

# E-BOOK

## VI JORNADAS DE OBSTETRÍCIA



**CESPU - ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE VALE DO AVE**

### FAMALICÃO

28 e 29 de Novembro de 2013

## Ficha técnica

EDITOR

CESPU, CRL: COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO

Título: VI Jornadas de Obstetrícia – Por uma vida Melhor

COORDENAÇÃO DA EDIÇÃO:

Albina Sequeira; Catarina Cordeiro; Paula Janeiro & Catarina Amaral

COMISSÃO EDITORIAL:

Albina Sequeira; Catarina Cordeiro; Paula Janeiro & Catarina Amaral

Design:

António Sequeira

Divulgação: VI Jornadas de Obstetrícia

Suporte: E-book (formato .pdf)

ISBN: 978-972-99165-3-3

Nota: todos os artigos publicados são propriedade da CESPU pelo que não podem ser reproduzidos para fins comerciais, sem a devida autorização.

A responsabilidade pela idoneidade e conteúdo dos artigos é única e exclusiva dos seus autores.

## ÍNDICE

1. OBESIDADE INFANTIL: ARTIGO DE REVISÃO .....	4
Ana Maria Martins Moraes	
2. COMO SE RELACIONAM OS JOVENS COM O SEU CORPO? .....	14
Maria Isabel Barreiro Ribeiro & António José Gonçalves Fernandes	
3. INFERTILIDADE: UMA REALIDADE PRESENTE .....	23
Adriana Jorge da Silva Pereira Vaz Machado & Ângela Marisa Vaz Meira	
4. ATITUDES E COMPORTAMENTOS DOS JOVENS RELATIVAMENTE AO DESTINO A DAR AOS RESÍDUOS DE MEDICAMENTOS .....	29
Maria Isabel Barreiro Ribeiro & António José Gonçalves Fernandes	
5. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS: PRÁTICAS PARA A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO COTO UMBILICAL DO RECÉM-NASCIDO – UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....	37
Graziela Mendes	
6. A MULHER NO CLIMATÉRIO, QUE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ...	47
Mário Cardoso; Helena Presado; Andrea Carvalho; Dora Carteriro & Tiago Nascimento	
7. SATISFAÇÃO SEXUAL NA MEIA-IDADE .....	51
Helena Presado; Mário Cardoso; Andrea Carvalho; Dora Carteriro & Tiago Nascimento	
8. COMUNICAÇÃO INTRAUTERINA: PROMOÇÃO E INTERVENÇÃO .....	56
Adriana Jorge da Silva Pereira Vaz Machado & Ângela Marisa Vaz Meira	
9. ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM FACE AO ABORTAMENTO ESPONTÂNEO .....	63
Amandina Borges & Teresa Correia	
10. SABERES E COMPETÊNCIAS DO PAI, COM PREPARAÇÃO PARA O PARTO, DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO .....	77
Olga Maria Telo Pousa	
11. MAUS –TRATOS FETAIS .....	86
Leandra Cordeiro	

## 9 ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM FACE AO ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

Amandina Borges<sup>1</sup> & Teresa Correia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E, Unidade de Bragança - Enfermeira Especialista no serviço de obstetrícia, mestranda do mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia. E-mail: [enfnina79@gmail.com](mailto:enfnina79@gmail.com)

<sup>2</sup>Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde/Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento Humano. E-mail: [teresaicorreia@ipb.pt](mailto:teresaicorreia@ipb.pt).

### RESUMO:

**Introdução:** A educação em saúde constitui-se como parte integrante na assistência à mulher que vivencia uma situação de abortamento espontâneo.

**Objetivo:** Identificar as orientações de Enfermagem fornecidas às mulheres hospitalizadas por abortamento espontâneo, numa Unidade de Saúde do Norte de Portugal.

**Metodologia:** Realizou-se estudo observacional analítico retrospectivo, no período de 2010 a 2012, com amostra inicial de 165 mulheres resultando para análise final 122, após aplicação de critérios de inclusão, conseguida na base de dados do Sistema Informático Hospitalar.

A informação foi obtida pela análise dos processos clínicos, feita compilação dos dados para um guião, sustentado na colheita de dados e registos contidos nas notas de enfermagem, depois foram informatizados e tratados no programa SPSS. Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética.

**Resultados:** A prevalência dos abortamentos espontâneos, segundo o ano de análise, sofreu variação, com maior predomínio para o ano de 2011 (43,4%), aumentou com a idade das mulheres, recaiu nas urbanas (64,8%), casadas (75,4%), com escolaridade até ao 12º ano (68,9%), profissão remunerada (61,5%), com filhos (53,3%), sem abortamentos anteriores (75,4%), apresentou-se na forma incompleta (73,8%), com permanência hospitalar de um dia (86,1%) e com ausência de orientações de Enfermagem (83%). Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o tempo de permanência hospitalar e as orientações de Enfermagem, sendo que as mulheres que permanecerem mais de um dia internadas receberam mais orientações de Enfermagem.

**Conclusão:** O acesso à educação em saúde sexual e reprodutiva, sobretudo, para mulheres mais velhas, com menor escolaridade e com mais de um filho, torna-se premente.

O tempo de permanência hospitalar parece ser insuficiente para a realização de orientações de Enfermagem, podendo comprometer a qualidade de atenção às mulheres.

**DESCRITORES:** Abortamento espontâneo; Educação em saúde; Hospitalização; Mulheres.

### **Abstrat**

**Introduction:** Health education was established as part of the care for women who experience a miscarriage situation.

**Objective:** Identify the guidelines of Nursing provided to women hospitalized for miscarriage, a Health Unit North of Portugal.

**Methods:** We conducted an observational analytical retrospective study, in the period 2010-2012, with an initial sample of 165 women resulting 122 for final analysis after application of inclusion criteria, obtained in the database of the Hospital Information System. The information was obtained by analysis of clinical processes, taken compiling the data to a script, supported the collection of data and records contained in the notes nursing, then were computerized and processed using SPSS. Assent was obtained from the Ethics Committee.

**Results:** The prevalence of spontaneous abortions, according to the year of analysis, has undergone change, with predominance for the year 2011 (43,4%), increases with the age of women, lies in urban (64,8%), married (75,4%), with education up to 12th grade (68,9%), paid profession (61,5%), with children (53,3%), without prior abortions (75,4%) presented in the incompletely (73,8%) remained on a day -hospital (86,1%) and absence of guidance of Nursing (83%). A statistically significant association between length of hospital stay and the guidelines of Nursing, and the women who stay more than one day in hospital receive more guidance Nursing.

**Conclusion:** Access to education on sexual and reproductive health, especially for older women with less education and with more than one child, it is urgent. The length of hospital stay seems to be adequate to meet guidelines of Nursing, compromising the quality of care for women.

**DESCRIPTORS:** Spontaneous abortion; Health education; Hospitalization; Women.

## INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços que têm sido apresentados na área de Obstetrícia e da Genética nas últimas décadas, o abortamento continua a ter proporções preocupantes na gestação, tornando-se um verdadeiro desafio para os profissionais destas áreas e, concomitantemente, angustiante para as mulheres que vivenciam esta perda <sup>1</sup>.

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres devem ser garantidos, e perante um processo de abortamento, espontâneo ou induzido, estas devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade. Contudo, só a partir da década de 90, com a III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo, em 1994, e a 4.ª Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing em 1995, o tema abortamento passou a ser tratado como problema de Saúde Pública, afirmando-se os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como direitos humanos <sup>2</sup>.

Uma perda involuntária da gravidez pode gerar na mulher inúmeros sentimentos e percepções, quer físicos quer psicossociais, variando com as características individuais/familiares e culturais de cada uma destas, exigindo que adaptações sejam desenvolvidas <sup>3</sup>.

