

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
FACULDADE DE MEDICINA  
CADEIRA DE TOCOGINECOLOGIA - 11º FASE

ANALÍSE DA INCIDÊNCIA

DE ABORTAMENTOS

NA MCD NO 1º TRIMESTRE

Florianópolis, 09 de abril de 1978

Dimas Espíndola

Edison Matos de Oliveira

Ercides Pfiffer

## RESUMO

O presente trabalho prospectivo e retrospectivo, analisa os casos de abortamentos que deram entrada na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis no primeiro trimestre de 1978, com uma incidência mensal de 13,92%, representando 2,4% de casos diários.

São analisados sob vários aspectos, como, a incidência da idade da paciente e a idade gestacional, estado civil, número de filhos, abortamentos anteriores, uso ou não de contraceptivos, tempo entre internação e curetagem e tempo permanência hospitalar,

Sendo especialmente enfatizados, os casos de abortamentos provocados e também, a terapêutica antibiótica.

Complementando o trabalho é feito, além de uma revisão bibliográfica, a parte médico legal frente ao abortamento.

## I N T R O D U Ç Ã O

O abortamento reveste-se de especial interesse, como entidade obstétrica, pela frequência com que se apresenta na prática médica. Cumpre-nos, a princípio, enfatizar que ela se acompanha de grandes implicações do ponto de

---

.....um perfeito conheci

## E R R A T A

- 1.- No Resumo, página 06, onde se lê: e a permanência hospitalar média foi de 21,1 dias, gastando-se uma base de Cr\$ 1.637,32 por abortamento; leia-se e a permanência hospitalar média foi de 2,1 dias, gastando-se uma base de Cr\$ 1.915,92 por abortamento.
- 2.- Na página 11, onde se lê: em termos de abortamento provocado uma coisa parece ter definitivamente aceitação; leia-se em termos de abortamento provocado uma coisa parece ser definitivamente aceita.
- 3.- Na Casuística e Método, página 15, onde se lê: o qual foi preenchido através anamneses direta com a paciente com dados colhidos do seu prontuário; leia-se o qual foi preenchido através anamnese direta com a paciente e com dados colhidos do seu prontuário.
- 4.- No Comentário dos Resultados, página 38, onde se lê: 84,1% foram não infectados e 15,9% não infectados; leia-se 84,1% foram não infectados e 15,9% infectados.

Observação: No gráfico de nº 02 considere-se a seguinte convenção para a renda per capita mensal: 1 = 0 a Cr\$ 500,00; 2 = Cr\$ 500,00 a Cr\$ 1.000,00; 3 = Cr\$ 1.000,00 a Cr\$ 2.000,00; 4 = acima de Cr\$ 2.000,00 e 5 = não informa.

## C A S U I S T I C A E M E T O D O

Para a efetivação deste trabalho realizamos o levantamento de todas as internações ocorridas na Maternidade Carmela Dutra durante o primeiro trimestre de 1978. Utilizamos para isso o Arquivo Médico da mesma, preenchendo os formulários número dois e tres (em anexo), conforme o caso. No número três obtivemos todas as internações, exceto os casos de abortamentos, de acordo com o caso, ou seja: parto vaginal, cesárea, tratamento clínico e tratamento cirúrgico.

Quanto ao formulário número um, seus dados foram colhidos diretamente com as pacientes internadas com diagnóstico de abortamento, sendo realizado nos períodos de vinte e dois de fevereiro a primeiro de março e de quinze a trinta e um de março.

O formulário de número dois foi preenchido no Arquivo Médico nos casos de abortamento, fora do período supra-citado.

## REVISÃO DE LITERATURA

### 1.- Definição:

Com o nome de abortamento designa-se a interrupção da gravidez antes da viabilidade fetal. Três são os critérios usualmente empregados na definição do abortamento: cronológico, ponderal, comprimento, embora mesmo nestes haja divergências.

Alguns países consagraram em lei, o critério cronológico: seria abortamento a interrupção antes de completar vinte e oito semanas (ou seja, sétimo mês). Como muitos fetos de até vinte e oito semanas tem peso inferior a mil gramas, e mesmo assim são viáveis, e para não aceitar a sobrevivência de abortos, alguns autores reduziram a idade gestacional para vinte e duas semanas, o que equivale a conceptos de quatrocentas a seiscentas gramas. ( )

Eastman, Greenhill e Potter fixaram-se nos índices ponderais para a classificação do período de desenvolvimento fetal. E de Potter a classificação mais bem aceita, onde aborto figura como sendo o concepto com o comprimento de até vinte e sete vírgula nove centímetros, peso de até trezentos e noventa e nove gramas e gestação de até vinte e uma 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 controversias.

A conceituação médico-legal de abortamento, difere daquelas adotadas em obstetrícia, onde é a intervenção voluntária, capaz de interromper o curso normal da prenhez, causando a morte do produto, qualquer que seja a sua idade. ( ) Não havendo portanto, a distinção entre abortamento e parto prematuro, não sendo necessária a expulsão subsequente à morte do ovo.

## 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 segundo mês de gestação;
- embrionário: do segundo ao quarto mês;
- fetal: do quarto ao sexto mês.

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

### b) Segundo o mecanismo por que se produz:

- completo: quando o ovo e anexos ovulares são totalmente e conjuntamente eliminados. Isto se dá geralmente, no abortamento ovular ( ).

- incompleto: quando o embrião é eliminado e ficam retidos seus anexos. Segundo Cunha Bastos, este mecanismo é mais frequente no abortamento embrionário, já que no fetal o mecanismo é igual ao do parto.

- retido: quando há retenção total do ovo morto e anexos ovulares na cavidade uterina.

### c) Segundo a natureza do fator determinante:

- Espontâneo

- Provocado: é a interrupção provocada, quando resulta da interferência intencional da gestante, do médico ou de qualquer outra pessoa. O aborto provocado pode ser criminoso ou terapêutico.

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.

d) Segundo as condições locais (uterinas) determinadas pela sua evolução, e encontradas no momento do exame:

- evitável
- inevitável

### e) Segundo a etiologia:

- fatores ovulares; fatores maternos e fatores paternos.

f) Segundo a clínica:

- ameaça de abortamento
- abortamento em curso
- abortamento consumado

g) Segundo a sua complicação:

- infectado
- não infectado

Faz-se mister salientar que a ocorrência de associação dos vários tipos classificatórios.

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 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 à realidade.

Calcula-se que cinco mil mulheres americanas morrem a cada ano, em consequência direta do aborto criminal. Esta cifra pode representar uma estimativa mínima, já que muitas mortes são mal diagnosticadas ou não são comunicadas. E, que anualmente, ocorrem um milhão e duzentos mil abortos legais, ou seja, que uma gravidez em cada cinco termina ilegalmente, nos EEUU ( ).

No hospital geral de Filadelfia onde a media de partos é de quatro a cinco mil por ano, se tem observado oitocentos a mil abortos por ano e que um terço destas mulheres, apresentam aborto séptico, no momento da entrada ( no hospital.

Ahumada, relata que diversas estatísticas estabeleceram que a frequência relativa do aborto criminoso oscila entre setenta a noventa por cento dos casos e a mortalidade geral entre um e dois por cento.

Aceita-se, baseado em estatísticas americanas, como média, que oito a dez por cento das gestações, terminam em abortamento espontâneo ( ).

Freudenberg relata que na Alemanha morrem anualmente cerca de cinco mil mulheres em consequência do aborto. Já Taussig assinala entre oito a dez

mil, nos EEUU.

Finalmente, convém ter presente que o aborto é muito mais frequente nos três primeiros meses da gravidez; para Patek os abortos do segundo mês compreendem trinta por cento dos casos. Os do terceiro mês, quarenta por cento e, os do quarto mês vinte por cento. Nos meses subsequentes, diminui consideravelmente o número de abortos.

Mesmo assim, Rezende baseado em estatísticas estrangeiras, aceita como média, que quinze a vinte por cento das gestações terminam em abortamento no que também concorda Horta Barbosa, acrescentado ainda que nas grandes cidades este número é bem maior, indo até vinte e oito por cento ou mais.

#### 4) Etiopatogenia:

Em numerosos casos, é muito difícil, para não dizer impossível, determinar com segurança a causa do aborto; em outros, diferentes fatores etiológicos se combinam ou se sucedem em sua ação. Destas causas, algumas, como sejam o traumatismo ou certas enfermidades infecciosas agudas tem tão somente um valor circunstancial, em quanto que outras constituem fatores determinantes ou predisponentes permanentes, alcançando por esse motivo, real importância prática ( ).

Cerca de cinquenta% dos abortos ficam com a etiologia desconhecida, ainda que pese os acurados estudos modernos, tal a complexidade das causas que podem interferir na gestação, interrompendo-a. Outros autores já a reduzem para quarenta por cento (Cooper, Eastman e Cruns).

Podemos sistematizar os parâmetros necessários para que a gravidez chegue ao termo, em:

- a) Capacitação dos gametas: que gametas normais, morfológica e geneticamente, se conjunguem no processo de fertilização. O resultado será um ovo normal.
- b) Capacitação ovo-endometrial: que o ovo se nidifique na época adequada e no sítio certo. O corolário será uma nidificação normal.
- c) Capacitação imunológica: que o ovo, como homoplante que é, encontre aceitação imunológica do hospedeiro, o organismo da gestante. A compatibilidade ou a aceitação imunológica constitui-se em condição fundamental para o prosseguimento da prenhez.



d) Normo-formação do conceito: que não se perturbe, por condições intrinsecas ou fatores extrinsecos, o ambiente materno e do próprio ovo, de sorte a assegurar o desenvolvimento de conceito hígido e bem formado.

e) Capacitação feto-placentária: que um leito de implantação se expanda e desenvolva adequadamente, e protegido por mecanismos defensivos apropriados, mantenha-se íntegro e suficiente para garantir as necessidades nutricionais do ovo até o término normal da gestação. Uma placenta normal morfológica e funcionalmente, é condição essencial.

f) Capacitação do continente: que o útero se aplie convenientemente, sob a ação de estímulos hormonais específicos e mecânico-distensivo, de modo a oferecer ao conceito uma câmara ovular adequada, e suficientemente protegida, de modo a albergá-lo até o final da gestação.

g) Conversão normal: o fenômeno do processo da conversão cavitária deverá ser oportuno no tempo e limitado na extensão.

h) Normalidade psico-somática: é imperativo que vigore o equilíbrio na unidade córtico-vegetativo visceral.

Qualquer anomalia nesses momentos evolutivos do ciclo gestacional, conduzirá à interrupção abortiva ou prematura da gravidez.

A classificação etiológica de Nurnber é uma das mais completas:

#### 1.- Causas ovulares

##### 1.1) Feto

###### 1.1.1) Doenças:

- a) Infecciosas
- b) Tóxico-químicas
- c) Físicas

###### 1.1.2) Estados de carência

##### 1.2) Anexos

###### 1.2.1) Cordão umbilical

###### 1.2.2) Amnios

###### 1.2.3) Córion

###### 1.2.4) Placenta

###### 1.2.5) Decídua

#### 2.- Causas maternas

##### 2.1) Perturbações locais

###### 2.1.1.) Útero

- a) Perturbações estruturais
- b) Perturbações de formação

2.1.2) Anexos

- a) Trompa
- b) Ovário
- c) Paramétrio
- d) Peritônio

2.2) Perturbações gerais

2.2.1) Doenças localizadas nos órgãos

- a) Aparelho urinário
- b) Intestino - apendicite
- c) Fígado e vias biliares
- d) Pâncreas
- e) Coração
- f) órgãos da respiração
- g) Sangue e órgãos hematopoiéticos

2.2.2) Doenças das glândulas de secreção interna

2.2.3) Doenças gerais

- a) Infecções crônicas
- b) Infecções agudas
- c) Intoxicações
- d) Traumatismos mecânicos e químicos

Segundo autor Rezende, cabe aqui correlacionar mais alguns comentários como a causa paterna: anormalidade de causa genética e ambiental. As causas ambientais determinam a interrupção de vários modos:

- o rápido amadurecimento da cinética uterina leva à interrupção prematura da prenhez (incompetência istmo-cervical);
- o meio inadequada condiciona o aparecimento de mal formação congênita. O embrião morre e é eliminado.
- Na doença hipertensiva por exemplo completa-se a organogênese mas não há condições para a evolução subsequente e o feto sofre e morre.
- O ovo é agredido por fatores ambientais como a infecção. Falece e sua morte ocasiona o processo expulsivo.

Na maioria dos casos, é impossível diferenciar a responsabilidade ovariana da do ambiente.

Torna-se necessário fazer algumas referências aos fatores genéticos. Os genes letais causadores de anomalias congênitas podem ser recessivos e dominantes. Os recessivos só impõem a morte no ovo homocigoto. Se é o gene letal dominante, manifestar-se-á até no indivíduo heterocigoto; não se transmite, levando obrigatoriamente ao abortamento e extingue-se a perpetuação.

As anomalias cromossomiais encontradas nos ovos abortados, são numéricas e estruturais. As numéricas referem-se a determinada dupla de cromossomos (monossomia, trissomia, tetrassomia) ou a todos (triploidia, tetraploidia). As estruturais são translocações, deleções, etc.

Entre as anormalidades encontradas, mencione-se a elevada incidência de trissomia D (treze?), E (dezoito?) e G (vinte e um?), e de monossomia X. Há indícios de ser extremamente elevada a letalidade da trissomia D, sendo assim muito raramente observada em recém-nascidos; a trissomia E, alcançando o cromossoma menor, é menos letal e mais assídua nos recém-nascidos a termo; mais acentuado o fenômeno da trissomia do par vinte e um, relativamente frequente ao nascer.

As anormalidades cito-genéticas podem ocorrer em fase pré-zigótica, na gametogênese, seja ovogênese ou espermatogênese; outras são pós-zigóticas e de determinismo também desconhecido. Sabe-se que fatores ambientais a provocam: radiações ionizantes, vírus, fármacos, embora a correlação entre causa e efeito careça ainda de maior documentação.

Quanto à incompatibilidade antigênica dos tecidos ovulares e maternos, o sistema Rh não parece causar interrupção de gravidez senão em raros casos, e próximo ao termo, após o óbito fetal. No sistema ABO, há observações contraditórias, parecendo que sua ocorrência impede manifestações clínicas de antagonismo no setor RH.

O sexo masculino é mais anotado nos abortos, assim ao diagnóstico pela genitália (sex ratio de cento e setenta e oito:cem, segundo Jawert) como pelo sexo nuclear (Schultze e Wagner).

Através do espermatozóide, far-se-ia uma possível influência paterna na etiologia da interrupção prematura da prenhez. Numerosos estudos foram feitos neste sentido, em particular os de Macloed negando qualquer relação do espermograma com a morte ovular já que alterações profundas nestes, impõem a infertilidade.

O genótipo é de determinação genética e o ambiente não. Mas, na realidade, se é o genótipo de exclusivo determinismo genético, dependendo, em partes iguais, das contribuições materna e paterna, também o ambiente está, parcialmente, subordinado a componentes genéticos; resulta êle das relações do genótipo materno com o meio no qual se desenvolve (alimentação, clima, agressões do mundo exterior, condições socio-econômicas, fatores anímicos).

#### Causas ovulares:

A princípio, atribue-se grande importância às lesões primárias do ovo como causa frequente do aborto. Posteriormente, devido a estudos anatomopatológicos observou-se uma elevada percentagem de aborto devido as anomalias do desenvolvimento ovular. Pouco se sabe a cerca da etiologia das ovulopatias, porém, o ambiente tem grande importância tanto no ovo, pré-implantado como no nidificado. Assim também as infecções, anóxias e outras carências, as radiações e agentes outros. Tem importância em particular, as viroses, que acarretam anormalidades ovulares principalmente nas primeiras fases da gestação.

Quanto menor a idade gestacional, maior a frequência de patologia ovular. Esses ovos anormais, muitas vezes não chegam a se implantar, morrem precocemente, eliminando-se com a menstruação, não chegando a caracterizar nem gravidez, nem abortamento.

Alcançada a anomalia, o abortamento é uma consequência necessária, mesmo feliz.

Segundo Jawert oitenta e sete vírgula nove por cento das placentas examinadas, possuíam anormalidade e nos abortamentos provocados, dezoito por cento.

Dentro das placentopatias poderíamos mencionar enfartes, lesões degenerativas, senescência placentária, vilosidades avasculadas, hematomas intervilosos e marginais, DPP.

Como causa frequente, podemos citar as foliculopatias entre elas as torções, nós, cordões longos e curtos, edemas, cistos, onde predomina a ausência de cordão.

Dentre as patologias de membrana, muito comum é a amniorrêxis, a qual leva a amnionite e corionite, sendo muito difícil saber até que ponto essas lesões foram a causa da rotura ou sua consequência. Rezende cita também deci

duedite, senescência e hemorragia intercorioamniótica. É importante também frizar que o abortamento é mais frequente em gravidez gemelar donde pode ocorrer a morte de um e o prosseguimento normal do outro. Tudo isso pode ocasionar a morte do ovo dentro do útero, indo atuar como corpo estranho, provocando contrações que não são impedidas por que a sua morte fez desaparecer as influências hormonais protetoras oriundas do corpo amarelo e placenta.

#### Causas maternas:

a) Locais: os endométrios atróficos devido a insuficiência estrogênica, curetagens excessivas, sequelas de endometrites, anticoncepcionais cáusticos entre outros, assim como também endométrios hiperplásticos, não secretores, (ciclos anovulatórios) ou mistos (insuficiência do corpo lúteo). Os abortamentos assim precoces não são geralmente diagnosticados. ( ).

Dentre as mal formações genitais, o "útero hipoplásico" ou melhor, "útero infantil" e a "retroversão" são causas também invocadas. Uteros duplos ou completamente septados podem permitir o desenvolvimento do ovo até o termo e, formas quase normais podem condicionar partos prematuros ou abortamentos de repetição.

As distopias uterinas, como a retroversoflexão, não traduz fator de vulto, sendo que os muito acentuados acarretam distúrbios circulatórios que podem associados a outras causas, culminar no abortamento.

Os miomas, e em especial, os submucosos e os intramurais, já que são os que deformam a cavidade uterina, podem provocar abortamento. O útero com nódulos miomatosos, entretanto, pode tolerar uma gravidez a termo.

A incompetência istmo-cervical, ou seja, a insuficiência funcional do orifício que delimita os canais cervicais e istmo é uma das principais causas de abortamento tardio (Grelle). Esta insuficiência pode ser primitiva ou congênita, devido a uma mal formação uterina, havendo uma verdadeira insuficiência da musculatura istmica e cervical. Onde nesse caso o abortamento ocorre devido a vários mecanismos, entre os quais há um estímulo direto à musculatura uterina, as membranas ficam sem apoio, facilitando a rotura; há um contacto direto do ovo com a cavidade vaginal e cervical, ocasionando contaminação das membranas (amniorrexia e de infecção amniótica) e também ocorrência de deciduites e placentites (Rezende). Seria mais o caso de primípara com insuficiência istmo-cervical.

A insuficiência secundária, que é a mais comum, deriva de traumatismo tóxico-operatório ou ginecológico como os partos laboriosos, manobras extrativas rudes, dilatações forçadas do cérvix para curetagem ou ultimar o parto e, amputações do colo. Rezende aceita isto, dizendo que geralmente na história clínica há estes antecedentes, mas relata que há casos em que os partos anteriores, foram aparentemente normais. E conclui, dizendo que, a parturição mesmo espontânea, possa lacerar ou distender, irreversivelmente, a musculatura istmo-cervical. Esta incompetência istmo-cervical é mais comum em multiparas. Esta entidade ocorre mais no quarto, quinto e sexto mês e seu diagnóstico é sugestivo quando temos a nítida sensação de anel ao dilatar o colo, e dilatação do orifício interno. É uma causa de interrupção da gravidez iterativa, tendendo a repetir-se a cada gravidez.

b) Gerais: dentre elas podemos citar a desnutrição acentuada, anemias graves, grande obesidade, neoplasias ou processos degenerativos em estado avançado. É também importante a doença hipertensiva e as nefropatias com hipertensão, diabetes mellitus não tratado, cardiopatias descompensadas devido a anóxia, ainda poderíamos citar as intoxicações mas só em graus elevados, após lesar intensamente o organismo materno.

As infecções como fator de interrupção prematura de gravidez é muito importante, agindo por mecanismos diversos, como por exemplo, lesando o endométrio e dificultando a transformação decidual; aumentando a cinética uterina, devido a febre e desencadeando o trabalho de parto prematuro ou de abortamento; lesando e ou matando o ovo devido a infecção ascendente determinando placentite, membranite, favorecendo a amniorrhexis. A sífilis, por exemplo, é uma das principais causas de abortamento, com expulsão de feto macerado, apesar de ter perdido muito sua importância de uns tempos para cá.

Com relação aos traumatismos (quedas, atropelamentos) que juntamente com os "sustos" são as mais frequentes causas invocadas pelas pacientes, considera-se só os mais violentos e quando tal ocorrer, pensar em anomalias associadas, onde, o acidente, somente precipitou a expulsão que era inevitável.

Os exercícios físicos (dançar, carregar peso, subir escadas, esporte) a maioria dos obstetras não mais acredita na sua influência sobre o abortamento.

O trabalho e viagens, apesar de estudos terem sido feitos nesse senti-

do concluiu-se que não traz repercussões nefastas sobre a gestação.

A influência das emoções sobre a evolução normal da gravidez é muito controversa. Certos autores dão um exagerado valor ao psicossomatismo (o que é muito fácil), enquanto outros mais céticos pouco valor lhe imputam. É difícil avaliar até que ponto realmente, o stress cotidiano, afeta a prenhez devido determinado fato repercutir diferentemente em cada individuo, ou seja, com intensidade variável. O que se pode dizer, é que fatores psíquicos podem facilitar ou acelerar a expulsão do ovo, que fadado estava a ser expulso.

O coito, sem violência, não traz problemas de maior significância. Já Taussig e Jawert dão grande importância devido a congestão e estímulo da contratilidade uterina, recomendando até quartos separados.

As disendocrinias espelham o equilíbrio entre o ovo e a mãe. Os de origem ovular dependem de várias condições e os maternos traduzem o estado dos ovários e outros órgãos. Sendo o hipotireoidismo, causa também de abortamento.

Jawert, demonstrou que há uma crescente incidência de abortamento à medida que a idade da paciente aumenta, sendo que na faixa de quarenta a quarenta e nove anos há quarenta e sete vírgula dois por cento de abortos e na de vinte a vinte e nove anos, doze vírgula oitenta e seis por cento de abortamento. Observando-se ainda que isto aumenta à medida que cresce o número de gestações.

Com relação à idade gestacional, até oito semanas ocorrem trinta vírgula cinco por cento dos abortamentos; de nove a dezesseis semanas, cinquenta e oito vírgula cinco por cento; e de dezessete a vinte e duas semanas, onze por cento.

Sobre as condições socio-econômicas, sabe-se que elas interferem na gestação, mas não podemos exagerar na sua importância.

Apesar destas várias causas mencionadas, em certas pacientes a etiologia é evidente, certa ou muito provável; noutras as causas são prováveis ou possíveis, e em muitas mulheres, são impossíveis de se diagnosticar.

Tudo o que foi até agora relatado diz respeito ao abortamento espontâneo. Com relação ao provocado, tem sido empregado, desde a mais remota antiguidade diversas substâncias, às quais a tradição popular atribuiu virtudes abortivas; entre elas determinados purgativos, certas plantas como arruda, esporão de centeio e também o quinino. Contudo, nenhum destes abortivos é

realmente seguro ou eficaz, logo, na prática se recorre às manobras abortivas diretas sobre o ovo ou o útero. O propósito de tais manobras é desprender o ovo e/ou excitar as contrações do miométrio, introduzindo-se dentro da cavidade uterina, corpos estranhos sólidos (sondas de borracha, hastes, agulhas de tricô), líquidos (água de sabão, vinagre, etc). Há casos de punção do ovo pelas vias naturais, ou injetando, por via transperitonial, na cavidade amniótica, certas agentes químicos.

Referente a abortamento provocado, voltaremos a enfatizá-lo quando da discussão dos resultados deste trabalho.

Ainda, citando, os casos de abortamento terapêutico, faz-se o esvaziamento uterino digital (curagem) ou raspado evacuador (curetagem), ou pequena cesárea.

#### 5( Sintomatologia:

O abortamento se manifesta clinicamente, generalizando, por uma tríade sintomatológica de "metrorragia, dores e expulsão de tecidos ovulares", a qual está sujeita a grandes variações e ainda pode ser acrescida de outros sintomas e sinais conforme a marcha do processo e de acordo com os vários tipos classificatórios de abortamento.

A metrorragia é o mais comum e o primeiro sintoma a revelar anomalia na evolução gestacional. A princípio, escassa e de sangue vermelho ou escuro é que aumenta rapidamente o despreendimento ovular, digo, rapidamente ao progredir o despreendimento ovular, para mais tarde ser em parte coagulado, sendo às vezes esta hemorragia tão grande pondo em risco a vida da paciente.

Randall e cols relata que de todas as gestantes, vinte e quatro por cento apresenta ao menos na primeira vez surto hemorrágico e que somente seis vírgula seis por cento abortam. Ou seja, apenas vinte e sete por cento das pacientes que sangram, abortam e as demais setenta e três por cento prosseguem a gravidez. Na incompetência istmo cervical geralmente não há hemorragia, sendo escassa no abortamento retido ou no completo.

As dores podem preceder, acompanhar e o mais comum é suceder a metrorragia ( ). Varia consideravelmente de intensidade e caracter conforme o período evolutivo do abortamento. Inicialmente são sacralgias persistentes, mal-estar retro-pubiano e que mais tarde tornam-se verdadeiras cólicas uterinas expulsivas. No aborto retido não há dores, no completo, muito pouco.



A expulsão de tecidos ovulares, é o sinal patognomônico do abortamento. Sendo que não há material eliminado nos casos de ameaça de abortamento, no a bortamento iminente, na incompetência istmo-cervical e no aborto retido. A ' expulsão dos tecidos ovulares pode ser total ou parcial.

No exame físico, além da metrorragia e expulsão de tecidos ovulares, ob servamos os sinais gravídicos de mamas, abdome aumentado, palpação de útero ' naqueles casos em que o abortamento ocorreu numa idade gestacional mais avan çada.

No caso de se tratar de aborto infectado, poderá apresentar todos ou somente alguns dos sintomas: febre, calafrios, sudorêse, taquicardia, hipo- ' tensão e as vezes choque. Ao toque vaginal, teremos um útero cheio geralmente compatível com a idade gestacional e variando de acordo com as formas clíni- cas de abortamento; um colo fechado nos casos de ameaça de abortamento, re- ' tenção de ovo; colo entreaberto em abortamento iminente, completo, incomple- to, infectado; dilatado na incompetência istmo-cervical.

Portanto, a sintomatologia sofre variações dependendo da forma clínica e evidentemente de acordo com a etiologia do abortamento teremos cortejo pró prio daquela patologia.

#### 6) Diagnóstico:

O diagnóstico de abortamento é geralmente fácil. A existência prévia ' de sintomas de uma gravidez recente (como amenorréia, náuseas, etc...), se- ' guida do aparecimento de metrorragia associada a dores pelvianas ou sacras , permitem formular o diagnóstico, que logo será confirmado pela expulsão de tecidos ovulares.

O sintoma de alarme, preferentemente é uma pequena metrorragia inicial e em outros casos sacralgia persistente.

A estes sintomas subjetivos se associam sinais objetivos como modifica ções semiológicas do útero grávido. Também os sinais e sintomas gerais e lo- cais de anemia, infecção, lesões traumáticas, quando apresentam história de ter sido provocado, etc. Sendo que sempre é de bom alvitre se diagnosticar ' também a causa provável do abortamento e nesse caso se basear pelos sinais e sintomas da patologia em si.

### 7) Diagnóstico diferencial:

Poderíamos citar primeiramente os pseudoabortamentos, ou abortamentos 'fantasmas, citados por Jawert, onde há episódios hemorrágicos após amenorréia não gravídica.

É feito diagnóstico diferencial também, principalmente com prenhez ectópica, cervical e angular, mola hidatiforme, gravidez em útero miomatoso ou em pacientes com anexite, apendicite, polipo uterino, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, lesões sangraantes do colo, rotura de cisto do corpo lúteo, etc. Apesar de que muitas destas patologias acima mencionadas ; poderia ser enquadradas como etiologia do abortamento.

### 8) Conduta:

As incertezas da etiologia fazem com que existam as mais diversas e 'contraditórias condutas terapêuticas. Rézende relata que se obtém resultados distintos com procedimentos idênticos ou efeitos iguais com métodos diferentes. Acrescentando ainda que os bons êxitos se igualam, como ou com ou sem 'assistência. .

A conduta terapêutica, irá depender e muito da forma clínica com que 'se apresenta o abortamento . Mas, os cuidados gerais são importantes e preconizados em todos os casos, como: repouso relativo, psicoterapia, antiespasmó dico, anti-térmico quando for o caso.

Sobre outras medidas analisaremos abaixo:

- a hormonioterapia é preconizada nos casos de ameaça de abortamento 'por alguns autores e para outros, é totalmente dispensada. Sendo a tendência atual administrar progestogenios.

- o esvaziamento uterino naqueles casos em que o abortamento já se processou, no abortamento infectado, na morte comprovada do ovo, na hemorragia' intensa que põe em risco a vida da paciente está indicado de maneira precisa. No abortamento incompleto, iminente e no infectado é dado ocitócito com a finalidade de retrair a útero já que suas paredes estão amolecidas e no ato da curetagem poderia haver perfuração uterina ( ). No infectado também há duas condutas opostas, segundo Rezende. Alguns autores preconizam o imediato esva ziamiento uterino e outros preferem primeiro dominar a infecção, evitando disseminação do processo. Acrescido ainda, nos casos suspeitos, após prova de sensibilidade, de 30.000 (trinta mil) unidades de antitoxina tetânica e gama

globulina.

No abortamento retido, indica-se também o esvaziamento uterino, antes porém administra-se estrogênios em doses altas para sensibilizar o miométrio com a finalidade de posteriormente tentar-se a indução naquelas casos com colos curtos, desmanchados, não excessivamente rígidos. Se não der, far-se-a cesarea, sendo a histerectomia excepcionalmente necessária.

No abortamento incompleto, Rezende preconiza o uso de antibióticos e Auhmada e Grelle não o fazem.

Há casos, cuja solução é cirúrgica, como na insuficiência istmo-cervical.

Portanto, no tratamento do abortamento ainda existe controvérsia, devendo-se seguir-se uma conduta oportunista, amoldando-a às exigências do caso clínico ou cirúrgico.

#### 9) Complicação:

As perfurações uterinas, infecções pélvicas, hemorragia e embolia são as complicações mais comuns; além de prolongados sentimentos de culpa e remorso, principalmente devido a conflitos religiosos e sociais.

#### 10) Prognóstico:

O prognóstico do abortamento espontâneo é favorável e no provocado é reservado, sabendo-se que uma gestação precedida de curetagem realizada há pouco tempo, é prejudicial para esta nova prenhez devido alterações no sitio de implantação.

Abortamento do ponto de vista médico-legal:

O Código Civil Brasileiro diz, no seu Artigo 4: "A personalidade civil do homem começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo desde a concepção os direitos do nascituro". Isto significa que, mesmo ainda não tendo nascido, a criança já tem direitos, podendo ser legitimado antes do nascimento segundo o parágrafo único do Artigo 357. Portanto, antes de nascer, a criança já tem direitos.

No Brasil, não é permitido em hipótese alguma a prática do abortamento. O que não acontece nos EEUU, onde em 07/02/73 o abortamento foi legalizado. No Brasil, o artigo nº 128 do Código Penal diz: "Não se pune o aborto provocado, por médico, se não há outro meio de salvar a vida da gestante ou se a gravidez resulta de estupro; mas sempre depois do consentimento expresso da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal". Note-se bem, a prática do abortamento não é punida nestas duas situações, o que é perspicazmente diferente de "permitir"; e só poderá ser feitos nestes casos pelo médico. E, nestes casos, o médico poderá intervir depois do parecer de pelo menos dois colegas de profissão, ouvidos em conferência, da qual será lavrada ata em três vias, uma das quais será enviada ao C.R.M., outra ao Diretor clínico do estabelecimento em que se vai realizar a intervenção, ficando a terceira em poder do profissional que executará o ato cirúrgico.

Com relação às penas, o Artigo 124 diz: "Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoquem - Pena: detenção de um a três anos". O artigo 125: "Provocar aborto, sem o consentimento da gestante - Pena: reclusão de três a dez anos". Já que em nosso país é crime contra a vida e vontade. O Artigo 126: "Provocar aborto com o consentimento da gestante - Pena: reclusão de um a quatro anos". O Artigo 127 refere-se aos agravantes: se houver lesão corporal de natureza grave haverá um aumento de um terço da pena e se houver morte da paciente, o dobro.

O fato de durante o nosso curto estágio hospitalar na Maternidade Carmela Dutra, observarmos uma grande incidência de abortamentos que deram entrada neste nosocomio durante espaço de tempo relativamente pequeno, e que nada se faz no sentido legal; nos motivou sobremaneira procurarmos saber o por que, se a lei é clara. Em entrevista mantida com o professor da Cadeira de Medicina Legal e Deontologia da Universidade Federal de Medicina, Dr. Leo Coutinho, procuramos analisar esses aspectos e através deste professor toma-

mos conhecimento de alguns motivos, com os quais, em parte, não concordamos. Cita ele em primeiro lugar, o problema da ética médica, em que um profissional teria que denunciar o colega, caso este último declaradamente estivesse pondo em prática o emprego de "abortamentos". Outro aspecto mencionado foi o fato de que se todo o caso de abortamento fosse denunciado, fatalmente as pacientes não mais procurariam aquela casa hospitalar e mesmo morreriam em consequência das complicações da patologia. Este aspecto nos parece bastante plausível, mas é de se perguntar se a longo prazo não haveria uma redução do número de abortamentos provocados, já que a gestante sabedora de que pará receber assistência médica, teria que responder por seus atos ilegais, iria analisar melhor antes de tentar a prática do abortamento. Relata ainda que, enquanto exerceu as funções de médico legista no IML, num período de dez anos, teve a oportunidade de realizar apenas duas perícias de abortamento, sendo um caso de uma paciente menor e outro em que o próprio marido denunciou a esposa pois não sabia que ela também sofria sanções.

Ao analisarmos as implicações advindas do abortamentos, inicialmente citamos as despesas que estes casos acarretam ao governo em termos de gastos hospitalares e em relação ao tempo que estas mulheres não produzem.

Para evitar isto, é que está para ser introduzido no Brasil o Programa da Gravidez de Alto Risco. Evidentemente que a estes aspectos vem se somar outros motivos mais importantes, como uma medida profilática da explosão demográfica e a pressão exercida pelos laboratorios internacionais, etc. e pelo fato de que é melhor prevenir uma gravidez do que interrompê-la. O citado programa não foi liberado ainda devido aos riscos de uso indiscriminado do anticoncepcional oral.

COMENTARIOS DOS RESULTADOS

TABELA Nº 1 - TOTAL DE INTERNAÇÕES

MESES INTERNAÇÃO P/	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	TOTAL
Partos vaginais	285 - 55,5%	238 - 51,7%	281 - 51,8%	804 - 53,1%
Cesáreas	79 - 15,4%	73 - 15,9%	74 - 13,4%	226 - 14,9%
Tratamento clínico	43 - 8,4%	38 - 8,3%	30 - 5,5%	111 - 7,3%
Tratamento cirúrgico	46 - 9,0%	49 - 10,7%	68 - 12,5%	163 - 10,8%
Abortamentos	60 - 11,7%	62 - 13,5%	89 - 16,4%	211 - 13,9%
T O T A L	513 - 33,9%	460 - 30,4%	542 - 35,8%	1515 - 100,0%

Efetuamos o levantamento do total de internações na Maternidade Carmela Dutra nos meses de janeiro, fevereiro e março de 1978. Estas internações foram enquadradas dentro de cinco itens conforme a tabela acima.

No item correspondente ao "Tratamento clínico" estão incluídas causas obstétricas como hiperemese gravídica, ameaça de abortamento, eclâmpsia, pré-eclâmpsia, pelviperitonite, etc e causas clínicas, entre as quais citamos as infecções urinárias e tromboflebitas.

No que se refere ao "Tratamento cirúrgico" inclui-se histerectomias, mastectomias, biópsias, colpoperioneoplastias, coforectomias, etc.

Em "Partos vaginais" incluímos parto com e sem episiotomia, com uso de forceps, induzidos, gemelares e pélvico.

O total de internações verificadas na MCD neste período foi de 1.515

(mil quinhentos e quinze).

Através desta tabela podemos concluir que sessenta e oito por cento de todas as internações são devidas a partos e cesáreas, sendo cinquenta e três por cento para partos e quinze por cento para cesáreas. Se considerarmos somente as internações das parturientes que deram à luz por parto vaginal ou por via alta, obteremos um percentual de setenta e oito vírgula um por cento de partos e vinte e um vírgula nove por cento de cesáreas o que pode ser considerado um alto índice de indicação de cesáreas.

Outra conclusão a que se pode chegar é que treze vírgula nove por cento de todas as internações na MCD no primeiro trimestre de 1978, são devidas a abortamento, quer sejam provocados ou espontâneos. O mês que apresentou o maior índice de abortamento, foi o de março, num percentual de dezesseis vírgula quatro por cento.

TABELA Nº 2

TIPOS DE ABORTAMENTOS		MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	TOTAL
A.	c/ medicação s/ ab		01 - 8,3%	-	-	01 - 2,4%
I.	c/ medicação c/ ab		06 - 50,0%	10 - 76,9%	15 - 88,2%	31 - 73,8%
	não consta medicação		05 - 41,7%	03 - 23,1%	02 - 11,8%	10 - 23,8%
S U B - T O T A L			12 - 20,0%	13 - 21,0%	17 - 19,1%	42 - 19,9%
A.	c/ab doses convencion.		09 - 18,8%	10 - 20,4%	21 - 29,2%	40 - 23,7%
N.	c/ab altas doses		06 - 12,5%	08 - 16,3%	10 - 13,9%	24 - 14,2%
I.	c/ medicação s/ ab		01 - 2,1%	03 - 6,1%	13 - 18,0%	17 - 10,0%
	não consta medicação		32 - 66,7%	28 - 57,1%	28 - 38,9%	88 - 52,1%
S U B - T O T A L			48 - 80,0%	49 - 79,0%	72 - 80,9%	169 - 80,1%
T O T A L			60	62	89	211

A.I. = abortamento infectado. A.N.I. = abortamento não infectado

Ab. = antibiotico

Verificamos que dos duzentos e onze casos de abortamentos que deram entrada na MCD no primeiro trimestre de 1978, quarenta e dois foram abortos infectados, correspondendo a dezenove vírgula nove por cento do total de abortamentos, sendo que o maior número de casos em termos absolutos ocorreu no mês de março com dezessete casos. Mas em termos relativos, o mês de fevereiro prevaleceu com um percentual de vinte e um em relação a todos os casos de abortamentos do mês.

Cabe lembrar que nosso trabalho foi de cunho retrospectivo e prospectivo. O período retrospectivo compreendeu um espaço de tempo maior que o prospectivo e sendo assim uma grande parte dos dados foram colhidos no Arquivo Médico, onde os prontuários são extremamente deficientes no que diz respeito as informações médicas propriamente ditas. Desta forma, nosso trabalho fica em grande parte prejudicado e por esta mesma razão, tivemos de incluir em quase a totalidade das tabelas um item especificando a inexistência de documentação, ou seja, "não consta".

Em consequência do acima exposto, encontramos dez casos de abortamentos infectados sem medicação, correspondendo a vinte e três vírgula oito por cento do total de abortamentos infectados; e, um caso com o mesmo diagnóstico cuja medicação não apresenta antibioticoterapia.

Aos abortamentos não infectados com relação a medicação convencionamos classificá-los em quatro sub-itens, quais sejam: abortamentos não infectados com antibioticoterapia em doses convencionais, em altas dosagens, sem antibioticoterapia e não constando a medicação.

Por altas dosagens compreende-se o uso de ampicilina em doses superiores ou igual a quatro gramas diárias e ao uso de penicilina cristalina em doses iguais ou acima de vinte milhões de unidades diárias.

Cinquenta e dois vírgula um por cento dos casos de abortamentos não infectados não possuem qualquer tipo de medicação refletindo novamente a deficiência dos prontuários do Arquivo Médico.

Merece um enfoque todo especial, o fato de que quatorze vírgula dois por cento dos abortamentos não infectados foram tratados com altas dosagens de antibióticos e em espaço de tempo muito reduzido (em média de dois dias). Nestes casos, seria importante enfatizar que houve ou um erro diagnóstico ou conduta terapêutica errônea. E, em alguns casos as pacientes receberam alta sem uma antibioticoterapia complementar. Em dez por cento dos casos não foi



utilizado qualquer tipo de antibioticoterapia e em vinte e três vírgula um por cento dos casos usou-se doses habituais, também por tempo curto (1 a 2 dias), sendo que em alguns casos a paciente recebeu alta sem antibioticoterapia complementar.

TABELA Nº 3

MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	TOTAL
ABORTAMENTO				
Levantados c/ pacto	- -	13 - 21,0%	50 - 56,2%	63 - 29,9%
Não levantados	60 - 100,0%	49 - 79,0%	39 - 43,8%	148 - 70,1%
T O T A L	60	62	89	211

O período prospectivo do trabalho compreendeu os intervalos de vinte e dois de fevereiro a primeiro de março e de quinze de março a trinta e um de março. Nestes períodos, foram colhidos através anamnese com a paciente sessenta e três casos de abortamentos, correspondendo a vinte e nove vírgula nove por cento de todos os casos de abortamentos. Os setenta vírgula um por cento restante, foram obtidos junto ao Arquivo Médico.

TABELA Nº 4

MESES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	TOTAL
A.N.I.				
c/sintomas de A.I. na admissão	-	02 - 4,1%	07 - 9,7%	09 - 5,3%
s/sintomas de A.I. na admissão	48 - 100,0%	47 - 95,9%	65 - 90,3%	160 - 94,7%
T O T A L	48	49	72	169

Ao dialogarmos com as pacientes, com a finalidade de obtermos o preenchimento do formulário número um, constatamos a existência, em alguns casos, de sinais e sintomas como: febre, calafrios, corrimento fétido, história de amenorréia, com colo dilatado cujo diagnóstico não correspondia a esta sintomatologia. Desta forma, encontramos nove casos, ou seja, cinco vírgula três

dos abortamentos não infectados. Se compararmos o período de tempo pesquisado diretamente com a paciente, e o período de tempo total do trabalho poderemos supor que este número seja bem mais significativo.

TABELA Nº 5

Analizamos os esquemas de antibióticos utilizados nos diferentes casos' de abortos infectados, chegando a conclusão que na maior parte dos casos ' foi usado a penicilina cristalina em dosagens variando entre dez a quarenta milhões de unidades diárias durante um dia. Em sete casos a penicilina cristalina foi usada em associação com a garamicina cuja dose variou de cento e vinte miligramas por dia. Em um caso, ela foi associada ao cloranfenicol na dose de quatro gramas diárias, e neste caso, no segundo dia a paciente recebeu duas gramas de terramicina como término do tratamento.

Em uma parte significativa de casos este esquema de antibioticoterapia foi mudado no segundo dia para diversos tipos de antibióticos, tais como: terramicina, gentamicina, penicilina procaina, ampicilina, os quais geralmente foram usados por apenas um dia também. Uma pequena parte das pacientes recebeu antibiótico por apenas um dia.

O segundo esquema terapêutico mais utilizado foi o emprego de Garamicina isolada ou associada com cloranfenicol. A ampicilina foi usada como antibiótico de eleição em apenas dois casos em doses respectivas de duas e quatro gramas diárias. Em um caso usou-se cloranfenicol dado ao teste alérgico positivo apresentado pela paciente frente à penicilina.

Provavelmente tendo a finalidade de se prevenir um possível choque séptico, três casos foram medicados com corticóide (soludortef - cem miligramas).

De todos os casos levantados junto à paciente; observamos apenas um caso de choque hipovolêmico, no qual foi utilizado ringer lactato, sangue total e haemacel.

Cabe ainda considerar que as pacientes, de modo geral recebem apenas dois dias de antibioticoterapia.

Observações: Na tabela adiante usamos as seguintes abreviações:

PC = penicilina cristalina	G = garamicina
mi = milhões	GT = gantrisin
S = sintomicetina	C = cloranfenicol

TABELA Nº 5: ESQUEMA TERAPÊUTICO

1º DIA		2º DIA		3º DIA	
CASOS	ESQUEMA	CASOS	ESQUEMA	CASOS	ESQUEMA
1	PC 10 mi				
1	PC 10 mi + G180mg	1	PC 10 mi + G180mg	1	PC 10 mi + G180mg
1	PC 10 mi + G120mg				
1	PC 10 mi + S 4grs	1	Terramicina 2 gr		
1	PC 15 mi + G120mg				
4	PC 30 mi	1	G 180 mg		
		1	Binotal 2 grs		
		1	PC 30 mi		
		1	Despacilina 800		
1	PC 40 mi + G120mg	1	PC 40 mi + G120mg		
8	PC 40 mi	4	Duocilin 800 mil		
		3	PC 40 mi		
		1	não consta		
3	PC 40 mi + G180mg	2	PC 40 mi + G180mg		
		1	Despacilina 800		
1	PC 20 mi	1	Duocilin 800 mil		
1	G 80 mg	1	Tetraciclina 2grs		
1	G 180 mg				
1	G180mg + C 4grs	1	G180 mg + C 4grs		
2	Binotal 4 grs	2	Binotal 4 grs	1	Binotal 4 grs
1	Binotal 2 grs	1	PC 30 mi + G180mg	1	PC 20 mi + G180mg
1	S 3 grs	1	S 3 grs		
2	Duocilin 800 mil	1	Duocilin 800.000		
		1	PC 30 mi + GT 8 c.	1	PC 30 mi + GT 8c.

TABELA Nº 6 - ABORTAMENTOS NÃO SEPTICOS COM USO DE ANTIBIOTICO C/ DOSES CONVENC.

1º DIA		2º DIA		3º DIA	
CASOS	ESQUEMA	CASOS	ESQUEMA	CASOS	ESQUEMA
1	PC mi 10				
4	Duocilin 800 mil	2	Duocilin 800 mil	1	Duocilin 800 mil
1	Duocilin 1200milh	1	Binotal 2 grs	1	Cloranfenicol 2gr
2	Benzapen 1,2 mi				
3	Terramicina 2gr				
2	Frademicina 2gr				
1	Frademicina 1,2gr				
4	Cloranfenicol 2gr				
5	Binotal 2 grs				
2	Tetrex 2 grs				
1	Garamicina 120mg				
5	Quimicetina 2grs				
2	Quimicetina 1 gr				
5	Tetraciclina 2gr	5	Tetraciclina 2gr	5	Tetraciclina 2gr
1	Optacilin	1	Optacilin		
1	Sintomicetina 2gr				

PC = penicilina cristalina

mi = milhões

Num total de quarenta casos de abortamento não infectado com uso de antibiótico em doses habitualmente usadas, a droga mais utilizada foi o cloranfenicol (em doze casos), representando trinta por cento dos casos. A droga de segunda escolha foi a tetraciclina, em sete casos, representando dezesse- te vírgula cinco por cento. O binotal e duocilin foram utilizados no percen- tual de doze vírgula cinco (cinco casos cada).

Considerando o tempo de utilização dos antibióticos, observamos o não' cumprimento do mínimo admitido para os limites do uso dos antibióticos.

Foi utilizado além destas drogas: haemacel quinhentos mililitros em

dois casos, ringer dois mil mililitros, sangue total dois mil mililitros, syntocinon e alupent todos em uma única vez.

TABELA Nº 7 - ABORTAMENTOS NÃO INFECTADOS COM ANTIBIÓTICOS EM DOSES ALTAS

1º DIA		2º DIA		3º DIA	
CASOS	ESQUEMA	CASOS	ESQUEMA	CASOS	ESQUEMA
5	PC 20 mi	1	Binotal 2 grs	2	Duocilin 800 mil
		1	Duocilin 800 mil		
		1	PC 20 mi		
1	PC 30 mi	1	Benzapen 1,2mi		
1	PC 30 mi + G180mg	1	Duocilin 800mil + G180mg		Duocilin 800 mil
3	PC 30 mi	1	PC 10 mi + C 2 grs		
		2	-		
3	PC 30 mi	2	Duocilin 800 mil		
		1	-		
1	PC 40 mi	1	PC 30 mi		
1	PC 40mi + G180mg	1	PC 40mi + G180mg		
1	PC 40 mi + G120mg				
3	PC 40 mi	1	C 2 grs		
		2			
2	PC 40 mi	1	Duocilin 800 mil		
		1	G 180 mg		
1	PC 160 mi	1	C 2grs + G120mg		
2	Binotal 4 grs	1	Binotal 4 grs		
		1	Binotal 2 grs		
1	C 4 grs	1	C 4 grs		

PC = penicilina cristalina  
G = garamicina

Mi = milhões de unidades  
C = Cloranfenicol

Num total de vinte e cinco casos de abortamentos não infectados, tratados com medicação para abortamento séptico, observa-se que a grande maioria utiliza penicilina cristalina num percentual de oitenta e oito, correspondendo a vinte e dois casos; variando somente a dosagem e a associação com outros antibióticos. Há algumas divergências com relação ao esquema de tratamento, onde alguns autores preconizam certas medidas que não são empregadas na MCD.

Podemos constatar que a curetagem é realizada em cem por cento dos casos.

Nos casos de abortamentos infectados é realizado primeiramente o controle da infecção (com excessão daqueles casos com hemorragias violentas), para após ser feito o esvaziamento uterino, apesar de existirem duas escolas neste sentido.

Também é preconizado, em bibliografia a administração de ocitócito pré curetagem, o que não se efetua aqui, somente após curetagem.

Dando prosseguimento aos comentários da tabela número sete, observamos que a medicação antibiótica, em seis casos, foi utilizada somente no primeiro dia de internação, não havendo qualquer referência medicamentosa nos dias subsequentes.

Em virtude do elevado número (vinte e cinco) de abortamentos não infectados com medicação antibiótica em altas doses, questiona-se a veracidade diagnóstica destes casos. Não consta desta tabela, a medicação utilizada nestes casos, abaixo relacionada: haemacel, sangue total quinhentos mililitros, solucortef duzentas mg, todos utilizados duas vezes e benzogiginoestril, digo benzoginoestril, ringer, syntocinon em uma vez.

#### TABELA Nº 8

Podemos concluir que a maior taxa encontra-se no de "um dia de internação", ou seja, cinquenta e três, vírgula cinco por cento das pacientes com abortamento permanecem internadas por vinte e quatro horas. Quanto aos casos das pacientes que permaneceram dois dias internadas, obtivemos um total de trinta vírgula oito por cento. Portanto a média de todas as internações por abortamento é de um a dois dias.

Houve quatro casos com sete a nove dias de internação, os quais inter-

naram por ameaça de abortamento.

Dos infectados, o maior percentual (cinquenta e sete vírgula um) encontra-se na faixa dos dois dias de internação e logo após com três dias (vinte e três vírgula oito por cento). Podemos dizer que a média de internações dos abortamentos infectados é de dois a três dias.

Dos abortamentos não infectados e com altas doses de antibióticos o tempo de permanência hospitalar com maior percentual (sessenta por cento) correspondendo a quinze casos, de um total de vinte e cinco, está em dois dias.

Dos casos sem uso de antibiótico, encontramos com um dia de internação seu maior percentual, de seja, oitenta e oito vírgula dois por cento.

TABELA Nº 8 - PERMANÊNCIA HOSPITALAR

T. I.		ABORTAMENTO										TOTAL
		-1 d	1 d	2 d	3 d	4 d	5 d	6 d	7 d	8 d	9 d	
Infectado			5	24	10	1	1		1			42
			11,9	57,1	23,8	2,4	2,4		2,4			19,9
A.	c/ab em doses convencionais		23	11	02	1			1	1		39
			13,6	6,5	1,2	0,6			0,6	0,6		18,5
N.	c/ab em doses altas		4	15	5						1	25
			2,4	8,9	2,9						0,6	11,8
I.	s/ ab		15		1	1						17
			8,9		0,6	0,6						8,0
I.	não consta medicação	2	66	15	3	1	1					88
		1,2	39,0	8,9	1,8	0,6	0,6					41,7
Sub-total		2	108	41	11	3	1		1	1	1	169
		1,2	63,9	24,3	6,5	1,8	0,6		0,6	0,6	0,6	80,1
T O T A L		2	113	65	21	4	2		2	1	1	211
		0,9	53,5	30,8	9,9	1,9	0,9		0,9	0,5	0,5	

T.I. = Tempo de internação

A.N.I. = Aborto não infectado

Ab = antibiótico

d = dia

TABELA Nº 9 - IDADE DA PACIENTE

IDADE \ ABORTAMENTO	15a20	21a30	31a40	41a50	NÃO CONSTA	TOTAL
Infectado	9 21,4%	26 61,9%	6 14,3%	-	1 2,4%	42
Não infectado	26 15,4%	91 53,8%	38 22,5%	11 6,5%	3 1,8%	169
T O T A L	35 16,6%	117 55,4%	44 20,8%	11 5,2%	4 1,9%	211

Com relação à idade das pacientes, dos abortamentos não infectados o maior percentual (cinquenta e três vírgula oito por cento) está na faixa de vinte e um a trinta anos e em segundo lugar, na faixa etária de trinta e um a quarenta anos (vinte e dois vírgula cinco por cento). Sendo que dos infectados, sessenta e um vírgula nove por cento estão entre vinte e um a trinta( anos, vindo logo a seguir a faixa de quinze a vinte anos (vinte e um vírgula quatro por cento). No total, o maior percentual (setenta e seis vírgula dois por cento está entre vinte a quarenta anos.

Se estabelecermos uma comparação entre as incidências obtidas e as de Jawert, observaremos que o maior percentual por nós obtido se encontra na faixa etária de vinte e um a trinta anos (cinquenta e cinco vírgula quatro por cento), já o percentual citado por Jawert é de quarenta e sete vírgula dois por cento na faixa etária de quarenta a quarenta e nove anos e que na faixa de vinte e um a trinta anos, apenas doze vírgula oitenta e seis por cento. Na faixa etária de maior incidência segundo Jawert, obtivemos somente cinco vírgula dois por cento dos casos, representados por um total de 22 casos (vinte e dois). Esta maior incidência obtida na faixa etária mais jovem talvez seja decorrência de que o Brasil é um país de jovens.



TABELA Nº 10 - RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DA INTERNAÇÃO ATE A CURETAGEM

TEMPO ABORTAMENTO	-1 h	1a6hs	7a12hs	13a24hs	Acima 24 hs	Não Consta	TOTAL
Infectado	1	9	6	6	5	5	42
Não infectado	16	29	8	10	6	100	169
T O T A L	17	38	14	16	11	115	211

Como frisamos anteriormente, a deficiência encontrada na obtenção dos dados, já prevista, se reflete novamente no elevado número de casos, enquadrados como não constando o tempo entre a internação e a curetagem das pacientes.

O percentual de maior significação, está situado no tempo entre uma e seis horas, representado por vinte e um vírgula quatro dos abortamentos infectados e dezessete vírgula um dos abortamentos não infectados. Nos não infectados a segunda grande incidência está na faixa de menos de uma hora de internação, o que não ocorre nos infectados, cujo período é de sete a vinte e quatro horas.

TABELA Nº 11 - IDADE GESTACIONAL

ABORTAMENTO IDADE GESTACIONAL	INFECTADO	NÃO INFECTADO	T O T A L
1 mês	-	7 - 4,1%	7 - 3,3%
2 meses	11 - 26,2%	24 - 14,2%	35 - 16,6%
3 meses	10 - 23,8%	11 - 6,5%	21 - 9,9%
4 meses	2 - 4,8%	8 - 4,7%	10 - 4,7%
Acima de 4 meses	-	4 - 2,4%	4 - 1,9%
Não consta	19 - 45,2%	115 - 68,0%	134 - 63,5%
T O T A L	42	169	211

O resultado referente ao sub-item "não consta", é o de maior expressão por razões já mencionadas.

A idade gestacional de dois meses prevaleceu em relação aos demais, tanto nos abortamentos infectados como nos não infectados.

Pela ordem de frequência, sucede o terceiro mês tanto para um tipo quanto para outro.

Comparando com os dados obtidos por Jawert, onde ele cita cinquenta e oito, vírgula cinco por cento para as pacientes de tres a quatro meses de idade gestacional, obtivemos quatorze vírgula cinco por cento nesta mesma faixa de idade gestacional. E, de trinta vírgula cinco por cento dos casos Jawert cita que as pacientes se encontravam em 8 semanas de gestação, diferindo também de nossos percentuais (dezenove vírgula nove por cento).

TABELA Nº 12 - RELAÇÃO ENTRE Nº DE FILHOS E ESTADO CIVIL

ABORTAMENTOS	Nº	CASADA	SOLTEI RA	AMASIADA	VIUVA	DESQUI TADA	NÃO CONSTA	T O T A L
I N F E C T A D O S	0	1	5	2				8
	1	3						3
	2	2	3					5
	3	2						2
	5	1						1
	7	1						1
	8	1						1
	9	1						1
	NC	11	8				1	20
SUB-TOTAL		23	16	2			1	42
N Ã O I N F E C T A D O S	0	5	5	1				11
	1	6	2		1			9
	2	4	4					8
	3	3						3
	4	1						1
	6	1						1
	7	1						1
	12	1						1
	14	1						1
NC	94	34	1	1	1	2	101	
SUB-TOTAL		117	45	2	2	1	2	169
T O T A L		140	61	4	2	1	3	211

O maior percentual em relação ao estado civil podemos dizer que são de pacientes casadas, tanto nos casos de abortamento infectado como nos não infectados, perfazendo sessenta e seis vírgula quatro por cento do total dos abortamentos. Em segundo plano, encontram-se as pacientes solteiras com uma percentagem de vinte e oito vírgula nove por cento.

Dos casos de abortamento infectados e não infectados, excetuando-se os que não constam, a maior incidência ocorreu nas pacientes com um filho (dezoito vírgula um por cento), vindo logo a seguir as com dois filhos (doze vírgula um por cento) nas pacientes casadas. Nas solteiras, prevaleceu nas nulíparas, com um percentual de trinta e nove vírgula dois por cento.

Generalizando, a maior incidência ocorreu com mulheres que possuem de zero a três filhos, e somente oito casos apresentavam cinco ou mais filhos.

TABELA Nº 13 - ABORTAMENTOS ANTERIORES (AA)

ABORTAMENTO A.A.	INFECTADO	NÃO INFECTADO	T O T A L
0	11	8	19
1	5	15	20
2	2	7	9
3	2	2	4
5		1	1
NÃO CONSTA	22	136	158
T O T A L	42	169	211

Desnecessário se faz mencionar a razão do elevado percentual de dados que não constam. Ao analisarmos esta tabela, constatamos que, dos abortos infectados, a grande maioria relata não ter história de abortamento anterior. E, dos não infectados, tal não ocorre, havendo relato de um episódio anterior. No conjunto, há uma maior prevalência dos casos de uma ocorrência anterior. Do total de 211 casos de abortamento, 34 casos, isto é, 16,11% tiveram uma história de abortamento anterior, quer seja espontâneo quer seja / provocado.

TABELA Nº 14 - METODO ANTICONCEPCIONAL

M.A. / ABORTAMENTO	ANOVULATO- RIO ORAL	COITO IN- TERROMPI: DO	OGINO- KNHUS	NÃO USA	NÃO CONSTA
Infectado	5 - 11,9%	3 - 7,1%	-	10 - 23,8%	24 - 57,1%
Não infectado	14 - 8,3%	4 - 2,4%	3 - 1,8%	14 - 8,3%	134 - 79,3%
T O T A L	19 - 9,0%	7 - 3,3%	3 - 1,4%	24 - 11,4%	158 - 74,9%

M.A. = Método anticoncepcional

Aqui também se observa a ocorrência da grande porcentagem dos não consta. Sabendo disso, podemos analisar a tabela acima, dizendo que a maioria das pacientes com diagnóstico de abortamento infectado, não usam método anticoncepcional, vindo logo em seguida, as que usam contraceptivo oral. Dos não infectados, o percentual dos que fazem uso de anticoncepcional oral e dos que não fazem foi igual.

TABELA Nº 15 - NATUREZA DO ABORTO

NATUREZA / ABORTAMENTO	DECLARADO PROVOCADO	SUPOSTAMEN- TE PROVOCA- DO	ESPONTANEO	NÃO CONSTA	t o t a l
Infectado	9 69,2%	8 53,3%	3 13,0%	22 13,8%	42 19,9%
Não infectado	4 30,8%	7 6,7%	20 87,0%	138 86,2%	169 80,1%
T O T A L	13 6,2%	15 7,1%	23 10,9%	160 75,8%	211 100,0%

Novamente, o sub-item não consta é o de maior sêgnificação, o que é plenamente justificável.

Dentro das declaradas provocado, em anamnese colhita diretamente com a paciente, levantamos o meio utilizado para a concretização do abortamento. Dentre êles, a introdução de corpos estranhos, como sonda vaginal, a mais frequente das práticas adotadas, agulha de crochê, introdução de líquidos. Relatando algumas ainda, o uso de matoron e contraceptivos orais; onde colhemos uma "receita", constando de 12 Neovlar 3 melhoral 1 garrafa de ví vinho. E, pela literatura, sabemos que esta prática de usar medicamentos e drogas, via oral ou parenteral, não é eficaz.

Entre os supostamente provocados, a alegação mais frequente observa da por nós, foi um "transtorno psicológico. Houve menção de ciclismo, hipis mo, quedas, excesso de trabalho físico, anestesia dentária, excesso de bebida alcoólica, responsabilizando-os pelo abortamento.

Com relação aos motivos que as levou a tal ato, encontramos alegaçõ/ões as mais diversas; entre as quais, predomina a socio-econômica. Exempli ficando, imposições financeiras, a família não entenderia, porque era sol - teira, marido se encontrava preso, não era o filho do marido, etc...

Quanto ao abortador, sentimos a grande dificuldade de obter qual- / quer informação neste sentido, apesar disto, colhemos a informação de que existe uma "curiosa no Morro de Geraldo e uma na Cohab, D. Ana na Trin dade e médicos de Florianópolis, que não identificamos por problemas é- ticos. Cabe ressaltar, também, que o abortador cobra uma determinada taxa em d em dinheiro, a qual varia em muito e, quando efetuado por médico é bas- / tante alta.

## CONCLUSÃO

Dentro daquilo a que nos propusemos inicialmente, obtivemos resultados reais acerca do abortamento. Convém salientar, que nossa amostragem foi extraída de um hospital escola, e isto, não mostra a realidade em termos ge  
néricos. Ainda assim, obtivemos um percentual local, o que é muito important  
e, dada a pobreza de estatísticas brasileiras nesse s  
entido.

Vimos que mensalmente há em média 13,92% de internação por aborta-  
mento na M.C.D. e, que diariamente corresponde a 2,4 casos. Sendo que 20% /  
dos abortamentos que deram entrada na M.C.D. no primeiro trimestre de 78,  
foram diagnosticados como infectados. Esta taxa sobe muito mais (32,5%) se  
acrescidos dos que não foram diagnosticados como infectado, mas tratado co  
mo tal.

Chegamos a conclusão de que ocorre uma alta incidência (44,4%) de a-  
bortamentos provocados ou supostamente provocado, pesquisando esta informaç  
ão junto à paciente.

Reverendo a bibliografia, constatamos a divergência no que tange a idad  
e da paciente em abortamento; a idade citada em livros é superior àquela/  
encontrada em nosso trabalho. Fato idêntico ocorreu com relação a idade /  
gestacional da paciente.

Analisando e comparando o diagnóstico em relação ao tratamento, nos  
deparamos com uma incoerência, entre o diagnóstico de determinadas casos /  
e o tratamento imputado aos mesmos. Queremos crer, que isto de deva, a um /  
lapso de diagnóstico, quanto à forma clínica do abortamento.

Com satisfação, pudemos averiguar que os resultados obtidos, quanto /  
ao abortamento, tem sido excelentes, ainda que pese algumas divergências na  
conduta terapêutica empregada.

O antibiótico mais utilizado foi a penicilina cristalina, numa dosa-  
gem variável entre 20 e 40 milhões de unidades, por dia; e na sua grande /  
maioria durante apenas um dia, o que vai de encontro às normas de antibiou

ticoterapia.

Pela conduta empregada, quanto ao tempo de internação e curetagem pode-se deduzir que devemos aguardar no mínimo de 1 a 6 horas, fazendo uso de medicação antibiótica e dieta zero, para posteriormente se proceder a curetagem. Todos os casos de abortamento, foram submetidos a curetagem sob anestesia geral endovenosa, não ocorrendo nenhuma complicação imediata pós curetagem.

Infelizmente, tres casos de abortamento habituais internaram na M.C.D. no primeiro trimestre de 1978, sem que nenhuma pesquisa nesse sentido tenha sido efetuada. Assim também, em muitos casos de abortamentos espontâneos não há um interesse maior em se procurar diagnosticar a verdadeira causa; ou se há, não sabemos quais os motivos que impedem que isto se concretize.

Tem sido uma constante, a autorização de alta hospitalar, sem que se prescreva qualquer medicação para a paciente, observado em prontuários. Se isto, não corresponde a realidade, pelo menos a medicação em alta não consta em prontuário, o que naturalmente não é correto.

Quando nos propusemos à realização deste trabalho, já prevíamos que encontraríamos certas falhas em determinados levantamentos, o que os torna a tornaria sensivelmente prejudicados. Isto realmente ocorreu, não só quanto às informações obtidas junto à paciente, mas também nos prontuários do Arquivo Médico, onde por vezes não encontramos nada, além da folha de enfermagem (em branco) e a folha do registro. Outros não continham dados referentes a sinais vitais na hora da internação.

Acima de tudo estávamos cientes de que nossa amostragem seria obtida de um hospital escola, onde o nível socio-econômico das pacientes, são em geral, mais baixo. Tendo este fato, grande implicação com os casos de abortamentos provocados que são efetuados por pessoal menos habilidade. Portanto, diante destes fatos, não podemos extrapolar os dados aqui obtidos, para a população em geral, da grande Florianópolis, mas sim da Maternidade Carmela Dutra.



B I B L I O G R A F I A

BARBOSA, L.A. - Obstetricia prática, Editora científica, 1961

DA, Juan C., Tratado elementar de ginecologia, Tomo II- 1954

E, F. C. - Obstetricia/ 1970

LENDE, Jorge de - Obstetricia, 1974

BASTOS, Alvaro da Cunha - Noções de Ginecologia, 1975

CHWARZ, Richard H. - El aborto séptico, 1969

ENSON, Ralph C. - Manual de obstetricia e ginecologia, 1976.

TCC  
UFSC  
TO  
0247

N.Cham. TCC UFSC TO 0247  
Autor: Espíndola, Dimas  
Título: Análise da incidência de abortam



972810534

Ac. 254381

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCQM