

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CBM - FACULDADE DE MEDICINA

ABORTAMENTO ESPONTÂNEO E PROVOCADO:

ESTUDO DE 118 CASOS

FLORIANÓPOLIS, 17 DE SETEMBRO DE 1978

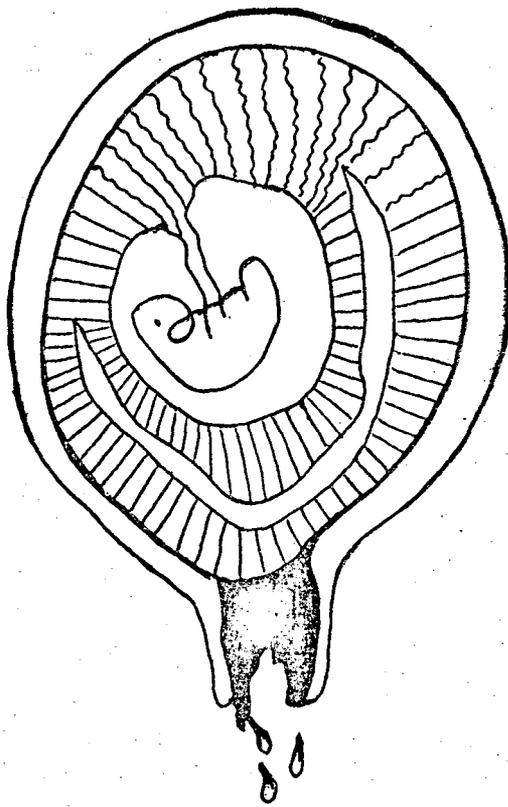
DIMAS ESPÍNDOLA

ERCIDES PFIFFER

EDISON MATOS DE OLIVEIRA

ABORTAMENTO ESPONTANEO E PROVOCADO

ESTUDO DE 118 CASOS



"O aborto é uma agressão ao ego feminino: é o prolecidio momentâneo (Pozzi - 1913), isto é, a negação provisória do instinto de maternidade, que é parte integrante da personalidade feminina"

Rodrigues Lima

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho, foi possível graças a colaboração do Professor Walmor Zolmer Garcia, da funcionária Neide Soares, dos funcionários do Arquivo Médico e do Setor de Contas da MCD.

ÍNDICE

	P.
1 - Introdução	7
2 - Revisão bibliográfica	9
3 - Casuística e método	15
4 - Resultados	17
5 - Comentários dos resultados	38
6 - Conclusões	48
7 - Referências bibliográficas	49
8 - Anexo	50

RESUMO

O presente trabalho constitui-se de um estudo de 118 casos dos abortamentos internados na Maternidade Camerla Dutra de Florianópolis, nos cinco primeiros meses do ano de 1978, sendo 77 não infectados e 41 infectados. O levantamento desses casos foi realizado através de anamnese com as pacientes, bem como utilizando seus prontuários. Encontrou-se 36 casos provocados, 69 espontâneos e 13 suspeitos, sendo que houve uma predominância das mulheres compreendidas na faixa etária de 20 a 29 anos de idade, casadas, com pequeno número de filhos (0 a 2) e com renda mensal de Cr\$ 1.000,00 a Cr\$ 2.000,00, ocorrendo 51,7% dos abortamentos entre a 8ª e 16ª semana de amenorréia. Praticamente a metade das pacientes não usavam métodos anticoncepcionais e 41,5% possuíam história de abortamentos anteriores. A fertilidade encontrada nas pacientes com abortamentos provocados foi menor do que a encontrada nas mulheres com passado de abortamento espontâneo. A curetagem uterina foi realizada até seis horas após a internação em 58,4% dos casos e a permanência hospitalar média foi de 21,1 dias, gastando-se uma base de Cr\$ 1.637,32 por abortamento. O método abortivo mais utilizado foi o físico, sendo as parteiras, curiosas e a própria paciente os principais abortadores. O principal motivo dos abortamentos provocados foi o fator econômico. As complicações mais frequentemente registradas foram as infecções, sendo encontrados alguns casos de hemorragia e choque. Realizou-se ainda, uma breve revisão bibliográfica sobre o assunto.

I N T R O D U Ç Ã O

No campo da Saúde Pública, o papel assumido pelo abortamento é capital, / porque representa, em alguns casos, o método mais utilizado para fazer decres- / cer a taxa de natalidade ou porque é responsável, muitas vezes, por enormes danos causados à mulher (10).

"O abortamento (provocado) é o trágico resultado da maternidade indesejada e, portanto, do desconhecimento ou da dificuldade de acesso às práticas anticon- / cepcionais. Pode ser, também, a manifestação da ineficácia dos métodos contra- / ceptivos tradicionalmente usados e que integram o folclore de nossa gente" (1).

O abortamento provocado é largamente empregado como método de controle de natalidade. Na verdade, para muitos, é o único meio efetivo para prevenir um / nascimento e o método de escolha de quantos usam métodos "tradicionais" que ve- / nham a falhar. É também procedimento de valia para os casos cujo número de fi- / lhos está aquém do seu ideal, porém que se sucedem a intervalos por demais bre- / ves (1).

Além disso, esta entidade obstétrica se reveste de especial interesse pela complexidade de fatores que envolve, e entre estes, as implicações ético-legais e sócio-econômicas, merecendo por parte do médico e principalmente daquele es- / pecializado em Obstetrícia, um adequado conhecimento de todos esses aspectos.

" O método epidemiológico tem sido usado para o estudo do abortamento, par- / tindo de análise de sua morbi-mortalidade. Esta morbi-mortalidade pode ser obti- / da através de estudo de casos hospitalares ou mediante pesquisas na população" / (10).

A morbi-mortalidade hospitalar, apesar de sabermos não refletir exatamente sua incidência, pelo fato de que grande parte dos casos não chega a ser hospita- / lizado, foi a casuística empregada na realização deste trabalho. Com a elabora-

ção do mesmo, nos propusemos a efetuar, além de uma breve revisão bibliográfica sobre o assunto, uma pesquisa em torno da incidência de abortamento na Maternidade Carmela Dutra (MCD) de Florianópolis nos cinco primeiros meses do ano de / 1978, analisando uma série de aspectos como o tempo de internação das pacientes as complicações imediatas, a natureza dos abortamentos, motivos que levaram a mulher a provocar o abortamento, ônus referente ao tratamento dos casos de abortamento e outros que serão abordados no transcorrer do trabalho.

Almejamos com a realização deste trabalho, não só trazer alguma contribuição, no que diz respeito a essa patologia, para a nossa formação médica, mas também mostrar a atual situação da mesma na Maternidade acima mencionada.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1) Conceito:

O termo "aborto" provém do latim "aboriri" e significa "separar do lugar a dequado" (7). O abortamento representa "sempre a expressão do malogro de uma / das mais transcendentas e assombrosas funções do homem" (2) e considera-se como tal a interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal. A grande dificuldade / consiste justamente em delimitar, a idade gestacional, em que o feto se torna / viável; fator este que gera controvérsias pelo menos entre os autores consulta- dos.

Três são os critérios usualmente empregados na definição de viabilidade fe tal: cronológico, ponderal e estatural.

É de Potter, in Rezende (9), a classificação mais bem aceita, onde aborto / figura como sendo o concepto com o comprimento de até 27,9 cm, peso de até 399 gramas e gestação de até 21 semanas.

Mesmo assim, levando-se em conta estes três critérios, a tarefa de definir o abortamento e o parto prematuro é bastante difícil, apresentando muitas con- / trovérsias.

2) Classificação:

O abortamento pode ser classificado de acordo com vários critérios:

a) Segundo a época da gravidez em que se verifica:

- ovulares: até o 2º mês de gestação ou 8ª semana;
- embrionários: do 2º ao 4º mês ou 8ª a 16ª semana;
- fetais: do 4º ao 6º mês ou 16ª a 24ª semana

Esta classificação de abortamento fetal, é incompatível com as atuais definições de abortamento e o conceito de feto(9).

b) Segundo a natureza do fator determinante:

- espontâneo: que ocorre independentemente da vontade ou qualquer ato da paciente;
- provocado: quando resulta da interferência intencional da gestante, do médico ou de qualquer outra pessoa.

A diferença entre espontâneo e provocado, está na intenção e não no objeto./ O mesmo agente (traumatismo por exemplo) conforme as circunstâncias levará a uma ou outra modalidade.

c) Segundo a complicação:

- não infectado
- infectado ou séptico: que pode ser infectado propriamente dito e pútrido(11).

Segundo o mesmo autor considera-se pútrido o abortamento que apresenta infecção dos restos anexiais, mas que não venceu as primeiras linhas de defesa locais e humorais do organismo, permanecendo a infecção limitada aos tecidos mortos. No séptico ou infectado propriamente dito, a infecção vence a barreira uterina de defesa e atinge tecidos vivos. Quando não há grandes complicações, a infecção fica adstrita aos restos dos anexos e região circunvizinha. Porém, em outros casos, o processo infeccioso ultrapassa a cavidade uterina e, propagando-se por via linfática e sanguínea vai dar origem a parametrite, pelviperitonite, anexite e septicemia (11).

