivos

Um dos aspectos importantes dos direitos reprodutivos consolidados na III Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo é a liberdade na escolha dos métodos contraceptivos (MAC). O conhecimento e o acesso a todos os métodos cientificamente aprovados e disponíveis possibilitam à mulher realizar uma escolha informada do método que melhor se enquadre às suas características e condições de vida. Com isto, assegura-se à mulher o direito de ter ou não filhos, fazendo-se a prevenção da gravidez indesejada, do abortamento inseguro, da

mortalidade materna e de outros agravos à saúde relacionados à morbi-mortalidade reprodutiva.^{32, 33} Uma boa interação entre o profissional de saúde e a mulher ou o casal é fundamental. O aconselhamento e as orientações oferecidas devem permitir uma escolha consciente e não indutiva.³⁴

Desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), há a preocupação de melhorar a qualidade da atenção em planejamento familiar. Em 1996, a lei 9.263 aprovada pelo Congresso Nacional, democratizou o acesso aos meios contraceptivos nos serviços públicos de saúde, assim como regulamentou essa prática na rede privada, sob o controle do Sistema Único de Saúde (SUS). A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – 2001), coloca a assistência em planejamento familiar entre as ações mínimas que devem ser implementadas em todos os municípios.^{35, 32} O Planejamento familiar é de livre escolha do casal, contudo é de responsabilidade do Estado propiciar recursos educacionais e científicos ao exercício deste direito.³⁶

Um estudo realizado em Maringá – PR em 2004, entre usuárias da rede pública, demonstrou que naquele município os métodos contraceptivos mais utilizados foram à pílula e a laqueadura tubária, porém chama atenção para o fato de que metade das usuárias da pílula apresentava alguma contra-indicação para o seu uso, apontando para a utilização do método sem consulta médica prévia.³⁷ Por outro lado, um outro estudo realizado por Osis *e cols* em 2004, observou que o método preferido pelas mulheres foi o DIU seguido da laqueadura tubária e que a pílula foi o método menos pretendido. O motivo alegado pela maioria das participantes foi a segurança e confiabilidade dos métodos e mesmo após ação educativa, em 90% dos casos, o método escolhido não se modificou.³⁴

Grande parte dos estudos aponta a pílula como um método de alta utilização e “fácil aquisição”. Por ser frequentemente usada sem prescrição médica, muitas vezes é interrompida devido à presença de efeitos colaterais ou utilizada incorretamente.³⁷

A participação masculina na escolha do método é fundamental, pois a responsabilidade do planejamento familiar é do casal e não exclusivamente da mulher. A opinião do homem torna-se ainda mais importante para a mulher que é dependente cultural e economicamente do companheiro, como ainda se observa, em comunidades de baixa renda, principalmente no interior do país. O fato do companheiro não concordar pode levar inclusive ao abandono do método, demonstrando a influência decisiva do parceiro nesta escolha.³⁶

Em relação à interrupção do método contraceptivo escolhido, o estudo realizado por Souza e cols em 2006 analisou 284 usuárias e observou que os motivos da interrupção diferem de acordo com o tipo de método utilizado, ou seja, dentre as usuárias de métodos naturais o desejo de engravidar foi o mais frequente. Entre aquelas que utilizavam o condom, a razão para a interrupção foi ter sido submetida a método cirúrgico definitivo. No grupo de usuárias de pílula, a presença de efeitos colaterais foi a principal razão apontada para a interrupção do método em 23,8%.³⁷

1.7 – Métodos utilizados como abortivo

Tem sido relatada uma grande variedade de métodos de indução do abortamento, tais como, o uso de substâncias orais que incluem a terebentina, alvejante de roupas, quinina, dentre outras substâncias; injeção intra-uterina de sabão ou desinfetante fenólico; inserção de objetos estranhos, tais como termômetros, agulhas e cabides. O uso destes meios tem sido associado a complicações, dentre elas a perfuração uterina, lesão de vísceras abdominais, sinéquias uterinas, esterilidade e infecções, podendo

inclusive ocasionar morte.¹⁸ Nos últimos 20 anos, o misoprostol comercializado inicialmente com o nome de Cytotec® isolado ou em combinação com outros métodos, tem sido um método amplamente utilizado para a indução do abortamento. Por tratar-se de um método não invasivo, está associado à diminuição das complicações e até da mortalidade por abortamento. A procura precoce pelo serviço de saúde após a utilização do misoprostol, ao primeiro sinal de sangramento, também tem contribuído com a diminuição dos riscos de hemorragia e infecção graves.^{25, 38} Desde 1992, a venda do Misoprostol está proibida no Brasil, devido a relatos de efeitos abortivos e teratogênicos da droga, contudo a comercialização continua de forma clandestina ou irregular.³⁹

1.8 – Conseqüências e complicações do abortamento

O abortamento induzido sob condições inseguras expõe a mulher a riscos e complicações severas. Tais complicações são bastante variáveis e incluem: perfuração uterina, retenção de restos placentários, seguida de infecção, peritonite e septicemia.⁴⁰

Estudo realizado sobre o abortamento séptico em 2001, apresenta como manifestações clínicas mais encontradas o sangramento transvaginal, a febre e a dor hipogástrica.⁴¹ Infecções pós-abortamento são causas freqüentes de internações obstétricas, principalmente nos países pobres, demonstrando com isso a incapacidade do sistema público de saúde em promover informações e acessibilidade suficiente aos métodos contraceptivos, o que possibilitaria a prevenção de gestações em vez de interrompê-las.⁴²

De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no Recife, no período de janeiro de 2004 a maio de 2005, houve 4.984 autorizações de internamentos hospitalares (AIH) por curetagem pós-abortamento.¹³

Estimativa realizada a partir da pesquisa de opinião sobre prática de abortamento no Brasil (AGI, 1994), ⁴³ refere que cerca de 40,0% das mulheres que realizam o abortamento têm complicações e 30,0% chegam a ser internadas devido ao evento. ⁴⁴

O grau das complicações, o risco de morte e ou lesões permanentes como seqüelas do abortamento clandestino, estão diretamente ligadas à escolaridade e renda da mulher. As estimativas de mortalidade por abortamento são engrossadas principalmente pelas mulheres que já apresentam a qualidade de vida prejudicada pela escassa alimentação, educação e cuidados básicos de vida, que se automedicam ou que se submetem a procedimentos de alto risco para a realização do abortamento. ³⁸

Nos Estados Unidos, nos locais onde é permitida a realização do abortamento, menos de uma mulher em 100 é acometida por uma complicação séria, e menos de uma em 100 mil morre em decorrência do procedimento. Assim, no referido país a partir do ano de 1980, a mortalidade materna decorrente dos abortamentos induzidos legais vem decaindo e o número de abortamentos tem se mantido estável. As mulheres têm optado por manter a gestação ao invés do abortamento. ⁴⁵ Ainda em relação aos Estados Unidos, nos locais onde o abortamento é permitido o risco de complicação é mínimo, ou seja, menos de 0,3% das mulheres que abortam necessitam de hospitalização. O risco de morte associada ao abortamento está diretamente relacionado com o estágio da gravidez: uma morte para cada 1 milhão de abortamentos antes de 8 semanas de gestação e uma morte para cada 11.000 a partir de 21 semanas. ⁴⁶

Por outro lado, na América Latina, cerca de 800.000 mulheres a cada ano necessitam de hospitalização e tratamento médico em consequência de complicação de abortamento. ⁴⁷ É evidente que quanto mais seguro o procedimento para a realização do abortamento, menos complicações sofrerá a mulher que aborta. ⁴⁰

Em geral, as complicações iniciais se apresentam sob a forma de hemorragia, acidentes anestésicos e perfurações com ou sem lesões de órgãos adjacentes; mais tardiamente, pode ser apresentada por retenção de tecido ovular, infecção que pode levar a doença inflamatória pélvica (DIP), sensibilização Rh e sinéquias intra-uterinas. Podendo ainda acarretar fenômenos embólicos, lesões traumáticas ou químicas dos genitais e outros órgãos pélvicos, reações tóxicas a produtos ingeridos ou introduzidos nos genitais, tétano e até a morte materna.^{18, 6, 2}

MORTALIDADE MATERNA

A implicação mais drástica do abortamento inseguro é a morte materna. A definição recomendada pela FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) para morte materna diz que são “todas as mortes, independentemente da causa, que ocorram até 42 dias após o término da gestação, e todas as mortes em que tenha sido possível identificar como desencadeante da causa, o processo gestacional, até um ano pós-parto”.^{48, 49} No mundo inteiro, estima-se que oito mulheres morrem por hora devido às complicações de abortamentos induzidos.⁸ As recentes estimativas sobre o abortamento induzido são internacionalmente inconsistentes. Entre 1995 e 2000 houve um declínio de 5% ou mais no percentual de abortamentos inseguros no leste, oeste e parte central da África, Caribe e América Central. Por outro lado, não tem se verificado nenhuma mudança significativa nas taxas de abortamentos induzidos em outros países em desenvolvimento.⁸

De acordo com o IBGE, o aborto foi a terceira causa de morte materna no Brasil no ano de 2001, reforçando a sua importância como uma das principais causas de mortalidade materna no país.⁵⁰

O Brasil é classificado, segundo as diferentes regiões da Federação, como um país pertencente ao grupo que não possui informações sistematizadas sobre o número de mortes e de classificação da mortalidade materna em suas formas diretas e indiretas. Apesar de apresentar um comportamento heterogêneo, tanto do ponto de vista de mortalidade quanto do próprio sistema de informações sobre os óbitos, a falta de registro de morte materna por abortamento pode, talvez, ser justificada pelos aspectos éticos, religiosos, sociais e legais. Contudo, o abortamento ilegal é responsável por até 25,0% a 50,0% das mortes maternas ocorridas, a cada ano, nos países em desenvolvimento. Devido a não legalização dos abortamentos nestas nações, muitas vezes eles são induzidos em situações precárias de técnica e higiene.⁵¹

Estudo realizado entre os anos de 1980 e 1995, onde as informações sobre o número de mortes relacionadas ao abortamento foram obtidas no Sistema de Informações de Mortalidade – SIM/SUS (DATASUS-MS), refere que dos 2.602 óbitos estudados, 15,0% foram decorrentes do abortamento retido, espontâneo e induzido com indicação legal e 85,0% foram ocasionados por abortamento induzido sem indicação legal e por abortamento sem causa específica.⁴²

Estudo publicado em 2002, referente à mortalidade na Cidade do Recife, identifica que a morte materna por complicações de abortamento continua alta, representando um total de 9,0% dos óbitos, salientando que esta é classificada dentre as mortes por causas obstétricas diretas, e que resultam de complicações obstétricas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, decorrente de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações. Portanto uma morte passível de prevenção.⁴⁹

De acordo com os dados do SIM, no período de 1995 a 2002 ocorreram 25 óbitos em gravidezes que terminaram em abortamento (CID-10) na cidade do Recife, tendo a maior ocorrência o ano de 1997 com 9 óbitos.⁵²

1.9 – Opinião de Homens e Mulheres sobre o Abortamento

A opinião de homens e mulheres sobre o abortamento é pouco conhecida. Os estudos sobre este embate, centralizam-se em diagnosticar apenas se estes são ou não favoráveis a sua legalização. Em geral, os homens são mais permissivos do que as mulheres na questão da interrupção de uma gravidez. Entre homens e mulheres a aceitação do abortamento aumenta com a escolaridade e renda.^{4,3} O estudo de Duarte e cols. (2002), identificou ainda que os homens são mais favoráveis às situações já previstas no atual Código Penal. Para o homem a interrupção de uma gravidez pode significar a liberdade de um vínculo que se formaria pela paternidade, o qual o mesmo não estaria interessado ou pode ainda significar a perda de um projeto familiar. Para a mulher, pode significar a reafirmação de sua autonomia e a disponibilidade para concretizar projetos que seriam prejudicados pela maternidade.³

Este fato dentre outros aspectos demonstra a necessidade de pesquisadores, epidemiologistas, sociólogos, antropólogos, demógrafos, dentre outros, fornecerem informações que alicercem os debates atuais e futuros, onde se explicita a real magnitude do problema²³ visando inclusive a implantação de serviços especializados na atenção integral ao abortamento, como também, a maternidade segura.