O enfermeiro perante este tipo de situação exerce um papel crucial, gerenciando de modo construtivo, a perda e agindo com responsabilidade e ética, tornando-se essencial ajudar a mulher/família a enfrentar a dor e a elaborar o luto, como resposta normal e saudável a uma perda, assim como, partilhar saberes e encaminhar as situações a outros profissionais sempre que necessário <sup>4,5</sup>.

Há necessidade de proporcionar qualidade na atenção à mulher, dando espaço à criação de momentos de intensa aprendizagem, onde a educação em saúde assume uma dimensão no processo de cuidar. Deste modo, os profissionais de saúde, sobretudo, os enfermeiros, devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, procurando a manutenção ou recuperação do estado de saúde da mulher e incentivar o planeamento familiar para prevenção de gestação indesejada, ajudando-a e proporcionando-lhe orientações, tornando-a ativa no seu processo de saúde <sup>6</sup>.

A profissão de Enfermagem tem ao longo do tempo contestado por maior autonomia no exercício das suas funções, pelo que salienta-se a importância da execução de registos de Enfermagem como parte integrante dos cuidados no sentido dessa mesma autonomia.

A documentação dos cuidados torna-se sinónimo dos próprios cuidados, pelo que um cuidado não registado é considerado não realizado <sup>7,8</sup>.

De ressaltar que, são os registos de Enfermagem o testemunho que perdura no tempo, são uma forma de comunicar em equipa, são um meio de individualização dos cuidados prestados às utentes, mas são também eles que facultam proteção legal <sup>9</sup>.

Por conseguinte, após o abortamento espontâneo há que considerar que a mulher tem direito a opção de ter um filho algum tempo após o abortamento, por essa e por várias razões clínicas, psicológicas e fisiológicas, é necessário que a mulher receba orientação adequada, cabendo ao profissional que as atende orientá-las, esclarecê-las sobre o que de fato ocorreu proporcionando-lhes maior qualidade de vida <sup>10</sup>.

Deste modo, no sentido da produção de evidência científica, torna-se urgente registar toda a assistência prestada, permitindo assim uma apreciação crítica de cada momento de Enfermagem, desde a admissão até à alta <sup>9</sup>.

Em face do exposto definiu-se como objetivo para este estudo identificar as orientações de Enfermagem fornecidas às mulheres hospitalizadas por abortamento espontâneo, numa Unidade de Saúde do Norte de Portugal.

#### **METODOLOGIA:**

Trata-se de um estudo observacional analítico retrospectivo, referente ao período compreendido entre janeiro de 2010 a novembro de 2012, realizado numa Unidade de Saúde do Norte de Portugal.

A população foi constituída por 165 mulheres registadas com diagnóstico de abortamento espontâneo, internadas, num serviço de obstetria do Norte de Portugal, no período em questão.

Foi definido como critério de inclusão as mulheres com o diagnóstico de abortamento espontâneo até 22 semanas, diagnosticado pelo médico, sendo considerado abortamento precoce (Idade gestacional <12 semanas) e tardio (Idade gestacional ≥12 semanas).

Foram definidos como critérios de exclusão o registo incompleto de dados relativos às variáveis a analisar, a nível de registos de Enfermagem contidos na colheita de dados e nas notas de evolução das utentes; motivo de internamento no serviço devido a outras formas de interrupção da gravidez e/ou suas conseqüentes complicações, que não tenham sido resultantes do abortamento espontâneo; ausência de processo clínico.

Verificou-se que 10,3% (18) das mulheres apresentavam registos incompletos, 14,5% (23) tinham outro diagnóstico e 0,60% (1) sem acesso ao processo clínico, sendo por isso excluídas, resultando uma amostra final constituída por 122 mulheres.

No que respeita, às características da amostra, verificamos que a média de idades das mulheres em estudo foi de 31,4 anos, com limite inferior situado nos 17 anos e superior nos 45 anos de idade, a maioria das mulheres vive em área urbana, cerca de 65%, são casadas (75,4%), com escolaridade até ao 12.º ano em cerca de 69% e com profissão remunerada (61,5%).

Para a colheita de dados foi elaborado um guião construído a partir do levantamento prévio de variáveis disponíveis nos artigos científicos pesquisados e relacionadas com a temática. O guião foi constituído por 5 grupos de questões fechadas, sendo que o primeiro dizia respeito às características sociais e demográficas, nomeadamente, idade, zona de proveniência, estado civil, escolaridade, profissão; o segundo referia-se às variáveis reprodutivas, como número (nº) de gestações, nº de filhos, nº de abortamentos anteriores, idade gestacional, aceitação da gravidez atual, antecedentes pessoais, o terceiro reportava-se ao episódio atual de abortamento, no que respeta a problemas de saúde decorrentes da gravidez atual, formas clínicas de abortamento, procedimentos adotados, complicações do abortamento, estudo anatomopatológico, tempo de permanência hospitalar, o quarto relativo ao consumo de tabaco e de drogas ilícitas e o quinto relativo às orientações fornecidas às mulheres, contempladas nos registos de Enfermagem.

A recolha de dados foi, então, realizada pela consulta dos registos dos processos clínicos das mulheres que sofreram abortamento espontâneo tendo como suporte o guião.

A informação foi recolhida pelas investigadoras, em colaboração com a médica responsável pela sua recolha, realizada nos dias úteis, entre 9 e 17 horas, durante o mês de janeiro e fevereiro de 2013, no serviço de arquivo da Unidade de Saúde. Para a concretização deste estudo foram respeitados os requisitos éticos tanto a nível administrativo como a nível individual.

A informação foi analisada com a metodologia estatística usual, após a sua informatização, com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS®)*, versão 19.0.

Foi usada a estatística descritiva e inferencial. Para verificar a associação entre as variáveis independentes e a dependente, utilizou-se o teste não paramétrico  $\chi^2$ , para o qual foi adotado o valor de 10% como nível de significância. Também foi utilizado o teste de Fisher, onde se fixou o nível de significância de 5%, de modo a verificar a ocorrência de diferenças estatisticamente significantes em relação à associação entre as variáveis.

Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética e autorização da instituição para desenvolvimento da investigação. Não foram incluídas informações de identificação pessoal, pois todo o processo que envolveu a colheita de dados foi realizado com total anonimato das mulheres, apenas foram utilizados números, tendo sido garantida a confidencialidade e proteção das informações pessoais e observadas as regras de conduta da Declaração de Helsínquia, bem como, a legislação nacional em vigor.

## RESULTADOS

A distribuição das mulheres internadas por abortamento espontâneo, nos três anos considerados, foi a seguinte: 49 (40,2%) no ano de 2010, 53 (43,4%) no ano 2011 e 20 (16,4%) no ano de 2012.

Quanto às características sociais e demográficas, verificou-se que com o aumento de idade registou-se um aumento do número de mulheres que abortaram, incidindo a sua prevalência nas residentes em área urbana (cerca de 65%), casadas (75%), que têm até 12 anos de escolaridade (cerca de 69%), com percentagem semelhante para as mulheres com profissão remunerada.

No que respeita às características reprodutivas, verificou-se que 53,3% tinham filhos, aproximadamente metade (42%) eram primigestas e 75% não tinham antecedente de abortamento.

Para mais de metade das mulheres (cerca de 66%) o abortamento foi precoce, ocorrendo na forma clínica incompleta, em cerca de 74% das mulheres, destacando-se como procedimentos adotados a curetagem e Misoprostol + curetagem que totalizaram mais de metade (50%) destes.

No que respeita ao tempo de permanência hospitalar este diz respeito aos dias em que as mulheres se encontraram internadas no serviço de obstetria, verificou-se que a permanência prevaleceu para um dia de internamento (86,1%).

Constatou-se maior prevalência nas mulheres que não receberam orientações durante o internamento (Figura 1).



**Figura 1- Distribuição da amostra de acordo com as orientações de Enfermagem. Norte, Portugal, 2010-2012.**

Através da observação da Tabela 1, verificou-se que as variáveis que se associaram de modo estatisticamente significativo com o maior número de abortamentos foram: idade igual ou superior a 35 anos (OR=4,5, IC:1,886 – 10,737;  $p=0,001$ ); número de filhos superior a um (OR=4,9 IC:1,859 – 13,318;  $p=0,001$ ) e procedimento medicamentoso (OR=5,4, IC:1,582 – 18,242;  $p=0,007$ ), apresentando um risco cerca de 5 vezes superior de ter mais de um abortamento em relação às que não apresentaram estas características.

Tabela 1- Distribuição da amostra de acordo com as variáveis relacionadas com o risco de ocorrência do número de abortamentos. Norte, Portugal, 2010-2012.

Variável	N	%	1 Abortamento (%)	>1 Abortamento (%)	OR	p	IC (95%)
<b>Idade</b>							
< 35 anos	81	6	85,2	14,8	1†	0,001*	1,886-10,737
≥ 35 anos	41	3	56,1	43,9	4,5		
<b>Zona de proveniência</b>							
Rural	43	3	69,8	30,2	1,580	0,288	0,680-3,674
Urbana	79	6	78,5	21,5	1†		
<b>Estado civil</b>							
Casada	92	7	73,9	26,1	1,142	0,503	0,515-3,870
Não casada	30	2	80	20,0	1†		
<b>Escolaridade</b>							
≤ 12º ano	84	6	73,8	26,2	1,331	0,542	0,531-3,336
> 12º ano	38	3	78,9	21,1	1†		
<b>Profissão</b>							
Remunerada	75	6	70,7	29,3	2,024	0,128	0,816-5,021
Não remunerada	47	3	83	17,0	1†		
<b>Número de filhos</b>							
<1	57	4	89,5	10,5	1†	0,001*	1,859-13,318
≥1	65	5	63,1	36,9	4,976		
<b>Idade gestacional</b>							
< 12 semanas	81	6	72,8	27,2	1,538	0,358	0,616-3,838
≥12 semanas	41	3	80,5	19,5	1†		
<b>Aceltação da</b>							

<b>Gravidez</b>							
Não	7	6	71,4	28,6	1,243	0,801	0,228-6,764
Sim	115	9	4	75,7	24,3	1†	
<b>Problemas de saúde decorrentes da gravidez atual</b>							
							0,564-5,779
Não	24	2	0	83,3	16,7	1†	0,320
Sim	98	8	0	73,5	26,5	1,806	
<b>Antecedentes pessoais</b>							
Não	103	8	4	78,6	21,4	1†	0,060
Sim	19	1	6	57,9	42,1	2,678	0,960-7,466
<b>Forma Clínica de abortamento</b>							
Completo	32	2	6	68,8	31,2	1,591	0,311
Incompleto	90	7	4	77,8	22,2	1†	0,648-3,904
<b>Procedimentos</b>							
Cirúrgico	54	8	2	87	13,0	1†	0,007*
Medicamentoso	12	1	8	55,6	44,4	5,371	1,582-18,242
<b>Tempo de permanência</b>							
≤ 1 dia	105	8	6	75,2	24,8	1,070	0,913
> 1 dia	17	1	4	76,5	23,5	1†	0,321-3,569
<b>Fumadora</b>							
Não	96	7	9	77,1	22,9	1†	0,411
Sim	26	2	1	69,2	30,8	1,495	0,573-3,901
<b>Orientações de Enfermagem</b>							
Realizados	21	1	7	71,4	28,6	1,283	0,642
Não Realizados	101	8	3	76,2	23,8	1†	0,448-3,674

\*-Valor estatisticamente significativo; †- Classe de referência

Através da Tabela 2 verificou-se que houve associação estatisticamente significativa entre a realização das orientações de Enfermagem e o tempo de permanência hospitalar ( $p=0,011$ ), já o mesmo não se constatou para a realização das orientações e a aceitação da gravidez.

