



## **Abortamento espontâneo – um estudo epidemiológico**

Aluna: Lic. Amandina Pinto Gonçalves Borges  
Orientadora: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Bragança, outubro 2013



## **Abortamento espontâneo – um estudo epidemiológico**

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do Consórcio IPB/IPVC/UTAD, ao abrigo do Despacho n.º 345/2012 do Diário da República, 2.ª série — N.º 8 — 11 de janeiro de 2012

Aluna: Lic. Amandina Pinto Gonçalves Borges  
Orientadora: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Bragança, outubro 2013

Borges APG. Abortamento espontâneo – um estudo epidemiológico. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2013.

Descritores de saúde: Abortamento espontâneo; Hospitalização; Mulheres; Educação em saúde.

**As seguintes partes da presente dissertação foram publicadas (Poster):**

Borges APG, Correia TIG, Abrantes A. Mulheres que abortam naturalmente. XVI Encontro Nacional APEO. 2013, maio 9-10; Aveiro, Portugal.

**As seguintes partes da presente dissertação foram publicadas (Comunicação):**

Borges APG, Correia TIG, Abrantes A. Perfil das mulheres que sofreram abortamento espontâneo. XVI Encontro Nacional APEO. 2013, maio 9-10; Aveiro, Portugal.

Borges APG, Correia TIG, Abrantes A. Mulheres hospitalizadas por abortamento espontâneo. In Atas do Encontro I Encontro de Jovens Investigadores; 2013, nov. 15-16; Bragança, Portugal.

Borges APG, Correia TIG. Orientações de Enfermagem face ao abortamento espontâneo. In E-Book das VI Jornadas de Obstetrícia; 2013, nov. 28-29; Vila Nova de Famalicão, Portugal.

**As seguintes partes da presente dissertação foram publicadas (Artigo):**

Borges APG, Correia TIG. Orientações de Enfermagem face ao abortamento espontâneo. In: E-Book das VI Jornadas de Obstetrícia; Vila Nova de Famalicão, Portugal; 2013.

À minha mãe, filhas e meu marido, com amor, admiração e gratidão pela compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Teresa Correia, que me orientou com competência e rigor científico, o meu muito obrigado pela disponibilidade, atenção e apoio que sempre demonstrou durante o processo de definição e orientação.

À Dr.<sup>a</sup> Adelaide pela participação no estudo, sem a qual a sua prossecução não seria possível.

*"Se não puder se destacar pelo talento, vença pelo esforço."*

*(Dave Weinbaum)*

## **ÍNDICE GERAL**

ÍNDICE DE TABELAS.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XI
RESUMO.....	XII
ABSTRACT.....	XIII
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1. Epidemiologia do abortamento.....	14
1.2. Enquadramento jurídico: Legislação Portuguesa sobre o abortamento.....	18
1.3. Desenvolvimento Fetal.....	23
1.4. Fisiopatologia do processo de abortamento.....	26
1.4.1. Fatores determinantes do abortamento espontâneo.....	27
1.5. Procedimentos adotados no abortamento.....	30
1.6. Complicações de Interrupção da Gravidez.....	34
1.7. Luto e perda.....	37
1.8. Papel do enfermeiro na atenção à mulher no abortamento espontâneo.....	38
1.8.1. Orientações necessárias após Abortamento Espontâneo.....	41
1.9. Bioética e ética profissional em saúde.....	44
1.10. Objetivos.....	47
1.10.1. Objetivos gerais.....	47
1.10.2. Objetivos específicos.....	47
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>48</b>
2.1. Problema.....	48
2.2. Hipóteses.....	48
2.2.1. Hipótese geral.....	48

2.2.2. Hipóteses específicas.....	48
2.3. Tipo de Estudo.....	48
2.4. População/ Amostra.....	49
2.5. Variáveis.....	52
2.5.1. Variável Dependente.....	52
2.5.2. Variáveis Independentes.....	52
2.6. Instrumento de Recolha de Dados.....	60
2.7. Recolha de Dados.....	61
2.8. Procedimento e tratamento estatístico.....	62
2.9. Considerações Éticas.....	63
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>64</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>75</b>
4.1. Discussão da Metodologia.....	75
4.2. Discussão dos Resultados.....	76
<b>5. CONCLUSÕES.....</b>	<b>85</b>
<b>6. BBLIOGRAFIA.....</b>	<b>87</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>95</b>
ANEXO I. Instrumento de Recolha de dados .....	96
ANEXO II. Pedido de autorização para realização do estudo à Unidade Local de Saúde, Nordeste, E.P.E, Unidade Hospitalar de Bragança.....	101
ANEXO III. Autorização concedida pela Unidade Local de Saúde, Nordeste, E.P.E, Unidade Hospitalar de Bragança .....	103

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sociais e demográficas.....	50
Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com as variáveis reprodutivas.....	51
Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com a prevalência de abortamento.....	64
Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com as variáveis relacionadas com os antecedentes pessoais .....	65
Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com as variáveis relacionadas com o episódio atual de abortamento .....	67
Tabela 6. Distribuição da amostra de acordo com o consumo de tabaco e de drogas ilícitas..	68
Tabela 7. Caracterização da amostra de acordo com as orientações de Enfermagem.....	69
Tabela 8. Risco da idade gestacional para o abortamento espontâneo .....	70
Tabela 9. Abortamento segundo a Idade gestacional (aplicação do teste qui-quadrado).....	71
Tabela 10. Risco de ocorrência de abortos.....	73
Tabela 11. Associação entre as orientações de Enfermagem e o tempo de permanência hospitalar e a aceitação da gravidez (teste de Fisher).....	74
Tabela 12. Associação entre os procedimentos (Aspiração e curetagem) e o tempo de permanência hospitalar (teste de Fisher).....	74

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com a aceitação da gravidez.....	64
Gráfico 2. Caraterização da amostra das Anormalidades Cromossómicas atendendo à Idade.....	68
Gráfico 3. Distribuição da amostra de acordo com as orientações de Enfermagem.....	69

## **RESUMO**

**Introdução:** As mulheres em idade fértil estão em risco de problemas relacionados com a gestação, os quais englobam o abortamento espontâneo.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo é descrever o perfil epidemiológico de mulheres hospitalizadas por abortamento espontâneo, numa Unidade de Saúde do Nordeste de Portugal.

**Metodologia:** Estudo observacional analítico retrospectivo, no período de 2010 a 2012, com uma 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.

Foi definido como critério de inclusão todas as mulheres com o diagnóstico de abortamento espontâneo até 22 semanas e/ou feto pesando menos que 500 gr, registado no processo clínico e diagnosticado pelo médico e como critérios de exclusão: registo incompleto de dados, outro motivo de internamento e ausência de processo clínico. A informação foi obtida pela análise dos processos clínicos, nos dias úteis, entre as 9:00 e 17:00 horas, no mês de janeiro e fevereiro de 2013, no serviço de arquivo da instituição. Sucedeu-se a compilação dos dados para um guião, depois foram informatizados e tratados no programa SPSS. Foi obtido parecer favorável da Comissão de Ética.

**Resultados:** A prevalência do abortamento aumenta com a idade das mulheres, incide 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%), gestação inferior a 12 semanas (66,4%), fumadoras (21,3%), aceitando a gravidez (94,3%) e permanecem hospitalizadas um dia (86%). Quanto à forma clínica de abortamento, predominou a incompleta em 74% das mulheres. Mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (OR=4,5; IC: 1,886-10,737; p=0,001), com mais de um filho (OR= 4,9761, IC: 859-13,318; p=0,001) e que foram submetidas a procedimento medicamentoso (OR= 5,371; IC95%: 1,582-18,242; p= 0,007) apresentam um risco de abortamento cerca de 5 vezes superior em relação às mulheres que não apresentam estas características.

**Conclusões:** A prevalência de abortamentos espontâneos das mulheres desta unidade de saúde sofreu variações nestes três anos. Mulheres mais velhas, com menor escolaridade, com mais de um filho e com recurso a procedimento medicamentoso são as que mais abortam.

**Descritores de saúde:** Abortamento Espontâneo; Hospitalização; Mulheres; Educação em Saúde.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Women of childbearing age are at risk for problems related to pregnancy, which include spontaneous abortion.

**Objective:** The aim of this study is to describe the epidemiological profile of women hospitalized for miscarriage, a Health Unit of Northeast Portugal.

**Methods:** Observational epidemiological retrospective analytical, in the period from 2010 to 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. Was defined as inclusion criteria all women with a diagnosis of miscarriage up to 22 weeks and / or fetus weighing less than 500 gr., registered in the clinical process and diagnosed by the doctor and exclusion criteria: register incomplete data , another reason for hospitalization and absence of clinical process. The information was obtained by analysis of clinical processes, weekdays, between 9:00 and 17:00, in January and February 2013, in the service file of the institution. Succeeded to compile data for a script, then were computerized and processed using SPSS. Assent was obtained from the Ethics Committee.

**Results:** The prevalence of miscarriage increases with age for women, focuses on urban (64.8%), married (75.4%), with schooling up to 12th grade (68.9%), paid profession (61.5%) with children (53.3%), without previous abortions (75.4%), less than 12 weeks gestation (66.4%), smokers (21.3%), taking the pregnancy (94.3%) and remain hospitalized one day (86%). Clinical forms of abortion, incomplete predominated in 74 % of women. Women aged over 35 years (OR= 4.5, CI: 1.886 to 10.737, p= 0.001), with more than one child (OR= 4.9761, CI: 1.859 to 13.318, p= 0.001) and who underwent medical procedure (OR= 5.371, CI:1.582 to 18.242, p= 0.007) have a risk of miscarriage about 5 times.

**Conclusions:** The prevalence of miscarriages of women in this health unit suffered variations in these three years. Older women with less education, with more than one child and using the procedure are the most medicated abortions.

**Descriptors health:** Abortion Spontaneous; Hospitalization; Women; Health Education.

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Epidemiologia do abortamento**

Estima-se que o abortamento ocorra em 14 a 19%, da população mundial, merecendo grande destaque nas discussões que envolvem a saúde da mulher, tratando-se de um problema de Saúde Pública <sup>(1,2,3)</sup>.

A gravidez humana é um processo seletivo, onde a taxa estimada de perdas na fase pré-clínica ronda os 25 a 30%, antes da implementação ou precocemente após esta, verificando-se dificuldade em estabelecer uma real estimativa de abortamentos espontâneos, visto não chegarem a ser diagnosticados por não necessitarem de cuidados hospitalares <sup>(4,5)</sup>.

Estudos recentes <sup>(6,7,8,9)</sup> mostram que as mulheres têm adiado a primeira gravidez, devido às mudanças ocorridas nos seus hábitos e expectativa de vida, tendência observada sobretudo nos países industrializados, acabando esta por ocorrer em idade mais avançada, aumentando o risco para resultados adversos e complicações maternas, fetais e obstétricas.

Deste modo e, segundo um autor <sup>(10)</sup> o abortamento espontâneo aumenta com a idade das mulheres, com maiores proporções registadas para as que têm mais de 35 anos de idade.

O mesmo estudo <sup>(10)</sup> aponta como fator associado ao abortamento espontâneo, as mulheres residirem em meio rural.

Nesta perspetiva, a classificação das unidades territoriais para fins estatísticos (NUTS) <sup>(11)</sup>, permite obter a classificação destas em «área predominantemente urbana», «área mediantemente urbana» e «área predominantemente rural».

Estudos <sup>(9,10,12)</sup> evidenciaram que as mulheres que tiveram abortamento espontâneo apresentaram maiores proporções nas casadas e com companheiro estável.

Tendo em conta o Instituto Nacional de Estatística (INE) <sup>(13)</sup>, o estado civil corresponde à situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado pessoal face às relações familiares, que constam obrigatoriamente do registo civil, nomeadamente, «solteiro», «casado», «viúvo», «divorciado», «separado judicialmente de pessoas e bens» e «comunhão de facto».

O abortamento espontâneo foi também mais frequentemente mencionado pelas mulheres que referiam ter menos anos de escolaridade <sup>(10,12)</sup>, considerando-se a classificação de escolaridade, de acordo com a Lei de Bases do Sistema Educativo <sup>(14)</sup>, o «Ensino Básico» engloba os primeiros 9 anos de escolaridade, o «Ensino Secundário» corresponde ao 10º, 11º e 12º ano de escolaridade e, posteriormente, o «Ensino Superior» que abrange o bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento.

Estudos <sup>(10,15)</sup> apontam que a ocorrência de abortamento espontâneo está associada ao fato da mulher trabalhar, para aumentar o rendimento familiar, independentemente do tipo de atividade. Neste sentido, entendemos por profissão o ofício ou modalidade de trabalho, remunerado ou não, a que corresponde um determinado título ou designação profissional, constituído por um conjunto de tarefas que concorrem para a mesma finalidade e que pressupõem conhecimentos semelhantes <sup>(11)</sup>.

Estudo recente <sup>(16)</sup> revela que dos casos com diagnóstico de abortamento espontâneo 100% referiam não ter abortamento anterior.

Atualmente define-se abortamento espontâneo, como sendo a expulsão completa ou incompleta do produto da concepção antes das 22 semanas completas de gestação ou com peso inferior a 500 gramas (gr.), sem interferência deliberada <sup>(13,17)</sup>.

Nesta perspetiva, o abortamento espontâneo pode assumir diversas formas clínicas, nomeadamente, completo, incompleto e retido, tal como a Direção Geral da Saúde (DGS) instituiu num impresso modelo <sup>(18)</sup>, onde são realizados os registos das situações de

abortamento espontâneo e de complicações de IVG, dentro e fora do quadro legal, sendo enviado um resumo da informação recolhida ao Ministério da Saúde, para fins estatísticos, a cada seis meses.

Por conseguinte, o abortamento completo caracteriza-se por história de metrorragias mais ou menos abundantes, acompanhadas de algias pélvicas, que regridem e/ou desaparecem, e ao exame físico verifica-se um útero involuído, com colo fechado e cujo eco endometrial tem espessura ântero-posterior inferior a 15mm, no qual todo o produto de concepção é expelido de forma espontânea e completa, sendo mais provável em idades gestacionais inferiores a 10 semanas <sup>(19,20)</sup>.

No entanto, o abortamento incompleto, caracteriza-se por metrorragias e algias, bem como, pela evidência de dilatação do colo uterino e parte, mas não todo, o produto de concepção é expelido, sendo que o exame ecográfico identifica a presença de restos ovulares intrauterinos, definidos pela presença de um eco endometrial com espessura ântero-posterior superior a 15mm <sup>(19,20)</sup>.

Por sua vez, o abortamento retido, refere-se a uma gestação intrauterina não evolutiva, com retenção integral das estruturas gestacionais, os critérios ecográficos são embrião com comprimento crânio-caudal superior a 5mm, sem atividade cardíaca (ou  $\leq$  5mm, sem alterações após uma semana), saco gestacional de diâmetro médio superior a 20mm e sem embrião visível (ou com diâmetro  $\leq$  a 20mm, sem modificações ao fim de uma semana), a sua descoberta decorre da investigação de um episódio de metrorragia ou de um achado ocasional de um exame ecográfico <sup>(19,20)</sup>.

Porém, o abortamento pode ser classificado quanto à idade gestacional, ocorre na forma precoce, antes das 12 semanas de gestação, e tardia entre as 12 e as 22 semanas de gestação, correspondendo ao tempo medido em semanas ou em dias completos, decorrido desde o primeiro dia da data da última menstruação (DUM) e a data atual <sup>(6,19,21)</sup>.

A gravidez, inerente à capacidade de reprodução humana, ocorre num período de 40 semanas ou nove meses. Durante este período de tempo, além da concepção, decorre o desenvolvimento embrionário, até ao final da oitava semana de gestação e, posteriormente, o desenvolvimento fetal que decorre até ao nascimento <sup>(22)</sup>.

A interrupção da gravidez pode acontecer em qualquer um dos períodos acima indicado, se acontecer antes do momento da viabilidade fetal, ocorre na forma de abortamento e existe como resultado o aborto <sup>(22)</sup>.

Quanto à etiologia é classificado como espontâneo, quando ocorre naturalmente sem interferência deliberada ou induzido devido a motivos eletivos ou por razões relacionadas com a saúde da mulher ou do embrião/feto (IMG) e ainda de modo voluntário como interrupção voluntária da gravidez (IVG) <sup>(19,22,23)</sup>.