II. JUSTIFICATIVA

O abortamento tem se apresentado como um problema político e social que envolve aspectos religiosos, educacionais, econômicos, sendo surpreendente a sua ocorrência a despeito da sua ilegalidade. No Brasil não existe ainda um programa de registros adequado quanto à ocorrência do abortamento provocado. Isto é decorrente da subnotificação dos casos existentes, visto que não são declarados habitualmente. As complicações por abortamento têm ocasionado muitas internações nos serviços públicos de saúde, inclusive, sendo causa de mortes maternas, o que o torna um indicador da qualidade da assistência à saúde. O presente estudo busca traçar um perfil das mulheres hospitalizadas por abortamento, objetivando obter informações que possam nortear medidas adjuvantes aos programas de planejamento familiar e na atenção básica a saúde da mulher, contribuindo com o Programa de Maternidade Segura e de Atenção Pós-abortamento. O conhecimento do perfil das mulheres que recebem assistência no Instituto materno Infantil Prof. Fernando Figueira - IMIP é de suma importância no sentido de contribuir para uma melhor prática e qualidade dessa assistência, visto que, o IMIP é centro de referência para a atenção à saúde da mulher.

III. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Descrever o perfil clínico e epidemiológico de mulheres hospitalizadas por abortamento e sua associação com a classificação do abortamento em uma maternidade-escola da cidade do Recife, no período de novembro de 2005 a julho de 2006.

Objetivos Específicos:

Em mulheres hospitalizadas por abortamento em uma maternidade-escola da cidade do Recife:

- 1- Identificar a proporção de abortamentos espontâneos, possivelmente induzidos e induzidos, segundo critérios da OMS.
- 2- Descrever as características biológicas (idade), sócio-demográficas (procedência, escolaridade, situação marital e ocupação/atividade remunerada) e reprodutivas (número de gestações, de abortamentos, filhos vivos) e sua associação com o tipo de abortamento.
- 3- Identificar a ocorrência de planejamento da gravidez pelas mulheres; a reação dos parceiros frente à notícia da gravidez e sua associação com o tipo do abortamento.
- 4- Identificar os motivos que levaram ao abortamento.
- 5- Descrever o conhecimento e uso de métodos contraceptivos.
- 6- Descrever o conhecimento e uso de métodos abortivos e fonte de informação do método utilizado.

- 7- Descrever a hipótese diagnóstica (formas clínicas) na admissão e sua associação com a idade gestacional
- 8- Descrever as complicações do abortamento e os procedimentos realizados.

IV. MÉTODO

4.1 – Desenho do estudo

O estudo foi de caráter observacional, descritivo e de corte transversal.

4.2 – Local do Estudo

O estudo foi realizado no Instituto Materno Infantil Prof^o. Fernando Figueira – IMIP, sendo esta uma entidade não governamental de utilidade pública e direito privada, sem fins lucrativos, fundada em junho de 1960, para atender a criança carente; teve o seu atendimento ampliado, incluindo à mulher, com a implantação do Centro de Assistência à Mulher (CAM), em 1987, com os serviços de ambulatório e maternidade. A partir de 2005 teve início programas de assistência à saúde do adulto (incluindo o homem) com diversas especialidades clínica-cirúrgicas; desempenhando as especialidades desde a promoção de serviços básicos de saúde até atenção de alta complexidade, como também atividades de ensino, pesquisa e extensão comunitária. A clientela atendida é composta basicamente por população de baixa renda, provenientes do grande Recife, região metropolitana, do interior e de outros estados.

4.3 – Amostra do estudo

No período de coleta dos dados (novembro de 2005 a julho de 2006) 163 mulheres procuraram a maternidade do Centro de Atenção à Mulher (CAM) do IMIP com abortamento de até 20 semanas ou abortamento com feto que pesava menos que 500 gramas, provenientes tanto da cidade do Recife bem como de outras cidades do estado. Dessas, 3 não puderam ser incluídas no estudo devido a terem recebido alta

hospitalar precoce, não havendo condições de abordagem para apresentação do estudo, restando portanto 160 mulheres que compuseram a amostra do estudo.

4.4 – Seleção de participantes

As pacientes foram identificadas a partir da anotação do procedimento (curetagem) no “Livro de Registros do Centro Obstétrico”, posteriormente identificadas nas enfermarias: do pré-parto ou puerpério pelo censo diário e pelo livro de admissão, respectivamente, em que constam o nome completo, procedimento realizado e prontuário da mesma. Localizada a mulher, foram explicados os objetivos da pesquisa e com a obtenção do consentimento escrito, foi oferecida uma área reservada para a realização da entrevista.

4.5 – Critérios de inclusão e exclusão

4.5.1 - Critérios de inclusão:

- Mulheres internadas por abortamento de até 20 semanas ou abortamento com feto que pesava menos que 500 gramas.

4.5.2 - Critérios de exclusão:

- Gravidade do estado clínico que impedia a entrevista.
- Incapacidade física e/ou mental das mulheres, impossibilitando as entrevistas.

4.6 – Variáveis

4.6.1 – VARIÁVEL DEPENDENTE

- Classificação do abortamento, adaptada dos critérios sugeridos pela OMS ⁵³ para classificação do abortamento, considerando:
 - Induzido
 - Possivelmente induzido
 - Espontâneo

4.6.2 – VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- Idade da mulher
- Escolaridade da mulher
- Presença de companheiro
- Atividade remunerada
- Procedência
- Número de gestações
- Número de filhos vivos
- Número de abortamentos anteriores
- Gravidez planejada
- Reação do companheiro frente a notícia da gravidez
- Motivo pelo qual quis interromper a gravidez
- Conhecimento de métodos anticoncepcionais
- Tipo de método contraceptivo usado antes da última gravidez
- Tipo de método utilizado para abortar
- Fonte de informação do método utilizado para abortar

- Idade gestacional
- Formas clínicas do abortamento no internamento
- Complicações do abortamento
- Procedimentos realizados

4.7 – Definição de termos e variáveis

- Abortamento: foi definido como todos os casos de interrupção da gravidez, independente de ser declarado espontâneo ou induzido, com idade gestacional de até 20 semanas ou feto com peso inferior a 500 gramas, de acordo com as recomendações da FIGO/1976.⁵⁴
- Classificação do abortamento, variável categórica nominal. A classificação utilizada foi adaptada dos critérios sugeridos pela OMS para classificar o abortamento provocado.⁵³ Categorizado em: induzido, possivelmente induzido ou espontâneo. (Anexo do formulário):
 - Induzido: quando a mulher admitir a indução ou apresentar sinais de intervenção ou apresentar infecção + gravidez não planejada + uso de Método anticoncepcional (MAC) no ciclo da gestação.
 - Possivelmente induzido: quando a mulher apresentar infecção (peritonite na admissão ou depois) ou gravidez não planejada ou uso de MAC no ciclo da gestação.
 - Espontâneo: quando não havia presença de nenhum dos critérios das classificações anteriores.

- Idade da mulher: variável numérica discreta. Definida como a idade em anos referida pela mulher e confirmada com a data que constava no prontuário e que foi registrada no momento da internação.
- Escolaridade da mulher: variável numérica contínua. Correspondente ao número completo de anos estudados, referido pela mulher. Classificada em: nenhuma, 1 a 3 anos de estudo; 4 a 7 anos de estudo; 8 ou mais anos de estudo.
- Presença de companheiro: variável categórica dicotômica. Categorizada em ter companheiro ou não, de acordo com a resposta da mulher.
- Atividade remunerada / Emprego da mulher: variável categórica policotômica. Foi considerado se a mulher tem emprego fixo, trabalhar por conta própria (autônoma), faz biscates (bicos) ou está desempregada, de acordo com a informação da mulher.
- Procedência: variável categórica nominal dicotômica. Referente ao local onde a mulher residia no momento da entrevista, categorizada em: Recife e outras cidades.
- Número de gestações: variável numérica discreta referente ao número de vezes que a mulher referiu já ter engravidado.
- Número de filhos vivos: variável numérica discreta. Referente ao número de filhos vivos informado pela mulher no momento da entrevista.
- Número de abortamentos: variável numérica discreta. Referente ao número de abortamentos informado pela mulher no momento da entrevista.
- Gravidez planejada: variável categórica dicotômica. Referente ao planejamento da gravidez em curso informado pela mulher no momento da entrevista. Categorizada em sim ou não.
- Reação do parceiro diante da notícia da gravidez: variável categórica. Referente à reação do homem frente à notícia da gravidez, informada pela mulher no momento da entrevista. Categorizada em: positiva / negativa / não se manifestou.

- Motivo pelo qual quis interromper a gravidez: variável categórica. Foi considerado o motivo pelo qual a mulher referiu querer interromper a gravidez. Foi classificada em: falta de condições financeiras, não estava preparada para educar ou criar uma criança, namorado/marido/companheiro não queria, família não aceitava, era solteira e não se aplica.
- Conhecimento de métodos anticoncepcionais: variável dicotômica. Referente ao fato da mulher já ter ouvido falar dos métodos anticoncepcionais ou não. Categorizada em sim ou não.
- Tipo de método contraceptivo usado antes da atual gravidez: variável categórica, policotômica. Definida de acordo com o método utilizado pela mulher antes da atual gravidez. Classificado em: DIU (dispositivo intra-uterino), condom masculino (camisinha masculina), condom feminino (camisinha feminina), injetável, tabela, pílula, coito interrompido, LAM (Lactação-amenorréia), nenhum.
- Tipo de método utilizado para abortar: variável categórica. Definida pelo tipo de procedimento que a mulher referiu ter feito uso para interromper a gravidez. Categorizada em: misoprostol, chá, sonda, curetagem, outro comprimido, injeção, outros.
- Fonte de informação do método utilizado para o abortamento: variável categórica. Foi considerada a fonte de informação do método utilizado que a mulher referiu. Categorizada em: namorado / marido / companheiro, mãe / pai / irmãos, amiga (o), médico (a) falou, farmácia, outra pessoa e não se aplica.
- Idade gestacional: variável numérica. Referente a idade gestacional no momento do internamento. A idade gestacional foi calculada a partir do primeiro dia da última menstruação (DUM) e expressa em semanas completas de acordo com a

FIGO/1976.⁵⁴ Caso este dado não estivesse disponível, foi considerada a idade gestacional calculada a partir da idade gestacional corrigida pelo primeiro exame ultra-sonográfico realizado.

- Idade gestacional ignorada: variável dicotômica. Referente ao fato da mulher não saber informar a data da última menstruação (DUM) e quando não havia exame ultra-sonográfico realizado que pudesse favorecer o cálculo da idade gestacional.
- Hipótese diagnóstica no internamento (formas clínicas): variável categórica nominal. Foi considerado o diagnóstico do abortamento no momento da chegada da mulher na maternidade de acordo com o diagnóstico estabelecido pelo médico assistente no ato do internamento e que estava descrito no prontuário Categorizado em: incompleto, completo, retido, inevitável e infectado.
- Complicações do abortamento: variável categórica. Foi considerado se houve alguma complicação relacionada ao abortamento de acordo com as informações obtida no prontuário. Foram consideradas a presença de: hemorragia, infecção, perfuração uterina e outros traumas. Categorizadas em sim ou não.
- Procedimentos realizados: variável categórica. Foi considerado se houve realização de procedimentos relacionados ao abortamento de acordo com as informações obtidas no prontuário. Foi considerada como procedimento cirúrgico: curetagem uterina, laparotomia exploradora e histerectomia e como procedimentos terapêuticos: antibioticoterapia e/ou hemotransfusão. Categorizadas em sim ou não.