**Tabela 2- Associação entre as orientações de Enfermagem e o tempo de permanência hospitalar e a aceitação da gravidez (teste de Fisher). Norte, Portugal, 2010-2012.**

Variável		Orientações de Enfermagem		p
		Realizadas N	Não realizadas N	
<b>Tempo de permanência hospitalar</b>	≤ 1 dia	14	91	0,011*
	> 1 dia	7	10	
<b>Aceitação da gravidez</b>	Não	1	6	0,999
	Sim	20	95	

\*Valor estatisticamente significativo

## DISCUSSÃO

Na amostra em estudo verificou-se uma variação da prevalência de abortamentos entre os anos de 2010, 2011 e de 2012, tal fato pode ter sido influenciado pela existência de sub-registo a nível dos registos. Aquando da análise dos processos clínicos 10,3%, foram excluídos por não apresentarem registos completos e 14,5% por atribuição de outro diagnóstico, evidência igualmente constatada por outro estudo <sup>11</sup>. Contudo, esta situação diminuiu a amostra, mas não influenciou os resultados, uma vez que, a amostra final ficou constituída por cerca de 75% dos processos das mulheres.

De realçar que, o número de mulheres que sofreram abortamento espontâneo corresponde às que necessitaram de hospitalização, existindo limitações para uma real estimativa da prevalência dos abortamentos espontâneos subclínicos, visto não carecerem de cuidados hospitalares, assim como, ser possível supor que na amostra estudada, parte das mulheres internadas possam ter ocultado o aborto induzido, ou alegar o término da gravidez como perda espontânea, evitando a sua declaração. Esta questão pode ter influenciado os resultados obtidos, sobretudo, no ano de 2011 onde se evidenciou maior frequência, de salientar que, foi nesse ano que em Portugal se assistiu a grave e profunda crise social e económica, onde o número de abortamentos cresceram <sup>12</sup>.

O perfil sociodemográfico permite verificar que as mulheres são mais velhas aquando do primeiro filho (31,4 anos), corroborando com os dados nacionais <sup>12</sup> que indicam a idade média da mulher para os 31 anos, em 2012, evidenciando-se assim maior tendência para

adiar o nascimento do primeiro filho, constituindo uma preocupação, pois a idade avançada compromete a reposição de gerações pela sua exposição a efeitos nefastos.

Estas mulheres são maioritariamente casadas, correspondendo este estado civil à maioria das mães em Portugal <sup>12</sup>, se bem que esta prevalência é mais baixa do que a da nossa amostra.

As mulheres da zona urbana tiveram um predomínio de abortamento espontâneo, contrariamente ao relato de um estudo<sup>13</sup>, no qual se destacam as da zona rural. Para esta situação poderá ter influência as modificações ocorridas na sociedade atual portuguesa, verificando-se a inserção das mulheres no mercado de trabalho, com necessidade de residir em área urbana, local onde existem mais oportunidades. Dependendo do tipo de atividade este fator pode também contribuir para uma maior frequência de abortamentos espontâneos<sup>14</sup>.

Salienta-se que 68,9% das mulheres tinha escolaridade até 12 anos, e 62% com profissão remunerada, indo de encontro às evidências de outros estudos<sup>13,15</sup>.

A menor escolaridade das mulheres supõe a necessidade de adotarem novos papéis no mercado de trabalho, decorrente da sua emancipação e da difícil situação socioeconómica que o país tem atravessado nas últimas décadas, levando assim à não continuidade de estudos a nível superior.