No entanto, pode ainda apresentar-se sob a forma de abortamento espontâneo recorrente (AER), quando ocorre três ou mais vezes, recaindo as maiores proporções acima das 12 semanas de gestação e aumentando proporcionalmente à maior paridade e idade materna e paterna <sup>(19)</sup>.

Entendemos por paridade a quantidade de descendentes que uma mulher pariu; sendo que consideramos nulípara a que não concluiu nenhuma gravidez em que o (s) feto (s) atingisse (m) a viabilidade, primípara a que completou uma gestação com um ou mais fetos que atingiram viabilidade fetal e múltipara aquela mulher que completou duas ou mais gestações com viabilidade fetal; diferente do termo gesta que descreve o número de gestações que uma mulher teve, independentemente do resultado, onde nuligesta é toda a mulher que nunca esteve grávida, primigesta quando uma mulher está grávida pela primeira vez e multigesta quando uma mulher já esteve duas ou mais vezes <sup>(20)</sup>.

## 1.2. Enquadramento jurídico: Legislação Portuguesa sobre o abortamento

No início do século XXI, o país da União Europeia com a lei mais restrita sobre o aborto é Malta, onde a interrupção da gravidez é proibida sem nenhuma exceção, contrariamente, a Holanda, Reino Unido, Suécia, Dinamarca, Letónia, Eslovênia, Áustria, Grécia, França onde a decisão sobre a IVG é tomada pela grávida, com algum tempo determinado de gestação variando por país, nos casos em que haja risco de vida para esta pode ser realizada a qualquer momento <sup>(24)</sup>.

Em França e após a revolução e o aparecimento dos estados nacionais, as guerras, pestes e descobertas geográficas determinaram novas mudanças, em virtude das taxas demográficas terem diminuído, tudo mudou, pois o interesse do Estado era obter o crescimento demográfico como condição de desenvolvimento económico nacional e alargamento territorial, sendo que a vida do indivíduo era do seu interesse e a maternidade, um ato de patriotismo <sup>(24)</sup>.

Nesta perspetiva, as primeiras legislações orgânicas relacionadas com o controlo de aborto surgiram em 1870, quando tal ato foi considerado crime contra a pessoa e em 1942 era tido como ameaça à segurança interna e externa do Estado. Em 1971, após manifesto público de mulheres que tinham praticado o aborto, surgiu em 1975 a Lei Viel, que legalizou a prática de IVG <sup>(24)</sup>.

Em Itália houve referendo sobre o aborto, em 1981, onde se reconheceu o direito das mulheres à autodeterminação, inclusive quanto ao seu corpo <sup>(24)</sup>.

Em Portugal, até 1984, o aborto era proibido em todas as situações, a lei 6/84 veio permitir a realização da IVG nos casos de perigo de vida para a mulher, perigo de lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher, quando existe malformação fetal ou quando a gravidez resultou duma violação <sup>(25)</sup>.

Em 1997 esta legislação foi modificada, tendo existido um alargamento no prazo, nos casos

de malformação fetal e de violação (lei 90/97). A restrição da lei e a não resposta por parte dos estabelecimentos públicos ou publicamente reconhecidos levou à existência do aborto clandestino especulativo e perigoso, transformando-se como a primeira causa de morte materna e o motivo de admissão de mulheres nos hospitais com abortos retidos/incompletos ou com complicações resultantes desta prática <sup>(25)</sup>.

Ao longo dos anos, a interrupção da gravidez em Portugal foi regulamentada por diferentes documentos jurídicos resultado da luta de organizações, personalidades e profissionais de saúde para combater o aborto inseguro e ilegal <sup>(25)</sup>. Importa destacar a lei n.º 16/2007 aprovada a 17 de abril, na Assembleia da República, que trouxe a possibilidade de terminar com esta situação <sup>(26)</sup>, podendo, hoje, ser feita por opção da mulher até às 10 semanas.

Deste modo, a lei supra citada diz respeito à exclusão da ilicitude nos casos de IVG, e decreta no artigo 142.º do código penal que não é punível o abortamento levado a cabo por médico ou sob sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida nos casos de risco para a vida ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, em qualquer momento da gravidez; for feito sob solicitação desta, até às 10 semanas de gestação; se houver seguros motivos que permitam prever que o nascituro viria sofrer de grave doença ou malformação congénita incurável, até às 24 semanas, bem como, nas situações em que a gravidez resultou de violação da mulher, nas primeiras 16 semanas de gestação, sendo que em qualquer das circunstâncias acima descritas, o tempo de gestação no momento da interrupção deve ser confirmado através de ecografia ou outro meio adequado à luz da *leges artis* <sup>(26)</sup>.

Nesta perspetiva, a prestação do consentimento informado que deve ser prestado em documento assinado pela mulher, no caso de esta ser menor de 16 anos, ou psiquicamente incapaz, a tomada de decisão fica a cargo do seu representante legal, idealmente com a antecedência mínima de 3 dias relativamente à data de intervenção. Por sua vez, estes serviços

devem dispor de serviços de apoio psicológico e de assistência social dirigidos às mulheres grávidas <sup>(25)</sup>.

De salientar que, se excetuam as situações de IVG a pedido da mulher, nas primeiras 10 semanas de gestação, onde a comprovação desta não pode exceder esta idade gestacional, a qual é certificada por médico, diferente daquele por quem ou sob cuja direção a interrupção é realizada. De modo a não surgirem dúvidas quanto à determinação do tempo de gravidez, a DGS esclarece que o tempo de gravidez não pode exceder as 9 semanas e 6 dias, através de confirmação ecográfica <sup>(27)</sup>.

Por sua vez, o consentimento deve ser prestado sempre após um período de reflexão obrigatório de três dias, que decorrerá entre a consulta prévia e a data da interrupção da gravidez, sendo que esta consulta visa fornecer informação sobre as condições de realização da IVG, eventuais consequências para a saúde da mulher, podendo solicitar apoio psicológico ou social, condições estas fundamentais para se obter uma tomada de decisão livre, informada e esclarecida. No entanto, as mulheres que decidirem realizar a interrupção devem ser encaminhadas para a consulta de planeamento familiar <sup>(25)</sup>.

Nas situações em que a intervenção da gravidez se revestir de caráter de urgência, sendo impossível a obtenção do consentimento, o médico deve agir em consciência face à situação obtendo sempre que possível, a opinião clínica de um ou mais colegas <sup>(28)</sup>.

O direito à objeção de consciência é assegurado aos médicos e aos restantes profissionais de saúde no que concerne a qualquer ato relacionado com a interrupção da gravidez, devendo ser manifestada em documento escrito e assinado pelo objetor e entregue nos estabelecimentos de saúde onde este preste serviço e onde se pratique interrupção da gravidez <sup>(24)</sup>.

Esta evolução tem contribuído para a redução das taxas de mortalidade e morbidade no âmbito da saúde materna, assim como, têm sido benéficas enaltecendo os direitos das mulheres e contribuído para o respeito pela dignidade que lhes é inerente <sup>(25)</sup>.

Contudo, só a partir da década de 90, com a III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo, em 1994, o tema abortamento passou a ser tratado como problema de Saúde Pública <sup>(28)</sup>.

Vem reconhecer que as mulheres possam ter uma vida sexual satisfatória e segura, assim como, têm o direito de decidir se, quando e com que frequência têm filhos, sendo fulcral a informação e o acesso a métodos seguros, eficazes e aceitáveis, de planejamento familiar da sua escolha, garantindo às mulheres serviços de saúde adequados e em segurança na gravidez e no parto <sup>(24)</sup>.

As atividades de planejamento familiar são uma componente da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva, nesse sentido, a consulta deve assegurar atividades de promoção da saúde, nomeadamente, informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce de infeções sexualmente transmissíveis (IST), assim como o direito básico à informação e ao acesso aos meios de contraceção, com o intuito de evitar uma gravidez indesejada e IST, bem como, o direito à saúde sexual e reprodutiva <sup>(28)</sup>.

De acordo com a CID-10 e a Organização Mundial de Saúde (OMS) <sup>(17,29)</sup>, os anos reprodutivos ou férteis têm um enorme impacto na saúde geral e no bem-estar das mulheres, período este que compreende à faixa etária entre os 15 e 49 anos de idade.

A manutenção da saúde é um objetivo para todas as mulheres, sendo que a identificação de problemas não reconhecidos, de risco potenciais são essenciais, visto que as situações que aumentam os riscos de saúde destas não lhe dizem apenas respeito, mas também no caso de estar grávida, afetam o embrião/feto <sup>(20)</sup>.

Neste sentido, definimos saúde sexual e reprodutiva como um estado de completo bem estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, implica a capacidade de

decidir de forma livre e responsável sobre seu corpo, a sexualidade e a reprodução, sem causar dano ou sofrimento a si mesma(o), a outros seres humanos ou gerações futuras <sup>(28)</sup>.

A literatura científica desperta para a ocorrência de distúrbios do crescimento em qualquer fase da vida <sup>(30)</sup>, tornando-se pertinente conhecermos como se processa o desenvolvimento fetal.

### 1.3. Desenvolvimento Fetal

Dentro do útero materno, o feto sofre mudanças orgânicas capazes de induzir alterações no seu desenvolvimento, isto sob a influência da interação entre os genes e o ambiente, sendo que a ocorrência de distúrbios do crescimento numa fase inicial, pode causar efeitos deletérios à saúde <sup>(30)</sup>.

A contribuição materna na geração da prole começa precocemente quanto o próprio processo da sua gestação. Os folículos primordiais são originados na primeira metade da vida fetal, os quais ficam quiescentes até a puberdade e sob a influência das informações ambientais, sobretudo, as nutricionais, que são transmitidas de geração em geração vão contribuir para a maturação do oócito, isto, numa fase pré-concepcional. Por conseguinte, estas mensagens serão passadas para o feto que está em formação juntamente com aquelas recebidas nos estágios iniciais da gestação <sup>(30)</sup>.

O desenvolvimento inicia-se com a fecundação, a qual ocorre quando o espermatozóide se funde com o óvulo para dar origem ao ovo, célula que representa o início do novo ser. Da 1<sup>a</sup> à 4<sup>a</sup> semana o ovo passa pela trompa de Falópio, em direção ao útero, subdividindo-se em diversas células, o ovócito fertilizado evolui nos dois dias seguintes para o estágio de mórula, com 4 a 16 células, transformando-se a posteriori em blastocisto, sendo que no 4<sup>o</sup> dia chega à cavidade do útero e no fim da 1<sup>a</sup> semana está superficialmente implantado no endométrio, marcando assim o início do processo de nidação do embrião, que decorrerá até ao 12 dia de gestação <sup>(22)</sup>.

Após a implantação, o embrião é suprido pela passagem placentária de aminoácidos e glicose que são seus substratos para formação tecidual e produção de energia durante o primeiro trimestre. No final da 2<sup>a</sup> semana de desenvolvimento embrionário, surge o sulco primitivo

conferindo a individualização do embrião, a circulação sanguínea principia no fim da 3ª semana, sendo o sistema cardiovascular o primeiro a alcançar estado funcional <sup>(4,30)</sup>.

Posteriormente desenvolvem-se as estruturas orgânicas do embrião, graças ao aumento progressivo da glicemia da mãe que se desencadeia, favorecendo assim o transporte ativo de proteínas e glicose a este, permitindo deste modo o seu desenvolvimento, completando-se até à fase da organogénese, o qual adquire figura humana <sup>(4)</sup>.

De salientar que, é neste período que podem surgir no embrião diversas malformações congénitas quando exposto a agentes teratogénicos (fármacos, infeções, radiações, etc.), por se encontrar em pleno início de todas as suas estruturas essenciais <sup>(4)</sup>.

A partir da 8ª semana de gestação inicia-se o desenvolvimento fetal, voltado para o crescimento e maturação dos tecidos e órgãos formados na fase embrionária, estando intrinsecamente relacionado com a possibilidade do organismo materno disponibilizar oxigénio e nutrientes, bem como, da placenta em transferi-los para o feto, é nesta fase que o crescimento da cabeça diminui em relação ao corpo e os órgãos sexuais iniciam a sua diferenciação atingindo a sua forma madura na 12ª semana <sup>(4)</sup>.

A maturação, por sua vez, corresponde à mudança e desenvolvimento progressivo dos órgãos fetais que caracteriza a viabilidade do feto e, portanto, determina a capacidade de adaptação ao meio extrauterino, sendo que da 13ª à 16ª semana ocorre um crescimento rápido, sobretudo do corpo e surgem os centros de ossificação aos raios x, altura em que a mãe tem perceção dos movimentos fetais, os quais originados entre as 8 e 12 semanas <sup>(22)</sup>.

A presença de lanugem, cabelos e verniz caseoso sobre a pele surge à 20 semana. Até à 22-24 semana o feto é incapaz de sobreviver no meio extrauterino, devido à imaturidade do sistema respiratório <sup>(22)</sup>.

Considerando-se que uma em cada sete das gestações clinicamente identificadas tem por desfecho um abortamento precoce, em 80% dos casos <sup>(19)</sup>, torna-se fulcral o conhecimento da fisiopatologia adjacente no processo de abortamento espontâneo.

#### 1.4. Fisiopatologia do processo de abortamento

Numa fase inicial e como causa imediata do abortamento espontâneo surge a desagregação total ou parcial do embrião ou feto, devida a hemorragia que ocorre na decídua basal, com posterior necrose tecidual, sendo que a função da placenta cessa, estimulando as contrações uterinas e, conseqüentemente, resultando na expulsão do produto da concepção <sup>(4)</sup>.

O mecanismo que desencadeia a expulsão do conteúdo uterino no abortamento espontâneo assemelha-se com os mecanismos do trabalho de parto, e está intrinsecamente relacionado com a ativação local da síntese e libertação de prostaglandinas que desencadeiam algias decorrentes das contrações uterinas e dilatação do colo <sup>(19)</sup>.

A atuação uterina está presente em quase todo o processo tendo como auxílio os músculos abdominais, contudo as passagens ósseas não interferem neste processo nas primeiras seis a oito semanas, comumente é eliminado o ovo inteiro, coberto pela decídua, sendo que a morte do embrião/feto precede habitualmente o processo de expulsão, já nos tardios a seqüência pode ser inversa <sup>(19)</sup>.

No entanto, se o orifício externo oferecer resistência e não se dilatar, o ovo fica retido no colo distendido e o processo de abortamento pode tomar diversas formas clínicas <sup>(4,19)</sup>, associados a fatores intrínsecos ou extrínsecos como mencionamos seguidamente.

#### 1.4.1. Fatores determinantes do abortamento espontâneo

Os abortamentos e a dificuldade para engravidar constituem falha ocasional dos mecanismos protetores da gestação, situações estas determinadas por fatores associados, podendo variar de alterações genéticas do embrião ou do útero a doenças crônicas da mãe, passando por problemas imunológicos, infecções, doenças autoimunes e pelo consumo de tabaco, álcool, drogas e exposição precoce a radiações <sup>(31)</sup>.

Nesta perspectiva, são várias as causas possíveis de abortamento espontâneo, sendo que nos precoces dominam as anomalias intrínsecas do produto de concepção, com maior prevalência para as cromossomopatias, destacando-se a trissomia 21 caracterizada por um cromossoma a mais no 21.º par, afetando também os cromossomas 13,16 e 18 <sup>(4,20)</sup>.

Um estudo <sup>(32)</sup> evidencia que em cerca de 40% das culturas de abortos não ocorre crescimento celular, conseqüente à degeneração das vilosidades coriônicas.

Neste âmbito, o estudo anatomopatológico reporta-se a uma especialidade médica que desenvolve o estudo científico das alterações funcionais e estruturais (macroscópicas, microscópicas, celulares e moleculares) das doenças com o objetivo de identificar as causas, para permitir a prática de uma medicina preditiva e preventiva adequadas, bem como a terapêutica eficaz e o prognóstico das doenças <sup>(11)</sup>.

Por sua vez, nas formas mais tardias há predomínio das condições maternas, reportamo-nos aos antecedentes pessoais, sendo que compreendem qualquer situação médica ou cirúrgica que possa prejudicar a gravidez ou que possa ser afetada pela gravidez <sup>(20)</sup>.

Deste modo, e perante qualquer doença materna grave diagnosticada anteriormente à gestação, como sendo, diabetes mellitus por produzir hipóxia interferindo na organogénese; hipertensão arterial; patologia da tiroide; patologia respiratória; lúpus eritematoso sistémico, epilepsia, pode desencadear-se o abortamento <sup>(4)</sup>.

Também podem existir anomalias anatômicas uterinas que interferem no desenvolvimento normal da gestação, nomeadamente, deformidades no útero que podem ser adquiridos como miomas e sinequias, sendo que os miomas dependem da sua localização e não do número ou volume, causando eventuais perturbações na vascularização endometrial <sup>(31)</sup>.

Quanto às sinequias dizem respeito às áreas cicatriciais do endométrio com adesão fibrosa entre as paredes do útero, sendo habitualmente consequência de curetagens abrasivas, reduzindo a superfície endometrial disponível e, sobretudo, por se encontrarem rodeadas de mucosa atrófica, que dependendo da sua extensão podem causar infertilidade <sup>(4,33)</sup>.

Perante malformações uterinas tal como útero unicorno, bicorno ou septado estes são habituais nos abortamentos tardios, isto porque se relaciona à incompetência cervical, que é a incapacidade do colo do útero permanecer fechado, sem dilatação, levando à morte do conceto após expulsão, por imaturidade do seu organismo, nestes casos poderá ser realizada correção cirúrgica <sup>(19)</sup>.

Quanto aos fatores imunológicos, salienta-se a eritroblastose fetal, sendo muito importante neste caso ter atenção ao fator Rh da mulher <sup>(4)</sup>.

Os fatores teratogénicos provocam malformações graves, podendo ocasionar morte fetal, apontando como causas mais comuns, na 13ª semana o uso excessivo de álcool, intoxicação por chumbo, arsênio, benzeno, substâncias tóxicas como talidomida, antagonistas do ácido fólico, associando-se a degeneração hidrópica da placenta e dificuldade de nidação e desenvolvimento do ovo <sup>(31,34)</sup>.

No que respeita ao tabagismo durante a gestação, associa-se a maior risco de intercorrências maternas pela diminuição da perfusão placentária, causando isquemia e hipoxemia devido à nicotina pelos seus efeitos vasoconstritores, interferindo no crescimento fetal, associando-se ao aumento da incidência de abortamentos espontâneos <sup>(35,36)</sup>.

Neste sentido, entendemos por uso de tabaco o ato de fumar, inalar, chupar ou mascar um produto á base do tabaco, sendo que se considera como fumador o que adota o comportamento tabágico, independente da sua quantidade <sup>(37,38,39)</sup>.

Por conseguinte, definem-se drogas ilícitas como todas as substâncias psicoativas, cuja produção, venda ou uso são proibidos por lei, as quais põem em risco o desenvolvimento do feto por atravessarem a placenta e quando as utilizadoras estão grávidas existe maior risco de abortamento <sup>(19,20)</sup>.

Perante o processo de abortamento espontâneo há necessidade de adequar procedimentos para a sua resolução, de acordo com os sintomas apresentados pelas mulheres, conforme descrevemos seguidamente.

### 1.5. Procedimentos adotados no abortamento

Quando uma mulher recorre ao hospital referindo hemorragia vaginal no princípio da gravidez deve ser efetuada uma avaliação inicial cuidadosa, obter-se informação sobre a dor (localização, duração, precipitação), quantidade e natureza da hemorragia, data da última menstruação para determinar a idade gestacional, alergias, estado emocional e os sinais vitais, sendo que uma temperatura superior a 38° C pode indicar infeção <sup>(20)</sup>.

O exame físico permite confirmar a presença de útero aumentado, por sua vez, o toque nada esclarece, pois não existem modificações cervicais, já o exame especular pode afastar causas ginecológicas de hemorragia <sup>(4)</sup>.

Nesta perspetiva, os procedimentos utilizados para a evacuação uterina devem ser escolhidos em função do tempo de gestação (confirmado ecograficamente), da situação clínica e do protocolo assumido pela instituição de saúde onde é realizado, bem como, ter em conta a decisão da mulher <sup>(40)</sup>.

Neste contexto, define-se procedimentos como todos os atos terapêuticos, diagnósticos ou profiláticos por pessoal especializado, médico, de enfermagem, ou técnico: podem ser cirúrgicos, radiológicos, laboratoriais, entre outros <sup>(13)</sup>.

As opções terapêuticas para o abortamento até às 12 semanas gestacionais são: tratamento expectante, medicamentoso e cirúrgico <sup>(19)</sup>.

Perante a conduta expectante não há necessidade de intervenção médica, sendo possível manter a grávida sob vigilância em ambulatório, durante o período em que se aguarda a expulsão espontânea e completa do conteúdo uterino, cujo êxito se situa entre os 30 e os 70% dos casos, quando associado a outra conduta, os resultados são semelhantes aos obtidos com o uso de misoprostol, embora com vantagem da hemorragia ser mais breve e a incidência de complicações menores, sendo o período de espera mais longo, comparativamente a este <sup>(19)</sup>.

No caso de o conceito ter mais de 12 semanas, o esvaziamento instrumental torna-se perigoso devido ao aumento da cavidade uterina e das suas paredes se encontrarem finas e moles, podendo ocorrer situações como perfuração uterina, laceração cervicais e sinequias uterinas, razão pela qual se deverá optar pelo método medicamentoso <sup>(4)</sup>.

Nesta perspetiva, o esvaziamento uterino obtém-se através da colocação de misoprostol, no fundo de saco vaginal, estimulando-se contrações uterinas para provocar a dilatação do colo do útero e, conseqüente, expulsão do conteúdo uterino, sendo que perante a falha deste recorre-se ao método cirúrgico <sup>(41)</sup>.

A indução médica da expulsão considera-se um método mais económico, comparativamente ao método cirúrgico, por não requerer equipamento esterilizado e sobretudo, se não houver hospitalização das mulheres, considerando-se como opção terapêutica de primeira linha no aborto retido e no aborto incompleto <sup>(19,42)</sup>.

Contudo, deve se verificar que a mulher não apresenta anemia e oferecer-lhe a possibilidade dessa evacuação por aspiração ou curetagem em qualquer momento em que a mulher necessite ou solicite <sup>(43)</sup>.

Relativamente às opções cirúrgicas, o método consiste na remoção do conteúdo uterino por aspiração ou curetagem uterina, sob anestesia local ou geral <sup>(3,25,44)</sup>.

A aspiração a vácuo intrauterina consiste na técnica de escolha para a interrupção da gestação de primeiro trimestre recomendada pela OMS, FIGO, Ministério da Saúde e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, tida como um procedimento simples, seguro e rápido, por apresentar taxas de complicações significativamente menores, quando comparadas com a dilatação e curetagem <sup>(40)</sup>.

De salientar que, entre as alternativas disponíveis de aspiração a vácuo, destaca-se a aspiração manual intrauterina (AMIU), na qual se utilizam cânulas flexíveis conectadas a seringa com

vácuo, promovendo a raspagem e aspiração simultânea da cavidade uterina, sendo que este equipamento tem menor custo e não depende de fonte de energia <sup>(40)</sup>.

Perante um abortamento incompleto, e com idade gestacional até às 12 semanas, a aspiração a vácuo ou a AMIU é tão eficaz e segura quanto a curetagem uterina, com a vantagem de necessitar menor tempo de permanência hospitalar, devido apresentar baixo número de complicações (hemorragias, infeções, lesões de órgãos internos), aumentando assim a resolubilidade do método e melhorando a qualidade da assistência a essas mulheres <sup>(3,44,45)</sup>.

Por conseguinte, o tempo de internamento hospitalar diz respeito ao total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num período, excetuando-se os dias das altas dos mesmos doentes nesse estabelecimento de saúde, não sendo incluídos os dias de estadia em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência <sup>(13)</sup>.

De salientar que, a preparação prévia do colo uterino com prostaglandinas, realizada 3 a 4 horas antes da intervenção, faculto o método cirúrgico e reduz a frequência de complicações, sendo o seu recurso obrigatório perante hemorragias abundantes, instabilidade hemodinâmica ou sinais de infeção dos produtos de abortamento <sup>(19,46)</sup>.

Perante uma suspeita de infeção o esvaziamento uterino deve ser feito cerca de duas horas após o início da utilização de antibióticos. Quando se trata de abortamento decorrente de incompetência do colo, o procedimento é cirúrgico designando-se por circlagem cervical, onde se realiza uma pequena sutura ligando o orifício cervical <sup>(4)</sup>.

No decurso da adoção destes procedimentos podem surgir complicações, as quais dizem respeito a todas as situações novas de doença ou limitação funcional não esperada que surjam na sequência da instituição das terapêuticas e não sejam imputáveis a situações independentes dos procedimentos instituídos <sup>(47)</sup>.

Essas complicações podem ser classificadas em grande hemorragia, perfurações uterinas, infecções, esterilidade, algias pélvicas, transtornos menstruais e complicações obstétricas, tais como, inserção anormal da placenta, abortamentos habituais, partos prematuros <sup>(23)</sup>.

## 1.6. Complicações de Interrupção da Gravidez

A DGS emite uma norma relativa à obrigatoriedade do registo de complicações decorrentes de uma interrupção de gravidez (IG), procedendo-se apenas ao registo de uma complicação, a considerada de maior gravidade, uniformizando conceitos, de modo a permitir que os dados colhidos sejam comparáveis internacionalmente <sup>(41)</sup>.

A IG levada a cabo em unidades de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidas é um procedimento de baixo risco, sobretudo, quando efetuada antes das 10 semanas de gestação, sendo que o risco de persistir uma gravidez por falha do método utilizado inferior a 1%, assim como, o risco de complicações graves reduzido (1 a 2 por 1000 mulheres), onde a necessidade de nova intervenção, por abortamento incompleto após uma IG, é inferior a 5%, aumentando o risco, quer de falha dos métodos quer de complicações, com a idade gestacional <sup>(41)</sup>.

De salientar que, os índices de complicações pós abortamento tendem a aumentar de forma significativa, quando o período da idade gestacional é superior a 12 semanas de gestação, referimo-nos a infeções, complicações decorrentes das manobras utilizadas, como sendo, lesões de órgãos internos, hemorragias, inclusive o óbito, sem descorar as psicológicas <sup>(6)</sup>.

Por conseguinte, a falha de método define-se como a presença de saco gestacional, com ou sem embrião viável após a intervenção, sendo que verifica-se falha do método cirúrgico quando o saco gestacional permanece na cavidade uterina após a intervenção, por sua vez ocorre falha do método medicamentoso quando não houver expulsão do saco gestacional verificado na consulta de revisão <sup>(41)</sup>.

Quanto ao método cirúrgico, a falha é mais frequente em gestações com idade gestacional igual ou inferior às 6 semanas, relacionada com a morfologia uterina e a experiência profissional <sup>(41)</sup>.

A falha do método medicamentoso aumenta com a idade gestacional, quando realizada após as 13 semanas de gestação situa-se entre os 2,5% e os 53% dos casos<sup>(41)</sup>.

De salientar que, os efeitos adversos do uso de misoprostol, habitualmente, não chegam a gerar complicações médicas ou cirúrgicas, desaparecendo nas primeiras 24 horas posteriores à sua administração, reportamo-nos a situações de hemorragias, febre e cólicas decorrentes das contrações uterinas, assim como, manifestações gastrointestinais que surgem em cerca de 10 a 30% resultantes da utilização de doses mais altas, intervalos mais curtos e se administrado via oral ou sublingual<sup>(43)</sup>.

A falha deste método foi considerada como complicação num estudo recente<sup>(48)</sup>, apontando para o risco de malformações congénitas em recém-nascidos de mães que estiveram expostas ao misoprostol no primeiro trimestre da gravidez.

Uma complicação excecional é a rutura uterina nos casos de abortamentos tardios e ainda iniciais, principalmente, se existe o antecedente de cesariana anterior<sup>(43)</sup>.

Perante a falha de qualquer um dos métodos há necessidade de uma nova intervenção, devendo a opção terapêutica ser individualizada e ter em conta a situação clínica, a decisão da mulher e os recursos disponíveis no serviço de saúde<sup>(40,43)</sup>.

O risco de hemorragia, como complicação, varia entre 0,5 e 4,4 por cada 1000 IG, dependendo da idade gestacional em que estas ocorram, sendo que o risco de ocorrer hemorragia grave que necessite de transfusão é rara, menos de 1em cada 1000 IG abaixo das 10 semanas<sup>(41)</sup>.

A incidência de infeção após IG médica ou cirúrgica varia entre 0,9% e 2,5% dependendo do uso de antibiótico profilático, de seguimento pós-aborto e dos critérios usados no diagnóstico de infeção. O choque tóxico é muito raro, 1 por cada 100 000 IG, associando-se ao uso de mifepristone oral e misoprostol vaginal<sup>(41)</sup>.

As complicações infecciosas são pouco frequentes nas expulsões espontâneas, mais típicas nos abortamentos provocados <sup>(19)</sup>.

A perfuração uterina após aborto cirúrgico varia de 1 a 4 em cada 1000 IG e é inferior nas idades gestacionais mais precoces. No que respeita a laceração vaginal ou cervical, é rara no 1º trimestre, sendo que a laceração cervical foi observada em 1% dos abortos cirúrgicos realizados e a sua incidência diminui com a preparação cervical prévia à cirurgia e com idades gestacionais mais precoces <sup>(41)</sup>.

Quanto à rotura uterina, apresenta um risco inferior a 1 por cada 1000 IG, constituindo uma complicação rara na IG do 1º trimestre. A mortalidade materna associada à IG legal é de 0,32 em cada 100.000 nascimentos <sup>(41)</sup>.

Após curetagem uterina abrasiva a prevalência de sinequias uterinas pode ser elevada (15-30%), habitualmente ligeiras e sem repercussão clínica sobre o fluxo menstrual ou a fertilidade, no entanto, perante formas mais graves como sendo no contexto de curetagens de repetição ou de procedimentos associados a complicações infecciosas podem surgir perturbações menstruais e complicações gestacionais futuras <sup>(19)</sup>.

O antigénio D exprime-se nas células sanguíneas embrionárias a partir das 7 semanas de gestação, sendo pertinente efetuar profilaxia da isoimunização nas mulheres Rh negativas não sensibilizadas, através da administração de imunogamaglobulina, situação necessária em todas as situações de abortamento ou ameaça de abortamento após as 12 semanas e, antes dessa idade gestacional, sempre que a expulsão não seja espontânea e completa <sup>(19)</sup>.

Deste modo, todas as implicações existentes no decurso de um abortamento espontâneo, devem ser consideradas atinentes ao estado de saúde da mulher, independentemente, deste ocorrer precocemente, pois o processo de morrer ou a morte estão presentes, exigindo dos profissionais de saúde uma conduta que permita saber lidar e valorizar os sentimentos/emoções destas mulheres <sup>(50)</sup>.

## 1.7. Luto e perda

Para que haja adaptação ao papel de mãe é fundamental aceitar a ideia da gravidez e assimilar o estado de grávida no estilo de vida da mulher, sendo que o grau de aceitação se reflete na preparação da mulher para a gravidez e nas suas respostas emocionais. Muitas mulheres ficam, numa fase inicial, desanimadas quando descobrem que estão grávidas, sobretudo se a gravidez não foi desejada, contudo a aceitação a esta ocorre em paralelo com a aceitação crescente da realidade de uma criança <sup>(20)</sup>.

Uma perda involuntária da gravidez pode gerar na mulher inúmeros sentimentos e percepções, quer físicos quer psicossociais, variando com as características individuais e culturais de cada uma desta, exigindo que adaptações sejam desenvolvidas <sup>(51)</sup>.

Por se tratar de uma perda difícil de assimilar por ser precoce, repentina e inesperada, torna-se premente ajudar esta a enfrentar a dor e a elaborar o luto como resposta normal e saudável a uma perda, cabe à Enfermagem uma observação atenta de todas as expressões, de modo a garantir uma atenção adequada, segura e humanizada <sup>(50)</sup>.

Elaborar o seu luto pode ser complexo e uma avaliação precoce permitirá intervenções mais eficazes, implicando novas relações entre o cuidador e aquele que é cuidado, conduzindo, deste modo, a novas estratégias de cuidado que passaram muito além dos procedimentos técnicos, mas essencialmente, em apoio emocional e interação, com oportunidades de diálogo onde a mulher expresse os seus sentimentos de perda <sup>(12,52)</sup>.

### 1.8. Papel do enfermeiro na atenção à mulher no abortamento espontâneo

O atendimento prestado a estas mulheres deve ser pautado pela humanização, onde a comunicação se baseia em palavras de conforto, apoio, proximidade e o saber ouvir o que elas transmitem não requer mais tempo, salientando-se igualmente o diálogo nos momentos adequados e o respeito perante o silêncio que a mulher necessita <sup>(51,52)</sup>.

Só é possível falar em cuidado humanizado quando o profissional de saúde se sente responsável pela satisfação das necessidades de saúde dos utentes do serviço <sup>(53)</sup>.

Nesta perspetiva, há necessidade de proporcionar qualidade na atenção à mulher perante o processo de abortamento e após este, a qual tem de ir para além de procedimentos técnicos passando pela realização de um bom acolhimento hospitalar, propício à criação de um ambiente de confiança entre os profissionais de saúde, sobretudo, os enfermeiros, de modo a conseguirem trabalhar a prevenção de uma nova gestação, incentivar o planeamento familiar, ajudar a mulher dando-lhe orientações <sup>(6,50)</sup>.

A abordagem à família também deve ser sensível às crenças culturais da mãe e do pai no que se refere à gravidez e à dor, devendo-se para tal proporcionar explicações sobre a natureza do aborto, procedimentos esperados, possíveis implicações futuras para a reprodução, assim como, a opção de ver os produtos de concepção <sup>(20)</sup>.

Nesse sentido, o enfermeiro deve gerenciar, de modo construtivo, a perda e agir com responsabilidade e ética, partilhar saberes e encaminhar as situações a outros profissionais, com o intuito de prestar um atendimento com resolutividade e responsabilidade, orientando a mulher e sua família a outros serviços, de modo a garantir a continuidade e eficácia da assistência <sup>(53)</sup>.

Por conseguinte, enfatiza-se que as ações em saúde devem fortalecer as capacidades individuais, coletivas e encorajar os indivíduos a procurarem novas estratégias para

compreender os seus problemas, as quais devem iniciar desde o pré-natal, de modo a vivenciar o ciclo gravídico-puerperal de forma positiva e com menos riscos de complicações<sup>(54,55)</sup>.

De salientar, a importância da execução de registos de Enfermagem, como parte integrante dos cuidados, indispensável para assegurar a continuidade e qualidade destes, assim como, o bem-estar das utentes, realçando a sua função de comunicação dos aspetos resultantes do processo de cuidados<sup>(56,57)</sup>.

Sendo o ser humano o alvo da profissão de Enfermagem é imperativo construir uma linguagem em que o elemento humano esteja bem visível, para testemunhar a prática clínica do cuidar, a qual deve ser refletida na situação, só deste modo é que a escrita deixa traços de uma prática profissional humana e não instrumentalizada, porque tem em conta a humanização das pessoas, não as reduzindo a simples situações<sup>(58)</sup>.

Por conseguinte, os registos de Enfermagem garantem aos enfermeiros uma prática autónoma e responsável, sendo fulcral que transpareçam as necessidades de cuidados de Enfermagem e as intervenções realizadas, de modo a resolver ou minimizar os problemas reais identificados, pelo que a documentação dos cuidados torna-se sinónimo dos próprios cuidados, quando não registados são considerados como não realizados<sup>(58)</sup>.

Deste modo, a autonomia do enfermeiro só será alcançada, através de conhecimentos técnico-científicos, de atividades legais e, primordialmente de uma prática humanizada<sup>(59)</sup>.

De salientar que, são os registos de Enfermagem o testemunho que perdura no tempo, são uma forma de comunicar em equipa, é o meio de individualização dos cuidados prestados às utentes, mas são também eles que facultam proteção legal<sup>(60)</sup>.

A saúde e a sexualidade são aspetos que se relacionam e constituem um direito humano social, sendo que o enfermeiro, na qualidade de profissional de saúde, deve colaborar para que a mulher seja capacitada para participar ativamente do seu processo de saúde-doença,

devendo respeitar os seus direitos sexuais e reprodutivos. A saúde é dever do Estado e a atenção à saúde é realizada pelos profissionais; logo, os representantes do Estado devem incorporar nas suas práticas a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos <sup>(61)</sup>.

Embora a gestação seja um evento biologicamente normal e vivenciada individualmente por cada mulher, inserida num contexto familiar e social específico, envolve a necessidade de (re) estruturação e (re) ajustamento, em várias dimensões, principalmente no que diz respeito à identidade, à definição de papéis e à composição da rede de intercomunicação, tanto para esta quanto para a família <sup>(62)</sup>.

Nesta perspetiva, perante uma situação de abortamento a mulher deve ser acolhida integralmente, a partir do relato e da vivência das suas experiências, sendo que há que considerar o direito a ter um filho algum tempo após a sua ocorrência, por essa e por várias razões clínicas, psicológicas e fisiológicas, é necessário que receba orientação adequada, cabe ao profissional orientá-la, esclarecê-la sobre o que de fato ocorreu <sup>(62,63)</sup>.

### 1.8.1. Orientações necessárias após abortamento espontâneo

A anticoncepção tem adquirido papel importante na saúde reprodutiva e o seu uso inadequado implica problemas à saúde da mulher, como gravidez indesejada, gravidez na adolescência, abortamentos ilegais e, inclusive, aumento da mortalidade materna <sup>(64)</sup>.

Por conseguinte, realizar planeamento familiar reduz a morbidade e mortalidade materno-infantil resultantes, sobretudo, de abortamento provocado ou de gestação de alto risco <sup>(64)</sup>.

Deste modo, e considerando-se a possibilidade da gestação que resultou em abortamento espontâneo não ter sido planeada por falta de informação e/ou acesso a contraceção eficaz, torna-se fulcral o aconselhamento e encaminhamento para planeamento familiar, com garantia de atendimento prioritário, tendo-se a possibilidade de reincidência desta problemática <sup>(65)</sup>.

Nesta perspetiva, definimos orientação de Enfermagem como o conjunto de informações transmitidas à mulher que visem a tomada de decisões acerca dos cuidados de saúde, nomeadamente, mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, sendo neste momento que o enfermeiro tem oportunidade de exercer enorme influência sobre a saúde reprodutiva destas mulheres <sup>(66)</sup>.

Por sua vez, as atividades do planeamento familiar são fulcrais na prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva, englobando outras atividades de promoção de saúde, nomeadamente, informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce de ITS, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais tendo em vista a redução do risco numa futura gravidez e no puerpério, prevenção de tabagismo e do uso de drogas ilícitas <sup>(49)</sup>.

Definimos drogas ilícitas como qualquer substância psicoativa, cuja produção, venda ou uso são proibidos <sup>(39)</sup>.

Deste forma, a educação para a saúde com vista ao regresso a casa deve enfatizar a ingestão de suplemento de ferro nos casos em que ocorreu maior hemorragia, informar sobre a possível ocorrência de contrações e o uso de analgesia se necessário, sobre o período de tempo durante o qual é esperado que ocorra hemorragia, como reconhecer possíveis complicações e recomendar abstinência sexual durante esse período <sup>(49)</sup>.

Sabe-se que 80% das mulheres ovulam antes da próxima menstruação, cerca de 10 dias após um abortamento de primeiro trimestre, sendo imperativo um adequado aconselhamento e orientação sobre o uso de método contraceptivo imediato, nomeadamente, dispositivo intrauterino e o implante, sobretudo, nas mulheres com maior risco de gravidez indesejada <sup>(43)</sup>.

Deve igualmente marcar-se consulta de planeamento familiar e esclarecer sobre os vários tipos de métodos para que a mulher possa escolher qual melhor se adapta as suas condições clínicas, sociais, económicas e seus riscos reprodutivos, devendo esperar três meses até iniciar uma próxima gravidez; alertando para a possibilidade do abortamento se repetir <sup>(49,67)</sup>.

Uma adequada prática de educação em saúde corrobora o sentido de ampliação de autonomia no cuidado e na promoção da saúde, onde o ato de ensinar não se assume como ato isolado, mas sim uma troca de ideias, na medida em que a enfermeira (o) ensina, desenvolve estratégias e experiências de aprendizagem mais criativas e dinâmicas adequadas às suas reais necessidades, onde as mulheres tecem as suas análises por meio de consciência crítica, tornando-se aptas a tomarem decisões autónomas <sup>(68)</sup>.

Deste modo, é fundamental garantir práticas de alta qualidade nos serviços e orientação em planeamento familiar pós-aborto, só assim poderemos favorecer o espaçamento entre gestações, reduzindo casos de gravidez não planeada e a ocorrência de abortos, com conseqüente redução da morbidade e mortalidade entre mulheres <sup>(69)</sup>.

O que se pretende nos casos de abortamento é garantir a atenção à saúde da mulher, respeitando-a na sua liberdade, dignidade, autonomia, autoridade moral e ética para decidir,

sendo que as nossas ações devem ser pensadas, refletidas e competentes, e neste contexto, a bioética propõe ações a serem desenvolvidas, por parte de profissionais das áreas da saúde e educação, a fim de promover a saúde sexual e reprodutiva e oferecer assistência imediata às mulheres acometidas pelo abortamento <sup>(70)</sup>.

É poder combinar humildade, responsabilidade e racionalidade, voltados tanto para o bem-estar da mulher quanto da coletividade, sem descuidar que, a qualidade da assistência sai beneficiada pelos registros realizados pelos profissionais <sup>(71)</sup>.

## 1.9. Bioética e ética profissional em saúde

A ética implica escolha ativa, procura os fundamentos que norteiam o comportamento e serve como um mecanismo de regulação das relações sociais do homem, visando garantir a coesão social e harmonizar interesses individuais e coletivos, tornando-se, cada vez mais, imprescindível no exercício de qualquer profissão <sup>(72)</sup>.

Nas últimas décadas, o avanço tecnológico e científico e a sua aplicabilidade no processo de cuidar em saúde, tem sido notório, influenciando a prática de Enfermagem na decorrência de dilemas de ordem ética durante o seu exercício, adquirindo extrema importância na tomada de decisões frente a problemas éticos e morais <sup>(72)</sup>.

Nesta perspectiva e aliada a esta evolução a conceptualização de ética tem sofrido alterações, sendo que atualmente é denominada bioética, considerando-se como ponte entre ciências e humanidades, deixa de definir-se como ciência ou teoria para movimento cultural e social, porque tem de conciliar os conceitos da moralidade com os conflitos éticos provenientes do evoluir da biomedicina e da tecnologia científica, sob pena de comprometer os destinos da vida humana <sup>(73)</sup>.

O Código de Ética reúne normas e princípios, direitos e deveres, pertinentes à conduta ética do profissional que necessitam ser assumidos por todos os profissionais, de modo a obter-se o direito a uma assistência de Enfermagem com qualidade, sem riscos, nem discriminação, acessível a todos, sobretudo quando estamos perante mulheres em situação de abortamento espontâneo, ao profissional que cuida não cabe opinar nem julgar, mas priorizar o bem-estar destas <sup>(66)</sup>.

Neste sentido, a forma de interagir no cuidado é construída a partir de um processo de valorização da sensibilidade e da reciprocidade, onde a assistência sai beneficiada quando o respeito e a confiança entre pacientes e profissionais se entrelaçam <sup>(73)</sup>.

Deste modo, é crucial que o enfermeiro assuma o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade onde estas mulheres estão inseridas, de modo a, saber orientar e procurar soluções para os problemas de saúde detetados e colaborar com outros profissionais de saúde <sup>(66)</sup>.

A bioética está presente nas situações de abortamento, a qual deverá basear-se em quatro princípios norteadores das discussões, decisões, procedimentos e ações na esfera dos cuidados da saúde a estas mulheres, são eles a beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça ou equidade <sup>(74)</sup>.

O abortamento espontâneo é uma circunstância relativamente comum, no entanto, por si só, não acarreta grande discussão no domínio da ética, contudo e se estivermos perante uma situação recorrente deste, verificam-se dilemas que emergem, nomeadamente, o acesso aos cuidados de saúde que permitam o diagnóstico e tratamento <sup>(70)</sup>.

No âmbito do princípio da beneficência considera-se pertinente o acesso a estes cuidados, nomeadamente, diagnóstico pré natal (DPN) e técnicas de procriação medicamente assistida, onde consta o diagnóstico genético pré-implantação (DGPI), isto como expressão do direito de autodeterminação em matéria de saúde dos casais afetados por esta problemática, de modo a que se devem conjugar todos os mecanismos possíveis para reduzir a incidência desta situação <sup>(66,74)</sup>.

Torna-se essencial o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, os quais assumem o dever de informar estas e a sua família, no que respeita aos cuidados de Enfermagem, evitando a adoção de uma atitude paternalista onde se decide por estas, interferindo na sua liberdade de ação <sup>(66)</sup>.

Nesta perspetiva, o enfermeiro deve fazer e promover o bem ajudando ativamente estas mulheres, orientando-as e esclarecendo-as, através de uma educação para a saúde, realizada de modo longitudinal, contribuindo para a tomada de decisões livres e informadas de cada

mulher sobre si e sobre o seu corpo, entrando aqui o princípio de autonomia, que diz respeito à autodeterminação, ou seja, ao poder de decidir sobre si mesma, responsabilizando-a sobre qualquer ato praticado <sup>(74)</sup>.

Quanto ao princípio de não-maleficência este pressupõe a abstenção da realização de ações que intencionalmente possam causar dano ou mal, aquando da prestação de cuidados de saúde, de forma a cumprir este, todos os procedimentos devem ser devidamente demarcados evitando-se o exagero terapêutico, ou seja, medidas adotadas aquando do tratamento que não irão beneficiar estas mulheres, mas que pelo contrário poderão acarretar dano à sua integridade física ou moral <sup>(70)</sup>. Por sua vez, o princípio da justiça relaciona-se com a distribuição equitativa e adequada de deveres e benefícios sociais, sendo que toda a mulher tem igual acesso às oportunidades de diagnóstico e tratamento <sup>(74)</sup>.

É importante investigar as características das mulheres que abortam espontaneamente, uma vez que, não existem em Portugal estudos nesta área, além de investigar as consequências na saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Estes dados poderão nortear os profissionais de saúde a orientar adequadamente as mulheres nesta situação.

## 1.10. Objetivos

### 1.10.1. Objetivos gerais

Descrever o perfil epidemiológico de mulheres hospitalizadas por abortamento espontâneo numa Unidade de Saúde do Nordeste de Portugal.

### 1.10.2. Objetivos específicos

- Identificar a prevalência de abortamentos espontâneos que resultaram em hospitalização;
- Descrever as características sociais, demográficas (idade, zona de proveniência, estado civil, escolaridade, profissão) e reprodutivas (número de gestações, número de filhos, número de abortamentos anteriores, aceitação da gravidez, antecedentes pessoais);
- Descrever as características relativas ao episódio atual de abortamento (idade gestacional, problemas de saúde decorrentes da gravidez atual, formas clínicas de abortamento, procedimentos adotados, complicações do abortamento, estudo anatomopatológico, tempo de permanência hospitalar);
- Identificar o consumo de tabaco e de drogas ilícitas nas mulheres com abortamento espontâneo;
- Identificar as orientações de Enfermagem fornecidas às mulheres que sofreram abortamento espontâneo, aquando da sua hospitalização, contempladas nos registos de Enfermagem.

## **2. METODOLOGIA**

### 2.1. Problema

Qual o perfil epidemiológico de mulheres hospitalizadas por abortamento espontâneo?

### 2.2. Hipóteses

#### 2.2.1. Hipótese geral

Existe associação entre as características sociais, demográficas e reprodutivas e o abortamento espontâneo.

#### 2.2.2. Hipóteses específicas

Existe associação entre a idade das mulheres e o abortamento espontâneo.

Existe associação entre a zona de proveniência das mulheres e o abortamento espontâneo.

Existe associação entre o número de filhos e o abortamento espontâneo.

Existe associação entre o número de abortamentos anteriores e o abortamento espontâneo.

Existe associação entre os procedimentos adotados e o abortamento espontâneo.

Existe associação entre as orientações de Enfermagem o abortamento espontâneo.

### 2.3. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional analítico retrospectivo.

## 2.4. População/ Amostra

A amostra inicial foi constituída por todas as mulheres, com diagnóstico de abortamento espontâneo, internadas, no serviço de obstetrícia, na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E, Unidade Hospitalar de Bragança, no período de janeiro de 2010 a novembro de 2012.

Foi definido como critério de inclusão todas as mulheres com o diagnóstico de abortamento espontâneo até 22 semanas e/ou feto pesando menos que 500 gr, registado no processo clínico e diagnosticado pelo médico.

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 Enfermagem das mulheres; motivo de internamento no serviço devido a outras formas de interrupção da gravidez e/ou suas consequentes complicações, que não tenham sido resultantes do abortamento espontâneo; ausência de processo clínico.

Segundo as bases estatísticas da Unidade Hospitalar de Bragança, o número de mulheres com diagnóstico de abortamento espontâneo no ano de 2010 foi de 59, em 2011 correspondente a 71 mulheres e em 2012 foi de 35, um total de 165 mulheres.

Do levantamento de dados do processo clínico verificamos que 10,3% apresentam registos incompletos, 14,5% tinham outro diagnóstico e 0,60% sem acesso ao processo clínico, sendo por isso excluídas, resultando uma amostra de 122 mulheres.

Para o cálculo do tamanho da amostra recorreu-se ao cálculo estatístico *software* estatístico raosoft, cujo site <http://www.raosoft.com/samplesize.html>.

No que respeita, às características da amostra (conforme Tabela 1), e relativamente às variáveis sociais e demográficas, 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.

Quanto à zona de proveniência, a maioria das mulheres vive em área urbana, cerca de 65%.

A distribuição das mulheres segundo o estado civil, mostra que 75% destas são casadas ou vivem em união de facto, 22,1% são solteiras e as restantes são separadas ou divorciadas.

No que respeita à escolaridade, a maioria das mulheres que abortaram tem escolaridade até ao 12.º ano, cerca de 30% são licenciadas e as restantes têm outras habilitações.

Relativamente à profissão observa-se que mais de metade (61,5%) das mulheres tem profissão remunerada.

Tabela 1. Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sociais e demográficas.

Variável	N(122)	%(100)
<b>Idade</b>		
≤19 anos	5	4,1
20-24 anos	14	11,5
25-29 anos	29	23,8
30-34 anos	33	27,0
≥ 35 anos	41	33,6
<b>Zona de proveniência</b>		
Rural	43	35,2
Urbana	79	64,8
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	27	22,1
Casada/união de facto	92	75,4
Separada/Divorciada	3	2,5
<b>Escolaridade</b>		
≤ ao 9.º ano	45	36,9
≥ 9.º ano ≤ ao 12.º ano	39	32,0
Bacharelato	1	0,8
Licenciatura	36	29,5
Mestrado	1	0,8
<b>Profissão</b>		
Remunerada	75	61,5
Não remunerada	47	38,5

Na Tabela 2, e no que respeita às variáveis reprodutivas, verifica-se que das mulheres que constituem a amostra aproximadamente metade (42%) tiveram 1 gestação, e cerca de um quarto (23%) duas. As restantes tiveram 3 ou mais gestações e representam cerca de um terço.

Relativamente ao número de filhos cerca de metade (47%) das mulheres ainda não tinha filhos, seguindo-se a situação de filho único (aproximadamente 35%).

O número de abortamentos anteriores à situação atual variou entre 0 e 6, sendo que 75% referiu nunca ter abortado antes. No entanto cerca de um quarto já tinha tido entre um e três abortamentos.

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com as variáveis reprodutivas.

<b>Variável</b>	<b>N(122)</b>	<b>%(100)</b>
<b>Número de gestações</b>		
1	51	41,8
2	28	23,0
3	25	20,5
4	10	8,2
5	5	4,1
6	2	1,6
7	1	0,8
<b>N.º filhos</b>		
0	57	46,7
1	43	35,2
2	16	13,1
3	4	3,3
4	1	0,8
5	1	0,8
<b>N.º abortamentos anteriores</b>		
0	92	75,4
1	20	16,4
2	5	4,1
3	3	2,5
4	1	0,8
6	1	0,8

## 2.5. Variáveis

### 2.5.1. Variável Dependente

Definimos como variável dependente abortamento espontâneo conforme o que ficou designado na introdução <sup>(13,17)</sup> sendo que a presente variável foi avaliada através do processo clínico, de acordo com o diagnóstico médico e com os critérios de inclusão definidos para abortamento precoce e tardio <sup>(1,19)</sup>. Deste modo, a variável abortamento espontâneo fica definida como: precoce e tardio.

### 2.5.2. Variáveis Independentes

No contexto deste estudo as variáveis independentes que identificamos foram:

- Características sociais e demográficas (idade, zona de proveniência, estado civil, escolaridade, profissão);
- Características reprodutivas (número de gestações, número de filhos, número de abortamentos anteriores, aceitação da gravidez, antecedentes pessoais);
- Características relativas ao episódio atual de abortamento (idade gestacional, problemas de saúde decorrentes da gravidez atual, formas clínicas de abortamento, procedimentos adotados, complicações do abortamento, estudo anatomopatológico, tempo de permanência hospitalar);
- Características relativas ao consumo de tabaco e de drogas ilícitas;

- Características relativas às orientações de Enfermagem fornecidas as mulheres (contempladas nos registos de Enfermagem).

Variáveis sociais e demográficas:

» Idade:

Definimos a variável Idade na introdução, de acordo com a OMS <sup>(17,29)</sup> ficando assim operacionalizada como: <35 anos e  $\geq$  35 anos.

» Zona de Proveniência:

Definimos a variável zona de proveniência usando a nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos (NUTS) <sup>(11)</sup>. As respostas foram operacionalizadas da seguinte forma: Área rural e Área urbana.

» Estado civil:

Definimos a presente variável como estado civil de acordo com o INE <sup>(13)</sup>. As respostas foram operacionalizadas, inicialmente como: «solteira», «casada/ comunhão de fato», «divorciada/separada», «viúva». Posteriormente, foi operacionalizada como: «casada/comunhão de fato» onde se incluem todas as mulheres casadas e as que se encontram em comunhão de fato, por sua vez, consideramos como «não casada» todas as mulheres solteiras, viúvas, divorciadas, separadas judicialmente de pessoas e bens.

As respostas foram operacionalizadas da seguinte forma: Casada e Não casada.

» Escolaridade:

Definimos a variável escolaridade na introdução, de acordo com a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86 de 14 de outubro) <sup>(14)</sup>. Em conformidade com a referida lei, a classificação de escolaridade utilizada foi: «Ensino Básico», «Ensino Secundário» e «Ensino Superior», ficando operacionalizada como: Ensino Não Superior  $\leq$  12º ano de escolaridade e Ensino Superior  $>$  12º ano de escolaridade.

» Profissão:

Definimos a presente variável na introdução, tendo por base a classificação do INE <sup>(11)</sup>, a qual foi operacionalizada como: Remunerada e Não remunerada.

Variáveis reprodutivas:

» Número de gestações:

Definimos a presente variável como número de gestações, atendendo à sua concetualização na introdução <sup>(20)</sup>, a qual foi operacionalizada como:  $\leq 1$  e  $> 1$ .

» Número de filhos:

Definimos a variável número de filhos na introdução <sup>(20)</sup>, ficando assim operacionalizada:  $<1$  e  $\geq 1$ .

» Número de abortamentos anteriores:

Definimos a presente variável na introdução <sup>(19)</sup>, ficando assim operacionalizada:  $<1$  e  $\geq 1$ .

» Aceitação da gravidez:

Definimos a presente variável na introdução <sup>(20)</sup>, ficando assim operacionalizada: Não e Sim.

» Antecedentes Pessoais:

Definimos esta variável na introdução <sup>(4,20)</sup>, a qual fica operacionalizada como: patologia da tireoide, patologia respiratória, patologia cardíaca, anomalias anatómicas uterinas, epilepsia e doença autoimune.

Variáveis relativas ao episódio atual de abortamento:

» Idade gestacional:

Definimos a variável idade gestacional na introdução <sup>(13,17)</sup> e segundo a classificação de abortamento <sup>(1,7)</sup>, a qual ficou operacionalizada do seguinte modo: <12 semanas e ≥12 semanas.

» Problemas de saúde decorrentes da gravidez atual:

Definimos esta variável por problemas, de acordo com o descrito na introdução <sup>(20)</sup>. Fica operacionalizada como: Não e Sim.

» Se sim, qual?

Definimos a presente variável na introdução <sup>(4,19,20)</sup>, de acordo com a classificação para os problemas na gravidez, ficando assim operacionalizada: Hemorragia; Algias; Morte fetal; Hemorragia + Algias.

» Formas clínicas de abortamento:

Definimos a variável na introdução <sup>(19,20)</sup>, a qual ficou operacionalizada de acordo com a DGS<sup>13</sup>, nomeadamente: Completo; Incompleto; Retido.

Posteriormente, a variável foi dicotomizada em «Completo» e «Não Completo», considerando-se «Não Completo» os abortamentos espontâneos na forma incompleta e retido. Por conseguinte, fica assim operacionalizada: Completo e Não Completo.

» Procedimentos adotados:

Definimos a variável procedimentos de acordo com o descrito na introdução <sup>(13,19)</sup>, a qual fica operacionalizada como: Aspiração; Curetagem; Misoprostol; Expetante; Misoprostol + Aspiração e Misoprostol + Curetagem.

Posteriormente, a variável foi operacionalizada da seguinte forma: medicamentoso-Misoprostol e Cirúrgico-Aspiração e Curetagem.

» Complicações do abortamento:

Definimos a variável na introdução, de acordo com a Portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro <sup>(47)</sup>, ficando assim operacionalizada como: Não e Sim.

» Se sim qual?

Definimos a presente variável na introdução, em conformidade com a classificação da DGS <sup>(41)</sup>, ficando assim operacionalizada como: Hemorragia; Infecção; Aborto incompleto; Perfuração uterina; Perfuração de outros órgãos; Rotura uterina; Laceração vaginal ou cervical; Anestésicas e Histeretomia.

Posteriormente, e tendo em conta o definido na introdução <sup>(45)</sup>, a variável foi operacionalizada da seguinte forma: Hemorragia; Infecção; Lesões de órgãos internos.

» Estudo anatomopatológico:

Definimos a variável estudo anatomopatológico na introdução, em consonância com o INE<sup>(11)</sup>, ficando deste modo operacionalizada: Sem alterações; Anormalidades cromossómicas; Doença Materna.

» Tempo de internamento hospitalar:

Definimos a variável tempo de internamento hospitalar na introdução, de acordo com a DGS<sup>(13)</sup>, considerando duas categorias:  $\leq 1$  dia e  $> 1$  dia.

Variáveis relativas ao consumo de tabaco e de drogas ilícitas:

» Consumo de tabaco:

A presente variável foi definida na introdução<sup>(37,38,39)</sup>, considerando-se «Não» as grávidas não fumadoras e «Sim» as fumadoras. Por conseguinte, fica assim operacionalizada: Não e Sim.

» Consumo de drogas ilícitas:

Definimos esta variável em consonância com o referido na introdução<sup>(19,20,39)</sup>, tendo presente que «Não» corresponde às grávidas não consumidoras de drogas e «Sim» as que consomem. Deste modo, fica operacionalizada como: Não e Sim.

Orientações de Enfermagem fornecidas as mulheres:

Definimos a variável orientações de Enfermagem na introdução <sup>(65)</sup>. As categorias foram codificadas deste modo: Planeamento familiar; Realizados mas não especificados; Não realizados.

Tendo em conta que a documentação dos cuidados torna-se sinónimo dos próprios cuidados, um cuidado não registado é considerado não realizado <sup>(57,58,60,65)</sup>, deste modo, foram operacionalizadas em duas categorias, «Realizados» onde serão incluídos todos os ensinamentos relativos ao planeamento familiar, quanto aos «Não realizados» serão incluídos os ensinamentos realizados, mas não especificados em notas de Enfermagem, assim como, todas as situações em que estes não foram planeados nem realizados. Fica operacionalizada como: Realizados e Não realizados.

## 2.6. Instrumento de Recolha de Dados

Para a colheita de dados foi elaborado um guião construído a partir da colheita de dados de Enfermagem, instituída nesta unidade de saúde, assim como, pela pesquisa prévia de variáveis identificadas em artigos científicos <sup>(5,9,10,12,16,21)</sup>, consideradas pertinentes pela sua frequência na área específica da saúde materna e obstétrica e relacionadas com as questões do abortamento. (Anexo I)

Este guião foi constituído por 5 grupos de questões fechadas, sendo que o primeiro diz respeito às características sociais e demográficas das mulheres, nomeadamente, idade, zona de proveniência, estado civil, escolaridade, profissão; o segundo, às características reprodutivas, como número (nº) de gestações, nº de filhos, nº de abortamentos anteriores, aceitação da gravidez, antecedentes pessoais; o terceiro reporta-se às características relativas ao episódio atual de abortamento, no que respeita à idade gestacional, problemas de saúde decorrentes da gravidez atual, formas clínicas de abortamento, procedimentos adotados, complicações do abortamento, estudo anatomopatológico, tempo de internamento hospitalar; o quarto relativo ao consumo de tabaco e de drogas ilícitas e o quinto relativo às orientações de Enfermagem fornecidas às mulheres, contempladas nos registos de Enfermagem.

## 2.7. Recolha de Dados

Num primeiro momento, foi efetuado um levantamento de dados estatísticos, através do sistema informático hospitalar, da Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E, Unidade Hospitalar de Bragança, relativos às mulheres que foram registadas com diagnóstico de abortamento espontâneo na forma precoce e tardia, no período a que se destinou o presente estudo.

Deste modo, foi possível obter-se a prevalência destas no período acima indicado.

Posteriormente, a recolha de dados foi 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 as 9:00 e 17:00 horas, durante o mês de janeiro e fevereiro de 2013, no serviço de arquivo da instituição.

Esta consulta foi realizada sem identificar as mulheres em momento algum, pois todo o processo que envolveu a passagem 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.

## 2.8. Procedimento e tratamento estatístico

Os dados foram codificados, inseridos e analisados com a metodologia estatística usual, em base de dados do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0, para *Windows*.

Foi usada a estatística descritiva, sendo a taxa de prevalência calculada tendo por base o número de casos existentes por ano, na população total de interesse, revelando-se uma medida importante para o planeamento de serviços de saúde.

Para a caracterização da amostra recorreremos à análise univariada, utilizamos a medidas estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas.

Com a análise bivariada, foi possível verificar a associação entre as variáveis dependente e independentes, utilizamos o teste não paramétrico  $\chi^2$ , para o qual adotamos 10% como nível de significância. Por sua vez, e no que respeita ao teste de Fisher, fixamos o nível de significância máximo em 5%, de modo a verificar a ocorrência de diferenças estatisticamente significantes em relação à associação entre variáveis. Foram calculados os Odds Ratio (OR) com IC a 95%.

## 2.9. Considerações Éticas

O presente estudo foi previamente submetido à aprovação e autorização pelo Conselho de Administração do referido hospital, cuja resposta é suportada nos pareceres da respetiva Comissão de Ética e das várias hierarquias dentro da instituição, onde se inclui o parecer do Diretor do Serviço, sendo que a recolha de dados só foi possível com a colaboração de uma médica, como foi proferido pela Comissão de Ética. (Anexo II e III)

De salientar que, por se tratar da análise dos processos clínicos, não coube a solicitação do consentimento livre e esclarecido. Permaneceu entretanto a obrigação de preservar o sigilo dos dados quanto à identidade das mulheres da pesquisa, ou seja, todos os dados consultados e tratados foram recolhidos de forma anónima e garantida a confidencialidade e proteção das informações pessoais.

Por conseguinte, em nenhum dos registos consta qualquer identificação acerca das mulheres que participaram de forma indireta neste estudo, cada uma destas foi identificada apenas pelo número do processo clínico e pelo número sequencial de participante na pesquisa.

Foram seguidas as regras de conduta da Declaração de Helsínquia e a legislação nacional em vigor.

### 3. RESULTADOS

#### Descritiva

Pela análise da Tabela 3 verificamos que das 122 mulheres internadas por abortamento espontâneo, 49 abortaram em 2010, 53 em 2011 e as restantes em 2012.

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com a prevalência de abortamento espontâneo.

Variável	N	%
<b>Ano</b>		
2010	49	40,2
2011	53	43,4
2012	20	16,4
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

De acordo com o gráfico 1 verificamos que das 122 situações registadas, cerca de 6 % não tinham aceitado a gravidez.

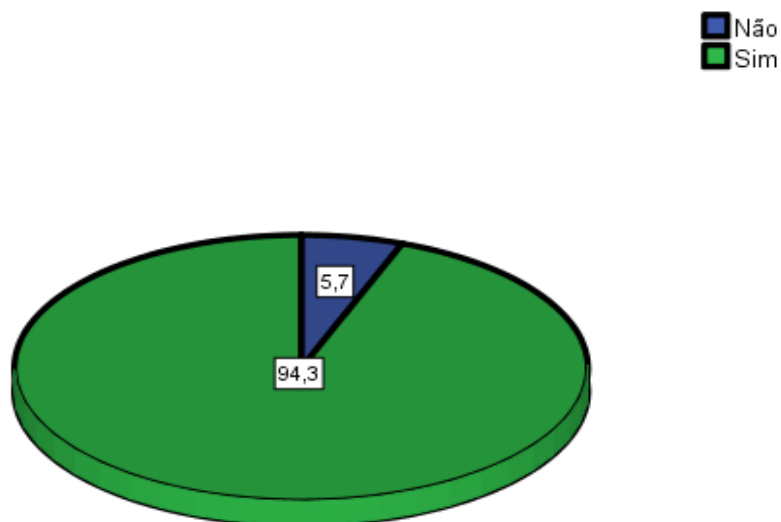


Gráfico 1. Distribuição da amostra de acordo com a aceitação da gravidez.

Observando a Tabela 4 verificamos que perante os antecedentes pessoais cerca de 15% das mulheres referiram a sua existência, cujos motivos se reportaram à patologia da tiroide, patologia respiratória, patologia cardíaca, anomalias anatómicas uterinas, epilepsia e doença autoimune e outras com percentagens de 21,1%, 31,6%, 10,5%, 15,8%, 5,3%, 10,5% e 5,3%, respetivamente.

Tabela 4. Distribuição da amostra de acordo com as variáveis relacionadas com os antecedentes pessoais.

Variável	N	%
<b>Antecedentes pessoais</b>		
Não	103	84,4
Sim	19	15,6
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100</b>
<b>Qual?</b>		
Patologia da Tiroide	4	21,1
Patologia respiratória	6	31,6
Patologia Cardíaca	2	10,5
Anomalias anatómicas uterinas	3	15,8
Doença Autoimune	2	10,5
Outra	1	5,3
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

De acordo com a Tabela 5 e quanto à idade gestacional, em cerca de 66% das mulheres o abortamento ocorreu antes das 12 semanas.

Cerca de 80% destas mulheres tiveram problemas de saúde decorrentes da gravidez atual, destacando-se as hemorragias em metade das mulheres (49,0%), seguindo-se a situação de morte fetal num terço (aproximadamente 30%) e cerca de um quarto destas (20%) apresentaram hemorragia associada a algias.

Quanto à forma clínica de abortamento, em cerca de 26% foi completo, cerca de 20% foi incompleto e nas restantes mulheres foi retido representando cerca de metade da amostra (54%).

Relativamente aos procedimentos adotados, destaca-se a curetagem e Misoprostol + curetagem que totaliza mais de 50% dos abortamentos.

Para 89% das mulheres não se registaram complicações do abortamento, e nas restantes, destaca-se, infeções e as hemorragias com especial incidência das primeiras em mais de metade da amostra (aproximadamente 60%).

No que respeita ao estudo anatomopatológico, a maioria (93%) não revelou alterações, seguindo-se em cerca de 6% as situações de anomalias cromossómicas.

Quanto ao tempo de internamento hospitalar a maior parte das mulheres (86%) permaneceu um dia no hospital.

Tabela 5. Distribuição da amostra de acordo com as variáveis relacionadas com o episódio atual de abortamento.

<b>Variável</b>	<b>N(122)</b>	<b>%(100)</b>
<b>Idade gestacional (semanas)</b>		
<12	81	66,4
≥12	41	33,6
<b>Problemas de saúde decorrentes da gravidez atual</b>		
Não	24	19,7
Sim	98	80,3
<b>Qual?</b>		
Hemorragia	48	49,0
Algias	3	3,1
Morte fetal	28	28,6
Hemorragia e algias	19	19,4
<b>Forma clínica de abortamento</b>		
Completo	32	26,2
Incompleto	24	19,7
Retido	66	54,1
<b>Procedimentos adotados</b>		
Aspiração	16	13,1
Curetagem	38	31,1
Misoprostol	18	14,8
Expetante	13	10,7
Misoprostol + Aspiração	8	6,6
Misoprostol + Curetagem	29	23,8
<b>Complicações do abortamento</b>		
Não	109	89,3
Sim	13	10,7
<b>Qual?</b>		
Hemorragia	5	38,5
Infeção	8	61,5
<b>Estudo anatomopatológico</b>		
Sem Alterações	114	93,4
Anormalidades Cromossómicas	7	5,7
Doença materna	1	0,8
<b>Tempo de permanência hospitalar (dias)</b>		
≤1	105	86,1
>1	17	13,9

No gráfico 2 verifica-se que o estudo anatomopatológico revelou em cerca de 71% anormalidades cromossómicas em mulheres com idade inferior a 35 anos.

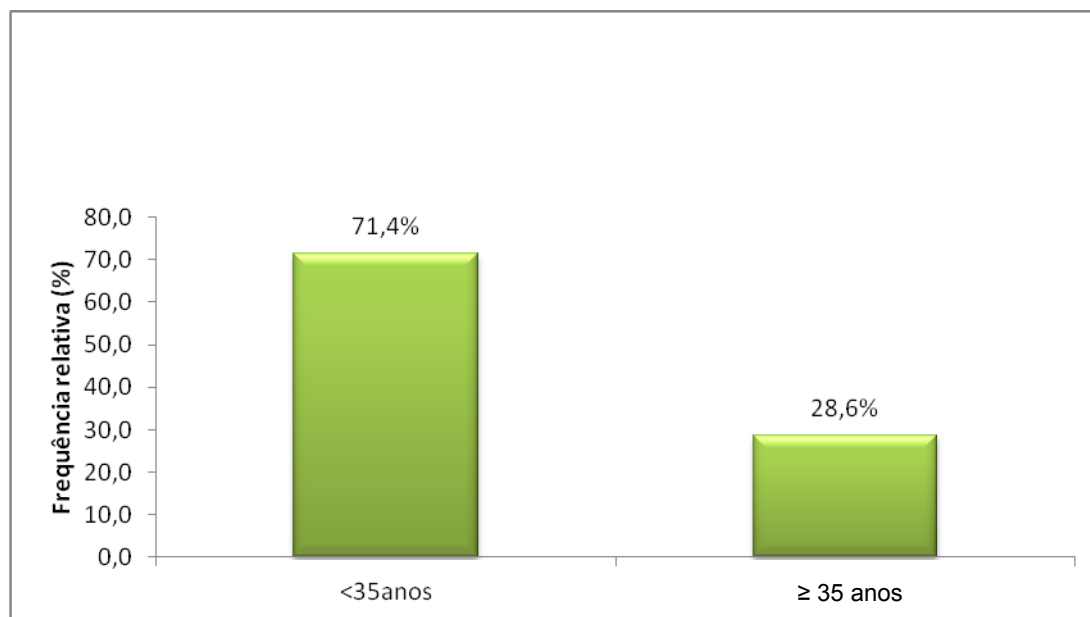


Gráfico 2. Caracterização da amostra das Anormalidades Cromossômicas atendendo à Idade.

Na Tabela 6 verifica-se que cerca de 21% das mulheres eram fumadoras e apenas cerca de 1% consumia drogas.

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o consumo de tabaco e de drogas ilícitas.

Variável	N (122)	%(100)
<b>Consumo de tabaco</b>		
Não	96	78,7
Sim	26	21,3
<b>Consumo de drogas ilícitas</b>		
Não	121	99,2
Sim	1	0,8

Na Tabela 7 verifica-se que em cerca de 43% das mulheres não foram dadas quaisquer orientações de Enfermagem, em 40% não foram especificadas e as restantes foram orientadas em matéria de planeamento familiar.

Tabela 7. Caracterização da amostra de acordo com as orientações de Enfermagem fornecidas às mulheres.

Variável		N (122)	% (100)
<b>Orientações de Enfermagem fornecidas às mulheres</b>	Planeamento familiar	21	17,2
	Realizados, não especificados	49	40,2
	Não realizados	52	42,6

No gráfico 3 verifica-se que cerca de 83% das mulheres não obtiveram orientações de Enfermagem no período de internamento hospitalar.

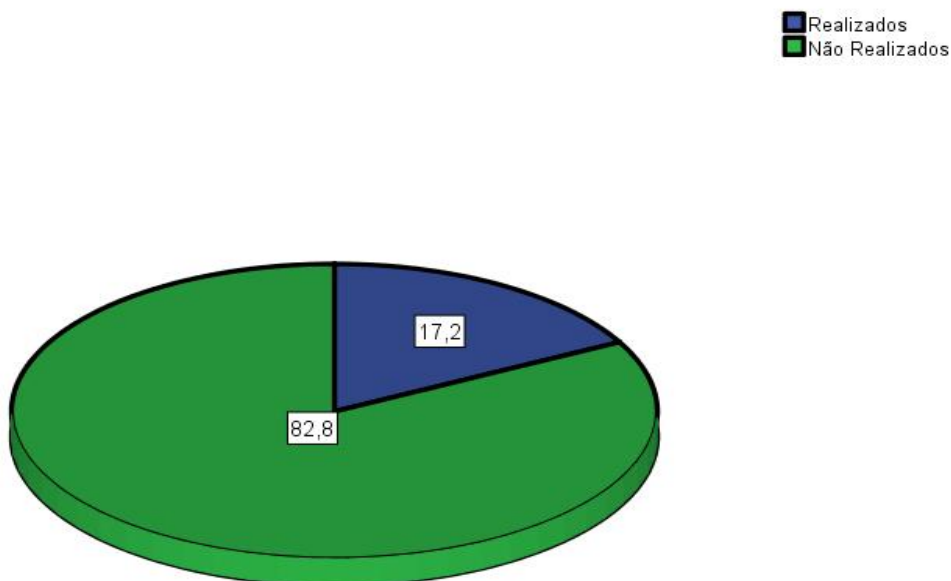


Gráfico 3. Distribuição da amostra de acordo com as orientações de Enfermagem.

## Inferencial

Para responder às hipóteses (conforme Tabela 8), atendendo à idade gestacional não se verificaram associações estatisticamente significativas com nenhuma das variáveis supracitadas. No entanto, o risco de abortar precocemente é superior nas mulheres que tiveram complicações (OR= 2,574; IC95%: 0,804-8,236;  $p= 0,111$ ), embora não se trata de uma associação estatisticamente significativa.

Tabela 8. Risco da idade gestacional para o abortamento espontâneo.

Variável	N	%	< 12 semanas (%)	≥12 semanas (%)	OR	p	IC (95%)
<b>Idade</b>							
< 35 anos	81	66	65,4	34,6	1,138	0,752	0,511-2,536
≥ 35 anos	41	34	68,3	31,7	1*		
<b>Zona de proveniência</b>							
Rural	43	35	60,5	39,5	1,498	0,308	0,689-3,259
Urbana	79	65	69,6	30,4	1*		
<b>Número de filhos</b>							
≤2	116	47	64,9	35,1	1,133	0,746	0,534-2,403
>2	6	53	67,7	32,3	1*		
<b>Número de abortamentos anteriores</b>							
<1	92	75	64,1	35,9	1,538	0,356	0,616-3,838
≥1	30	25	73,3	26,7	1*		
<b>Procedimentos</b>							
Cirúrgico	91	75	69,2	30,8	1*		
Medicamentoso	18	15	50,0	50,0	2,402	0,121	0,807-6,275
<b>Complicações</b>							
Sim	13	10,7	46,2	53,8	2,574	0,111	0,804-8,236
Não	109	89,3	68,8	31,2	1*		
<b>Orientações de Enfermagem</b>							
Realizados	21	17	66,7	33,3	1*		
Não realizados	101	83	66,3	33,7	1,015	0,977	0,375-2,750

1\* - classe de referência

Através do teste qui-quadrado (conforme Tabela 9) verifica-se apenas associação estatisticamente significativa entre o número de abortamentos anteriores e o abortamento espontâneo, com nível de significância de 10%, obtendo-se  $p=0,055$ .

Tabela 9. Abortamento Segundo a Idade gestacional (aplicação do Teste qui-quadrado).

Variável	Abortamento Segundo a Idade gestacional		p
	< 12 semanas	≥12 Semanas	
<b>Idade</b>			
≤19 anos	3	2	0,843
20-24 anos	8	6	
25-29 anos	21	8	
30-34 anos	21	12	
≥35 anos	28	13	
<b>Zona de proveniência</b>			
Rural	26	17	0,323
Urbana	55	24	
<b>Número de filhos</b>			
≤2	79	37	0,178
>2	2	4	
<b>Número de abortamentos anteriores</b>			
0	59	33	0,055†
1	12	8	
≥2	10	0	
<b>Procedimentos</b>			
Cirúrgico	36	18	0,264
Medicamentoso	9	9	
<b>Orientações de Enfermagem</b>			
Realizadas	14	7	0,977
Não realizadas	67	34	

† - Valor estatisticamente significativo

Vamos relacionar o número de abortamentos com as restantes variáveis independentes, sendo que todas foram operacionalizadas em duas categorias de forma a poder calcular o risco associado à ocorrência de abortos.

Na Tabela 10 verificam-se os OR obtidos e respetivos intervalos de confiança a 95% para as variáveis independentes consideradas pertinentes para o estudo. Os OR que se revelaram estatisticamente significativos são relativos às variáveis idade, número de filhos e procedimentos adotados.

Quanto à idade, as mulheres com 35 anos ou mais têm um risco 4,5 vezes superior de ter mais de um aborto do que as mulheres com menos de 35 anos (OR= 4,5, IC 95%: 1,886 -10,737;  $p=0,001$ ).

No que respeita ao número de filhos, as mulheres com mais de um filho têm um risco de ter outro aborto cerca de 5 vezes maior ao das mulheres que não têm filhos (OR= 4,976; IC95%: 1,859 – 13,318;  $p=0,001$ ).

No que concerne aos procedimentos adotados, considerando-se apenas situações de Aspiração e Curetagem (Cirúrgico) e Misoprostol (medicamentoso), as mulheres que tiveram um aborto com procedimento medicamentoso têm um risco de ter outro aborto, cerca de 5 vezes maior, comparativamente às mulheres que abortaram e foram submetidas a um procedimento cirúrgico (OR= 5,371; IC95%: 1,582 – 18,242;  $p= 0,007$ ).

Tabela 10. Risco de ocorrência de abortamentos.