3) Incidência:

Sabendo-se que as estatísticas hospitalares não demonstram a incidência da população no seu todo, é quase impossível estabelecer com segurança a frequência absoluta e relativa do abortamento. Além de que, numerosos casos permanecem ignorados por se tratarem de abortamentos inaparentes (muito precoces) ou são ocultados por diversas razões; e, considerando-se que quase todos os índices apresentados por autores decorrem de observações em hospitais, e não de uma amostra inespecífica, a incidência de abortamentos não corresponde a realidade. No entanto, sabe-se que ocorre em mulheres de quaisquer níveis sociais, sendo mais comum nas menos favorecidas socioeconomicamente (5).

Apesar disso muitos autores fazem especulações sobre a sua incidência. Pedro Luiz Costa (3) afirma que, "há boas razões para supor que pelo menos um terço de todos os óvulos que são fecundados não sobrevivem e não chegam a termo"./

Segundo a OMS, existe uma proporção de 15 a 20 abortamentos espontâneos para cada 100 gestações (3).

"Uma pesquisa, realizada pela Faculdade de Saúde Pública sobre a fertilidade no Distrito de São Paulo comprovou que, dos abortamentos provocados tidos pelas mulheres entrevistadas, 13,89% foram realizados em hospitais e apenas 6,7% daqueles realizados fora do hospital exigiram internação posteriores" (10). / "Por isso é difícil estimar-se, e provavelmente nunca se saberá, o número de abortamentos ilegais. Acredita-se que, para cada cinco gestações, uma termina em abortamento provocado" (4).

Em um inquérito feito em 1734 mulheres casadas, no Rio de Janeiro, no ano de 1964, concluiu-se que uma em cada dez mulheres, recorreu ao abortamento provocado, pelo menos uma vez e que este método de limitação familiar não é exclusivo de nenhum grupo ou sub-grupo social ou econômico, sendo empregado por todos eles (6).

A interrupção forçada da gravidez é utilizada desde a mais remota antiguidade. "As mais antigas observações de que se tem notícias sobre abortivos datam do século XVIII a.C. e foram elaborados na China" (7). Os egípcios usavam-no largamente (6). Com o passar dos séculos o abortamento foi empregado, discutido entre vários povos antigos tais como os gregos, israelitas, mesopotâmicos, romanos (6).

Em termos de abortamento provocado uma coisa parece ter definitivamente aceitação: "o abortamento séptico é sinônimo de abortamento provocado; o que já delimita bastante o seu campo de estudo, uma vez que afasta, de modo geral, os abortamentos espontâneos" (4). Entretanto, o contrário não é verdadeiro, ou seja, nem todo o abortamento provocado é séptico.

Segundo Fernando M. de Freitas Moura (4), a experiência mostra que é excepcional aparecer em hospitais um caso de abortamento séptico oriundo de consultórios médicos clandestinos. A quase totalidade dos casos observados é consequência do atendimento de curiosas ou de abortamentos provocados pelas próprias pacientes (auto-abortamentos). E a diferença é óbvia. Essas pacientes provocam o abortamento em locais clandestinos com péssimas condições ambientais onde não existe a assepsia, antissepsia e esterilização.

Por que uma mulher provoca o abortamento?

A resposta é bastante variada |

a) de ordem pessoal:

- 1) medo do parto, por ignorância ou má experiência anterior;
- 2) gestante solteira ou viúva com desejo de esconder a gravidez indiscreta;
- 3) mãe que não quer mais filhos ou porque precisa trabalhar, ou por má vontade do companheiro;
- 4) mãe que teme malformações;
- 5) receio de que a gestação possa comprometer um estado de saúde alterado;
- 6) preocupação que a gravidez imediata possa vir a comprometer a nutrição do lactente há pouco nascido.

b) de ordem econômica:

- 1) dificuldade de manutenção dos filhos (alimentação, vestuário e educação);
- 2) dificuldade em obter trabalho que não implique em abandono dos filhos
- 3) dificuldade em obter habitação para maior número de filhos.

"No momento em que a paciente decide interromper a gestação, o risco que vai correr passa a depender de novo fator, o seu nível econômico" (4).

Quais os métodos utilizados? Tem sido empregados, desde a mais remota antiguidade diversas substâncias às quais a tradição atribui virtudes abortivas variando a sua eficácia e os riscos a elas relacionadas. São utilizados métodos físicos, químicos e físico-químicos:

a) Métodos físicos:

1) Corpos estranhos: é o método mais utilizado segundo Paulo E. de Almeida Moura (7). Frequentemente são utilizados cateteres vesicais ou sondas, cabos de pentes, agulhas de crochê ou qualquer haste que possa ser introduzida na cavidade uterina.

2) Insuflação de ar;

3) Manobras indiretas: pouco eficientes. Geralmente são traumatismos sobre o abdome da mãe.

b) Métodos químicos:

1) Permanganato de potássio sob a forma de óvulos vaginais (pouco eficientes).

2) Agentes orais: são os menos efetivos. São usados principalmente: pur

gativos, o álcool, chás caseiros, certas plantas como o arruda, esporão de centeio e quinino.

3) Injeções intra musculares de estrógenos e gonadotrofinas adquiridas clandestinamente nas farmácias.

4) Injeções intra-âmnicas do cloreto de sódio ou glicose hipertônica / (métodos de Aburel e Beirute) e ainda o método de Boero (formol a 10%).

c) Métodos físico-químicos:

1) Duchas de solução saponácea ou água com vinagre em jato, sob alta / pressão. É um método pouco utilizado.

Segundo Fernando M. Freitas (4) a introdução de sondas e gotas causticas / na cavidade uterina, constituem o método abortivo mais frequentemente empregado

Em último lugar temos ainda o abortamento chamado terapêutico que teoricamente é o único tipo de abortamento provocado que não é punido por lei no Brasil. Suas únicas indicações são: a) quando não há outro meio de salvar a vida da mãe; b) quando a gravidez resulta de estupro.

4) Complicações e prognóstico:

Quanto maior o tempo entre o abortamento e a utilização de terapêutica adequada, pior o prognóstico materno. As graves sequelas médicas do abortamento / provocado são funções de numerosos fatores: complicações pré-existentes, idade, paridade, uso de anestésias, tipo de serviço e escolha da técnica. Em geral, as técnicas abortivas empregadas, no 2º trimestre apresentam riscos de complicações mais elevado que as usadas no 1º trimestre (sucção e curetagem) (3). O risco é sete vezes maior entre as mulheres que provocam abortamento no 2º trimestre do que entre as que abortam no 1º trimestre (3). Acrescente-se ainda que as sequelas psicológicas são maiores nos abortamentos do 2º trimestre que nos do 1º trimestre.

As complicações mais frequentes são: 1) hemorragia; 2) lacerações e úlceras / ções da vagina; 3) endometrites; 4) perfurações uterinas; 5) pelviperitonite ou peritonite generalizada; 6) anexites; 7) abscessos pélvicos; 10) septicemia; 11) abscessos embólicos; 12) endocardite bacteriana; 13) Choque séptico ou endotóxico 14) CIVD; 15) necrose tubular aguda ou necrose cortical aguda (renal); 16) embolia trombótica ou por líquido amniótico; 17) complicações provenientes dos próprios abortivos usados; 18) problemas psicológicos e emocionais.

Além disso podemos ter sequelas devido as lesões do aparelho genital feminino; 1) esterelidade; 2) problemas de contratilidade uterina; 3) rigidez anatomica cicatricial do colo; 4) incompetência istmo-cervical; 5) sinéquias endometriais.

OBSERVAÇÃO: Devido as características deste trabalho, não foram incluídos na revisão bibliográfica os seguintes itens: sintomatologia, método diagnóstico e / tratamento.

C A S U Í S T I C A E M É T O D O

Foram levantados 118 casos dos abortamentos internados na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis, Santa Catarina nos cinco primeiros meses de 1978, nos períodos de 22 a 28/02, 15 a 31/03 e 01 a 31/05. Para isso utilizamos um formulário (em anexo) por nós elaborado e padronizado, o qual foi preenchido/através anamneses direta com a paciente com dados colhidos do seu prontuário.

A análise destes casos nos permitiu elaborar uma série de gráficos e tabelas, nos quais se registram parâmetros que não pretendemos generalizar, mas cremos que possam refletir a atual situação dos abortamentos espontâneos e provocados na MCD e quem sabe em Florianópolis.

Nossas pacientes pertenceram aos mais diversos níveis sócio-econômico e cultural.

Completando nossa pesquisa, obtivemos o total das internações na MCD, utilizando as informações de seu arquivo médico, durante o período de janeiro a / maio de 1978. O total de internações foi distribuído da seguinte forma: a) total de partos (vaginais e cesáreos), b) abortamentos e c) total de internações por/outras causas.