No que respeita às características reprodutivas, cerca de metade eram primigestas em condições de abortamento espontâneo, constatação igualmente presente noutro estudo <sup>3</sup>. Esta experiência é muitas vezes frustrante e determinante na vida dessas mulheres, havendo necessidade de uma atenção integral para amenizar esse sofrimento, carecendo de um olhar especial no cuidado por profissionais de saúde, sobretudo, dos enfermeiros, pois uma atitude profissional inadequada pode influenciar negativamente a evolução correta do luto.

Quanto ao número de filhos, os resultados mostraram preponderância nas mulheres com filhos, em consonância com outro estudo<sup>13</sup>, onde se observou que o abortamento espontâneo foi mais frequentemente mencionado pelas mulheres com mais de um filho vivo.

Por conseguinte, no nosso estudo o número de abortamentos variou entre 0 e 6 sendo mais frequente 0 em 75,4%, corroborando com os estudos <sup>16,17</sup>, nos quais para 72,5% e 100% das mulheres, respetivamente, não se observou abortamento anterior. Estes dados podem ser explicados pelo maior período de exposição à gravidez no início da vida reprodutiva, considerando cada vez mais tardio, indo de encontro aos dados nacionais<sup>12</sup>.

Contudo, a prevenção da repetição do abortamento pressupõe orientação contraceptiva adequada, ressaltando aqui a necessidade urgente de sensibilização dos profissionais, para

melhorar a assistência às mulheres, assim como, melhorar os registos de dados, de modo a, garantir uma recuperação integral da mulher<sup>13</sup>.

Uma constatação marcante verifica-se em relação à maior prevalência do abortamento precoce, como evidência em outros estudos<sup>3,16</sup>.

A não-aceitação da gravidez nestas mulheres com abortamento espontâneo esteve evidente em 6% destas, corroborando com outro estudo<sup>3</sup>. É essencial o aprimoramento e ampliação do acesso aos serviços de planeamento familiar para evitar gravidezes indesejadas e diminuir a incidência de abortamentos espontâneos ou provocados.

O predomínio do abortamento espontâneo incompleto foi evidente, corroborando com outro estudo<sup>18</sup>. De salientar que, no que respeita aos procedimentos adotados, destaca-se a curetagem e Misoprostol associado a esta, sendo a curetagem o procedimento mais realizado, resultados corroborados com outros estudos<sup>6,18,19</sup>.

O tempo de internamento da mulher foi maioritariamente de 1 dia, evidência relatada em outros estudos<sup>6,18</sup>, fato que pode comprometer a qualidade de atenção dada às mulheres, isto porque 83% destas não obteve orientações de Enfermagem no internamento. Tal constatação fica reforçada com o destaque de outros estudos<sup>11,18,20</sup> vindo a fortalecer esta evidência, verificando-se que o tempo de permanência hospitalar e as orientações de Enfermagem apresentaram uma associação estatisticamente significativamente sendo que as mulheres que permaneceram mais de um dia internadas receberam mais orientações.

Assim, o tratamento humanizado pelo profissional de saúde é imprescindível, considerando o período de internamento como uma oportunidade de escuta e promoção de conhecimento, com base na troca de saberes. Deste modo, para os cuidados não existe tempo, nem espaço, iniciando-se antes da interação entre o cuidador e o ser cuidado estendendo-se até após o seu término, produzindo efeitos e mudanças<sup>21</sup>.

Verificou-se que as mulheres com 35 anos ou mais, com mais de um filho e submetidas a procedimento medicamentoso têm um risco superior de ter mais de um abortamento, estes dados podem refletir os efeitos adversos para gestantes que apresentem estas características, onde o risco para complicações maternas, fetais e obstétricas se torna acrescido, tal como é evidenciado noutros estudos<sup>13,14</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados desta investigação demonstram que o tempo de permanência hospitalar destas mulheres foi de apenas um dia, parecendo ser insuficiente para a realização de orientações de Enfermagem, mas sabemos que estas devem iniciar logo após o primeiro contato com a mulher, nomeadamente, no acolhimento, tornando-se premente a evolução a nível da documentação da assistência de enfermagem face às mulheres hospitalizadas por

abortamento espontâneo. A elaboração de um protocolo de acolhimento e orientação para estas mulheres pode potenciar a sua saúde durante o processo de abortamento e pós-abortamento.

De salientar que a qualidade de vida destas mulheres, presente e futura, depende, em grande medida dos registos de enfermagem, os quais não devem ser banalizados e o acesso à educação em saúde sexual e reprodutiva torna-se premente, sobretudo para mulheres mais velhas, com menor escolaridade, com mais de um filho e submetidas a procedimento medicamentoso.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- 1- Rolnik DL, Carvalho MHB, Catelani ALPM, Pinto APAR, Lira JBG, Kusagari NK et al. Análise citogenética em material de abortamento espontâneo. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010; 56(6): 681-683.
- 2- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher: Guia informativo. Lisboa: DGS, 2007;32p.
- 3- Koch C, Santos C, Santos MR. Tradução portuguesa, adaptação e validação da Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS) em mulheres com perda de gravidez. Rev. Enf. Ref. 2012;3(6):123-130.
- 4- França A, Faundes A, Rosas CF, Aquino E, Soares G, Menezes G et al. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 5- Mariano MR, Pinheiro AKB, Aquino PS, Ximenes LB, Pagliuca LMF. Jogo educativo na promoção da saúde de adolescentes: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jan/mar;15(1):265-273.
- 6- Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 abr/jun;13(2):199-210.
- 7- Martins A, Pinto AA, Lourenço CM, Pimentel E, Fonseca I, André MJ et al. Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? Pensar Enfermagem 2008; 12(2):52-61.
- 8- Azevedo PMDS, Sousa PAF. Partilha de informação de enfermagem: dimensão do papel de prestador de cuidados. Revista de Enfermagem Referência. III série. Julho 2012;(7):113-122.
- 9- Gonçalves R. REPE e estatuto da ordem dos enfermeiros- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado em Anexo à Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012.p.92.

- 10- Bertolani GBM, Oliveira EM. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. *Saúde e Sociedade* 2010;19(2):286-301.
- 11- Carvalho MLO, Aparecida A, Cardelli M, Cestari MEW, Sodré TM. Os registros em prontuário de mulheres atendidas por aborto em Hospital Universitário de cidade da região Sul do Brasil de 2001 a 2005. *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis 2008.
- 12- PORDATA. População residente segundo os Censos: total e por estado civil. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa - Portugal, 2013.
- 13- Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2010;32(3):105-111.
- 14-Noguez PT, Baisch ALM, Vaz MRC, Soares MCF. Aborto espontâneo em mulheres residentes nas proximidades do parque industrial do município do Rio Grande - RS. *Texto contexto – Enferm.* 2008;17(3):435-446.
- 15- Silva RS, Carneiro MCMO, Drezett J, Andreoni S. Prevalência e características de mulheres com aborto entre mulheres com histórico de gestação. *Journal of Human Growth and Development.* 2012;22(1):1-7.
- 16- Ramos KS, Ferreira ALCG, Souza AIS. Mulheres Hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2010; 44(3):605-610.
- 17- Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R. A interrupção da gravidez na adolescência: aspetos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. *Saúde SOC. São Paulo.* 2012; (21):246-256.
- 18- Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2007;12(5):1201-1208.
- 19- Saciloto MP, Konopka CK, Velho MTC, Jobim FC, Resener EV, Muradás RR et al. Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina. *Rev. Bras Ginecol. Obstet.* 2011;33 (10):292-296.
- 20- Santos AG, Nery IS, Furtado EZL, Moura FMJSP. Perfil de mulheres em situação de abortamento atendidas em uma maternidade pública de Teresinha-Pi. *Rev. Rene, Fortaleza.* 2011;12(3):494-501.
- 21- Bazotti KDV, Stumm EMF, Kirchner RM. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. *Texto & Contexto – Enferm.* 2009;18(1):147-154.