4.8 – Coleta de dados

4.8.1 – Instrumento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário padronizado (Apêndice 3), aplicado pela pesquisadora.

4.8.2 – Procedimento para coleta de dados

Os dados foram coletados diariamente a partir da anotação do procedimento no “Livro de Registros do Centro Obstétrico”. A partir da identificação da mulher através do nome completo da mesma e do procedimento ao qual foi submetida e confirmada pelo prontuário. Foi localizada a mulher na enfermaria do puerpério ou pré-parto. Foram explicados e apresentados os objetivos e a finalidade do trabalho. Com a concordância da mesma em participar, a entrevista foi realizada individualmente em área reservada ou não, de acordo com a escolha da mulher. Os dados complementares foram obtidos no prontuário ao término da entrevista. Posteriormente os dados foram incluídos em um banco de dados elaborado pelo programa EpiInfo 2000.

4.9 - Processamento e análise dos dados

4.9.1 – Processamento dos dados

Os dados do formulário foram digitados em um banco confeccionado especificamente para este fim no programa EpiInfo 2000, em duas ocasiões e por

pessoas diferentes. Com o término da digitação de todos os dados dos questionários nos dois bancos de dados, foi realizada uma comparação de ambos, emitindo-se uma versão definitiva após as correções das inconsistências identificadas. Ao término da revisão este banco de dados foi utilizado para análise estatística.

4.9.2 – Análise dos dados

Os dados foram analisados pelo programa EpiInfo 2000 e Stata 9.2. Foram elaboradas tabelas de contingência com distribuição de frequência. A análise estatística foi realizada através da avaliação de frequências simples e teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%.

4.10 – Aspectos éticos

O estudo atende as determinações da Declaração de Helsinque e Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e só foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética do IMIP.

O mesmo não envolveu nenhum tipo de intervenção ou procedimento invasivo, não representando, portanto, nenhum risco adicional às mulheres.

Foi assegurado às mulheres a confidencialidade das fontes dos dados e a não identificação das mesmas. A entrevista só se iniciou após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da mulher e ou do responsável pela mesma (Apêndice 1).

V. RESULTADOS

5.1 - CLASSIFICAÇÃO DOS ABORTAMENTOS, ADAPTADO DOS CRITÉRIOS SUGERIDOS PELA OMS PARA CLASSIFICAÇÃO DO ABORTAMENTO PROVOCADO, ENTRE AS MULHERES HOSPITALIZADAS POR ABORTAMENTO NA MATERNIDADE DO CAM/IMIP

No período do estudo houve 5.081 ocorrências obstétricas na maternidade do CAM-IMIP sendo que dessas 163 foram por abortamento o que correspondeu a 3,1% das ocorrências.

Das 160 mulheres entrevistadas, em nove (5,6%) não foi possível identificar a idade gestacional, 23 (14,3%) mulheres encontravam-se na classificação de abortamento “induzido”, onde dentre estas, oito declararam ter induzido o abortamento e 15 apresentavam evidências sugestivas de indução do abortamento. Mais da metade dos casos (56,3%) foram classificados como “possivelmente induzidos”. Entre os abortamentos classificados como “espontâneos” houve predominância dos abortamentos precoces (17,5%) em relação aos tardios (8,8%). Abortamento precoce (abaixo de 12 semanas) ocorreu em 55,7% das entrevistadas. Não houve associação entre a classificação do abortamento e a idade gestacional ($p=0,223$). (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo os critérios sugeridos pela OMS (adaptado) para diferenciar abortamentos espontâneos e induzidos por idade gestacional. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Classificação do abortamento</i>	<i>Idade Gestacional</i>						<i>Total</i>	
	≤ 12 sem		> 12 sem		Desconhecida		<i>N</i>	<i>%</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
Induzido	15	9,4	7	4,3	1	0,6	23	14,3
Possivelmente induzido	46	28,8	41	25,6	3	1,9	90	56,3
Espontâneo	28	17,5	14	8,8	5	3,1	47	29,4
Total	89	55,7	62	38,7	9	5,6	160	100,0

Teste exato de Fisher ($p=0,223$)

5.2 - DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS E SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DAS MULHERES HOSPITALIZADAS POR ABORTAMENTO NA MATERNIDADE DO CAM/IMIP

Na Tabela 2 observou-se que a maior incidência de abortamento, independente da classificação ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos, correspondendo a 48,9% do total dos casos. As adolescentes contribuíram com quase 1/5 da amostra. Destaca-se que na faixa etária acima de 40 anos não houve registro de abortamentos induzidos, diferente das outras faixas etárias. Não houve associação entre a idade das mulheres e a classificação do abortamento ($p=0,213$).

Tabela 2 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a idade das mulheres. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Idade (anos)</i>	<i>Classificação do abortamento</i>							
	<i>Induzido</i>		<i>Possivelmente Induzido</i>		<i>Espontâneo</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<20	5	3,1	18	11,2	6	3,7	29	17,9
20 30	14	8,7	41	25,7	23	14,4	78	48,9
30 40	4	2,5	22	13,7	17	10,7	43	26,9
≥40	-	-	9	5,7	1	0,6	10	6,3
Total	23	14,3	90	56,3	47	29,4	160	100,0

A variação da idade foi de 12 a 45 anos com média de $26,1 \pm 7,0$ e mediana 25.

Teste exato de Fisher ($p=0,213$)

Em relação à escolaridade, observou-se que 72,0% das mulheres tinham mais de oito anos de estudo no total da amostra e esta predominância ocorreu em todas as categorias. Não houve associação entre a escolaridade das mulheres e a classificação do abortamento ($p=0,444$). (Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a escolaridade da mulher. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Escolaridade (em anos de estudo)</i>	<i>Classificação do abortamento</i>							
	<i>Induzido</i>		<i>Possivelmente Induzido</i>		<i>Espontâneo</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<8	4	2,5	28	17,5	13	8,1	45	28,0
≥ 8	19	11,8	62	38,8	34	21,3	115	72,0
Total	23	14,3	90	56,3	47	29,4	160	100,0

Teste exato de Fisher ($p=0,444$)

Em relação ao *status* conjugal aproximadamente 10,0% das mulheres não tinham companheiro. Destaca-se que todas as mulheres que tiveram abortamento espontâneo tinham companheiro. Observou-se associação entre a presença de companheiro e do abortamento induzido e possivelmente induzido ($p=0,008$). (Tabela 4)

Tabela 4 – Distribuição da freqüência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a presença de companheiro. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Companheiro</i>	<i>Classificação do abortamento</i>							
	<i>Induzido</i>		<i>Possivelmente induzido</i>		<i>Espontâneo</i>		<i>Total</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	20	12,5	77	48,2	47	29,4	144	90,1
Não	3	1,8	13	8,1	-	-	16	9,9
Total	23	14,3	90	56,3	47	29,4	160	100,0

Teste exato de Fisher ($p=0,008$)

Na Tabela 5 observou-se que metade da amostra (50,0%) exercia atividade remunerada. Não houve associação entre a atividade remunerada da mulher e a classificação do abortamento ($p=0,267$).

Tabela 5 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a mulher ter atividade remunerada. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Atividade remunerada da mulher</i>	<i>Classificação do abortamento</i>							
	<i>Induzido</i>		<i>Possivelmente induzido</i>		<i>Espontâneo</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	8	5,0	46	28,8	26	16,3	80	50,0
Não	15	9,3	44	27,5	21	13,1	80	50,0
Total	23	14,3	90	56,3	47	29,4	160	100,0

Teste exato de Fisher ($p=0,267$)

Na Tabela 6 observa-se que cerca da metade das mulheres (50,7%) residiam na cidade do Recife. “Outras cidades” que incluiu o interior do estado representou 49,3% da amostra. As mulheres classificadas como “abortamento induzido” predominou na cidade do Recife (11,2%) enquanto as que apresentaram abortamentos espontâneos eram predominantemente provenientes de outras cidades e representaram 18,1% da amostra. Estas diferenças foram estatisticamente significantes ($p=0,006$).

Tabela 6 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a procedência da mulher. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Procedência</i>	<i>Classificação do abortamento</i>							
	<i>Induzido</i>		<i>Possivelmente Induzido</i>		<i>Espontâneo</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Recife	18	11,2	45	28,2	18	11,3	81	50,7
Outras cidades	5	3,1	45	28,1	29	18,1	79	49,3
Total	23	14,3	90	56,3	47	29,4	160	100,0

Teste exato de Fisher ($p=0,006$)

Observou-se na Tabela 7 que a ocorrência do abortamento foi maior nas mulheres que se encontravam na 1ª gestação (33,8%) e diminuiu à medida que aumentou o número de gestações. E estas diferenças foram estatisticamente significativas ($p=0,021$).

Tabela 7 – Distribuição da freqüência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo o número de gravidezes. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Nº. de Gravidezes</i>	<i>Classificação do abortamento</i>							
	<i>Induzido</i>		<i>Possivelmente Induzido</i>		<i>Espontâneo</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1	4	2,5	27	16,9	23	14,4	54	33,8
2	10	6,2	20	12,5	13	8,2	43	26,9
3	4	2,5	22	13,8	8	5,0	34	21,3
≥ 4	5	3,1	21	13,1	3	1,8	29	18,0
Total	23	14,3	90	56,3	47	29,4	160	100,0

Teste exato de Fisher ($p=0,021$)

Em relação ao número de filhos, observou-se que o maior percentual de abortamento, ocorreu entre as mulheres que tinham de 1 a 3 filhos (52,0%) e isto ocorreu tanto na categoria de abortamento induzido quanto na categoria de abortamento possivelmente induzido. Ao contrário, entre os abortamentos espontâneos, predominaram as mulheres sem filhos. A associação entre número de filhos e classificação do abortamento foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo o número de filhos vivos. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Nº. de filhos vivos</i>	<i>Classificação do abortamento</i>							
	<i>Induzido</i>		<i>Possivelmente induzido</i>		<i>Espontâneo</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
0	6	3,7	30	18,7	35	21,9	71	44,3
1 - 3	15	9,4	57	35,7	11	6,9	83	52,0
>3	2	1,2	3	1,9	1	0,6	6	3,7
Total	23	14,3	90	56,3	47	29,4	160	100,0

Teste exato de Fisher ($p < 0,001$)

Observou-se que 72,5% das mulheres que sofreram abortamento não apresentaram ocorrência de aborto anterior. Por outro lado não houve ocorrência de abortamento induzido entre as mulheres com dois ou mais abortamentos anteriores. Não houve associação entre o número de abortamentos anteriores e a classificação do abortamento ($p=0,700$). (Tabela 9)

Tabela 9 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo o número de abortamentos anteriores. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Nº. de abortamentos anteriores</i>	<i>Classificação do abortamento</i>							
	<i>Induzido</i>		<i>Possivelmente induzido</i>		<i>Espontâneo</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
0	17	10,6	66	41,3	33	20,6	116	72,5
1	6	3,7	17	10,6	10	6,3	33	20,6
≥ 2	-	-	7	4,4	4	2,5	11	6,9
Total	23	14,3	90	56,3	47	29,4	160	100,0

Teste exato de Fisher ($p=0,700$)

5.3 – DESCRIÇÃO DO PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ PELAS MULHERES; ATITUDE DOS PARCEIROS FRENTE À GRAVIDEZ E O MOTIVO QUE LEVOU AO ABORTAMENTO DAS MULHERES HOSPITALIZADAS POR ABORTAMENTO NA MATERNIDADE DO CAM/IMIP.