O limite da idade gestacional para o abortamento, segundo vários autores, é de 22 semanas, o qual achamos por bem adotar em nosso trabalho. Cabe aqui enfatizar que os critérios para o diagnóstico de abortamento, bem como o diagnóstico diferencial entre o infectado e o não infectado, foram puramente clínicos na grande maioria das vezes e que esses critérios não foram por nós padronizados, mesmo porque o diagnóstico final de cada caso não era por nós firmado e sim pelo corpo clínico da MCD. Nos limitamos acolher os diagnósticos no prontuário de cada paciente no período supra-citado e analisae os vários aspectos que passamos a citar: natureza dos abortamentos, idade e raça, relação entre o número de fi

lhos e estado civil, procedência, distribuição segundo sua situação econômica, métodos anticoncepcionais utilizados em relação ao tipo de abortamento apresentado, idade gestacional do aborto, história de abortamentos anteriores e sua natureza, relacionados ao número de filhos; número de partos referidos em relação ao tipo e número de abortamentos por mulher, análise dos esquemas terapêuticos/ utilizados, tempo decorrido entre a internação e a curetagem, permanência hospitalar, ônus referente ao tratamento das mulheres internadas na MCD por abortamento, métodos utilizados para provocar o abortamento, quem praticou, quais os motivos que levaram a paciente a tal prática, causas dos abortamentos espontâneos alegadas pelas pacientes; complicações dos abortamentos.

R E S U L T A D O S

TABELA Nº 1 - TOTAL DE INTERNAÇÕES NOS 5 PRIMEIROS MESES DE 1978 NA MCD

MOTIVO DA INTER- NAÇÃO MESES	ABORTAMENTOS		PARTOS		OUTROS MOTIVOS		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
JANEIRO	60	11,7	364	71,0	89	17,3	513	100,0
FEVEREIRO	62	13,5	311	67,6	87	18,9	460	100,0
MARÇO	89	16,4	355	65,5	98	18,1	542	100,0
ABRIL	87	16,0	350	64,5	106	19,5	543	100,0
MAIO	84	15,4	365	66,8	97	17,8	546	100,0
TOTAL	382	14,7	1745	67,0	477	18,3	2604	100,0

TABELA Nº 2 - NATUREZA DOS 118 CASOS DE ABORTAMENTOS ESTUDADOS

TIPOS DE ABORTAMENTOS	PROVOCADOS		SUSPEITOS		ESPONTÂNEO		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
NÃO INFECTADOS	13	11,0	6	5,1	58	49,2	77	65,3
INFECTADOS	23	19,5	7	5,9	11	9,3	41	34,7
TOTAL	36	30,5	13	11,0	69	58,5	118	100,0

TABELA Nº 3 - IDADE DAS PACIENTES NOS 118 CASOS DE ABORTAMENTOS ESTUDADOS

IDADE DAS PACIENTES	NATUREZA DOS ABORTAMENTOS	PROVOCADOS		SUSPEITOS		ESPONTÂNEO		TOTAL	
		CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
1 5	—————> 1 9 ANOS	5	4,2	2	1,7	5	4,2	12	10,2
1 9	—————> 2 4 ANOS	17	14,4	6	5,1	20	16,9	43	36,4
2 4	—————> 2 9 ANOS	6	5,1	3	2,5	21	17,8	30	25,4
2 9	—————> 3 4 ANOS	4	3,4	1	0,8	10	8,5	15	12,7
3 4	—————> 3 9 ANOS	3	2,5	1	0,8	3	2,5	7	5,9
3 9	—————> 4 4 ANOS	1	0,8	—	—	7	5,9	8	6,8
4 4	—————> 5 0 ANOS	—	—	—	—	3	2,5	3	2,5
T O T A L		36	30,5	13	11,0	69	58,5	118	100,0

TABELA Nº 4 - COR DAS PACIENTES NOS 118 CASOS DE ABORTAMENTOS ESTUDADOS

TIPO DE ABORTAMENTO COR DAS PACIENTES	NÃO INFECTADO		INFECTADO		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
BRANCA	61	51,7	35	29,7	96	81,4
PRETA	16	13,6	6	5,1	22	18,6
TOTAL	77	65,3	41	34,7	118	100,0

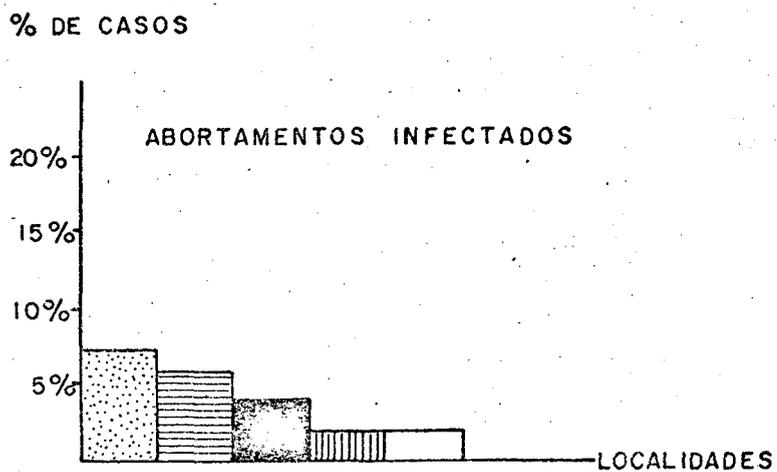
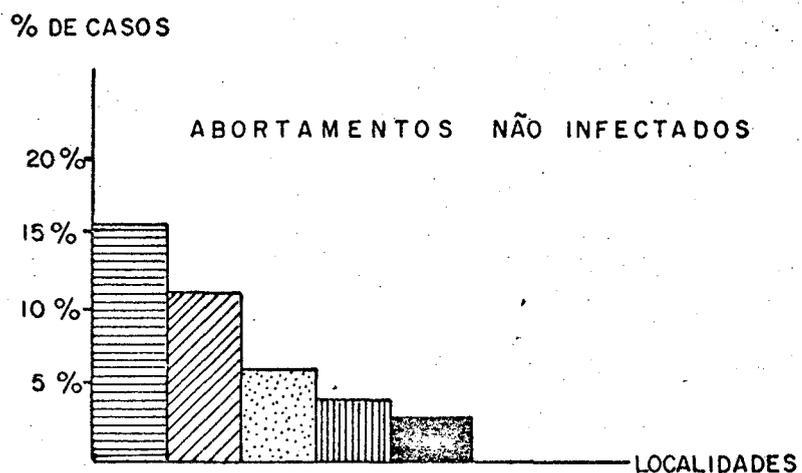
TABELA Nº 5 - Nº DE FILHOS EM RELAÇÃO AO ESTADO CIVIL DAS 118 PACIENTES ESTUDADAS

ESTADO CIVIL		Nº DE FILHOS		0	1	2	3	4	5	ACIMA DE 5	TOTAL
		CASOS	%								
ABORTAMENTOS	CASADA	CASOS		14	12	12	5	2	-	7	52
		%		11,9	10,2	10,2	4,2	1,7	-	5,9	44,1
NÃO INFECTADOS	SOLTEIRA	CASOS		10	3	9	-	-	2	-	24
		%		8,5	2,5	7,6	-	-	1,7	-	20,3
VIUVAS	VIUVA	CASOS		-	1	-	-	-	-	-	1
		%		-	0,8	-	-	-	-	-	0,8
	SUB TOTAL	CASOS		24	16	21	5	2	2	7	77
		%		20,3	13,6	17,8	4,2	1,7	1,7	5,9	65,3

TABELA Nº 5 - CONTINUAÇÃO

ESTADO CIVIL		Nº DE FILHOS		0	1	2	3	4	5	ACIMA DE 5	TOTAL
		CASOS	%								
ABORTAMENTOS	CASADA	CASOS		2	3	2	5	-	4	3	19
		%		1,7	2,5	1,7	4,2	-	3,4	2,5	16,1
INFECTADOS	SOLTEIRA	CASOS		11	6	4	-	-	-	-	21
		%		9,3	5,1	3,4	-	-	-	-	17,8
	VIUVA	CASOS		-	-	-	1	-	-	-	1
		%		-	-	-	0,8	-	-	-	0,8
	SUBTOTAL	CASOS		13	9	6	6	-	4	3	41
		%		11,0	7,6	5,1	5,1	-	3,4	2,5	34,7
TOTAL		CASOS		37	25	27	11	2	6	10	118
		%		31,4	21,2	22,9	9,3	1,7	5,1	8,5	100,0

GRÁFICO Nº 1 - PROCEDÊNCIAS MAIS INCIDENTES DOS 118 CASOS DE
ABORTAMENTOS ESTUDADOS



-  BARREIROS
-  CENTRO
-  CAPOEIRAS
-  PALHOÇA
-  ESTREITO
-  SÃO JOSÉ

GRÁFICO Nº 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS 118 PACIENTES 2º SUA SITUAÇÃO ECONÔMICA

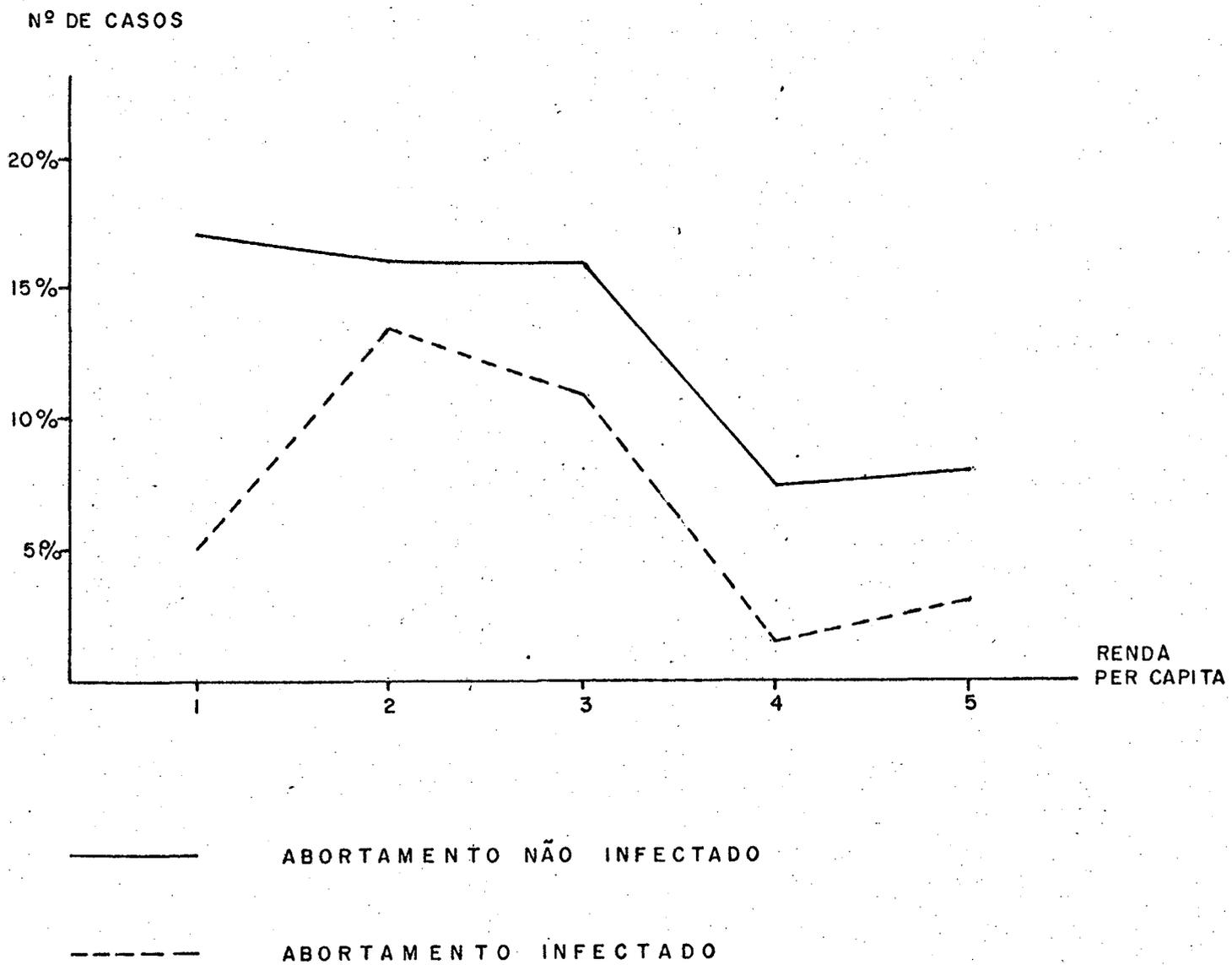


TABELA Nº 6 - MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS UTILIZADOS PELAS 118 MULHERES ESTUDADAS

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	PROVOCADO		SUSPEITO		ESPONTÂNEO		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
ANOVULATORIO ORAL	11	9,3	6	5,1	26	22,0	43	36,4
OGINO - KNÁUS	4	3,4	2	1,7	5	4,2	11	9,3
COITO INTERROMPIDO	-	-	1	0,8	5	4,2	6	5,1
CONDON	-	-	-	-	1	0,8	1	0,8
NÃO USA	21	17,8	4	3,4	32	27,1	57	48,3
T O T A L	36	30,5	13	11,0	69	58,5	118	100,0

TABELA Nº 7 - IDADE GESTACIONAL DOS 118 ABORTAMENTOS ESTUDADOS

IDADE GESTACIONAL / NATUREZA DO ABORTAMENTO	PROVOCADO		SUSPEITO		ESPONTÂNEO		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
————— 8	10	8,5	2	1,7	4	3,4	16	13,6
8 ————— 16	19	6,1	5	4,2	37	31,3	61	51,7
16 ————— 22	4	3,4	1	0,8	9	7,6	14	11,9
22 —————	-	-	-	-	3	2,5	3	2,5
NÃO SABE	3	2,5	5	4,2	16	13,6	24	20,3
T O T A L	36	30,5	13	11,0	69	58,5	118	100,0

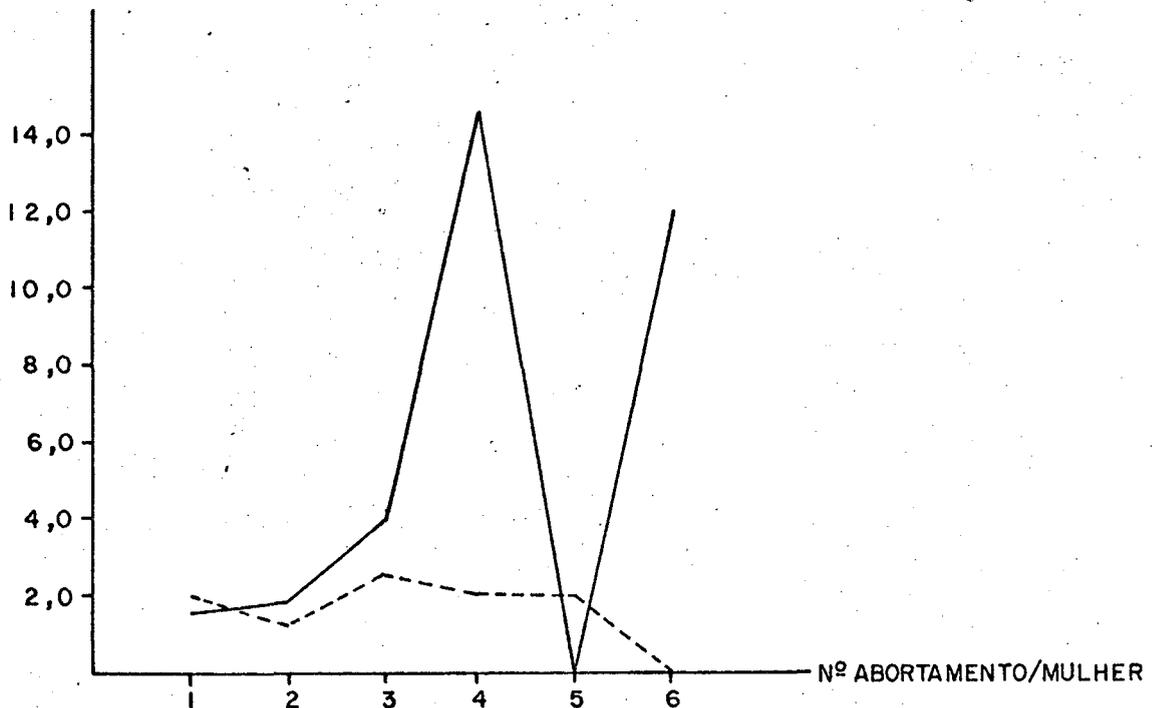
TABELA Nº 8 - HISTÓRIA DE ABORTAMENTOS ANTERIORES E SUA NATUREZA X Nº DE FILHOS NOS 118 CASOS ESTUDADOS

Nº DE FILHOS	ABORTAMENTOS ANTERIORES		ESPONTÂNEO		PROVOCADO		S/HISTÓRIA		TOTAL	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
0	3	2,5	4	3,4	30	25,4	37	31,3		
1	5	4,2	4	3,4	16	13,6	25	21,2		
2	4	3,4	7	5,9	16	13,6	27	22,9		
3	5	4,2	2	1,7	4	3,4	11	9,3		
4	1	0,8	-	-	1	0,8	2	1,7		
5	5	4,2	-	-	1	0,8	6	5,1		
ACIMA DE 5	9	7,6	-	-	1	0,8	10	8,5		
TOTAL	32	27,1	17	14,4	69	58,5	118	100,0		

