

INVESTIGAÇÃO SOBRE OCORRÊNCIA DE ABORTO EM PACIENTES DE HOSPITAL DE CENTRO URBANO DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL*

Néia Schor**

SCHOR, N. Investigação sobre ocorrência de aborto em pacientes de hospital de centro urbano do Estado de São Paulo, Brasil. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 24: 144-51, 1990

RESUMO: Propõe-se identificar determinadas características de natureza biológica, demográfica, social e institucional com base nas informa es registradas nas fichas de prontuário de 2.588 mulheres atendidas com complica es de aborto em um hospital de Santo André, zona urbana e industrializada da Grande São Paulo (Brasil), no período de janeiro de 1978 a dezembro de 1982. Os dados revelaram uma duplica o no número de mulheres com complica es de aborto no período estudado, elevando-se gradualmente de 302 em 1978 para 672 em 1982. O número de partos atendidos no mesmo hospital, n  obstante, cresceu em apenas 14% no mesmo período, obtendo-se a média de rela o aborto/parto: 1 : 3,6 e 1 : 1,8 em 1978 e 1982, respectivamente. A maioria da popula o estudada (60%) possuía ocupa o assalariada não especializada. A idade (16,4% das mulheres estudadas eram menores de 20 anos) apresentou rela o estatisticamente significativa com o estado marital, cor, ocupa o e resultados gestacionais. Houve correla o significativa entre idade na menarca, idade na primeira rela o sexual e idade na primeira gravidez, no grupo de mulheres primigestas.

DESCRITORES: Aborto induzido. Saúde pública. Levantamentos epidemiológicos.

INTRODU O

Nem sempre, diante das diversas facetas que a questão apresenta, tem sido dada a devida aten o às complica es causadas pela interrup o provocada da gravidez, o aborto. Utilizado reiteradas vezes como espécie de substituto para uma efetiva política de controle da natalidade, o aborto — e suas complica es, sobretudo — não tem merecido a devida aten o na área de Saúde Pública, sendo poucos os estudos realizados no Brasil.

Há estimativas que apontam o aborto como a quarta causa de mortalidade materna no País e o presente estudo, mais especificamente, constatou que em cinco anos duplicou, proporcionalmente, o número de abortos em rela o ao número de partos. Além disso, há indicadores de que as complica es p s-aborto têm tido uma especial incidência na camada adolescente, o que sugere a necessidade de uma política mais eficiente para esclarecer e orientar essa faixa etária sobre a questão e suas implica es^{8,12,13,14}.

São incontáveis as limita es que medraram na feita do presente trabalho: desde dificuldades de ordem  tica, política e religiosa até falta de documenta o hospitalar adequada, passando por

escassez de trabalhos sobre o assunto, ocasionada pelo pouco investimento, por parte dos órgãos competentes, em pesquisas e estudos^{1,14}.

Além disso, a questão do aborto, em si mesma, apresenta-se como algo extremamente enredado, podendo ser encarada sob várias ópticas ao longo da própria história das civiliza es: praticado na China desde quase 3.000 anos Antes de Cristo e firmado com prática corrente na Antiga Grécia, o aborto era visto como instrumento de limita o da natalidade e de estabilidade da popula o das cidades; o advento do Cristianismo, porém, trouxe consigo a definitiva condena o da prática da interrup o provocada da gravidez, com base no mandamento "Não matar s". Assim, entre a impunidade e o castigo, a contradi o foi se acentuando: no século XIX, as classes dominantes posicionavam-se contra o aborto, pois viam na sua prática um empecilho para o aumento da mão-de-obra barata^{2,4}.

Como conseq ncia dessa oscila o ao nível mundial, há países que tratam o aborto como um ato legal (caso do Japão, onde há leis favoráveis a essa prática desde 1948 e da URSS, onde o aborto   visto como direito da mulher) e aqueles que não o legalizaram (caso da maioria dos países da Am -

* Parte da tese de Doutorado, apresentada   Faculdade de Saúde Pública da USP, em 1985, sob o título "Aborto como questão de Saúde Pública — estudo da demanda de mulheres que recorreram ao Hospital por complica es do aborto".

** Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Av. Dr. Arnaldo, 715 - 01255 - São Paulo, SP - Brasil.

rica Latina, onde é forte a influência da Igreja Católica)^{4,11}. No Brasil, há apenas dois casos, previstos por Lei, em que se autoriza a realização do aborto: o chamado aborto terapêutico (feito para salvar a vida da gestante) e aborto sentimental (resultante de estupro). Os casos de aborto situados fora dessas duas categorias são, teoricamente, punidos com penas de reclusão, entre outras, aplicadas à gestante e aos executores do ato^{6,7,9,11}.

De qualquer forma, a evolução dos costumes sexuais, a nova posição que a mulher vem ocupando na sociedade e outros interesses de ordem político-econômica levaram a uma crescente liberalização na abordagem da questão. Assim, aproximadamente dois terços da população mundial habitam países onde o aborto é legalizado^{3,4,11}.

O presente trabalho pretende, a partir de uma amostragem de mulheres com complicações provenientes de aborto, que recorreram aos serviços de um hospital da Grande São Paulo, caracterizar determinadas variáveis de ordem biológica, demográfica, social e institucional presentes no processo, e contribuir para o estabelecimento de indicador dos possíveis procedimentos específicos aos serviços de assistência à saúde da mulher no País.

METODOLOGIA

População estudada

Seleção das variáveis

A partir de dados extraídos dos prontuários das pacientes, as variáveis selecionadas foram:

- Idade da Mulher — do nascimento até a ocorrência do aborto foram selecionados 10 grupos: até 15 anos; 15 a 19 anos, ano a ano; 20 a 39 anos, de 5 em 5 anos; 40 anos e mais. Além desses, apareceram as menores de 20 anos e as com idade igual ou superior a 20 anos.

- Estado Marital — classificado em: (E) — estável = mulheres que vivem maritalmente com um companheiro, casadas legalmente ou em coabitação consensual; (E) — não estável.

- Cor — dividida em: branca (B) e não branca (B)

- Ocupação da Mulher — agrupada em: prendas domésticas; ocupações manuais não especializadas; ocupações manuais especializadas e assemelhadas; ocupações de rotina e assemelhadas; estudante. Algumas vezes, para fins de análise estatística, as mulheres foram agrupadas em 3 categorias: prendas domésticas; assalariadas (ocupações manuais não especializadas, ocupações manuais especializadas e assemelhadas); estudantes.

- Procedência — agrupada em: Santo André (cidade da Grande São Paulo); São Paulo, capital e interior; demais Estados da União.

- Mês e dia da semana — o mês correspondeu ao da entrada no Hospital; os dias da semana foram: segunda-feira a domingo.

- Período de Admissão — hora e minuto da admissão.

- Idade Gestacional do Aborto — foi considerada a data da última menstruação até a data do evento, e a idade gestacional foi agrupada em: 1-8, 9 a 13, 14 a 20, 21 a 27 semanas.

- Idade na Menarca — agrupada em: 9 a 12 anos; 13 a 14 anos, 15 e mais anos.

- Idade na Primeira Relação Sexual — agrupada em: até 13 anos, 14 anos, 15 anos, 16 a 17 anos, 18 a 19 anos, 20 anos e mais.

- Gestação anteriores — foi considerado o número de gestações que precederam o evento.

- Resultado das gestações anteriores — consideraram-se os eventos vitais resultantes de cada gestação anterior ao evento. (NV - AA - PA)

- Tempo de atendimento — (Dta) — considerado o tempo (em horas) de admissão da mulher no Serviço até o atendimento médico.

- Tempo de permanência — (Dtp) — considerado o tempo decorrido desde o primeiro atendimento médico até a alta hospitalar.

Métodos estatísticos utilizados — processamento e análise

Para o processamento de dados foi utilizado o sistema SPSS (Statistical Package for the Social Science) e o ECTA (Everyman Contingency Table Analysis)⁵.

A análise estatística compreendeu estudo descritivo de todas as variáveis por meio de distribuição de frequência, cálculo de média (\bar{X}) desvio padrão (d.p.), determinação de moda, mediana, mínimo e máximo (amplitude).

Sempre que o interesse era avaliar a associação entre duas variáveis foi utilizado o teste Qui-Quadrado (χ^2).

A técnica multivariada Modelos Log-Lineares foi empregada em quadro de contingência envolvendo três variáveis, para verificar a existência de associações¹.

O nível de significância adotado foi = 0,05.

População estudada

Considerando-se as dificuldades apresentadas, para obtenção de dados sobre abortamentos no País, devido sobretudo aos tabus que cercam o assunto, decidimos buscar informações para sustentação, ao presente trabalho, em registros hospitalares referentes a mulheres com esse tipo de diagnóstico. O Município de Santo André apresentou-se como foco de interesse, por se tratar de área urbana industrializada da Grande São Paulo que recebe um grande contingente de migrantes das mais diversas regiões do País e do Estado, além de apresentar um sistema de saúde razoavelmente bem distribuído. Foi escolhido um hospital do Município de Santo André que se caracterizou como instituição cujos registros de casos se apresentavam de forma mais completa e confiável em relação a outras instituições também observadas. Aliás, este parece ser um entrave no processo de pesquisa e de estudo no país: a carência de registros mais precisos, a presença de dados incompletos por falta de orientação ou desleixo do pessoal de atendimento.

O Hospital estudado apresentava características bastante próximas de se adequar aos objetivos propostos para o trabalho: ser o único hospital público da região e atender uma clientela basicamente descoberta de sistema previdenciário; manter convênio com a Faculdade de Medicina do ABC para prestação de serviços médicos, sob supervisão de docentes, o que supõe uma maior uniformização em termos de quantidade nos procedimentos de assistência.

Estabeleceu-se o período de 1/1/78 a 31/12/82 a ser observado nas fichas de todas as mulheres que deram entrada no Serviço de Pronto de Socorro ou na Maternidade, visando à resolução obstétrica (diagnóstico de abortamento, abortamento incompleto, abortamento infectado, abortamento séptico, excluindo-se os diagnósticos de mola hidatiforme, gravidez ectópica, placenta prévia, abortamento espontâneo). Assim, tendo como referências as condições citadas, foram selecionadas 2.588 fichas de mulheres que recorreram ao referido serviço por "complicações pós-parto".

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Das 2.588 fichas relativas às mulheres que deram entrada no serviço hospitalar com complicações de aborto, constatou-se que 2.130 delas referiam-se às mulheres que tiveram pelo menos uma gestação anterior — independente de seu resultado — e o restante, 458 (17,7% do universo pesquisado), eram primigestas.

Uma constatação marcante fica por conta do aumento em relação ao número de abortos atendidos pelo serviço: enquanto o número de abortos mais que duplicou no período de cinco anos em questão, o número de partos teve um aumento de

apenas 14% no mesmo período.

Nos países onde o aborto é ilegal, e há muitos nessas condições na América Latina, o registro de admissão hospitalar é a principal fonte de informação sobre a questão. Trabalho realizado por Monreal¹⁰ constitui bom parâmetro com relação a dados completos sobre hospitalização por aborto no Chile. E o que se apurou sobre aborto, nesse mesmo país, bastante semelhante ao Brasil quanto às características legais, religiosas e éticas, diz respeito a uma evolução correspondente a três fases: de 1931 a 1960, quando se verificou aumento constante tanto no número como na taxa de aborto; de 1961 a 1966, considerada fase de transição; de 1967 a 1973, quando houve declínio do número e da taxa de aborto. As hipóteses formuladas por Monreal¹⁰ supõem que o aumento dos abortos hospitalares seja o reflexo do aumento dos abortos totais e que esteja associado diretamente com as mudanças sócio-econômicas que ocorreram no período. Ainda segundo Monreal¹⁰, a diminuição dos abortos hospitalares está associada diretamente ao uso de contraceptivos e à "libertação oculta" do aborto provocado na sociedade. Existe no presente trabalho preocupação em justificar a necessidade do planejamento familiar e o controle da natalidade, preocupação que também se faz presente em trabalhos da mesma natureza do de Monreal, no país.

Um dado colhido na presente pesquisa, e que nos leva a salientar a importância de uma efetiva política de saúde da mulher no Brasil, diz respeito ao aumento proporcional do número de abortos sobre o número de gestações, conforme indica o esquema que se segue:

1978 - 1:3,6; 1979 - 1: 2,5; 1980 - 1: 2,4; 1981 - 1 : 2,1; 1982 - 1 : 1,8.

Esse aumento do número de atendimentos por complicações pós-aborto em relação ao número de partos leva-nos a duas hipóteses: piora no atendimento pelos "profissionais do aborto" ou aumento crescente das mulheres que recorrem ao aborto para resolução de gravidez.

Com relação à idade das mulheres que recorrem ao aborto, pode-se perceber uma incidência considerável, conforme Tabela 1, na faixa dos 20 aos 24 anos, devendo-se ressaltar também a expressiva percentagem referente às adolescentes (< 20 anos), mais precisamente 16,4% do universo pesquisado.

No que diz respeito ao estado marital das mulheres pesquisadas, o estudo não apresentou grandes diferenças entre a percentagem de mulheres estáveis (E) e não estáveis (E) que praticaram aborto: respectivamente 50,2% e 49,5%. No entanto, constatou-se uma notável associação entre idade e estado marital: 74,3% das adolescentes não são estáveis maritalmente, contra mais de 50% de mulheres ≥ 20 anos que apresentam situação marital estável.

TABELA 1

Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo a idade (anos) com história de aborto, registradas em hospital do Município de Santo André, 1978-1982.

IDADE	Nº	%
≤ 15	58	2,2
16	51	2,0
17	69	2,7
18	116	4,5
19	130	5,0
20 ---- 24	777	30,0
25 ---- 29	559	21,6
30 ---- 34	335	13,0
35 ---- 39	225	8,7
≥ 40	267	10,3
Total	2.587	100,0
Amplitude	12 ---- 55 anos	
\bar{X} (d.p.)	27,1 (8,2) anos	
Mediana	25,2 anos	
Moda	22,0 anos	

Não registrado: 1 (0,04%)

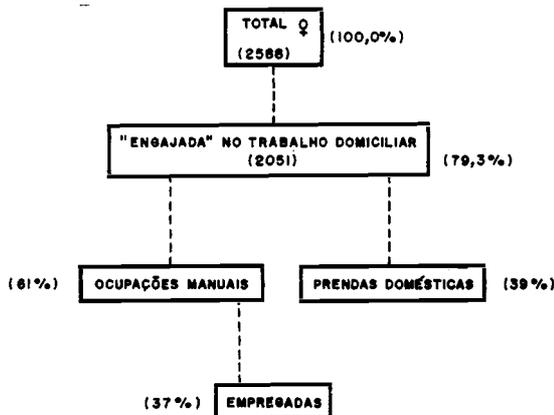


Fig. 1 - Representação do número e percentagem das mulheres "engajadas" no trabalho domiciliar, registradas em hospital do Município de Santo André, 1978-1982.

Quanto à variável cor, até mesmo devido aos parâmetros utilizados na classificação (B e \bar{B}), bastante redutores se analisarmos as características de miscigenação da população, não se apuraram resultados significativos (53,1% B e 46,9% \bar{B}), a não ser nas associações das variáveis cor e idade (B < 20 anos - 47,4% e B ≥ 20 anos - 54,2%), além da ligação entre cor e estado marital (60,8% E são brancas, enquanto que nas \bar{E} esse percentual fica em 45,3%).

Uma constatação significativa foi a grande incidência de mulheres ligadas ao trabalho domici-

liar (79,8%), das quais 39,0% eram donas de casa, além da presença notável de empregadas domésticas (Fig.1). De qualquer forma, constatou-se um percentual de 64,5% de mulheres com ocupação remunerada: uma grande maioria de mulheres desempenha serviços domiciliares, não especializado e remunerado, o que, certamente, guarda uma relação com a natureza da área pesquisada, urbana e altamente industrializada.

Na Tabela 2 constatamos uma relação entre idade, estado marital e ocupação, conforme indicam os seguintes dados: a maioria das mulheres < 20 anos e com estado marital não estável é estudante, além de uma maior proporção de mulheres assalariadas entre as não estáveis maritalmente.

No que tange à procedência das mulheres, apuraram-se os seguintes dados, mais significativos: 30,4% das mulheres eram procedentes de Santo André; 8,1% eram procedentes de São Paulo; 20,2% provinham do interior paulista; 21,7% procediam da região Nordeste.

Chama a atenção também, observando-se a relação idade/procedência, na faixa de mulheres < 20 anos, a percentagem de 40,0% de adolescentes originárias de Santo André.

Quanto aos meses do ano em que deram entrada

TABELA 2

Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo a faixa etária (anos), estado marital e ocupação, com história de aborto, registradas em hospital do Município de Santo André, 1978-1982.

Faixa Etária	Estado Marital*	Ocupação**(O)			Total
		1	2	3	
(1)	(E) Nº. %	Nº. %	Nº. %	Nº. %	(4) Nº. %
< 20	E	46(43,0)	47(43,9)	14(13,1)	107(100,0)
	\bar{E}	33(10,6)	206(66,2)	72(23,2)	311(100,0)
Sub-Total		79(18,9)	253(60,5)	86(20,6)	418(100,0)
≥ 20	E	516(43,3)	669(56,2)	6 (0,5)	1.191(100,0)
	\bar{E}	203(21,1)	736(76,7)	21 (2,2)	960(100,0)
Sub-Total		719(33,4)	1.405(65,3)	27 (1,3)	2.151(100,0)
Total		798(31,1)	1.658(64,5)	113(4,4)	2.569(100,0)

Não registrado: 19 (0,7%)

* E: estável
 \bar{E} : não estável
 ** 1: prendas domésticas
 2: "assalariadas"
 3: estudantes

no serviço, não foi possível constatar qualquer incidência significativa, apenas um discreto pico no mês de agosto.

Já com relação aos dias da semana em que o serviço foi mais procurado pelas mulheres, percebeu-se a tendência a uma maior procura a partir de quinta-feira até o sábado, diminuindo no domingo e voltando a aumentar progressivamente a partir de segunda-feira, inclusive.

A partir do exame da incidência do período de pico no serviço, entre 18 e 19 h, podem-se tecer algumas hipóteses, embora inexistentem pesquisas que confirmem as suposições que seguem: haveria a procura do serviço após um dia de trabalho ou de atividade; os locais onde teriam sido realizados os abortos funcionariam no período da manhã ou na noite anterior à procura do serviço, com surgimento de complicações no decorrer do período.

Apesar de ter sido impossível a feitura de uma análise mais aprofundada com relação às variáveis Dta (tempo decorrido até o atendimento) e Dtp (tempo de permanência no hospital, devido à escassez de dados nos prontuários (cerca de 50% das informações não registradas), ficou sugerida uma demora em relação ao tempo de atendimento, visto que a mediana girou em torno de duas horas (amplitude que variou de 10 min a 433 h - 18 dias). Esses índices revelam a necessidade de se investigarem os fatores que levaram a esta situação, uma vez que essa demora no atendimento das pacientes pode estar contribuindo para o aumento da morbimortalidade materna pós-aborto.

Em relação ao tempo de permanência no hospital, a média encontrada foi de 46 horas (com amplitude variando entre 40 min a 475 h - 19,8 dias).

De qualquer forma, foi importante analisar os dados, ainda que precários, relativos às variáveis dia da semana, período de admissão, tempo decorrido até o atendimento e tempo de permanência no hospital, já que o horário de pico na procura do serviço parece estar coincidindo com o período em que se verifica um menor número de pessoal médico, de enfermagem, auxiliar e administrativo (a partir das 16 horas), o que pode estar levando à demora no atendimento das pacientes.

Quando se trata da observação da idade gestacional no aborto, é possível inferir-se, a partir dos dados obtidos na Tabela 3, que a população estudada apresentou uma média de 12,5 semanas de gestação, com um desvio padrão de 4,6.

Os dados mostram que 94% das mulheres realizaram o aborto com 20 semanas ou menos de gestação e, destas, 63,9% com 13 ou menos semanas de gestação. Assim, pode-se dizer que a população em estudo está realizando o evento praticamente no primeiro trimestre de gestação. Cabe, no entanto,

TABELA 3

Distribuição do número e percentagem de mulheres segundo a idade gestacional (semanas) do aborto, registradas em hospital do Município de Santo André, 1978-1982.

Idade Gestacional (semanas)	N ^o	%
Até 8	517	20,9
9 a 13	1.065	43,0
14 a 20	745	30,1
21 a 27	148	6,0
Total	2.475	100,0
Amplitude	3 ---- 27 sem.	
\bar{X} (d.p.)	12,5 sem. (4,6 sem.)	
Mediana	11,7 sem.	
Moda	11 sem.	

Não registrado: 113 (4,4%)

observar que as < 20 anos parecem estar recorrendo um pouco mais tardiamente à prática do aborto, uma vez que a incidência do evento foi de 39,2% e 36,3%, respectivamente, nos períodos 9 a 13 semanas e 14 a 20 semanas de gestação, para as mulheres dessa faixa etária.

A média de idade na menarca girou em torno de 13,4 anos e 77% das mulheres pesquisadas tiveram a menarca antes dos 14 anos. Já quanto à idade na primeira relação sexual, o maior índice percentual incidiu sobre a faixa dos 16 aos 17 anos, numa percentagem de 32,8% do universo pesquisado. Assim, 81,4% das mulheres iniciaram sua vida sexual antes dos 20 anos, das quais 61,8% antes dos 17 e 6,3% antes dos 14. Nessa população, o que se constatou foi um início de vida sexual próximo da menarca.

Um ponto que mereceu nossa atenção também diz respeito à existência ou não de pelo menos uma gestação anterior ao evento atual — o aborto. Nesse sentido, foi possível apurar que 82,3% das mulheres em questão tiveram pelo menos uma gestação anterior; as restantes, 17,7% eram nuligestas anteriores. Ainda neste contexto foi possível constatar que a média de gestações anteriores esteve na ordem de 4,2 por mulher, enquanto a paridade anterior foi de 3 por mulher. Ficou constatado, ainda, que 13,8% das mulheres com pelo menos uma gestação anterior eram nulíparas.

A partir de outros dados obtidos, observamos que a média da paridade anterior foi 3 por mulher, ficando em média uma gestação anterior que não chegou ao parto. Independente do resultado, essa gestação tem grande chance de ter sido um aborto.

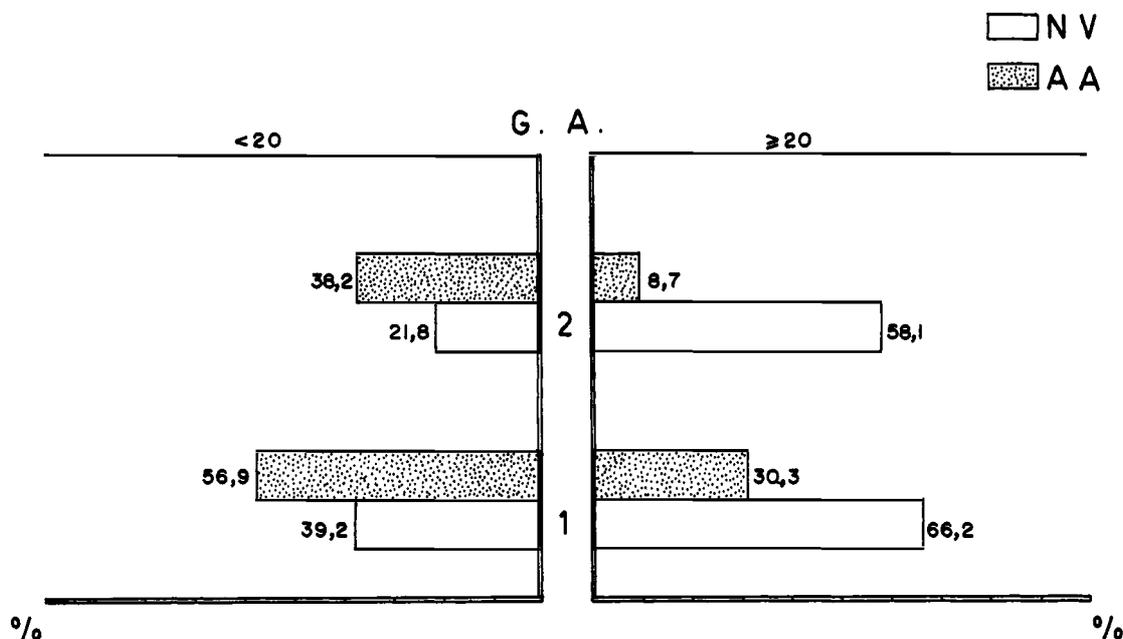


Fig. 2 - Distribuição de mulheres até 2 G.A. e número de abortos (AA) e nascidos vivos (NV) pela idade em anos, registradas em hospital do Município de Santo André, 1978-1982.

No presente trabalho encontramos uma proporção menor (17,7%) de primigestas nos 5 anos de estudos, no mesmo serviço, o que poderia dar a entender que as mulheres, de uma maneira geral, procuraram o aborto após a primeira gestação. Entretanto, quando analisamos os dados relativos a grupo etário e gestação anterior, verificamos que, nas < 20 anos, 44,2% eram primigestas e que nas ≥ 20 anos 12,6% eram primigestas. Esses resultados mostram que um grande número de adolescente (< 20 anos) está tendo como resolução da primeira gravidez um aborto.

A média dos nascidos vivos ficou em 2,7, com desvio padrão de 2,5. Das mulheres que tiveram pelo menos uma gestação anterior, 15,2% terminaram esta gestação em aborto e/ou natimortos. Vale lembrar que o evento atual — o aborto — foi, no mínimo, o segundo evento negativo dessas mulheres.

No grupo das mulheres < 20 anos, 50,4% nunca tiveram um filho vivo, sendo que no grupo das mulheres ≥ 20 anos esta porcentagem foi de 10,8%. Mais uma vez verificamos que mulheres mais jovens com pelo menos uma gestação anterior, em mais da metade dos casos, terminaram a gestação com um evento negativo.

Quanto às mulheres com pelo menos uma gestação anterior, 91,3% nunca tiveram natimorto. A média de natimortos foi 0,1, com desvio padrão de 0,5 e uma variação de 0,25 natimortos por mulher.

Foi verificada ainda a média de abortos anteriores (1,3 por mulher), com um desvio padrão de 1,8 e uma amplitude de zero a 17 abortos anteriores. Observamos que, em 44,4% das mulheres com pelo menos uma gestação anterior, o resultado desta foi certamente um nascido vivo. A porcentagem de mulheres que tiveram um aborto anterior, independente do número de gestações anteriores, foi de 24,4%.

Assim, das 2.588 mulheres pesquisadas, temos que 1.400 delas realizaram o primeiro aborto, o que nos dá uma porcentagem de 45,9% de mulheres com mais de um aborto nesta população.

Quanto aos abortos anteriores, nas faixas etárias já citadas, percebe-se que 41,9% das < 20 anos tiveram um aborto anterior, enquanto que nas ≥ 20 anos a maior concentração percentual se dá na categoria correspondente a zero abortos anteriores (45,8%).

Ao verificarmos a relação entre as variáveis estado marital, faixa etária e abortos anteriores percebemos que a proporção de dois abortos ou mais é maior nas < de 20 anos, não estáveis maritalmente (27,6%).

Nas mulheres com uma gestação anterior, em 56,9% das < 20 anos o resultado foi um aborto e, nas com idade ≥ 20 anos esse percentual foi de 30,3%. O número de gestações que terminaram em natimorto foi praticamente igual nos dois grupos. O mesmo

ocorre em relação às mulheres com até duas gestações anteriores.

Ressaltamos a importância desses dados em função da tendência de que as gestações das mulheres < 20 anos terminem, com maior chance, em aborto do que as relativas às mulheres ≥ 20 anos.

É certo que essa suposição está ligada ao fato de as < 20 anos apresentarem menos chances de estabilidade marital. A recorrência ao aborto estaria vinculada às condições de vida e de trabalho instáveis nessa faixa etária, achados que mereceriam inclusive um aprofundamento maior para possíveis futuras investigações.

A Tabela 4 mostra a relação existente entre a idade da mulher na primeira relação sexual e na primeira gravidez, sendo bastante significativos os resultados encontrados no que se refere às mulheres < 20 anos.

Assim, constatou-se que o início da vida sexual nas idades mais jovens leva a uma tendência de se ter a primeira gravidez também em idade mais precoce fato este assinalado nos estudos de Udry e col.¹⁴

TABELA 4

Correlações entre idade na menarca, idade na primeira relação sexual e idade na primeira gravidez de mulheres com história de aborto, registradas em hospital do Município de Santo André, 1978-1982.

Idade		Primesgestas		
		Total	< 20 anos	≥ 20 anos
Menarca	vs 1ª Relação	0,22	0,39	0,11
Menarca	vs 1ª Gravidez	0,15	0,28	-0,02 n.s.
1ª Relação	vs 1ª Gravidez	0,60	0,66	0,43

Deixamos claro, que em nenhum momento tivemos intenção de extrapolar os resultados deste estudo, para a população, como um todo, mas sim, a partir da identificação de algumas variáveis, fornecer subsídios, para o delineamento de intervenções destinadas a reduzir os problemas relacionados ao aborto, em especial na adolescência, e suas conseqüências para a mulher e a sociedade. Espera-se, também, fornecer subsídios para outros estudos, com a finalidade de ampliar a compreensão, em nosso meio, da problemática do aborto.

CONCLUSÕES

Levando-se em consideração os dados obtidos e apresentados no decorrer deste trabalho, algumas observações de caráter conclusivos podem ser inferidas: houve, de fato, um aumento do número de mulheres que recorreram ao serviço com complicações de aborto e, entre estas mulheres, 60% delas são assalariadas não-especializadas, ao mesmo tempo que a maioria delas não apresenta estabilidade marital.

No que tange propriamente aos serviços prestados pelo hospital em questão, quando do atendimento das pacientes, conclui-se que os dias (quinta-feira a domingo) e horários (18 às 19 horas) mais procurados pelas mulheres coincidem justamente com os períodos em que há carência de pessoal de atendimento especializado, o que revela certa precariedade de serviços nos momentos em que são mais necessários. Neste sentido ainda, vale ressaltar um certo desleixo em relação ao preenchimento de prontuários, sobretudo no que diz respeito ao tempo de atendimento e tempo de permanência no hospital.

Portanto, entende-se que o estudo do aborto deve ser uma das prioridades da Saúde Pública desde que se observe progressiva incidência das complicações bem como elevada incidência no grupo de mulheres adolescentes.

SCHOR, N. [The occurrence of abortion in hospital patients of the urban centers of S.Paulo State, Brazil.] *Rev. Saúde públ., S.Paulo, 24: 144-51, 1990.*

ABSTRACT: Certain characteristics — biological, demographical, social and institutional — based on data collected from the recorded case histories of 2,588 women suffering complications after abortion, attended in a hospital of Santo André, an industrial urban area of Greater S. Paulo, State of S. Paulo, Brazil, in the period from January 1978 to December 1982, are identified. Data show a two-fold increase in the number of women with complications after abortion over the period studied, rising progressively from 302 in 1978, to 672 in 1982. However, the number of births attended at the same hospital underwent an increase of only 14% in the same period, resulting in an average abortion/birth ratio of 1:3.6 and 1:1.8 in 1978 and 1982, respectively. The majority of the population under study (60%) professed non-skilled occupations. Age presented a statistically significant relationship with marital status, colour, profession and gestational results. A significant relationship was also observed between age at first menstruation, age at first sexual relationship and age at first pregnancy among those women belonging to the primigesta group.

KEYWORD: Abortion, induced. Public health. Health surveys.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENICIO, M.H. D'A. Fatores de risco de baixo peso ao nascer em recém-nascidos vivos — Município de São Paulo, 1978. São Paulo, 1983. [Tese de Doutorado — Faculdade de Medicina da USP].
2. CABANELLAS, G. *El aborto, un problema social, médico e jurídico*. Buenos Aires, Ed. Atalaya, 1945.
3. CENTRO LATINO-AMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE). *Aborto en América Latina: situación en algunas capitales Latino-americanas según encuestas del Centro Latino-Americano de Demografía*. Santiago, Chile, 1975.
4. FRENTE DE MULHERES FEMINISTAS. *O que é o aborto?* São Paulo, Ed. Cortez, 1980.
5. GOODMAN, L. Ectá Program: description for users. Chicago, 1975. [Mimeografado]
6. HOJDA, J. M. *Aborto: libertação ou restrição*. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado — Faculdade de Direito da USP].
7. HUNGRIA, N. *Comentários ao código penal*. 4a. ed. Rio de Janeiro, Forense, 1958. v. 5.
8. HUTCHINSON, B. Induced abortion in Brazil married women. *Amer. lat.*, 7(4): 21-33, 1964.
9. MILANESI, M. L. *Aborto provocado: estudo retrospectivo em mulheres não solteiras de 15 a 49 anos residentes no Distrito de São Paulo, em 1965*. São Paulo, 1968. [Tese de Doutorado — Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP].
10. MONREAL, T. Factores determinantes de 1a. tendência del aborto ilegal en Chile. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 86:206-16, 1979.
11. POPULATION REPORTS. Série F. Baltimore, (7) May, 1981.
12. SANTEE, B. *Abortion in Brazil*. New York, Columbia University Center for Population and Family Health. National Institute for the Study of Human Reproduction, 1976.
13. SIQUEIRA, A. A. F. de et al. Mortalidade materna no Brasil, 1980. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 18 :448-65, 1984.
14. UDRY, R.J. Age at menarche, at first intercourse, and at first pregnancy. *J. biosoc. Sci.*, 11: 433-41, 1979.

*Recebido para publicação em 3/8/1989
Reapresentado em 10/1/1990
Aprovado para publicação em 12/1/1990*