Observou-se na Tabela 10 que aproximadamente 37,0% das mulheres haviam planejado a gravidez contra 63,0% que não a planejou. Dentre as mulheres que planejaram a gravidez não houve ocorrência de abortamento induzido. A associação entre planejamento da gravidez e classificação do abortamento foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Tabela 10 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a ter ou não planejado a gravidez. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Planejou gravidez</i>	<i>Classificação do abortamento</i>							
	<i>Induzido</i>		<i>Possivelmente induzido</i>		<i>Espontâneo</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sim	-	-	14	8,8	45	28,2	59	37,0
Não	23	14,3	76	47,5	2	1,2	101	63,0
Total	23	14,3	90	56,3	47	29,4	160	100,0

Teste exato de Fisher ($p < 0,001$)

A reação positiva dos companheiros prevaleceu (76,4%) e isto ocorreu em todas as categorias de classificação do abortamento. A associação entre atitude do companheiro frente à notícia da gravidez e classificação do abortamento foi estatisticamente significativa ($p = 0,039$). (Tabela 11)

Tabela 11 – Distribuição da frequência da reação dos companheiros frente a notícia da gravidez das mulheres hospitalizadas por abortamento. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Atitude do companheiro</i>	<i>Classificação do abortamento</i>							
	<i>Induzido</i>		<i>Possivelmente induzido</i>		<i>Espontâneo</i>		<i>Total</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positiva	12	8,3	57	39,6	41	28,5	110	76,4
Negativa/Não se manifestou	8	5,5	20	13,9	6	4,2	34	23,6
Total	20	13,8	77	53,5	47	32,7	144	100,0

Das 160 mulheres apenas 144 referiram ter companheiro
 Teste exato de Fisher ($p=0,039$)

Observou-se que dentre as 08 mulheres que afirmaram ter induzido o abortamento, 75,0% referiram como motivo a falta de condições financeiras. Em relação aos motivos referidos pelas outras duas mulheres: uma referiu problemas pessoais e a outra que não tinha certeza que estava grávida. (Tabela 12)

Tabela 12 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento que afirmaram ter induzido o abortamento de acordo com o motivo para realizarem o abortamento. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Motivo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Falta de condições financeiras	6	75,0
Problemas pessoais	1	12,5
Não tinha certeza de estar grávida	1	12,5
Total	8	100,0

5.4 – DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO E USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E PARA ABORTAR ENTRE AS MULHERES HOSPITALIZADAS POR ABORTAMENTO NA MATERNIDADE DO CAM/IMIP

Observou-se na Tabela 13 que 90,6% das mulheres entrevistadas afirmaram espontaneamente conhecerem a pílula (contraceptivo hormonal oral); 86,3% a camisinha masculina (condom masculino); 36,3% a injeção (contraceptivo hormonal injetável) e 28,8% o DIU (dispositivo intra-uterino). Nenhuma mulher espontaneamente referiu conhecer a vasectomia, camisinha feminina (condom feminino) e o LAM (lactação-amenorreia). Quando estimuladas, através de pergunta direta, 100,0% afirmaram conhecer a pílula e a camisinha masculina; 98,1% a injeção, 90,0% o DIU. Não houve nenhum dos métodos apresentados que as mulheres consideram desconhecido.

Tabela 13 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo os métodos anticoncepcionais (MAC) conhecido. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>MAC conhecido</i>	<i>Resposta espontânea</i>		<i>Resposta estimulada</i>	
	N	%	N	%
Pílula	145	90,6	160	100,0
Camisinha masculina	138	86,3	160	100,0
Injeção	58	36,3	157	98,1
Diu	46	28,8	144	90,0
Tabela	11	6,9	137	85,6
Ligadura de trompas	5	3,1	133	83,1
Diafragma	3	1,9	78	48,8
Coito interrompido	2	1,3	69	43,1
Vasectomia	-	0,0	117	73,1
Camisinha feminina	-	0,0	143	89,4
LAM	-	0,0	37	23,1

Cada uma das 160 mulheres referiu conhecer mais de um método.

Na Tabela 14 observou-se que 63,8% das mulheres, não estavam utilizando nenhum método contraceptivo. Dos métodos utilizados, a pílula foi o mais referido, representando 14,4%, seguido da camisinha masculina com 10,6%. Dos abortamentos classificados como induzido, as mulheres referiram utilizar métodos mais confiáveis como pílula, condom (camisinha masculina) e injeção ou não estavam utilizando nenhum método.

Tabela 14 – Distribuição da freqüência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo o último método anticoncepcional (MAC) utilizado antes da atual gravidez. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>MAC utilizado</i>	<i>Classificação do abortamento</i>							
	<i>Induzido</i>		<i>Possivelmente induzido</i>		<i>Espontâneo</i>		<i>Total</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Pílula	2	1,2	21	13,2	-	-	23	14,4
Camisinha masculina	7	4,4	10	6,2	-	-	17	10,6
Injeção	6	3,7	5	3,2	-	-	11	6,9
Tabela	-	-	4	2,5	-	-	4	2,5
Coito interrompido	-	-	3	1,8	-	-	3	1,8
Nenhum	8	5,0	47	29,4	47	29,4	102	63,8
Total	23	14,3	90	56,3	47	29,4	160	100,0

Observou-se na Tabela 15 que 80,0% das mulheres referiram conhecer o Misoprostol/Cytotec® como método para abortar; 76,9% referiram conhecer a existência de chás abortivos e 22,5%, o uso de sonda. Das oito mulheres que afirmaram ter induzido o abortamento apenas uma referiu o uso de chá para interrupção da gravidez, o restante referiu uso de Misoprostol/Cytotec®.

Tabela 15 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo os métodos para abortar conhecido e utilizado. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Método</i>	<i>Conhecido</i>		<i>Utilizado</i>	
	N	%	N	%
Misoprostol/Cytotec®	128	80,0	7	87,5
Chás	123	76,9	1	12,5
Sonda	36	22,5	-	-
Curetagem	26	16,3	-	-
Outro comprimido	18	11,3	-	-
Injeção	17	10,6	-	-
Outros métodos	11	6,9	-	-
Total	160*	-	8	100,0

* Cada uma das 160 mulheres referiram conhecer um ou mais métodos.

Na Tabela 16 observou-se que das oito mulheres que declararam ter induzido o abortamento, quatro (50,0%) tiveram como fonte de informação uma amiga.

Tabela 16 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a fonte de informação do método utilizado para abortar. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Fonte informação</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Amiga	4	50,0
Companheiro	1	12,5
Vizinha	1	12,5
Conhecido	1	12,5
Internet	1	12,5
Total	8	100,00

5.5 - DESCRIÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS, COMPLICAÇÕES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS ENTRE AS MULHERES HOSPITALIZADAS POR ABORTAMENTO NA MATERNIDADE DO CAM/IMIP.

Na Tabela 17 observou-se que na maioria das vezes o diagnóstico no momento do internamento foi de abortamento incompleto (52,5%), principalmente até 12 semanas de gestação (36,9%), seguido de abortamento inevitável (24,4%), que ocorreu principalmente após as 12 semanas de gestação (15,6%). Estas diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Tabela 17 – Distribuição da frequência das mulheres hospitalizadas por abortamento segundo idade gestacional e classificação do abortamento na admissão. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Hipótese Diagnóstica na admissão (Formas clínicas)</i>	<i>Idade Gestacional</i>						<i>Total</i>	
	<i>≤ 12 sem</i>		<i>> 12 sem</i>		<i>Desconhecida</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Incompleto	59	36,9	20	12,5	5	3,1	84	52,5
Inevitável	12	7,5	25	15,6	2	1,3	39	24,4
Infectado	11	6,9	11	6,9	1	0,6	23	14,4
Retido	6	3,8	5	3,1	-	-	11	6,9
Completo	1	0,6	1	0,6	1	0,6	3	1,8
Total	89	55,7	62	38,7	9	5,6	160	100,0

Teste exato de Fisher ($p < 0,001$)

Na Tabela 18 observou-se que dentre os casos de abortamento espontâneo não ocorreu infecção, diferente do que aconteceu quando o abortamento teve alguma das classificações de induzido.

Tabela 18 – Distribuição da frequência de infecção entre as mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a classificação do abortamento de acordo com os critérios da OMS. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Classificação do abortamento segundo critérios da OMS</i>	<i>Infecção</i>	
	N	%
Induzido	13	52,0 (8,1%)
Possivelmente induzido	12	48,0 (7,5%)
Espontâneo	-	-
Total	25 (160)	100,0 (15,6%)

Das 160 mulheres avaliadas, 157 necessitaram de curetagem. Em relação aos procedimentos terapêuticos, a necessidade de transfusão e antibiótico estiveram relacionados aos abortamentos classificados como induzidos. (Tabela 19)

Tabela 19 – Distribuição da frequência de procedimentos realizados entre as mulheres hospitalizadas por abortamento segundo a classificação do abortamento de acordo com os critérios da OMS. IMIP, Recife, 2005/2006.

<i>Classificação do abortamento segundo critérios da OMS</i>	Procedimento							
	Cirúrgico				Terapêutico			
	Curetagem		Transfusão		ATB		Transfusão+ATB	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Induzido	23	14,6	1	50,0	12	50,0	1	100,0
Possivelmente induzido	89	56,7	1	50,0	12	50,0	-	-
Espontâneo	45	28,7	-	-	-	-	-	-
Total	157	100,0	2	100,0	24	100,0	1	100,0

VI. DISCUSSÃO

Nos últimos dez anos, houve significativos avanços no reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, e o tema “abortamento” tem sido abordado como parte importante para a saúde física e mental das mulheres, tendo sido inclusive encarado como problema de saúde pública desde a III Conferência Internacional de População e Desenvolvimento do Cairo, em 1994.⁵⁵ Neste contexto, há 10 anos (1994/1995) foi realizada no IMIP, uma dissertação de mestrado a fim de identificar fatores de risco para hospitalização por abortamento, visando orientar a adoção de medidas preventivas para diminuição de sua ocorrência e injustificadas conseqüências.^{15, 16} Nesta época, descreveram-se também o perfil, o conhecimento e o uso dos métodos para abortar entre as mulheres que se internaram por complicação do abortamento.^{15, 56} Assim, ao se confrontar parte dos resultados agora encontrados com os resultados daquele ano, observa-se que, possivelmente, não houve pronunciada mudança no perfil dessas mulheres que, de algum modo, também representam à população do Recife, nesta última década.

Por ser o IMIP um hospital de alta complexidade, os casos de abortamento muitas vezes são referenciados para instituições de baixa complexidade. O estudo entrevistou 160 mulheres que foram hospitalizadas com diagnóstico de abortamento e isto representou 3,1% dos internamentos no período de novembro de 2005 a julho de 2006. Um estudo realizado com dados de 1988 a 1992 no mesmo hospital havia encontrado uma prevalência de abortamento em torno de 10%¹⁴ e o estudo subsequente com dados dos anos 1994/1995 registrou uma prevalência de 5,7% de abortamentos entre todos os internamentos obstétricos.¹⁵ Deste modo, parece que após uma queda significativa em um primeiro momento, não tem havido variações importantes ao longo

do tempo desde 1994. Este declínio no número de hospitalização por abortamento coincide com a popularização do uso do misoprostol no início da década de 1990, com conseqüente diminuição nos internamentos para tratamento de complicações por abortamento, uma vez que, as mulheres que utilizam o misoprostol, podem não sentir necessidade de procurar os serviços de saúde por ter seus abortamentos resolvidos no próprio domicílio.^{43, 39, 11}

Sabe-se da dificuldade de se obter a informação da mulher que induz o abortamento, uma vez que o assunto é permeado por aspectos culturais, religiosos, éticos, legais e psicológicos, que podem interferir na coleta das informações. A não declaração do abortamento não se deve apenas ao seu caráter de ilegalidade, mas também aos seus valores em relação à reprodução e maternidade e às representações negativas relacionadas ao ato de abortar.^{57, 58, 11}

A classificação dos abortamentos foi feita após adaptação dos critérios sugeridos pela OMS para classificação do abortamento provocado que em 1978 estabeleceu *scores* de acordo com a declaração da mulher e as circunstâncias em que a mulher chega ao hospital. A partir daí classifica o abortamento em espontâneo ou induzido (este com subdivisões indo desde a certeza da indução do abortamento até sua possibilidade).⁵³ Outros autores têm utilizado classificação semelhante para identificar abortamentos induzidos entre todos os abortamentos que chegam aos serviços de saúde, baseado nestes critérios sugeridos inicialmente pela OMS.^{59, 11}

A partir desses critérios 29,4% dos 160 internamentos por abortamento foram classificados como espontâneos, ou seja, não se encontrou nenhum indício de que o abortamento possa ter sido induzido. Apesar de este percentual ter sido elevado, é difícil estabelecer a verdadeira parcela dos abortamentos espontâneos entre todos os abortamentos, uma vez que muitos abortamentos espontâneos nem chegam a ser

diagnosticados ou hospitalizados.⁴⁴ Estima-se em 12 a 15% a taxa de abortamentos precoces entre as gestações clinicamente reconhecidas⁶⁰ cuja maioria não necessitaria de hospitalização. No estudo realizado há 10 anos no IMIP, a frequência de abortamento espontâneo foi de 21,3% e, portanto, muito próxima ao encontrado no presente estudo que foi 29,4%. Apesar de alguns desses abortamentos espontâneos, poderem estar classificados erroneamente e serem na verdade induzidos, os critérios sugeridos pela OMS e adaptados para este estudo, diminuem a possibilidade de erro de classificação, o que de outro modo, só seria possível com a declaração da mulher.

Considerando que os critérios da OMS foram criados para auxiliar a identificação de abortamentos induzidos que jamais poderiam ser identificados de outra maneira, neste estudo, os induzidos e os possivelmente induzidos somaram 70,6%. Destes, apenas 14,3% foram classificados como induzido, enquanto a maioria (56,3%) apenas sugeria ter sido induzido, e por isso foram classificados como possivelmente induzidos. Esta situação é muito semelhante à situação dos abortamentos avaliados há 10 anos que juntos somaram 78,7%, porém, particularmente nos casos dos abortamentos induzidos, que naquele ano representou 30,4%, o percentual foi bem menor no atual estudo (14,3%). Isto pode ser decorrente da melhora nos serviços e ao próprio acesso aos serviços de saúde e pelo fato de que cada vez mais as mulheres procuram os serviços de saúde de forma mais precoce, ao menor sinal de sangramento após o uso de algum método abortivo, em geral, após a utilização do misoprostol.^{25, 38}

Em relação à idade gestacional, a ocorrência maior foi entre os abortamentos precoces ou abaixo de 12 semanas de gestação (55,7%). Este fato pode ter contribuído para o baixo índice de complicações encontrado: 15,6% das 160 mulheres internadas por abortamento apresentaram infecção e necessitaram de antibioticoterapia, sendo que três delas necessitaram de transfusão sanguínea. Salienta-se que entre os classificados

como espontâneo não houve registro de complicação maior. Além disso, não houve registro de mortalidade materna por abortamento durante o período do estudo, embora tenham sido registrados 17 casos de morte materna entre todos os 5.081 internamentos obstétricos.⁶¹

A idade gestacional na qual ocorre o abortamento tem sido referida como decisiva para a ocorrência de complicações, de modo que quanto mais precoce o abortamento menor o risco de complicações. Nos Estados Unidos praticamente não há complicações em abortamentos realizados até oito semanas de gestação.⁴⁵ O AGI (2006) refere ocorrência de uma morte para cada 1 milhão de abortamentos até oito semanas; uma para cada 29 mil abortamentos entre 16 e 20 semanas e uma para cada 11 mil a partir de 21 semanas de gestação.⁴⁶

A baixa ocorrência de infecção pós-aborto tem contribuído com a diminuição dos coeficientes de mortalidade materna no Brasil. Estudo realizado por Murta e colaboradores em 2001, sobre abortamento séptico relata que 37,9% das mulheres haviam induzido o abortamento, segundo informação das mesmas ou de parentes. Ainda no âmbito da mortalidade materna, no estudo realizado por Ramos e colaboradores (2003), o abortamento séptico representou 12,3% das causas de mortalidade em mulheres na faixa etária entre 10 e 49 anos (idade fértil).⁶²

No presente estudo, a maior incidência de abortamento, independente da classificação foi entre 20 a 29 anos, correspondendo a 48,8% das ocorrências. Esta também foi à faixa etária predominante no estudo de Murta e colaboradores (2001) onde 62,0% das mulheres tinham esta faixa de idade. No estudo de Souza e colaboradores (1996),⁶² na mesma instituição onde foi desenvolvido o presente estudo, a maioria (54,3%) das mulheres também estavam dentro desta faixa etária.^{12, 63, 64, 41, 65, 66} De uma forma geral, esta é a faixa de idade predominante na maioria dos estudos sobre

abortamento ou sobre problemas relacionados à gestação, uma vez que esta tem sido referida como a faixa de idade ideal para procriar.⁶⁷ Além disso, uma revisão realizada por Bankole e colaboradores sobre as características de mulheres que recorrem ao aborto induzido, em diferentes países, refere que a porcentagem mais alta de abortos ocorre em mulheres na faixa de 20 a 29 anos provavelmente porque as mulheres nesta faixa estejam casadas, sexualmente ativas e férteis, resultando em elevadas taxas de gravidez.⁶⁸

Nesta mesma revisão, Bankole et al (2001) encontrou uma porcentagem de abortamento nitidamente mais baixa entre mulheres nas extremidades do espectro reprodutivo (aquelas com menos de 20 e mais de 40 anos) do que entre outras faixas etárias. Em relação à faixa etária correlata à adolescência, esta correspondeu a menos de 20% da amostra. O estudo realizado por Souza e cols (1996) com dados desta mesma clientela nos anos de 1994/95, mostrou um percentual discretamente maior (25,7%), podendo sugerir uma diminuição no número de abortos entre adolescentes acompanhando a uma queda no âmbito geral. Por outro lado, um estudo realizado em Feira de Santana sobre as características epidemiológicas do aborto entre 283 adolescentes internadas em um hospital geral de referência no período de 1995 a 1997, mostrou que houve um aumento progressivo da ocorrência de aborto nos 3 anos consecutivos: 24%, 31,4% e 44,6% apesar de ter ocorrido uma queda progressiva no número de ocorrência geral de abortos.⁶⁹ Apesar de ambas as situações terem ocorridos no Nordeste há que se considerar diferenças locais e temporais que dificultam a comparação, principalmente considerando as peculiaridades próprias desta faixa de idade. Neste estudo 50,7% das mulheres eram provenientes do Recife e, portanto, mulheres com características urbanas.

A revisão realizada por Bankole e colaboradores (2001), sobre características das mulheres que induzem o abortamento em diferentes países em nível mundial, revelou que a maioria dos abortamentos ocorreu em mulheres que têm pelo menos algum nível de escolaridade do ensino fundamental, mas que esses dados pode provavelmente refletir a distribuição das mulheres de acordo com a formação educacional específica de cada país. As mulheres deste estudo tiveram, em geral, escolaridade acima de oito anos de estudo (72,0%). Neste ponto há divergência com o estudo de Souza (1996), onde apenas 33,0% apresentaram mais de oito anos de estudo. Isto pode sugerir uma melhora na escolaridade das mulheres ao longo do tempo. Dados do IBGE têm demonstrado melhora na escolaridade da população ao longo das décadas.

70

Refere-se que a aceitação do aborto aumenta com a escolaridade das mulheres e também com a dos seus companheiros.³ Contudo, apesar das mulheres terem apresentado um padrão de escolaridade mais alto em relação há 10 anos atrás, menos mulheres declararam ter induzido o abortamento, bem como, também foi menor a frequência de mulheres que foram classificadas como tendo abortamento induzido. Este fato pode ter ocorrido neste estudo devido à forma como foi realizada a coleta, isto é, de forma direta, onde muitas vezes este tipo de abordagem, pode dificultar a verbalização das mulheres em relação à indução do aborto em virtude dos dilemas vividos por estas desde o momento da decisão até a sua concretização. Pesquisas realizadas através do método de urna ou de questionários enviados pelo correio têm um caráter mais informal facilitando a exposição de atos e sentimentos.⁵⁸

A participação do companheiro na decisão de abortar tem sido enfatizada mais recentemente.^{3, 11} Observou-se neste estudo que 90,1% das mulheres referiram ter companheiro, esta predominância também se apresentou no estudo realizado por Souza

e colaboradores (1999) ¹⁶ com dados coletados em 1994/1995, onde 67,4% das mulheres que sofreram abortamento tinham companheiro, embora a presença do companheiro não tenha sido fator de risco para abortamento; ao contrário, ser solteira é que foi o fator de risco mais fortemente associado à hospitalização por abortamento após a realização da análise de regressão logística. Além disso, o peso de sua opinião também foi fator de risco entre as mulheres que abortaram. ¹⁶ Hardy e cols. ⁵⁷ em estudo realizado em 1994 observou maior número de mulheres solteiras que casadas entre as mulheres que tiveram abortamento induzido. Chama-se atenção para o fato de que a simples observação da ocorrência de mulheres com ou sem companheiro, não indicaria fator de associação e que não foi objetivo da pesquisa identificar se no período do abortamento as mulheres permaneciam com seus companheiros. Estudo realizado por Olinto e Moreira-Filho (2006), ²³ sobre fatores de risco e preditores para o aborto induzido, encontrou diferentes preditores de acordo com a faixa etária, de modo que estar separada ou divorciada foi fator preditor de abortamento para a faixa etária de 20 a 29 anos enquanto para a idade de 30 a 39 anos o fator preditor foi viver com o companheiro ou em união. Um outro estudo de base populacional, realizado em uma zona urbana de Pelotas encontrou que mulheres em união tinham risco duas vezes maior de induzirem o abortamento do que as casadas (OLINTO, 2006).²³ A revisão mundial sobre as características de mulheres que obtêm o aborto induzido realizada por Bankole e colaboradores (2001) ⁶⁸ revelou que na maioria dos países há uma maior ocorrência de abortamento entre mulheres casadas, chamando atenção para o fato de que em alguns países da África (particularmente da África Subsaariana), estudos com dados de mulheres internadas revelam maior ocorrência entre as solteiras, principalmente adolescentes, embora estas possam estar super-representadas uma vez que estas são as

mulheres com maior probabilidade de obter um aborto em condições de risco, devido a falta de experiência e recursos.

Pesquisa de opinião realizada em quatro capitais (São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre e Recife) do Brasil em 1995, encontrou 43% de concordância em relação à participação masculina na decisão de abortar, mas que a palavra final deve ser da mulher.⁷¹ Tem sido referido, por outro lado, que os homens são mais permissivos do que as mulheres quando se trata de interromper uma gravidez. Um estudo de opinião entre homens de uma comunidade universitária que viviam em união, demonstrou que os homens são mais favoráveis ao aborto nas situações já legitimadas legal ou socialmente e que as discussões acerca da decisão de abortar não podem prescindir da discussão acerca dos papéis de gênero e mais aprofundada do que a simples opinião sobre o assunto.³

Neste estudo, mulheres sem companheiro só foram encontradas nas categorias de abortamento induzido ou possivelmente induzido e entre os espontâneos todas tinham companheiro. A menor ocorrência de abortamentos classificados como induzidos em relação ao estudo anterior (Souza, 1996)¹⁵ também pode estar relacionado à alta frequência de companheiros com atitudes positivas frente à notícia da gravidez (76,4%) que inclusive foi predominante em todas as categorias.

Neste contexto, foi perguntada às mulheres qual a reação do parceiro ao saber que elas estavam grávidas, categorizada em reação positiva (quando o parceiro expressou alegria ou palavras de apoio) ou negativa/indiferente (quando o parceiro expressou que não gostou da notícia ou não manifestou opinião favorável). Há 10 anos, a maioria dos parceiros das mulheres que abortaram também teve atitudes positivas diante da notícia da gravidez, embora num percentual menor (55,9%), e esta variável esteve associada ao abortamento após a análise de regressão logística.^{15, 16}

Estudo realizado por Duarte *et al* em 2002,³ observou que 53,0% dos homens entrevistados concordam que a interrupção da gestação é um direito da mulher, e dentre as situações onde estes foram favoráveis ao aborto, 36,6% seriam favoráveis caso a mulher não tivesse condições psicológicas ou emocionais para ter o filho e 36,0% se não desejasse o bebê. Outro estudo, de caráter qualitativo, realizado por Pedrosa e Garcia em 2000,¹⁰ que entrevistou nove mulheres que afirmaram ter induzido o aborto, encontrou entre os motivos da interrupção, que a decisão foi possivelmente determinada pela situação de serem solteiras e pelo medo que os pais descobrissem que tinham vida sexual ativa, corroborando com Hardy (1994)⁵⁷ quando afirma que ainda nos dias atuais a responsabilidade de levar adiante ou não a gravidez tem sido tradicionalmente atribuída à mulher.

Avaliando os motivos pelos quais as mulheres abortam, observou-se que entre as oito mulheres que afirmaram ter induzido o abortamento, o motivo referido por seis (75,0%) delas foi à falta de condições financeiras. Uma referiu problemas pessoais e a outra que não tinha certeza de estar grávida. Das oito, cinco referiram não ter atividade remunerada. No total da amostra mulheres com atividade remunerada (50,0%) apareceram na mesma proporção que mulheres sem atividade remunerada (50,0%). No estudo realizado por Souza em 1996,¹⁵ na mesma instituição a ocorrência de mulheres que sofreram abortamento sem atividade remunerada foi de 57,8% versus 42,2% com atividade remunerada e apesar disso, ter atividade remunerada foi fator de risco para abortamento quando se comparou com mulheres que foram hospitalizadas para parir (76,2% versus 23,8% respectivamente), inclusive após a análise de regressão logística. Problemas econômicos tem sido frequentemente relatados como razão mais freqüente de indução de abortamento (Farias 1972, Bohers et al., 1983, Vilarreal e Moura, 1992 apud Costa et al, 1995)⁵⁸ e diferem de estudos em população com nível sócio

econômico mais elevado ou com metodologia que proteja mais a identidade da entrevistada, como no estudo de Costa e colaboradores (1995)⁵⁸ que trabalhou com estudantes e funcionárias de uma universidade paulista e não encontrou esta justificativa como razão para ter realizado o abortamento.

Em relação à ocorrência de abortamento anterior, não se observou sua ocorrência na maioria das mulheres, tanto há 10 anos (73,0%) como no presente estudo (72,5%). Alguns estudos têm cogitado a possibilidade de mulheres que induzem o abortamento terem risco maior de abortarem novamente;²³ mas isto não tem sido confirmado.¹⁶ É mais plausível admitir a possibilidade de que as mulheres que referem abortamento anterior podem estar incluídas nos casos de abortamento espontâneo recorrente^{19, 23, 60} Neste estudo, apenas 27,5% referiram abortamento anterior, percentual muito próximo aos abortamentos espontâneos (29,4%), embora não tenham sido as mesmas mulheres, uma vez que das 47 mulheres classificadas como abortamento espontâneo, apenas 14 apresentaram abortamento anterior. Trabalho realizado por Olinto e Moreira-Filho em 2006,²³ observou que mais de 90% das mulheres com aborto induzido tinham história de perda fetal com idade gestacional abaixo de sete meses, ao contrário das mulheres que não abortaram onde a história de perda fetal só apareceu em 13,0% delas. Usando o cálculo da verossimilhança, as mulheres com história de perda fetal apresentaram uma probabilidade de 95,6% de terem induzido pelo menos um aborto.

O não planejamento da gravidez tem sido cogitado como fator de risco para abortamento.⁷² No presente estudo, 33,8% das mulheres se encontrava na primeira gravidez e 44,3% não tinham filhos vivos no momento da hospitalização. Isto pode justificar o fato de que apesar das mulheres não estarem planejando a gravidez (63,0%), não estavam fazendo uso de nenhum método contraceptivo (63,8%), já que não ter

filhos pode levar as mulheres a ter menos cuidado em fazer contracepção. Neste estudo, estas mesmas mulheres também referiram que não estavam utilizando nenhum método contraceptivo no momento porque desejavam engravidar.

Ao se questionar sobre o conhecimento de métodos contraceptivos 100,0% das entrevistadas afirmaram conhecer pelo menos dois métodos considerados altamente seguros: pílula e condom (camisinha). Estes foram também os dois métodos mais citados pelas que referiram estar utilizando algum método quando engravidaram: 14,4% estavam utilizando a pílula e 10,5%, o preservativo masculino (condom). Em relação ao conhecimento dos métodos contraceptivos alguns pontos merecem destaque. Há 10 anos, nenhum método contraceptivo chegou a ser referido por 100,0% das mulheres que abortaram mesmo após o entrevistador referir o método (resposta induzida). Ademais, dos métodos referidos como utilizados na época em que engravidou, a “tabelinha” foi a mais referida, a pílula vinha em segundo lugar e o condom aparecia naquela época em 5º lugar (Souza, 1996).¹⁵ Assim, o condom figurar como o segundo método mais utilizado no atual estudo sugere a possibilidade de ter havido aumento do conhecimento e da utilização do condom nestes últimos 10 anos. Mesmo considerando que esta informação possa estar sendo superestimada, o simples fato do método ser lembrado e referido pelas mulheres com uma frequência maior do que no passado é um ponto que merece ser enfatizado, de modo a estimular aqueles que lutam em prol da sua popularização e do seu uso efetivo no combate a disseminação da infecção pelo HIV. Brady, 2006⁷³ afirma que o risco imediato de engravidar assusta as mulheres jovens que desejam evitar a gravidez e esta preocupação torna-se prioridade inclusive em relação ao risco de contrair infecções, mesmo sabendo que as conseqüências das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), especialmente a AIDS são muito mais graves do que

as conseqüências desencadeadas por uma gravidez. Além disso, a negociação do uso do preservativo é mais forte para prevenir a gravidez do que para prevenir doenças.

Em relação ao conhecimento dos métodos utilizados para abortar, observou-se neste estudo que das 160 mulheres que abortaram 80,0% referiram conhecer o Cytotec® (misoprostol) como método para abortar, sendo que este método também era conhecido pelas oito mulheres que referiram realizar o abortamento, e sete delas referiram o seu uso. Há 10 anos, o Cytotec®(misoprostol), também foi o método para abortar mais conhecido pelas mulheres que referiram conhecer algum método para abortar. A fonte de informação do conhecimento do método tem sido a mesma: uma amiga. Os primeiros trabalhos evidenciando o uso indiscriminado do misoprostol como abortivo no Brasil foram realizados pelo grupo do Ceará em 1990-1994 e desde então esta substância tem sido associada a diminuição do risco de complicações graves e morte em conseqüência do abortamento.³⁹

Em relação às complicações, o abortamento incompleto foi o principal diagnóstico no momento da hospitalização (52,5%), e este também foi o principal motivo de hospitalização há 10 anos.¹⁵ Agora, das 160 mulheres avaliadas, 157 necessitaram de curetagem, e isto é de fato o principal motivo pelo qual as mulheres necessitam do serviço de saúde como conseqüência de abortamento. Em relação às três mulheres que não necessitaram de curetagem, o diagnóstico de abortamento completo só foi confirmado após a hospitalização e por isso foram hospitalizadas, mas não foram submetidas à curetagem.

Em relação aos procedimentos terapêuticos, três mulheres necessitaram de transfusão sangüínea e 25 de antibioticoterapia. Todas elas foram classificadas como abortamento induzido ou possivelmente induzido. Uma delas necessitou ainda de ambos os procedimentos (transfusão sangüínea e antibioticoterapia). Salienta-se que apesar de

25 mulheres terem feito uso de antibioticoterapia, 23 casos foram classificados como abortamento infectado na admissão e duas só tiveram o diagnóstico de abortamento infectado após a realização da curetagem. Reis e cols. (1995)¹² em estudo epidemiológico realizado sobre abortamento no Brasil também não encontrou complicações maiores em mais de 80,0% das mulheres estudadas e entre os tratamentos cirúrgicos e terapêuticos, a curetagem foi o procedimento mais realizado (82,2%), seguido da curetagem associada ao uso do antibiótico (13,2%), da curetagem associada à transfusão sanguínea (0,7%) e da curetagem associada à transfusão e antibiótico (0,3%).

Como limitações do estudo, relatam-se a dificuldade de se conseguir, no tempo programado que eram de seis meses, o tamanho inicial da amostra. Com isto, o período foi expandido para oito meses, em virtude da maternidade do Centro de Atenção à Mulher do IMIP, ter restrito o internamento aos casos obstétricos de alto risco, a partir da criação da central de leitos, pela Secretaria de Saúde do Estado (SES) de Pernambuco. Além disso, por ser um estudo descritivo do perfil de uma população, não traz respostas, embora indique situações que possam ser estudadas para se identificar os reais fatores de risco para situações que são os grandes problemas de saúde da população. Em relação à validade externa, apesar do estudo ter sido limitado a um serviço de saúde, o IMIP recebe pacientes de praticamente toda região Metropolitana do Recife, e, portanto a população assistida poderia ser representativa da cidade.

VII. CONCLUSÕES

1. O perfil da população de mulheres hospitalizadas por abortamento na maternidade do CAM-IMIP não tem se modificado ao longo da última década.

2. De acordo com os critérios adaptados da classificação da OMS: 14,3% foram classificados como induzidos, a maior ocorrência foi na categoria dos possivelmente induzidos (56,3%) e os espontâneos representaram 29,4% do total.

3. Quase metade das mulheres (48,9%) encontrava-se na faixa etária de 20 a 29 anos, 72,0% tinham mais de oito anos de estudo, metade delas (50,0%) exerciam atividade remunerada, 33,8% eram primigestas e 52,0% tinham de 1 a 3 filhos vivos; 72,0% não tinham abortamento anterior. A maioria das mulheres era procedente da cidade do Recife (50,7%) e tinha companheiro (90,1%).

4. Houve associação entre o abortamento e a presença de companheiro, a procedência, o número de gravidezes e de filhos vivos.

5. Mais da metade (63,0%) não planejou a gravidez.

6. O não planejamento da gravidez teve uma associação com o abortamento.

7. A reação positiva do companheiro aconteceu em 76,4% e teve associação com o abortamento.

8. Falta de condições financeiras foi o motivo mais alegado entre as 8 mulheres que declararam ter induzido o abortamento.

9. Apesar de 100% das mulheres conhecerem a “pílula” e o condom, 1/3 das classificadas como abortamento induzido não estava utilizando nenhum MAC.

10. A maioria (80%) das mulheres conhecia o misoprostol como método abortivo e este foi também o método mais utilizado.

11. Abortamento incompleto e precoce (abaixo de 12 semanas) foi a principal forma clínica no momento da hospitalização.

12. Não houve registro de morte materna por abortamento.

VIII. RECOMENDAÇÕES

1. Sugerem-se programas de saúde que visem romper com o ciclo do abortamento através do aconselhamento de planejamento reprodutivo e educação sexual que favoreçam escolhas livres e informadas e que os mesmos sejam disponibilizados de forma mais acessível.
2. Discussão do assunto no âmbito político e social, visando um maior esclarecimento, inclusive de conseqüências para a saúde da mulher, alertando sobre os riscos relacionados ao abortamento clandestino.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Febrasgo. Tratado de Obstetrícia. Rio de Janeiro: Copyright; reimpressão 2001.
2. Camano L, Souza E, Sass N, Mattar R. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. Unifesp – EPM – Obstetrícia. Campinas: Manole Ltda; Reimpressão 2005.
3. Duarte GA, Alvarenga AT, Osis MJMD, Faúndes A, Hardy E. Perspectiva Masculina acerca do aborto provocado. Rev Saúde Pública 2002; 36 (3): 271-7.
4. Meira AR, Ferraz FRC. Liberação do aborto: opinião de estudantes de Medicina e de Direito, São Paulo, Brasil. Rev. Saúde Pública 1989; 23 (6): 465-72.
5. Olinto MTA, Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. Rev. Panam Salud Publica. 2004; 15 (5): 331-6.
6. Faúndes A, Barzelatto J. O Drama do aborto em busca de um consenso. Campinas: Editora Komedi; 2004.
7. Henshaw SK, Singh S, Haas T. Int Fam Plann Persp, 1999 jan; 25 (Suppl): S30-8.
8. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okaonofua FE, Shah I. Unsafe abortion: the preventable pandemic. <http://www.thelancet.com> Published online November 1, 2006 DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69481-6.
9. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft Neto J, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26(2): 89-96.
10. Pedrosa IL, Garcia TR. “Não vou esquecer nunca!”: a experiência feminina com o abortamento induzido. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2000; 8 (6): 50-58.
- 11 Peres SO, Heilborn ML. Cogitação e pratica do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. Cad Saúde Pública, 2006; 22(7): 1411-1420.

12. Reis AFF, Costa CFF, Mello CR, Almeida FML, Costa HLFF, Gabiatti JRE, Bahamondes L, Menezes MTA, Silva RO, Andrade RP. Estudo Epidemiológico do Abortamento no Brasil. *Rev Bras Ginecol e Obstet.* 1995; 17 (4): 453-461.
13. Ministério da Saúde/SIH. <http://tabnet.datasus.gov.br>. [2006 03 27].
14. Santos LC, Carvalho MA. Implicações do uso de misoprostol na morbidade infecciosa por aborto no IMIP, 1988-1992. Recife, 1994.
15. Souza AI. Fatores de Risco para Hospitalização por Abortamento – CAM – IMIP, Recife [Dissertação do Mestrado] Recife: Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira; 1996.
16. Souza AI, Cecatti JG, Ferreira LOC, Santos LC. Reasons for Hospitalization Due to Abortion and Pregnancy Termination. *Journal of Tropical Pediatrics.* Vol 45; February, 1999. © Oxford University Press 1999.
17. Maternidade Segura e Planejada. Editorial. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24 (8): 503.
18. Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em Obstetrícia. ARTMED; 4ª edição; 2003.
19. Barini R, Couto E, Mota MM, Santos CTM, Leiber SR, Batista SC. Fatores Associados ao Aborto Espontâneo Recorrente. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000; 22 (4): 217-223.
20. Santos LC, Porto AMF, Carvalho M A, Guimarães V. Obstetrícia Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro: Medsi; 1998.
21. Rezende J. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 7ª edição, 1995.
22. César JA, Gomes G, Horta BL, Oliveira AK, Saraiva AKO, Pardo DO, Silva LM, Rodghiero CL, Gross MR. Opinião de mulheres sobre a legalização do aborto em

- município de porte médio no Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública. 1997; 31 (6): 566-71.
23. Olinto MTA, Moreira Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(2): 365-375.
24. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad. Saúde Pública. 2003; 19 (Sup. 2): 399-406.
25. Fonseca W, Misago C, Correia LL, Parente JAM, Oliveira FC. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 1996; 28 (1): 13-18.
26. Brasil. Código Penal: decreto lei n.º 848 de 7/12/1940. 34ª ed. São Paulo: Saraiva; 1996. http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf. [2006 11 21].
27. IPAS – Brasil. O que é Atenção Integral ao Abortamento e com Ênfase na Mulher. <http://.ipas.org.br> . [2006 10 12].
28. Ministério da Saúde. Norma Técnica. Atenção Humanizada ao Abortamento. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
29. Menezes GMS, Aquino EML, Silva DO. Induced abortion during youth: social inequities in the outcome of the first pregnancy. Cad. Saúde Pública 2006; 22 (7): 1431-1446.
30. Souza AI, Aquino MMA, Cecatti JG, Silva JLP. Epidemiologia do Abortamento na Adolescência. Rev Bras Ginecol Obstet. 1999; 21 (3): 161-65.
31. Aborto Clandestino na América Latina – Parte 2. Disponível em URL: <http://www.visaoreal.com.br/aborto>. [2005 Set 09].
32. Ministério da Saúde b. Planejamento familiar: manual para o gestor. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

33. Paniz VMV, Fassa AG, Silva MC. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21 (6): 1747- 1760.
34. Osis MJD, Duarte GA, Crespo ER, Espejo X, Pádua KS. Escolha de métodos contraceptivos entre usuárias de um serviço público de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(6): 1586-1594.
35. Ministério da Saúde a. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4ª Ed. Brasília: Secretaria de Política de Saúde, Ministério da Saúde; 2002.
36. Espírito-Santo DC, Tavares-Neto J. A visão masculina sobre método contraceptivos em uma comunidade rural da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2): 562-569.
37. Souza JMM, Pelloso SM, Uchimura NS, Souza F. Utilização de métodos contraceptivos entre as usuárias da rede pública de saúde do município de Maringá-PR. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(5): 271-7.
38. Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(3): 679-688.
39. Coelho HLL. Misoprostol: a solução não é tão simples. *Rev. Saúde Pública* 1998; 32 (4): 394-5.
40. Hardy E, Alves G. Complicações pós-aborto provocado: Fatores Associados. *Cad. Saúde Pública.* 1992; 8 (4): 454-458.
41. Murta EFC, Manfrin A, Barcelos ACM, Tiveron FS. Abortamento Séptico – Identificação de Fatores de Risco para Complicações. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001; 23(03): 153-157.

42. Lima BGC. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdade espaciais. *Rev Panam Salud Pública*. 2000; 7 (3): 168-172.
43. The Alan Guttmacher Institute, 1994, *Aborto Clandestino: uma realidade latino-americana* (Nova York: The Alan Guttmacher Institute).
44. Osis MJDO, Hardy E, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre o aborto ilegal. *Rev. Saúde Pública*, 1996; 30 (5): 444-51.
45. Koonin LM, Smith JC, Ramick M, Green CA. Abortion surveillance-United States, 1992. *MMWR CDC Surveill Summ*. 1996 May 3; 45(3): 1 – 36.
46. AGI, 2006. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.pdf. [2006 11 21]
47. The Alan Guttmacher Institute, 1996. *Panorama general del aborto clandestino en América Latina* (Nova York: The Alan Guttmacher Institute).
48. Koonin LM, Mackay AP, Berg CJ, Atrash HK, Smith JC. Pregnancy-related mortality surveillance – United States, 1987-1990. *MMWR CDC Surveillance Summaries* 1997; 46: 17-36.
49. Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade Materna na Cidade do Recife. *Rev Bras Gineco Obstet*. 2002; 24 (7): 455-462.
50. IPAS. Projetos no Brasil. <Http://www.ipas.org.br/10anos.html>. [2006 11 05].
51. Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Surita FGC, Pereira BG, Júnior RP, Amaral E. Subnotificação da Mortalidade Materna em Campinas: 1992 a 1994. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2000; 22 (1): 27-32.
52. Ministério da Saúde/SIM. <http://tabnet.datasus.gov.br>. [2005 07 12].
53. Organización Mundial de la Salud. *Aborto provocado. Informe de um Grupo Científico de la OMS*. 1978.

54. Organización Mundial de la Salud – Recomendede definitios, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths (modifications recomend by FIGO as amended October 14, 1976). Acta Obstet. Gynecol. Scand. 56: 247-253, 1977.
55. IPAS – Brasil. Direitos da Mulher. <http://.ipas.org.br/mortalidade.html>. [2007 01 07].
56. Souza AI, Cecatti JG, Ferreira LOC, Santos LC. Hospitalização por abortamento no Centro de Atenção à Mulher (CAM) – IMIP – Recife. Jornal Brasileiro de Ginecologia, 1996; 106(9): 355-361.
57. Hardy E, Costa RG, Rodrigues T, Moraes TM. Características atuais associadas à história de aborto provocado. Rev Saúde Pública 1994; 28 (1): 82-5.
58. Costa RG, Hardy E, Osis MJD, Faundes A. A Decisão de Abortar: Processo e Sentimentos envolvidos. Cad. Saúde Públ.1995; 11 (1): 97-105.
59. Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correia L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública.1998; 14 (2): 279-286.
60. Caetano MR, Couto E, Junior RP, Simoni RZ, Barini R. Gestacional prognostic factors in women with recurrent spontaneous abortion. São Paulo Med J. 2006; 124(4): 181-5.
61. NEP/IMIP. Núcleo de Epidemiologia do IMIP. Dados coletados no livro de registro de óbitos materno no ano de 2007 (mimeo)
62. Ramos JGL, Martins-Costa S, Vettorazzi-Stuczynski J, Brietzke E. Morte Materna em Hospital Terciário do Rio Grande do Sul – Brasil: um estudo de 20 anos. Rev Bras Ginecol Obstet. 2003; 25 (6): 431-436.

63. Costa CFF, Costa HLFF, Machado KM, Melo MPV, Rocha YKW, Costa LOB. Aspectos Epidemiológicos Comparativos entre Abortamento Provocado e Espontâneo. Rev Bras Ginecol Obstet. 1996; 18 (2): 179-84.
64. Aguero O, Rovira A, Miguel. Edad, paridad, embarazo y parto. Rev Obstet. Ginecol. Venezuela . 2001; 61 (3): 147-152.
65. Senesi LG, Tristão EG, Andrade RP, Kraijden ML, Junior F O, Nascimento DJ. Morbidade e Mortalidade Neonatais relacionadas à Idade Materna igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004; 26 (6): 477-82.
66. Buchabqui JA, Capp E, Ferreira J. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Saúde Matern Infant. 2006; 6 (1): 23-29.
67. Drauzio Varella – Entrevistas – Idade Ideal.
<http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/gravidez351.asp> [2006 11 23].
68. Bankole A, Singh S, Haas T. Características de Mulheres que Obtêm Aborto Induzido: uma Revisão a Nível Mundial. Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar, número especial de 2001; 10- 19 & 37.
69. Souza VLC, Corrêa MSM, Souza SL, Beserra MA. O Aborto entre adolescentes. Rev Latino-am Enfermagem. 2001; 9 (2): 42-7.
70. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Síntese de Indicadores Sociais 2002.
<Http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm>. [2006 12 02]
71. Comissão de Cidadania e Reprodução. Sexualidade, saúde e direitos reprodutivos do homem. São Paulo;1995. p.1-8 (Série Debates, 4).

72. Moreira LMA, Dias AL, Ribeiro HBS, Falcão CL, Felício TD, Stringuetti C, Santos MDF. Associação entre o Uso de Abortificantes e Defeitos Congênitos. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001; 23 (8) 517-521.
73. Brady M. Evitar infecções sexualmente transmissíveis, a gravidez indesejada e proteger a fertilidade: a necessidade de tripla proteção das mulheres jovens. Questões de Saúde Reprodutiva. 2006; 1 (1): 50-58.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

APÊNDICE 2

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____, registro nº. _____, junto com o meu responsável (quando for o caso de paciente de menor) _____ declaro (amos) que fui (fomos) devidamente esclarecida pela pesquisadora Karla da Silva Ramos em relação à pesquisa sobre “Mulheres Assistidas por Abortamento em uma Maternidade-Escola na cidade do Recife: um estudo de corte transversal” e estou perfeitamente consciente que:

1. Estou (amos) concordando livremente em participar, sem receber qualquer tipo de pressão da pesquisadora;
2. Continuarei a ser atendida no IMIP, dispondo de toda a atenção, independentemente da minha participação na pesquisa;
3. Receberei (eremos) resposta a pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida relacionada à pesquisa; para isso, poderei me comunicar em qualquer momento com a pesquisadora (Karla), através do telefone 2122-4727 ou com o comitê de Ética em Pesquisa do IMIP 2122-4702;
4. Vou responder voluntariamente as perguntas que serão feitas pela pesquisadora;
5. Não serei identificada e será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
6. Tenho o direito de saber o resultado da pesquisa, se assim o desejar;
7. Poderei abandonar a qualquer momento a pesquisa caso não me sinta satisfeita, sem que isso venha prejudicar o meu atendimento no IMIP.

Recife ____/____/____

Entrevistada

Responsável

Responsável pela Pesquisa

APÊNDICE 3

FOMULÁRIO PARA ENTREVISTA

Pesquisa:

MULHERES ASSISTIDAS POR ABORTAMENTO EM UMA MATERNIDADE ESCOLA NA CIDADE DO RECIFE: UM ESTUDO TRANSVERSAL

1) Formulário nº

Data da entrevista: ___/___/___

Nome: _____

2) Registro:

Atendimento:

3) Em que cidade você (ou a Sra.) mora? _____

1 Recife 2 Olinda 3 Jaboatão 4 Camaragibe 5 Outras cidades

4) Quantos anos completos você (a Sra) tem? ANOS

Qual a data do seu nascimento? ___/___/___

5) Quantos anos você (a Sra.) estudou? _____

- 1 Não lembra
 2 Nunca estudou
 3 até 3 anos
 4 4-7 anos
 5 8 ou mais anos

6) Você ou a Sr^a está fazendo algum trabalho que ganhe dinheiro?

1 Sim 2 Não

7) Qual é a sua atividade?

- 1 Emprego fixo 2 Autônoma 3 Bicos 4 Desempregada
 5 Outra. Qual? _____

8) Você (ou a Sr^a) tem companheiro? 1 Sim 2 Não (Vá para a pergunta 11)

Se **SIM**:

9) Vivem juntos? 1 Sim 2 Não 99 Não se aplica (não tem companheiro)

10) O seu marido (ou companheiro) apresentou que tipo de reação quando soube da gravidez?

- 1 Reação positiva: gostou, vibrou, achou bom
 2 Reação negativa: achou ruim, não gostou
 3 Não se manifestou, indiferente, pra ele tanto faz, não disse nada
 4 Não sabe dizer
 99 Não se aplica (não tem companheiro)

Se **NÃO**:

11) Essa gravidez ocorreu de que forma:

- 1 Viviam juntos mas se separaram após a gravidez
 2 Namoro/moram separados
 3 Relacionamento ocasional
 4 Violência sexual (Estupro)
 5 Outro _____
 99 Não se aplica (tem companheiro)

12) Quantas vezes a você (ou a S^{ra}) ficou grávida? _____

13) Quantos filhos tem vivos? _____

14) Já teve algum abortamento antes desse? 1 Sim 2 Não (vá para pergunta 17)

Se **SIM**:

15) Quantos abortos teve antes desse? _____ 99 Não se aplica

16) Algum desses abortos você (ou a Sra) quis abortar?

1 Sim 2 Não 99 Não se aplica

Qual? _____

17) Você (ou a S^{ra}) conhece ou já ouviu falar em alguma maneira para evitar filhos?

1 Sim 2 Não

Se **SIM**:

18) Qual ou quais? _____

19) Já usou algum desses métodos? 1 Sim 2 Não Qual ou quais? _____

Nunca usou MAC? 1 Sim 2 Não

20) Diga dentre os métodos abaixo quais você (ou a Sra) conhece ou já ouviu falar:

- 1 Condom (ou camisinha) masculina
 2 Camisinha feminina
 3 Pilula (comprimido)
 4 Injeção
 5 DIU
 6 Ligadura de trompas
 7 Vasectomia
 8 Diafragma
 9 Tabela
 10 LAM (amamentar)
 11 Coito interrompido
 99 Não se aplica (Nunca ouviu falar em nenhum dos citados acima)

21) Você (ou a S^{ra}) estava usando alguma coisa para evitar quando ficou grávida desta vez?

- 1 Sim 2 Não

Se SIM:

22) Qual? _____ (usando a n^o da Q 20) 99 Não se aplica

Se NÃO:

23) Por quê? _____ 99 Não se aplica

24) Havia parado de usar?

- 1 Sim 2 Não 99 Não se aplica (nunca usou MAC)

25) Ou engravidou usando?

- 1 Sim 2 Não 99 Não se aplica

26) Quanto tempo antes de engravidar desta vez a Sra. deixou de usar?

_____ ANOS ou _____ MESES

- 1 Não lembra
 2 Engravidou enquanto usava 99 Não se aplica (nunca usou MAC)

Se SIM (havia parado de usar):

27) Por quê?

- 1 Estava querendo ficar grávida
 2 Não se preocupou/não pensou nisso
 3 Achava que era estéril ou que não poderia engravidar
 4 Não sabia que poderia usar/Nunca foi orientada de como evitar filhos
 5 Outro _____
 99 Não se aplica (não parou o MAC)

28) Você (ou a Sra.) estava querendo ficar grávida desta vez?

- 1 Sim
 2 Não

29) Que métodos para abortar você (ou a Sra.) conhece ou já ouviu falar?

(a medida que a mulher for citando o entrevistador vai marcando os métodos abaixo listados. Se no final ela deixar de citar algum pode perguntar se ela conhece ou já ouviu falar nele)

- 1 Misoprostol (Cytotec®)
- 2 Comprimido outro. Qual? _____
- 3 Injeção. Qual? _____
- 4 Chás. Qual? _____
- 5 Sonda
- 6 Curetagem
- 7 Outros método. Qual? _____

30) Você ou a Sra. usou alguma coisa para a menstruação “descer” quando percebeu que estava com atraso menstrual?

- 1 Sim 2 Não

Se **SIM**:

31) O que você (ou a Sra.) fez ou usou? _____ 99 Não se aplica

32) Você ou a Sra. usou alguma coisa para abortar?

- 1 Sim 2 Não (vá para a pergunta 38)

Se **SIM**:

33) O que você (ou a Sra.) fez ou usou? _____

- 1 Misoprostol (Cytotec®)
- 2 Chás
- 3 Sonda
- 4 Droga não identificada
- 5 Curetagem
- 6 Outros líquidos
- 7 Injeção
- 99 Não se aplica

34) Por que a Sra. quis interromper esta gravidez?

- 1 Falta de condições financeiras
- 2 Não estava preparada para educar / criar uma criança
- 3 Namorado/ Marido/ Companheiro não queria
- 4 Família não aceitava
- 5 Era solteira
- 6 Outra. Qual? _____
- 99 Não se aplica

35) Quem lhe ensinou a usar este método?

- 1 Namorado / marido / companheiro
- 2 Mãe/ pai /irmãos
- 3 Amiga (o)
- 4 Médico (a) falou
- 5 Farmácia
- 6 Outra pessoa. Quem? _____
- 99 Não se aplica

36) Onde a Sra. fez este aborto?

- 1 Em casa
 2 Na casa de curiosa, parteira
 3 Clínica/ consultório
 4 Hospital
 5 Outro. Qual _____
 99 Não se aplica

37) Quem fez esse aborto para a Sra.?

- 1 Própria mulher
 2 Parteira / curiosa
 3 Médico / enfermeira
 4 Outra pessoa. Quem? _____
 99 Não se aplica

Se **NÃO**:

38) Como foi que você (ou a Sra.) perdeu? _____ 99 Não se aplica

INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO:

39) Idade Gestacional. semanas

De acordo com:

- 1 DUM 2 Ultra-sonografia 3 Mac Donald (altura do fundo uterino)
 99 Não se aplica (a mulher não sabia a DUM)

40) Hipótese diagnóstica na Internação: _____

- 1 Aborto incompleto 2 Aborto completo 3 Aborto infectado
 4 Aborto infectado 5 Aborto infectado

41) Complicações:

- 1 Hemorragia
 2 Infecção
 3 Perfuração Uterina
 4 Outros traumas _____
 99 Não se aplica

42) Procedimentos Cirúrgicos:

- 1 Curetagem
 2 Histerectomia
 3 Laparotomia Exploradora
 99 Não se aplica

43) Procedimento terapêutico:

- 1 Transfusão
 2 Antibióticos
 3 Transfusao + ATB
 99 Não se aplica

ANEXO DO FORMULÁRIO

CHECK-LIST PARA CLASSIFICAÇÃO DO ABORTAMENTO*

CRITÉRIOS:

1) DECLARAÇÃO DA MULHER (Pergunta 32)	1 – SIM 2 – NÃO
2) TRAUMA GENITAL, EVIDÊNCIA DE MANIPULAÇÃO OU CORPO ESTRANHO Pergunta 40 e 41(3 ou 4).	1 – SIM 2 – NÃO
3) INFECÇÃO UTERINA OU PERITONITE NA ADMISSÃO OU DEPOIS Perguntas 40 e 41 (2)	1 – SIM 2 – NÃO
4) GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA (Pergunta 28)	1 – SIM 2 – NÃO
5) USO DE CONTRACEPTIVOS NO CICLO DA CONCEPÇÃO (Perguntas 21 e 22) OU NÃO CONTRACEPÇÃO POR OUTRO MOTIVO QUE NÃO A GRAVIDEZ DESEJADA (Pergunta 23)	1 – SIM 2 – NÃO

*Adaptado dos critérios sugeridos pela OMS para classificação do abortamento provocado (Série de Informes técnicos nº 623 – 1978)

CLASSIFICAÇÃO DO ABORTAMENTO

1 – INDUZIDO: Critério 1 ou critério 2 ou critérios 3 + 4 + 5 = 1(Sim)

2 - POSSIVELMENTE INDUZIDO: Critérios 3, 4 ou 5 = 1(Sim)

3 – ESPONTÂNEO: Todos os critérios = 2 (Não)

44)Classificação:

- 1 Induzido
 2 Possivelmente Induzido
 3 Espontâneo

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)