Variável	N	%	1 Abortamento (%)	>1 Abortamento (%)	OR	p	IC (95%)
<b>Idade</b>							
< 35 anos	81	66	85,2	14,8	1*	0,001†	1,886-10,737
≥ 35 anos	41	34	56,1	43,9	4,5		
<b>Zona de proveniência</b>							
Rural	43	35	69,8	30,2	1,580	0,288	0,680-3,674
Urbana	79	65	78,5	21,5	1*		
<b>Estado civil</b>							
Casada	92	75	73,9	26,1	1,142	0,503	0,515-3,870
Não casada	30	25	80	20,0	1*		
<b>Escolaridade</b>							
≤ 12º ano	84	69	73,8	26,2	1,331	0,542	0,531-3,336
> 12º ano	38	31	78,9	21,1	1*		
<b>Profissão</b>							
Remunerada	75	61	70,7	29,3	2,024	0,128	0,816-5,021
Não remunerada	47	39	83	17,0	1*		
<b>Número de filhos</b>							
<1	57	47	89,5	10,5	1*	0,001†	1,859-13,318
≥1	65	53	63,1	36,9	4,976		
<b>Idade gestacional</b>							
< 12 semanas	81	66	72,8	27,2	1,538	0,356	0,616-3,838
≥12 semanas	41	34	80,5	19,5	1*		
<b>Aceitação da Gravidez</b>							
Não	7	6	71,4	28,6	1,243	0,801	0,228-6,764
Sim	115	94	75,7	24,3	1*		
<b>Problemas de saúde decorrentes da gravidez atual</b>							
Não	24	20	83,3	16,7	1*	0,320	0,564-5,779
Sim	98	80	73,5	26,5	1,806		
<b>Antecedentes pessoais</b>							
Não	103	84	78,6	21,4	1*	0,060	0,960-7,466
Sim	19	16	57,9	42,1	2,678		
<b>Forma Clínica de abortamento</b>							
Completo	32	26	68,8	31,2	1,591	0,311	0,648-3,904
Incompleto	90	74	77,8	22,2	1*		
<b>Procedimentos</b>							
Cirúrgico	54	82	87	13,0	1*	0,007†	1,582-18,242
Medicamentoso	12	18	55,6	44,4	5,371		
<b>Tempo de permanência</b>							
≤ 1 dia	105	86	75,2	24,8	1,070	0,913	0,321-3,569
> 1 dia	17	14	76,5	23,5	1*		
<b>Fumadora</b>							
Não	96	79	77,1	22,9	1*	0,411	0,573-3,901
Sim	26	21	69,2	30,8	1,495		
<b>Orientações de Enfermagem</b>							
Realizados	21	17	71,4	28,6	1,283	0,642	0,448-3,674
Não Realizados	101	83	76,2	23,8	1*		

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

Através do teste de Fisher (conforme Tabela 11) evidencia-se a associação entre a realização das orientações de Enfermagem e o tempo de permanência hospitalar ( $p=0,011$ ), já o mesmo não se constatou para a aceitação da gravidez e a realização das orientações onde a associação não é estatisticamente significativa, pois obteve-se o valor  $p=0,999$ .

Tabela 11. Associação entre as orientações de Enfermagem e o tempo de permanência hospitalar e a aceitação da gravidez (teste de Fisher).

Variável	Orientações		P
	Realizadas	Não realizadas	
<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

Através do teste de Fisher (conforme Tabela 12) não se evidencia associação estatisticamente significativa, entre os procedimentos (Aspiração e Curetagem) e o tempo de permanência hospitalar, pois obteve-se o valor  $p=0,627$ .

Tabela 12. Associação entre os procedimentos (Aspiração e curetagem) e o tempo de permanência hospitalar (teste de Fisher).

Variável	Procedimentos		P
	Aspiração	Curetagem	
<b>Tempo de permanência hospitalar</b>			
≤ 1 dia	14	35	0,627
> 1 dia	2	3	

## **4. DISCUSSÃO**

### 4.1. Discussão da metodologia

Verificamos a existência de sub-registo a nível dos registos efetuados pelos enfermeiros desta unidade de saúde, aquando da análise dos processos clínicos, sendo que foram excluídos 10,3% destes, por não apresentarem registos completos e 14,5% por atribuição de outro diagnóstico, nos três anos de estudo, evidência igualmente constatada por outro estudo <sup>(65)</sup>.

Contudo, este facto diminuiu a amostra, mas não influenciou os resultados do estudo, uma vez que, a amostra ficou constituída por cerca de 75% dos processos das mulheres.

De salientar que, podem existir limitações para uma real estimativa da prevalência dos abortamentos espontâneos subclínicos, visto não carecerem de cuidados hospitalares <sup>(4,5,19)</sup>, assim como, ser possível que na amostra estudada, alguns abortamentos classificados como espontâneo tenham sido provocados (viés de má classificação), os que necessitaram de hospitalização para esvaziamento uterino pós aborto induzido não informado, incompleto ou com complicação, em virtude das mulheres ocultarem a real classificação de abortamento, sendo que esta questão pode ter influenciado os resultados obtidos.

## 4.2- Discussão dos resultados

### **Descritiva**

De acordo com a amostra do estudo verificamos uma variação da prevalência de abortamentos nesta unidade de saúde, conseqüente à diminuição do número de nascimentos ao longo destes anos, sendo que em 2010 houve 641 partos, em 2011 totalizaram 598 e em 2012 um total de 551. Contudo, a diferença observada entre o número de nascimentos e o de abortamentos espontâneos, ao longo dos três anos de estudo, não revelou igual ritmo, sendo que houve diminuição dos nascimentos por ano, já o abortamento espontâneo demonstrou uma variação diferente, evidenciando maior frequência no ano de 2011.

Estes indicadores podem indicar insuficiente qualidade do planeamento familiar, pois é possível supor que parte das mulheres internadas nesse ano possam ter ocultado o aborto induzido, as quais tinham recursos para elaborar estratégias que ocultassem este, ou alegar o término da gravidez como perda espontânea, evitando a sua declaração.

De salientar que, foi nesse ano que existiu em Portugal uma grave e profunda crise social e económica, sendo que estes dados são concordantes com os apresentados pela Inspeção Geral das Atividades em Saúde <sup>(75)</sup>, que afirmou que no ano de 2011, os números do aborto cresceu 0,8%. Deste modo, torna-se fundamental a disponibilização dos serviços de educação sexual e reprodutiva às mulheres em idade fértil.

Salientamos que, o número de abortamento espontâneo aumenta com a idade das mulheres, verificamos maior proporção para a faixa etária das mulheres com idade superior a 35 anos (33,6%), estes dados corroboram com outro estudo <sup>(10)</sup>. Além disso, considerando-se um evento ao longo da vida reprodutiva das mulheres, quanto maior a idade destas, maior o tempo de exposição à gravidez e ao aborto.

A média de idades das mulheres no nosso estudo foi de 31,4 anos, em consonância com outros estudos <sup>(9,50)</sup>, que encontrou uma média de 32,5 e 31,8 anos, respetivamente. Estes resultados estão de acordo com os dados nacionais <sup>(8,76)</sup>, os quais mencionam que a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho é de 31 anos, evidenciando-se assim, maior tendência para adiar o nascimento do primeiro filho.

De fato, a conjuntura atual pode contribuir para esta situação, pois as carências a nível financeiro são evidentes, consequentes às taxas de desemprego atual no Município de Bragança, segundo dados nacionais (39,3%), as quais vêm piorar este cenário e assim adiar o sonho de se ser mãe/pai.

Os dados nacionais apontam para um decréscimo das taxas de fecundidade <sup>(76)</sup>, nos grupos etários abaixo dos 30 anos, por oposição a um aumento nos grupos etários mais elevados, indo de encontro aos dados do nosso estudo, visto que 38,5% das mulheres tinham idade inferior aos 30 anos, onde verificamos que a média de filhos nascidos das mulheres do nosso estudo se situa em cerca de 0,8 crianças por mulher, muito aquém dos dados nacionais que apontam 1,28 filhos por mulher <sup>(76)</sup>. Estes resultados são preocupantes quando comparados com a necessidade de reposição de gerações que preconiza 2,1 filhos por mulher.

O predomínio de abortamento espontâneo foi verificado nas mulheres residentes em zona urbana em cerca de 65%, discordante com os dados relatados por um estudo <sup>(10)</sup>, que verificou um predomínio deste entre as mulheres da zona rural, em cerca de 16,1%.

Estes dados obtidos podem ter por base as modificações ocorridas na sociedade atual, verificando-se a inserção das mulheres no mercado de trabalho, com necessidade de residir em área urbana, local onde existem essas oportunidades, podendo contribuir, dependendo do tipo de atividade, para uma maior frequência de abortamentos espontâneos, tal como relata um autor <sup>(15)</sup>.

Salienta-se que 68,9% das mulheres frequentaram escolaridade até ao 12ºano, concordante com outro estudo <sup>(10)</sup>, que aponta para 55,5%. Esta realidade pode estar relacionada à não continuidade de estudos a nível superior, uma vez que as mulheres abandonam a escola mais precocemente para assumir novos papéis.

No que respeita à profissão, verificamos maior incidência de abortamento espontâneo entre as mulheres com profissão remunerada, correspondendo a 62% destas, indo de encontro às evidências de outro estudo <sup>(9)</sup> que apresentou 51,2% das mulheres em igual situação.

Salienta-se, portanto, a necessidade da mulher participar no mercado de trabalho decorrente da sua emancipação e da difícil situação socioeconómica que o país tem atravessado nas últimas décadas.

Quanto ao estado civil, obtivemos um resultado significativo, cerca de 75% das mulheres são casadas ou vivem em comunhão de facto, indo de encontro aos estudos <sup>(9,12,50)</sup> que revelam 79,1%, 60% e 81,1%, respetivamente, das mulheres tinham relacionamento estável, corroborando com os dados nacionais <sup>(8,76)</sup> que referem que apesar de o número de mulheres casadas ser cada vez menor, ainda se verifica que a maior parte das que tem filhos são casadas.

Relativamente ao número de gestações, os dados revelam que 42% das mulheres internadas por abortamento espontâneo eram primigestas, constatação evidenciada num outro estudo <sup>(12)</sup>, onde para 47,8% das mulheres se tratava da primeira gravidez.

Deste modo, cabe-nos dizer que as condições de abortamento espontâneo são experiências muitas vezes frustrantes e determinantes na vida dessas mulheres, onde há 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 vivos, os resultados mostraram preponderância nas mulheres com filhos em cerca de 53%, em consonância com outro estudo, onde se observou que o abortamento espontâneo foi mais frequentemente mencionado pelas mulheres com mais de um filho vivo, em 22,1%, considerando-se o total desta classificação de abortamento, 27,8%<sup>(10)</sup>.

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>(5,16)</sup>, verificando-se que 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 pela amostra do nosso estudo e que vai de encontro aos dados nacionais <sup>(76)</sup>.

Para 94,3% das mulheres a gravidez foi aceite e para 6% não o foi, tal como ficou evidenciado por outro estudo <sup>(50)</sup>, registando 91,9% de mulheres para as quais a gravidez foi aceite e 8,1% para as que não foi aceite.

Apesar de não se ter observado associação estatisticamente significativa entre a aceitação da gravidez e a realização das orientações, não deixa de ser preocupante o fato das mulheres que não a desejaram, não terem recebido orientações de Enfermagem, pois a prevenção da repetição do abortamento, pressupõe orientação contraceptiva adequada.

Mulheres com antecedentes pessoais apresentaram menor proporção, apenas em 16%, recaindo a maior frequência sobre a patologia respiratória em cerca de 32%, seguindo-se a patologia tiroideia em cerca de 20% e as anomalias anatómicas uterinas em cerca de 16%.

Tal evidência corrobora com outro estudo <sup>(15)</sup>, em que a história de antecedentes foi verificada com maior prevalência na área exposta (31,7%) em relação à área não exposta (19,4%), sendo que as áreas quanto às morbidades mais relatadas foram a hipertensão arterial (NE:5,2%;

E:11,3%); anemia (NE:4,1%; NE:5,2%); diabetes (NE:1,9%; E:3,55), problemas ginecológicos (NE:3,0%; E:0,4%) e bronquite (NE:5,2%, E:11,3%).

Perante estes resultados torna-se urgente sensibilizar a população em idade reprodutiva para a vigilância pré-natal, fundamental para despiste e controle destas patologias, com o intuito de evitar desfechos nefastos durante a gestação.

Em relação à idade gestacional houve predominância (66,4%) do abortamento espontâneo precoce, concordante com outro estudo <sup>(5)</sup>, cujos resultados apontam que 55,7% das mulheres tiveram a perda com gestação inferior a 12 semanas.

Quanto à incidência da forma clínica de abortamento, os resultados encontrados neste estudo revelam predomínio para o abortamento espontâneo incompleto numa prevalência de 73,8%, corroborando com um estudo <sup>(21)</sup> em que do total das mulheres 59,1% passaram por processo espontâneo de expulsão incompleta do produto de concepção necessitando de algum tipo de procedimento.

Por conseguinte, e em relação aos procedimentos adotados, na nossa amostra verificamos que as mulheres foram submetidas a evacuação uterina, destacando-se a curetagem como procedimento realizado, em 31,1% <sup>(1,3,4,21)</sup>, e em combinação com o misoprostol apresentou uma frequência de 50%, corroborando com outro estudo.

Tendo em conta a literatura pesquisada observamos que na nossa amostra o abortamento espontâneo teve maior prevalência antes das 12 semanas, fato que contribui para a seleção deste procedimento pela sua resolutividade e eficácia.

Deste modo, em 10,7% da nossa amostra verificamos a presença de complicações, sendo que houve predomínio das infeções em 61,5% e nas restantes 38,5% das mulheres apresentaram hemorragia, corroborando com outro estudo <sup>(1)</sup>, as quais evidenciaram infeção em 59% das mulheres e hemorragia em 20%.

O fato de se ter sido observado como complicações infeções, estas podem estar subjacentes a um aborto provocado, pois mulheres que o praticam em locais inseguros ficam expostas a complicações pós-abortamento, como as que foram atrás mencionadas, procurando os serviços de maternidade para resolução dessas complicações, considerando-se então como abortamento espontâneo, piorando os índices de sub-registo.

Nesse sentido, a análise de complicações revelou igual percentagem nas mulheres submetidas a aspiração e a curetagem uterina, o confronto entre os dois procedimentos adotados porém não demonstrou associação estatisticamente significativa com o tempo de permanência hospitalar, corroborando com outro estudo <sup>(44)</sup> que não demonstrou significância estatística.

Nesta perspectiva, considerando-se os dados do estudo relativos entre os estes dois procedimentos, o tempo de permanência hospitalar e a incidência de complicações, revela que não há vantagens de um método sobre o outro, quanto à técnica em si ou à morbidade a ela relacionada, pois mostraram semelhante segurança e eficácia.

De salientar que, o estudo anatomopatológico em 6% revelou alterações, recaindo para anomalias cromossômicas e doença materna. De acordo com um estudo <sup>(2)</sup>, os abortamentos sem alterações do cariótipo são decorrentes de outras causas maternas, nomeadamente, as endócrinas, imunes e anatómicas, as quais são frequentes em mulheres com idade compreendida até aos 35 anos, ou simplesmente por não ocorrer crescimento celular devido à degeneração das vilosidades coriônicas <sup>(32)</sup>. Esta evidência, demonstra a necessidade de se obter qualidade na atenção em planeamento familiar e no encaminhamento devido às mulheres no pós aborto, de modo a despistar estas patologias e evitar a ocorrência de desfechos nefastos durante as gestações.

O tempo de internamento da mulher foi em 86% dos casos de 1 dia e nas restantes 14% mais de 1 dia, evidência relatada num outro estudo <sup>(21)</sup>, referindo maior ocorrência de permanência hospitalar para um dia em 60,1% das mulheres, fato este que poderá ter comprometido a

qualidade de atenção recebida às mulheres, pois 83% destas não obtiveram orientações de Enfermagem no internamento, corroborando os dados com a literatura pesquisada <sup>(1,12,21,65,71)</sup>.

É fulcral que se reflita sobre estes resultados e se adotem novas condutas perante a assistência destas mulheres, nomeadamente, um modelo de prestação de cuidados com níveis de qualidade, eficiência e eficácia, indo de encontro às características sociais, demográficas e reprodutivas destas mulheres, auferindo assim mudanças na sua assistência e orientação, respeitando a dignidade e os seus direitos sexuais e reprodutivos.

Quanto ao consumo de tabaco e de drogas ilegais, constatou-se que 21,3% das mulheres eram fumadoras e apenas uma consumia drogas, resultados semelhantes ao encontrado num outro estudo <sup>(35)</sup>, onde 5,5% das mulheres relataram o uso de cigarro durante a gestação.

De salientar que, o hábito de fumar na gestação pode ser sub diagnosticado pelo sentimento de culpa das grávidas ou pelo receio da desaprovação do profissional de saúde, o que leva a declarar um consumo menor da substância ou negá-lo <sup>(35,36)</sup>.

Considerando-se o tabagismo e o consumo de drogas ilícitas, um fenómeno complexo e globalizado, que decorre de múltiplos fatores, de índole cultural, social, económica e comportamental, é essencial que haja pesquisas mais específicas para esta realidade e que se tomem medidas preventivas que ajudem na diminuição da incidência de novos casos, proporcionando melhores resultados obstétricos para gerações atuais e futuras.

## **Inferencial**

As mulheres com 35 ou mais anos têm um risco de 4,5 vezes superior (OR=4,5; IC: 95%: 1,886 – 10,737;  $p=0,001$ ), de ter abortamento relativamente às mulheres com menos de 35 anos de idade, indicando um valor mais elevado comparativamente com outro estudo <sup>(10)</sup>

(OR=1,07; IC95%=1,06-1,07), indicando que o relato de abortamento espontâneo aumenta com a idade das mulheres.

No que respeita ao número de filhos, as mulheres com mais de um filho têm um risco cerca de 5 vezes maior de ter abortamento do que as mulheres sem filhos, tal como evidenciado noutros estudos<sup>(10,15)</sup>, nos quais o risco foi de 1,80 e 4,0, respetivamente.

As mulheres com abortamentos anteriores apresentaram uma prevalência superior (53,2%), verificando-se associação estatisticamente significativa entre o número de abortamentos anteriores e o abortamento espontâneo, de acordo com outros estudos<sup>(6,52)</sup>.

No que concerne aos procedimentos adotados, e considerando-se apenas as situações de Aspiração e Curetagem (Cirúrgico) e Misoprostol (medicamentoso) regista-se um risco de 5,37 de uma mulher que foi submetida a um procedimento medicamentoso vir a ter mais abortos comparativamente com as mulheres que abortaram e realizaram um procedimento cirúrgico.

Contrariamente, ao nosso estudo a Aspiração e Curetagem estão associadas a sequelas reprodutivas, como abortamento de repetição, alterações menstruais, infertilidade, parto prematuro, acretismo placentário devido às aderências intrauterinas ou sinequias relacionado com o traumatismo da camada basal do endométrio ocasionado pela curetagem uterina<sup>(33)</sup>.

Relativamente ao Misoprostol, a literatura diz-nos que é um método seguro e eficaz, desde que realizado sob cuidados médicos, com doses e vias de administração adequadas<sup>(40,42)</sup>, o qual tem sido responsabilizado pela diminuição da mortalidade por complicações do aborto<sup>(65)</sup>.

Constatamos que existe associação estatisticamente significativa entre o tempo de permanência hospitalar e as orientações de Enfermagem, as mulheres que permanecerem mais de um dia internadas recebem mais orientações, considerando o período de internamento como oportunidade de escuta e como promoção de conhecimento, deste modo, para os

cuidados não existe tempo, nem espaço, inicia antes da interação entre o cuidador e o ser cuidado estendendo-se até após o seu término, produzindo efeitos e mudanças <sup>(51)</sup>.

## **5. CONCLUSÕES**

Perante os resultados encontrados nesta investigação podemos afirmar que o perfil epidemiológico das mulheres hospitalizadas por abortamento espontâneo foi: mulheres com mais de 35 anos de idade, com escolaridade até ao 12º. Ano e com mais de um filho.

Salientamos, ainda, que:

- A prevalência de abortamentos espontâneos das mulheres da Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E., Unidade Hospitalar de Bragança sofreu variações nos últimos três anos;
- Cerca de 66% tinham idade inferior a 35 anos, sendo a média de idades de 31,4 anos, casadas 75,4%, com filhos em 53,2%.
- A maior parte 68,9%, frequentaram o ensino até ao 12ºano, tinham profissão remunerada em 61,5% e sem abortamentos anteriores em 75,4%.
- As mulheres com 35 anos ou mais de idade apresentaram um risco 4,5 vezes superior de ter abortamento do que as mulheres com menos de 35 anos.
- As mulheres com mais de um filho tiveram um risco, cerca de 5 vezes maior, de ter abortamento do que as mulheres sem filhos.
- Houve associação estatisticamente significativa entre o número de abortamentos anteriores e o abortamento espontâneo.
- As mulheres que tiveram um abortamento com procedimento medicamentoso apresentaram um risco, cerca de 5 vezes maior, de ter outro abortamento, comparativamente às mulheres que abortaram e foram submetidas a um procedimento cirúrgico.
- Houve 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 recebem mais orientações de Enfermagem.

## **Sugestões**

Os dados permitem-nos afirmar que é premente o acesso à educação em saúde voltada para a saúde sexual e reprodutiva, sobretudo para as mulheres com mais de 35 anos de idade, com escolaridade até ao 12.º ano e que têm mais de um filho.

A presente investigação poderá ser um ponto de partida para o desenvolvimento de novos estudos, no sentido de conhecermos se a prática assistencial oferecida a estas mulheres está implícita ou não nos registos de Enfermagem.

Pretendemos divulgar estes resultados junto dos profissionais do serviço no sentido de fornecer evidência científica para possíveis mudanças, sobretudo na elaboração dos registos e de protocolo de acolhimento as mulheres que sofreram abortamento espontâneo.

## **6. BIBLIOGRAFIA**

- 1- Souza KV, Almeida MRCB, Soares VMN. Perfil da mortalidade materna por aborto no paraná: 2003-2005. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008;12(4):741-749.
- 2- 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.
- 3- Saciloto MP, Konopka CK, Velho MTC, Jobim FC, Resener EV, Murad s RR et al. Aspira o manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa   curetagem uterina. *Rev. Bras Ginecol. Obstet* 2011;33(10):292-296.
- 4- Montenegro CAB, Rezende FJ. *Obstetrícia Fundamental*. 11<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- 5- 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):605-10.
- 6- Matsubara FC. Uniparaborto: Prevalência em um Município do Noroeste do Paraná. *Rev. Saúde e Pesquisa* 2010 Jan-Abr;3(1):17-23.
- 7- Silva JLCP, Surita FGC. Idade Materna: resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras Ginecol Obstet* 2009;31(7):321-325.
- 8- Instituto Nacional de Estatística, I.P. *Estatísticas Demográficas de 2011*. INE, I.P., Lisboa – Portugal, 2013.
- 9- Silva RS, Carneiro MCMO, Drezett J, Andreoni S. Prevalência e características de mulheres com aborto entre mulheres com histórico de gesta o. *Journal of Human Growth and Development* 2012;22(1):1-7.

- 10- Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2010;32(3):105-111.
- 11- Sistema Integrado de Metainformação. Instituto Nacional de Estatística. Glossário de conceitos [editorial]. Lisboa 2013.
- 12- 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.
- 13- Portal de Codificação e dos GDH. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde. Conceitos estatísticos em saúde. INE, I.P., Lisboa – Portugal, 2011.
- 14- Assembleia da República- Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86, DR 237, SÉRIE I de 14 de Outubro, alterada pela Lei n.º 115/97, DR 217, SÉRIE I-A de 19 de Setembro). Lisboa 2008.
- 15- 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.
- 16- 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.
- 17- Organização Mundial da Saúde. CID - 10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp. 2004;2:168p.
- 18- Circular Normativa nº 5/SR de 5 de Março de 2008 da Direção Geral de Saúde. Impresso para registo, com fins estatísticos dos atendimentos das situações de aborto espontâneo e de Interrupção da gravidez.
- 19- Graça LM. Medicina Materno-Fetal. Lidel- Edições Técnicas, Lda.; Lisboa 2010.
- 20- Lowdernilk DL, Perry SE. *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Lusodidacta; 2008.

- 21- Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2007;12(5):1201-1208.
- 22- Canário ACM. Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Porto, 2009.
- 23- Domingos SRF, Merighi MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para os cuidados de enfermagem. *Esc Anna Nery Enferm* 2010 Jn-mar;14(1): 177-181.
- 24- Torres JHR. Aborto e legislação comparada. *Ciência e Cultura*. São Paulo 2012 Abr. Junho;64(2):1-8.
- 25- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher: Guia informativo. Lisboa: DGS, 2007;32p.
- 26- Diário da República I Série- A n.º 240 de 17 de Outubro de 2002. Resolução da Assembleia da República n.º 52/2002. A realidade do aborto em Portugal.
- 27- Circular Normativa nº 14/DIR de 12 de Julho de 2007 da Direção Geral de Saúde. Interrupção da Gravidez – Determinação do tempo de gravidez. Lisboa.
- 28- Assembleia da república I Série n.º 109. Lei nº6/84 de 11 de Maio de 1984. Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez. Lisboa.
- 29- World Health Organization. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Genebra: WHO; 2011; 92 p.
- 30- Gonçalves FCLSP, Amorim RJM, Costa SMR, Lima MC. Bases biológicas e evidências epidemiológicas da contribuição do crescimento fetal e pós-natal na composição corporal: uma revisão. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant* 2012 Jul.- Set;12 (3):223-232.
- 31- Maurer R, Moreira PE. A mulher em situação de abortamento um enfoque da enfermagem. [online]. CURITIBA; 2011.

- 32- Moares AC, Moron AF, Hashimoto EM, Silva IDCG, Torloni MR, Souza MM, Patricio FRS. Abordagem citogenética e molecular em material de abortos espontâneos. *Rev. Bras Ginecol Obstet* 2005;27(9):554-560.
- 33- Godoy CAC, Cordeiro MRA, Serrano R, Costa HLFF. Prevalência de aderências intra-uterinas após aspiração manual a vácuo para tratamento de abortamento. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27(10):588-593.
- 34- Zac RI, Machado VMM, Alberti LR, Petroianu A. Associação entre alergia prévia, infertilidade e abortamento. *Rev. Assoc. Med. Bras* 2005;51(3):177-180.
- 35- Freire K, Padilha PC, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009;31(7):335-341.
- 36- Mendes G. A gravidez e o tabagismo. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. APEO* 2012;(12):13-17.
- 37- Assembleia da República. Diário da República, 1.ª série n.º 156 de 14 de Agosto de 2007. Aprova normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.
- 38- Bertolote JM. Glossário de álcool e drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2ª ed. Brasília: Brasil; 2010,132 p.
- 39- Vitoria PD; Silva SA; Vries H. Avaliação longitudinal de programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. *Rev. Saúde Pública [online]*. 2011;45(2):344-354.
- 40- Drezett J, Pedroso D, Gomes EC, Adesse L, Oliveira MJA. Magnitude do aborto no Brasil. Aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Abortamento previsto na lei em situações de violência sexual. Brasília: Ministério da Saúde; 2008:70.
- 41- Norma da Direção Geral de Saúde n.º 001/2013 de 29 de Janeiro de 2013. Registo de Complicações de Interrupção de Gravidez. Definições e modelo de registo. Lisboa.

- 42- Misoprostol for abortion care. ACOG Committee Opinion n° 427. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009;113:465-468.
- 43- Boza AJV, Gomez R. Uso de misoprostol em obstetrícia e ginecologia. Comitê Executivo da FLASOG e Comitê de Direitos Sexuais e Reprodutivos. 2ª ed. 2007Abril:105.
- 44- Holanda AAR, Barbosa HPFDSMF, Felinto CFBBAS, Araújo IS. Tratamento do abortamento do primeiro trimestre da gestação: Curetagem versus Aspiração manual a vácuo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003;25(4): 271-276.
- 45- Pereira PP, Oliveira ALML, Cabar FR, Armelin AR, Maganha CA, Zargaib M. Tratamento do abortamento incompleto por Aspiração Manual ou Curetagem. *Rev Assoc. Med. Bras* 2006;52 (5):304-307.
- 46- Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma Maternidade pública do Município da Serra- ES. *Ver Bras Epidemiol* 2007; 10(4):615-624.
- 47- Portaria n.º 45/2008 portal da Saúde. Diário da República, 1.ª série — N.º 10 — 15 de Janeiro de 2008. Lisboa.
- 48- Opaleye ES, Coelho HLL, Faccini LS, Almeida PC, Santos EC, Ribeiro AJV, Costa FS. Avaliação de riscos teratogénicos em gestações expostas ao misoprostol. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2010;32(1):19-25.
- 49- Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar/Direção Geral de Saúde [editorial]. Lisboa; DGS, 2008;67 p.
- 50- 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.

- 51- 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.
- 52- Montero SMP, Sánchez JMR, Montoro CH, Crespo ML, Jaén AGV, Tirado MBR. A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev. Latino-Am. Enferm* 2011;19(6):[8 ecrans].
- 53- Oliveira NES, Oliveira LMAC, Lucchese R, Alvarenga GC, Brasil VV. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):334-343.
- 54- Costa CSC, Vila VSC, Rodrigues FM, Martins CA, Pinho LMO. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):516-522.
- 55- 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.
- 56- Carvalho ALS, Nobre RNS, Leitão NMA, Vasconcelos CTM, Pinheiro AKB. Avaliação dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2008;10(2):472-483.
- 57- Azevedo PMDS, Sousa PAF. Partilha de informação de enfermagem: dimensão do papel de prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência* 2012 Julho;3(7):113-122.
- 58- 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 Out.;12(2):52-61.

- 59- Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da Grounded Theory. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2013 jan/mar;15(1):44-53.
- 60- Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual Conselho de Enfermagem. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2002.
- 61- Marques DM, Pereira AL. Assistência pautada nos direitos sexuais e reprodutivos: uma condição para promover a saúde da mulher. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2011 jul/set;13(3):449-455.
- 62- Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2007;9(1):79-92.
- 63- Bertolani GBM, Oliveira EM. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. *Saúde e Sociedade* 2010;19(2):286-301.
- 64- Nicolau AIO, Dantas RC, Gadelha APP, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática de mulheres residentes no meio rural acerca dos métodos contraceptivos. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2012 jan/mar;14(1):164-170.
- 65- Carvalho MLO, Aparecida A, Cardelli M, Cestari MEW, Sodr e TM. Os registros em prontuário de mulheres atendidas por aborto em Hospital Universitário de cidade da região Sul do Brasil de 2001 a 2005. In: *Seminário Internacional Fazendo G nero 8 - Corpo, Violência e Poder*; 2008 Ago 25-28; Florianópolis: Brasil; 2008.p.6.
- 66- Gonçalves R. REPE e estatuto da ordem dos enfermeiros- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-lei n  104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado em Anexo   Lei n  111/2009, de 16 de Setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2012.p.92.
- 67- França A, Faundes A, Rosas CF, Aquino E, Soares G, Menezes G et al. Ateno Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Ateno  

Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2005:22-31.

68- 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.

69- Planejamento familiar: componente-chave no atendimento pós-aborto. Declaração consensual: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), Confederação Internacional de Partejas (ICM), Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e Agência dos EUA para Desenvolvimento Internacional (USAID). Set.2009.p.4.

70- Canário C, Figueiredo B, Ricou M. Abortamento enquadramento legal, deontológico e perspectiva ética. Ata Méd. Port 2011;24(54):791-798.

71- Nunes CRR, Nunes AP. Bioética. Rev Bras Enferm. Brasília 2004 set/out;57(5): 615-616.

72- Mascarenhas NB, Rosa DOS. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. Texto contexto – Enferm. Florianópolis 2010;19(2):366-371.

73- Azevedo MAS. Origens da Bioética. Nascer e Crescer. Rev. Hosp. Maria Pia 2010;19(4):255-259.

74- Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R. Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant 2010; 10(2):311-319.

75- INSPEÇÃO-GERAL DAS ATIVIDADES EM SAÚDE. Relatório de atividades. IGAS. Lisboa – Portugal, 2012.

76- PORDATA. População residente segundo os Censos: total e por estado civil. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa - Portugal, 2013.

## **7. ANEXOS**

# Anexo I

Instrumento de Recolha de dados









# Anexo II

Pedido de autorização para realização do estudo à Unidade Local de Saúde,

Nordeste, E.P.E, Unidade Hospitalar de Bragança



# Anexo III

Autorização concedida pela Unidade Local de Saúde, Nordeste, E.P.E, Unidade  
Hospitalar de Bragança