Obs.: no gráfico 3 obtivemos um nº médio de partos/pacientes de acordo com o nº de abortamentos provocados ou espontâneos apresentados pelas mesmas. Os abortamentos suspeitos foram incluídos entre os provocados. Para obtenção desse nº médio foi verificado o total de partos apresentados por todas as mulheres de acordo com o nº de abortamentos das mesmas. Ex.: 55 mulheres com história de um abortamento espontâneo tiveram um total de 89 partos, o que equivale a 1,6 partos/mulher para cada abortamento espontâneo/mulher

GRÁFICO Nº 3 - Nº MÉDIO DE PARTOS REFERIDOS, EM RELAÇÃO AO TIPO E Nº DE ABORTAMENTOS DAS 118 MULHERES

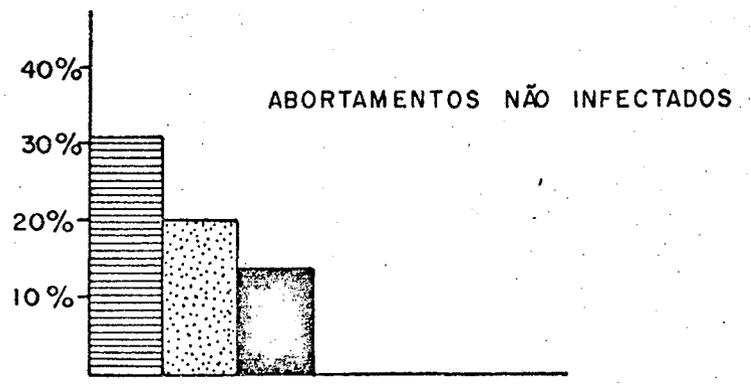
Nº MÉDIO DE PARTOS/MULHER



———— Nº MÉDIO DE PARTOS REFERIDOS / MULHER COM HISTÓRIA DE ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

----- Nº MÉDIO DE PARTOS REFERIDOS / MULHER COM HISTÓRIA DE ABORTAMENTO PROVOCADO

GRÁFICO Nº 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS 118 CASOS DE ABORTAMENTOS DE ACORDO COM O USO DE ANTIBIÓTICOS OU NÃO NO SEU TRATAMENTO



ANTIBIÓTICOS EM DOSES CONVENCIONAIS



ANTIBIÓTICOS EM ALTAS DOSES



SÉM ANTIBIÓTICOS

TABELA Nº 9 - DISTRIBUIÇÃO DOS 118 CASOS DE ABORTAMENTOS SEGUNDO O TEMPO ENTRE A INTERNAÇÃO E A CURETAGEM

TIPO DE ABORTAMENTO TEMPO ENTRE INTERNAÇÃO E CURETAGEM	NÃO INFECTADO		INFECTADO		T O T A L	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
0 —————> 1 h.	14	11,9	4	3,4	18	15,2
1 —————> 6 h.	36	30,5	15	12,7	51	43,2
6 —————> 12 h.	6	5,1	10	8,5	16	13,6
12 —————> 24 h.	15	12,7	7	5,9	22	18,6
24 —————> 48 h.	4	3,4	4	3,4	8	6,8
48 —————>	2	1,7	1	0,8	3	2,5
T O T A L	77	65,3	41	34,7	118	100,0

TABELA Nº 10 - DISTRIBUIÇÃO DOS 118 CASOS DE ABORTAMENTOS SEGUNDO A
PERMANÊNCIA HOSPITALAR

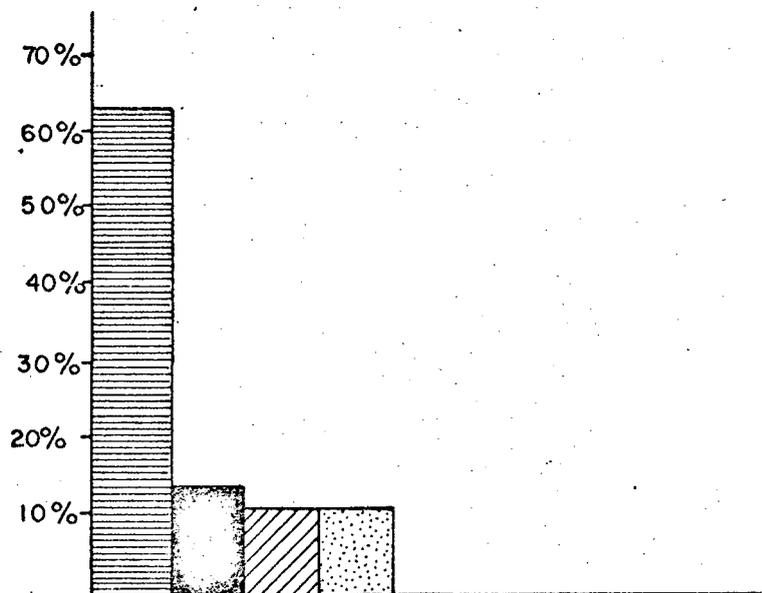
TIPO DE TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR	NÃO INFECTADO		INFECTADO		T O T A L	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
0 ———> 24 h.	27	22,9	10	8,5	37	31,3
24 ———> 48 h.	42	35,6	14	11,9	56	47,5
48 ———> 72 h.	3	2,5	13	11,0	16	13,6
72 ———>	5	4,2	4	3,4	9	7,6
T O T A L	77	65,3	41	34,7	118	100,0

TABELA Nº II - ÔNUS REFERENTE AO TRATAMENTO DE 66 CASOS DE ABORTAMENTOS
LEVANTADOS NO MÊS DE MAIO / 78 NA MCD

TIPO DE ABORTAMENTO / DESPESAS COM	NÃO INFECTADO	INFECTADO	T O T A L
MEDICAÇÃO	4.027,41	15.812,85	19.840,26
OBSTETRA	17.019,20	10.401,60	27.420,80
ANESTESISTA	16.825,60	8.870,40	25.696,00
CENTRO CIRÚRGICO	19.909,00	10.649,00	30.558,00
DIÁRIA HOSPITALAR	11.033,00	9.350,00	20.383,00
MATERIAL DE CENTRO CIRÚRGICO	1.519,19	812,59	2.331,78
MATERIAL DE ENFERMAGEM	71,50	149,50	221,00
T O T A L	Cr\$ 70.404,90	Cr\$ 56.045,94	Cr\$ 126.450,84

*Esta tabela de custos
está feita em base
de custos médios por paciente
após experiência com...*

GRÁFICO Nº 5 - MÉTODOS UTILIZADOS PARA PROVOCAR O ABORTAMENTO NOS
36 CASOS DE ABORTAMENTOS PROVOCADOS ESTUDADOS



-  MÉTODO FÍSICO
-  MÉTODO QUÍMICO
-  MÉTODO FÍSICO-QUÍMICO
-  NÃO INFORMA

TABELA Nº 12 - PRINCIPAIS ABORTADORES NOS 36 CASOS DE ABORTAMENTOS
PROVOCADOS ESTUDADOS

QUEM PROVOCOU	Nº CASOS	PORCENTUAL
PARTEIRA	7	19,4 %
A PRÓPRIA PACIENTE	7	19,4 %
CURIOSA	7	19,4 %
FARMACÊUTICO	7	5,6 %
ENFERMEIRO	2	5,6 %
MÉDICO	2	5,6 %
COMPANHEIRO SEXUAL	1	2,8 %
NÃO INFORMA	8	22,2 %

TABELA Nº 13 - MOTIVOS QUE LEVARAM AS PACIENTES PROVOCAR O
 ABORTAMENTO

MOTIVOS ALEGADOS	Nº CASOS	PORCENTUAL
IMPOSIÇÕES FINANCEIRAS	14	24,6 %
NÃO QUERIA O FILHO	9	15,8 %
DESEJO DE ESCONDER A GRAVIDEZ POR SER SOLTEIRA	10	17,5 %

TABELA Nº 14 - PRINCIPAIS CAUSAS DOS ABORTAMENTOS ESPÔNTANEO
ALEGADAS PELAS PACIENTES

CAUSAS ALEGADAS	Nº CASOS	PORCENTUAL
ESFORÇO FÍSICO	8	20,5 %
QUEDA AO SOLO	8	20,5 %
SUSTO	5	12,8 %
TOSSE INTENSA	2	5,1 %
SUSTO+ QUEDA AO SOLO	2	5,1 %
TRANSTORNOS EMOCIONAIS	2	5,1 %
INGESTÃO DE ÁLCOOL	2	5,1 %

TABELA Nº 15 - COMPLICAÇÕES ENCONTRADAS NOS 118 CASOS ESTUDADAS

NATUREZA DOS ABORTAMENTOS COMPLICAÇÕES	PROVOCADOS		SUSPEITOS		ESPONTÂNEOS		T O T A L	
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%
INFECCÃO	21	17,8	6	5,1	9	7,6	36	30,5
HEMORRAGIA	-	-	-	-	3	2,5	3	2,5
CHOQUE	-	-	-	-	3	2,5	3	2,5
HEMORRAGIA E INFECCÃO	2	1,7	1	0,8	-	-	3	2,5
SEM COMPLICAÇÕES	13	11,0	6	5,1	54	45,8	73	61,9
T O T A L	36	30,5	13	11,0	69	58,5	118	100,0

COMENTARIOS DOS RESULTADOS

Através da tabela nº 1 podemos observar que não houve expressiva variação na incidência de abortamentos entre os meses analisados.

O número médio de partos/abortamento foi de 4,6, ou seja, para cada 4,6 partos tivemos um abortamento ou 21,7 abortamentos para cada 100 partos.

Dos 382 casos de abortamentos incidentes no período em que se realizou a pesquisa, foram levantados 118, sendo 77 não infectados e 41 infectados, em torno dosquais serão elaboradas todas as demais tabelas e gráficos.

De acordo com a tabela nº 02 os abortamentos foram separados conforme sua natureza, sendo subdivididos em : provocados, suspeitos e espontâneos. É necessário enfatizar que foi considerado provocado somente aquele abortamento cuja natureza criminosa foi confirmada pela paciente. Como suspeitos, enquadramos a aqueles casos altamente sugestivos de terem sido provocados, cujo fato foi negado pela paciente. Como espontâneos foram incluídos todos os demais, apesar de encontrarmos entre eles alguns casos infectados. Dois fatos são dignos de nota: a) entre 69 casos de abortamentos espontâneos, 84,1% foram não infectados e 15,9% não infectados; b) quase a metade dos abortamentos provocados não foram infectados (13 em 23).

Em princípio, se considera todo abortamento infectado como provocado, mas nem todo abortamento provocado é infectado (4). E isso não foi totalmente confirmado em nosso trabalho.

O 1º aspecto, supra citado (item a), poderia ser explicado pelo simples fato de que a paciente de modo geral nega terminantemente a natureza criminosa do abortamento, onde muitos casos classificados como espontâneos poderiam na verdade serem provocados. Cabe aqui lembrar que os critérios na separação de abortamentos espontâneos e provocados foram nossos e se basearam quase que exclusiva

mente nas declarações das pacientes. O 2º aspecto (item b) confirma a premissa/ de que nem todo abortamento provocado é infectado.

Considerando-se somente os abortamentos confessadamente provocados e os es pontâneos, obtém-se uma relação de 1,9 casos espontâneos para cada provocado, / ou seja, para cada 100 abortamentos, 66 são espontâneos e 34 são provocados, / confiando-se é claro nas declarações das pacientes. Já Rodrigues Lima (6) encon trou uma relação de 0,6. Esta diferença significativa talvez pudesse ser expli- cada pelas diferentes condições em que foram colhidos os dados. O autor supra-/ citado obteve as informações em consultas médicas de pré-natal, onde as mulhe-/ res talvez fossem mais fiéis nas suas declarações, com receio de que escondendo o fato poderiam vir a prejudicar a atual e desejada gravidez. Em nosso trabalho, o levantamento foi realizado à beira do leito hospitalar com a paciente sofren- do uma série de conflitos emocionais e "stress".

"Pinoti encontrou, em Campinas, entre os casos dos abortamentos hospitali- zados, 34% de abortamentos provocados" (3). Nós encontramos um número semelhan- te, ou seja, 30,5% conforme a tabela de nº 02.

O abortamento incidiu com maior frequência nas pacientes com 19 a 29 anos/ de idade, tanto nos provocados como nos espontâneos, conforme a tabela nº 03. / Dos 118 casos, 61,8% são mulheres pertencentes às faixas de 19 a 24 e 24 a 29a- nos. Uma especulação a esse respeito poderia ser feita nos seguintes termos: a mulher de 19 a 29 anos de idade, de modo geral, apresenta menor estabilidade fa- miliar do que aquelas com mais de 30 anos e maior atividade sexual do que as / mulheres com menos de 20 anos. Por isso mesmo a incidência cai significativamen- te nas faixas etárias abaixo de 20 e acima dos 35 anos. Rezende(9) cita os índi ces de Jawert onde os abortamentos são muitos mais frequentes nas pacientes com idade mais avançada, ou seja, a incidência é diretamente proporcional à idade / das pacientes. Como podemos observar, isso não foi encontrado em nossa casuísti ca.

Na sua grande maioria, conforme tabela 4, as pacientes pertencem a cor bran- ca. Isto confirma o que encontramos na literatura (3) e pode ser explicado pelo maior contingente de brancos existentes na nossa região. As pacientes mulatas / foram incluídas como pretas.

As mulheres casadas apresentaram um pouco mais que o dobro dos casos não in- fectados encontrados entre as solteiras. Nos infectados, e portanto, provavel-/

mente provocados, as solteiras apresentaram maior incidência que as casadas. Isso nos parece demonstrar que o estado civil no nosso meio é fator importante para levar a mulher solteira à prática do abortamento, apesar de muitas vezes isto ser negado pela mesma. Este fato, entretanto, não foi confirmado pelos autores consultados. Rodrigues Lima (6) encontrou uma maior incidência de abortamentos provocados e espontâneos entre as mulheres casadas. Bossemeyer(2) encontrou uma incidência praticamente igual nos 2 estados civis. Para esses autores, o estado civil "no que se refere ao abortamento não passa de status social" (3), não influenciando na determinação da prática da interrupção da gravidez. Entre as pacientes solteiras foram incluídas aquelas que vivem amaziadas mas que legalmente são solteiras.

A paridade apresentou-se inversamente proporcional ao número de abortamento (tabela 5), ou seja, à medida que aumenta o número de filhos, cai o número de abortamentos, portanto as múltiparas apresentaram um menor percentual. Este fato poderia ser explicado sob 2 aspectos: a) as múltiparas em geral apresentam menos abortamentos, sendo um dos motivos pelos quais são múltiparas, b) as mulheres com pequeno número de filhos apresentam maior número de abortamento porque usam a prática do mesmo como controle da natalidade.

Por encontrarmos muitos casos procedentes da mesma região, resolvemos fazer um estudo mais detalhado deste fato. Para isso convencionamos dividir a procedência em: a) bairros e/ou localidades do município de Florianópolis, b) outros municípios da Grande Florianópolis. O município de São José foi subdividido em 2 regiões: a) Barreiros, b) todas as demais localidades. No gráfico nº 01 apresentamos apenas as localidades mais incidentes na pesquisa. Dos 118 casos de abortamentos, 21,2% vieram de Barreiros, 13,6% do centro e 11,9% de Capoeiras. A grande maioria das demais localidades contribuíram com apenas um ou dois casos/região. Diante desse aspecto, pode-se afirmar com certa segurança que essa maior incidência de Barreiros, Centro e Capoeiras não deve ter ocorrido simplesmente por casualidade.

Para termos uma idéia a respeito da situação econômica das pacientes estudadas, obtivemos sua renda familiar e o nº de dependentes da mesma, calculando assim uma renda per capita das respectivas famílias. Distribuímos a renda per capita em faixas de rendimento mensal que podem ser observadas no gráfico nº 02. A análise do mesmo nos mostra que a incidência dos abortamentos /

não infectados varia muito pouco com a variação da renda das pacientes. Somente naquelas pessoas com renda per capita superior a Cr2.000,00 mensais é que / houve uma relativa queda do percentual. Nos abortamentos infectados houve uma incidência maior nas pessoas com renda per capita média, ou seja, de 500 a / 2000 cruzeiros mensais.

" O abortamento não é privilégio de nenhum grupo sócio-econômico, mas ocorre principalmente na população economicamente pobre e média" (6). Este fato também pode ser constatado na nossa casuística (gráfico nº 02). Nas classes / mais favorecidas observou-se pequena incidência, principalmente nos casos infectados. Isto pode ser atribuído, na nossa opinião, ao fato de que essas classes sociais usam em maior proporção e os mais eficazes métodos contraceptivos, apresentando por isto menor fertilidade. Além disso, quando praticam o abortamento, o fazem em ambientes e com pessoas especializadas, raramente necessitando de internação hospitalar posterior. As classes miseráveis pouco contribuíram para a casuística do abortamento provocado. "Trata-se de uma classe / tão desprotegida que nem para obter quem lhes faça um abortamento dispõe de / recursos" (6).

Aproximadamente a metade das pacientes , conforme a tabela nº 06, não usava método anticoncepcional. Dentre as que usavam, o método mais difundido / é o anovulatório oral. Entre os abortamentos provocados, 9,3% das mulheres / usavam anovulatório oral e 17,8% não usavam método contraceptivo, o que demonstra que essas pacientes controlam a natalidade através do abortamento. Este fato também revela que no nosso meio há uma visível falta de esclarecimento em termos de planejamento familiar e métodos contraceptivos. Podemos observar ainda que muitas destas pacientes da nossa casuística mantiam relações sexuais extra-conjugais ou atividade sexual esporádica.

Apesar do limite da idade gestacional para o abortamento segundo vários / autores ser de 22 semanas, encontramos dois casos de interrupção da gravidez / com tempo de amenorréia superior a este, e que foram enquadrados como abortamentos pelo corpo clínico da MCD. Dos 36 casos de abortamentos criminosos, / 80,1% foram realizados em gestantes com até 16 semanas de amenorréia, sendo / que 52,8% foram executados entre 8 e 16 semanas, isto é, a paciente aguarda / em média 2 meses de atraso menstrual para provocar o abortamento. Rodrigues / Lima (6) encontrou 87,5% de abortamentos embrionários. É preciso não esquecer

que mesmo quando a gravidez não é desejada, fortes razões pessoais ou convicções religiosas, restrições legais, pressão de normas sociais, oposição do esposo, podem alterar a decisão do abortamento como alternativa real (3). Um aspecto que merece ser mencionado é que a mulher, a partir do momento que passa a sentir os movimentos do concepto, parece tomar maior conscientização da gravidez e se tinha alguma intenção de interrompê-la, não mais aceita esta idéia (8). Isto poderia explicar parcialmente a relativa baixa incidência dos abortamentos fetais. É necessário lembrar ainda que ocorre a possibilidade da mulher em amenorréia não grávida, por se julgar grávida, tentar o abortamento.

O número de pacientes com história de abortamentos anteriores espontâneos, conforme observamos na tabela 8, varia muito pouco em relação ao nº de filhos. Já os abortamentos anteriores provocados foram observados somente naquelas mulheres com pequeno número de filhos, sendo que 88,2% delas possuía, de 0 a 2 filhos. Este aspecto mais uma vez vem confirmar que essas mulheres controlam sua natalidade através da prática do abortamento. As múltiparas não apresentaram abortamentos anteriores provocados. Observou-se ainda que o número de abortamentos espontâneos por mulher, aumenta à medida que cresce o nº de filhos das mesmas. Isto nos parece ser perfeitamente justificado pelo fato de uma mulher que engravida várias vezes, ter aumentada suas chances de abortar. Pouco mais da metade das pacientes estudadas (tabela 8), não possuíam história de abortamentos anterior, principalmente aquelas com pequeno nº de filhos (0 a 2).

Para a execução do gráfico nº 3, obtivemos um nº médio de partos por paciente de acordo com o nº de abortamentos provocados ou espontâneos apresentados pelas mesmas. Os abortamentos suspeitos foram incluídos entre os provocados nesta tabela. Para obtenção desse nº médio foi verificado o total de partos apresentados por todas as mulheres de acordo com o nº de abortamentos das mesmas. Exemplo: 55 mulheres com história de um abortamento espontâneo tiveram um total de 89 partos, o que equivale a 1,6 partos/mulher para cada abortamento espontâneo/mulher. Nos abortamentos espontâneos, o número médio de partos/mulher aumenta à medida que aumenta o nº de abortamentos/mulher. Nos provocados ele se mantém quase que inalterado (gráfico 3). Conclui-se que na mulher com interrupção criminosa da gravidez a fertilidade é menor, pois esta faz con

trole da natalidade através da prática do abortamento.

Convencionamos dividir a dosagem dos antibióticos utilizados no tratamento das pacientes de nossa casuística em: doses convencionais e altas dosagens. Por altas dosagens, consideramos o uso de ampicilina, cloranfenicol em doses iguais ou superiores a 4 gramas diárias e o uso de Penicilina G em doses iguais ou superiores a 10 milhões de unidades diárias.

A grande maioria dos abortamentos infectados, conforme gráfico 4, foi tratada com altas dosagens de antibióticos (95,1%). O antibiótico mais utilizado nestes casos foi a Penicilina Cristalina, empregada em 23 casos (56,1%) isoladamente, em doses de 30 a 40 milhões de unidades diárias. Em 8 casos (19,5%) ela foi associada com a gentamicina no 1º dia de terapêutica, cujas doses variaram de 80 a 180 mg/dia. No 2º dia de tratamento, uma grande parte das pacientes recebeu o mesmo esquema de antibióticos do 1º dia, variando muitas vezes apenas a dosagem da Penicilina Cristalina. Em outro grupo de casos bastante significativos, o antibiótico empregado no 2º dia foi a Penicilina/Procaína isolada ou associadamente à Gentamicina.

Nos 17 casos de abortamentos não infectados nos quais foram empregados antimicrobianos em altas dosagens, foi utilizada a Penicilina Cristalina em 94,1% das mulheres, sendo que em 17,6% ela foi associada à Gentamicina. Suas doses variaram de 10 a 40 milhões de unidades/dia e a Gentamicina foi usada em doses de 180 mg/dia. No 2º dia o esquema foi mantido em 17,8% e a Penicilina/Procaína foi usada em 29,4% e a Ampicilina, em 11,8% mulheres. O emprego de antibióticos em altas dosagens em abortamentos não infectados não nos parece justificado, entretanto, não cremos que seja apenas com finalidades profiláticas que tenha sido utilizado. No entanto, na maior parte dos abortamentos não infectados foram empregados antibióticos em doses costumeiramente utilizadas, mas, por um período de tempo reduzido (1 a 2 dias) e alguns casos não receberam uma antibióticoterapia complementar na alta hospitalar. Nestes casos, os antimicrobianos mais empregados foram: Cloranfenicol, Tetraciclina e a Ampicilina.

O uterotônico (metilergonovina) foi utilizada somente após a curetagem uterina em 100% dos casos. Entretanto, há autores que recomendam o seu uso antes da curetagem, como é o caso de Paulo E. de Almeida Moura e Domingos Delascio (7) que dizem: "nunca é demais insistir na importância do ocitócito que ,

mantendo o útero contraído, diminui a possibilidade de propagação venosa e linfática da infecção" (7). Os mesmos autores sugerem esquemas terapêuticos de antibióticos semelhantes aos utilizados na MCD. A tendência é não realizar a curetagem de imediato. Primeiramente se faz o combate da infecção, debelando-a para após efetuar a curetagem.

De acordo com a tabela 9, podemos concluir que a maioria das pacientes foram a curetagem 1 a 6 horas após a internação. Entretanto, não existe uma norma rígida quanto ao horário em que a paciente deva ser curetada, depende sim das condições gerais apresentada pela mesma. A tendência no entanto, é curar tão logo seja possível. A curetagem foi realizada em 100% dos casos, não havendo complicações após a mesma.

Os anestésicos mais usados foram a base de Tiobarbitúricos, Triidoetilato de Galamina (curarizante sintético) e Atropina.

As pacientes com abortamentos não infectados permaneceram internadas na sua grande maioria (58,5%) até 48 horas, conforme a tabela 10. Aquelas com abortamentos infectados ficaram hospitalizadas um período de tempo que variou de 24 a 72 horas. O tempo médio de internação para o abortamento não infectado é de 1,8 dia, para o caso infectado, de 2,4 dias. A média geral de permanência hospitalar foi de 2,1 dias. Para Bossemeyer (2) a média encontrada foi de 2,8 dias, portanto, um pouco superior a da MCD. As pacientes que permaneceram por mais de três dias internadas, de modo geral foi porque apresentaram algum tipo de complicação ou a internação se deu por ameaça de abortamento e foi tentada a manutenção da gravidez.

Devido a importância dessa patologia computamos o ônus referente ao tratamento de 66 casos de abortamentos internados em maio de 1978 na MCD (tabela 11). Os demais casos pertencentes aos meses de março e fevereiro por falta de dados não foram aqui incluídos. Para o cálculo das despesas, baseamo-nos nas tabelas de preço da instituição previdenciária mais comum apresentada pelas mulheres pesquisadas, ou seja, o INPS, seguindo suas normas no cálculo das despesas hospitalares e médicas. Na medicação foi incluído o uso de sangue total, papa de hemácias e plasma. Na despesas com obstetra incluímos a curetagem e os honorários referentes ao atendimento durante o tempo de internação da paciente. Como material de sala de curetagem incluímos anestésicos antissépticos sondas, oxigênio, uterotônicos, etc. No material de enfermagem foram incluídos

equipos de soro, sondas, oxigênio, etc. Não foram computados eventuais exames laboratoriais. Não pretendemos ser exatos com esta tabela, mesmo porque isto/ seria inviável, mas desejamos dar uma idéia de quanto se gasta no tratamento/ desta patologia. A média por nós obtida para tratamento do abortamento não in/ fectado foi de Cr\$ 1.637,32 e para o infectado, de Cr\$ 2.436,78. A média geral/ foi de Cr\$ 1.915,92.

Para um melhor estudo dos métodos abortivos mais utilizados, dividimos / os mesmos, conforme a literatura em: meios físicos, químicos e físico-químico. Os meios físicos compreendem traumatismos inta-uterino direto e traumatismo ab- dominal. Os meios químicos incluem o uso de medicamentos e outras substâncias por via oral ou parenteral. Os físico-químicos incluem o emprego de traumatis- mos intra-uterinos e o uso de substâncias via oral ou parenteral associadamen- te, ou ainda a aplicação de substâncias líquidas intra-útero. O método mais u- tilizado para a prática do abortamento foi o físico, no qual verificamos o u- so de sondas, cabos de pente, haste metálica, agulhas de crochê, sendo a in- trodução de sonda na cavidade uterina a prática mais difundida no nosso meio. Isto vem confirmar as afirmações de Fernando M. Freitas (4). Muitas pacientes podemos observar, tentam primeiramente o abortamento através os méto- dos químicos, ou seja, com o uso de preparados caseiros ou drogas comercializadas. A pós estas tentativas ter falhado, partem para os métodos físicos. Entre os / mais curiosos abortivos preparados caseiramente que encontramos, quase sempre estão incluídos bebidas alcoólicas, anovulatórios orais, ervas e analgésicos / do tipo salicilatos. Além disso, muitas pacientes não declararam qual o méto- do que utilizaram para abortar e outras negaram o uso de método físico, ape- sar de se encontrarem com importante infecção ginecológica. Entre os métodos/ químicos mais utilizados encontramos o emprego de injeções adquiridas clandes- tinamente em farmácias. O quinino foi utilizado por apenas uma paciente. A fre- quência dos métodos abortivos empregados pelas nossas pacientes podem ser o- bservados no gráfico 5.

Podemos verificar, através da tabela 12, que os principais abortadores / foram: parteiras, a própria paciente e curiosas. Somente dois casos vieram / confessadamente de consultórios médicos clandestinos, o que confirma o que a- firmamos anteriormente, ou seja, raramente aparecem em hospitais casos proce- dentes de consultórios médicos. O motivo já foi exposto anteriormente. Apesar

disso, é de conhecimento geral e principalmente do meio médico, que existem / facultativos na cidade e outras regiões do estado dedicados praticamente só a este tipo de atividade e mesmo assim seguem impunes no exercício de sua "profissão".

Os motivos mais comuns que fizeram com que as pacientes provocassem o abortamento foram as imposições financeiras, desejo de esconder a gravidez indiscreta por ser solteira e por não querer o filho. Muitas pacientes apresentaram mais de uma razão para a interrupção da gravidez. Além dos motivos citados na tabela 13, obtivemos uma série de outros, os quais giram quase sempre em torno de fatores conjugais, econômicos, familiares e sociais, entre eles / citamos: filho muito novo, o marido não queria o filho, separação conjugal, / trabalho fora, muitos filhos, estupro. Nota-se que a paciente no caso de estupro teve seu abortamento provocado por curiosidade, portanto de maneira ilegal. / Em 17,5% da nossa casuística o motivo do abortamento foi o fato da paciente / ser solteira. Isto vem confirmar as nossas afirmações anteriores com respeito a influência do estado civil como fator determinante na prática do abortamento. Desta forma, nossa casuística mostrou-se diferente daquelas encontradas por / Rodrigues Lima (6) e por Bossemeyer (2) que não vêem no estado civil da paciente uma causa importante de abortamentos.

Computamos também uma série de alegações apresentadas pelas pacientes / com abortamentos espontâneos como sendo as prováveis causas da interrupção da gravidez. Algumas pacientes apresentaram mais de uma causa, as quais foram todas consideradas no trabalho. Além dos principais motivos apresentados que foram esforço físico e queda ao solo (tabela 14), tivemos a oportunidade de obter uma série de outras legações tais como: viagem de automóvel, hipismo, febre alta, nervosismo, toque vaginal, choque elétrico, anestesia local. Todas essas causas apresentadas pelas pacientes são sabidamente de pouca ou nenhuma influência sobre o curso de uma gravidez. Rezende (9) cita uma série de experiências a este respeito as quais mostraram que realmente estes fatores teriam / algum malefício àquelas pacientes que de alguma forma apresentasse uma tendência ao abortamento. O mesmo autor cita ainda que é provável que a gravidez interrompida desta forma não chegasse ao seu término independentemente destes / fatores.

Dos 118 casos estudados, 45 deles ou 38,1% apresentaram algum tipo de /

complicação, conforme pode ser observado na tabela 15. A complicação mais frequente foi a infecção, onde incluímos desde a endometrite até a pelviperitonite. Dos 36 abortamentos provocados, 66,9% apresentaram-se infectados, e desses 2 tiveram associadamente hemorragia importante. A hemorragia foi considerada complicação somente naqueles casos onde se apresentou de maneira importante a ponto da paciente apresentar sinais e sintomas de hipovolemia, exigindo reposição de volume. A maior parte dos abortamentos espontâneos não apresentaram complicações. Frize-se que algumas pacientes na internação apresentavam sinais e sintomas de infecção tais como hipertermia, dores intensas ao exame ginecológico, fluxo vaginal fétido, dores musculares e foram tratadas como abortamentos infectados, mas receberam diagnósticos de abortamento não infectado. Foram utilizados 5,5 litros de sangue total, 300 ml de papa de hemácias e 500 ml de plasma.

C O N C L U S Õ E S

1. A paridade apresentou-se, inversamente proporcional, ao número de abortamentos e o estado civil, foi fator importante para levar as solteiras à prática do abortamento.
2. Barreiros, Centro e Capoeiras foram os locais de procedência mais significativa e o nível sócio-econômico mais encontrado, foi o de baixo a médio.
- 3.-Há uma flagrante falta de esclarecimentos, entre as pacientes estudadas, no que se refere ao planejamento familiar e métodos contraceptivos.
4. A curetagem foi realizada mais frequentemente entre uma a seis horas de internação hospitalar.
5. A média de internação hospitalar das pacientes foi de 2,1 dias e se gastou em média, para cada abortamento, Cr\$ 1.915,92.
6. O método mais utilizado foi o físico, no qual se destacou a introdução de sonda na cavidade uterina; os principais abortadores foram: parteiras, própria paciente e curiosas.
7. A complicação mais comum foi a infecção, e não foram registrados casos de óbitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) BENSON, Ralph C. Manual de obstetrícia e ginecologia. Handbook of obstetrics and gynecology. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A. 5ª Edição, 1976.
- 2) BOSSEMEYER, Ronald e cols. Abortamento espontâneo e provocado. Estudo epidemiológico. Revista Femina, São Paulo, junho/76, volume 4 nº 6, p. 352 a 356.
- 3) COSTA, Pedro Luiz. Abortamento espontâneo e provocado. Estudo epidemiológico. Revista Femina, São Paulo, janeiro/76, volume 4 nº 1, p. 16 a 21.
- 4) FREITAS, Fernando M. de. Abortamento séptico. Revista Femina, São Paulo, dezembro/73 volume 1 nº 6, p. 330 a 336.
- 5) GUEIROS, Humberto da Silva. Conduta nos abortamentos. São Paulo. Revista / JBM, novembro/72 volume 23 nº 5.
- 6) LIMA, Octávio Rodrigues. Aborto provocado. Rio de Janeiro. Editora Refrigeração S.A., novembro/65.
- 7) MOURA, Paulo F. de Almeida e DELASCIO, Domingos. Abortamento séptico. Revista ARS CVRANDI. São Paulo, janeiro/74 volume 6 nº 11, p. 42 a 58.
- 8) POSSAS, Cristina de Albuquerque; NOVAES, Maria do Carmo Paschoal. Aborto: aspectos psicológicos. Revista Femina. São Paulo, janeiro/74 volume 2 nº 1, p. 28 a 30.
- 9) REZENDE, Jorge de. Obstetrícia. 3ª edição. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A., 1974.
- 10) SILVEIRA, Maria Helena. Abortamento espontâneo e provocado. Estudo epidemiológico. Revista Femina. São Paulo, abril/76 volume 4 nº 4, p. 215 a / 222.
- 11) STERSA, Olivio. Diagnóstico diferencial das hemorragias ginecológicas. São Paulo. Edições Autores Reunidos Ltda, 1961.

LEVANTAMENTOS DE CASOS

Nome: _____ Data: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

A) Idade: _____ Cor: _____ Estado civil: _____ Procedência: _____

Profissão: _____ Nível sócio-econômico: _____ Renda familiar: _____

Nº de dependentes: _____ Instrução: _____ Categoria: _____

Métodos anticoncepcionais: _____ Qual: _____ Nº de filhos: _____

Último parto: _____ Amamentação: _____ Tipo menstrual: _____

B) DUM: _____ Idade gestacional: _____

Ordem de aparecimento dos sintomas: _____

Complicações: _____

Espontâneos: _____ Como: _____

Provocado: _____ Motivo: _____

Local: _____ Quem: _____ Data/hora: _____

Método utilizado: _____

Medicação pós-aborto: _____

Tempo até os 1ºs sintomas: _____

Abortos anteriores: _____ Como: _____

Partos anteriores (como foram): _____

C) Dia/hora de internação: _____ Sinais Vitais de internação: _____

Medicação intra-hospitalar: _____

Horário curetagem: _____ Tempo entre internação/curetagem: _____

Complicação pós-curetagem: _____

Tempo de permanência hospitalar: _____ Data da alta: _____

Medicação em alta: _____

Observações: _____

Diagnóstico: _____

TCC
UFSC
TO
0331

N.Cham. TCC UFSC TO 0331

Autor: Espindola, Dimas

Título: Abortamento espontâneo e provoca



972816135

Ac. 254461

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM