

Motivos y factores que intervienen en el aborto de mujeres internadas en un hospital general de un municipio del Valle de Itajaí, Brasil¹

Motives and factors influencing abortion among women interned in a general hospital in a town of Vale do Itajaí, Brazil

Eneida Patrícia Teixeira,
Enfermera, Universidad del Valle de Itajaí.

Heloisa Beatriz Machado,
Magister em Enfermagem, Profesora asociada. Universidad del Valle de Itajaí. Santa Catarina. Brasil.

Resumen La magnitud y factores relacionados al aborto todavía son estimados por constituir una práctica legalmente sancionada en Brasil. El objetivo de esta investigación fue estudiar los motivos y factores que intervienen en el aborto entre 233 mujeres internadas en un hospital general del Valle de Itajaí en el año 2002. Para ello se aplicó un cuestionario que recolectó información sobre la situación socioeconómica de la mujer, enfermedades relacionadas, hábitos de salud, uso de métodos anticonceptivos y lo relativo a la evolución de la gestación actual y datos específicos sobre el aborto. El análisis reveló que, en la muestra estudiada, la mayoría de los abortos fueron clasificados como sospechosos de haber sido provocados, seguidos de los espontáneos, ocurridos en mujeres de 20 a 35 años y no usuarias de métodos anticonceptivos. Los abortos provocados ocurrieron entre mujeres jóvenes y solteras, que utilizan el Cytotec como método abortivo. Los resultados permiten concluir que, independientemente del tipo, los abortos son más frecuentes entre jóvenes, casadas (o convivientes), de baja paridad, con baja escolaridad, baja renta y no usuarias de métodos anticonceptivos. Tal situación refleja la falta de orientación en salud reproductiva y planificación familiar, lo que lleva a estas mujeres a adoptar el aborto como práctica anticonceptiva, lo que constituye un desafío para quienes trabajan en salud de la mujer, pues educar es posible.

Palabras clave: Aborto, aborto espontáneo, aborto provocado.

Abstract The prevalence and risk factors related to abortion, still are estimated, because in Brazil constitutes a illegal practice. The aim of this investigation is study the motives and factors affecting abortion among 233 women interned in a general hospital in the Vale do Itajaí, south region in Brazil, during the year 2002. In order to obtain the data we apply to women a questionnaire, previous firm of informed consent. The questionnaire includes items retaliated to socio demographic variables, related diseases, health habits, use of contraceptive methods, and reports relating to the progress of the current pregnancy and specific data about the abortion. The analysis showed that in the sample studied, most of the abortions were classified as suspected induced abortions, followed by spontaneous abortions, occurring in women aged between 20 and 35 years, non-users of contraception. Induced abortion happens among young and single women, who used Cytotec as the method of abortion. The results enabled us to conclude that independent of the type, abortions are more frequent among young women, married (or living together), of low parity, with a low level of education and low income and no users of contraception. This situation reflects the lack of women education about family planning which leads these women to adopt abortion as a contraceptive solution.

Key words: Abortion, spontaneous abortion, induced abortion.

¹ Apoyo: Gobierno del Estado Artículo 170 y PROPPEC/UNIVALI&NUPIS (Núcleo de Investigaciones Interdisciplinarias en Salud).

Introducción

La mortalidad infantil viene aumentando en Brasil por causas relacionadas al período perinatal. El subregistro de mortalidad materna e infantil, así como la ausencia de información sobre el embarazo, además de la cuestión del aborto, considerado crimen por la legislación, determinan pésimos indicadores de morbimortalidad (Carvalho, 1993).

Según el Ministerio de la Salud (1995), estos problemas son en su mayoría prevenibles en la medida que exista participación más activa del sistema de salud y toma de conciencia de las parejas y/o mujeres sobre sus responsabilidades en relación a la planificación familiar.

Se considera importante aclarar que la gestación es un fenómeno fisiológico normal y por eso mismo su evolución ocurre sin interferencia en la mayoría de los casos. Sin embargo, de acuerdo con publicaciones del Ministerio de Salud (1995), una pequeña parte de gestantes presentan probabilidad de tener una evolución desfavorable, sea para el feto como para la madre. Este grupo ha sido denominado "gestantes de alto riesgo", ya que sin los cuidados adecuados, la gestación puede evolucionar hacia el aborto espontáneo (muerte perinatal) o la mortalidad materna. Entretanto, lo que nos preocupa como profesionales de la salud es el aborto provocado, entendido también como social o económico (Mirabete, 1999), pues se presenta generalmente asociado a las condiciones desfavorables de vida. Los factores que contribuyen y, consecuentemente, aumentan el riesgo de un aborto, pueden ser característicos del individuo (biológicos o clínicos), familiares (comportamiento, socioculturales y económicos), de la comunidad (relacionados a la asistencia a la salud) y ambientales (relacionados a la falta de saneamiento básico).

Entre ellos, varios estudios han demostrado que la primera gestación, la alta paridad, gestación en edad reproductiva precoz o tardía, abortos previos y desnutrición son factores de alto riesgo universales y aumentan la probabilidad de interrupción precoz del embarazo (UNICEF, 1993; Ministerio de la Salud, 1995).

Según el documento "gestación de alto riesgo" del Ministerio de Salud Brasileiro (2000), la muerte de mujeres en edad fértil por causas conectadas al embarazo, abortos, parto o puerperio es en su gran mayoría prevenible y evitable. Entretanto, la Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 500.000 mujeres en el mundo mueren anualmente por complicaciones relacionadas al ciclo embarazo-puerperio y que el 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo. En América Latina la mortalidad está en torno a las 30.000 muertes/año y en Brasil 5.000 muertes/año, lo que constituye un importante indicador de la realidad social de un país y de la falta de determinación política para la implementación de acciones preventivas dirigidas a la salud comunitaria.

Según los datos de la UNICEF (1993), cada día más de 1.000 mujeres mueren en todo el mundo debido a problemas relacionados al embarazo y al parto, destacándose entre ellos los abortos provocados. La mayoría de las veces, la mujer para ocultar la "vergüenza" de un embarazo no deseado, motivo de castigo por la familia o por la sociedad, comete el aborto o, en casos más extremos, el suicidio. Según Olinto y Moreira (2004), aun cuando existen algunos estudios de base poblacional sobre aborto provocado, la mayoría de ellos se basa en informaciones obtenidas de fuentes hospitalarias. Una de las estimaciones más citadas en Brasil es de 1,4 millones de abortos provocados al año (Alan Guttmacher Institute -AGI-, 1994, citado por Olinto y Moreira Folho, 2004).

Los datos presentados justifican por sí sólo la magnitud del problema del aborto para la salud de la mujer y su control es vital en el desarrollo de equidad de los servicios de salud. Se suma a esto

la realidad de nuestro municipio que presenta gran prevalencia de enfermedades sexualmente transmitidas, destacándose el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuyo número de casos viene aumentando entre las mujeres, inclusive entre gestantes. De esta forma, es necesario implementar medidas de prevención como el acceso a información, y servicios de salud de calidad, incluyendo planificación familiar, garantizando a la mujer un proceso de toma de decisiones libre e informado, de manera que ella pueda optar por el número de hijos que desea tener y a una maternidad segura; son derechos de ciudadanía que pueden y deben ser ejercidos por las mujeres brasileñas.

Por lo anterior, se decidió hacer un estudio para conocer la magnitud, los motivos y factores que intervienen en el aborto de un grupo de mujeres internadas en un hospital general de un municipio del Valle de Itajaí, Brasil, con el propósito de obtener información que permita realizar alguna acción por parte de los profesionales de la salud, para prevenir abortos futuros y de esta forma contribuir a disminuir la morbimortalidad perinatal y materna.

Antecedentes bibliográficos

Aborto es la interrupción prematura del embarazo con menos de veinte semanas de embriones con peso inferior a quinientos gramos, llevando a la muerte del feto. Puede ocurrir espontáneamente o ser provocado a través de una intervención externa. Puede ocurrir la expulsión del feto del útero o la muerte del feto en el útero sin que éste sea expulsado (Rezende y Montenegro, 1999).

Varios autores clasifican el aborto en subgrupos: aborto espontáneo, aborto completo, aborto incompleto, aborto retenido, aborto infectado, aborto habitual o recurrente y aborto provocado, sea él terapéutico o ilícito (Alves, 1999; Rezende y Montenegro, 1999; Costa y Costa, 2001).

Una de cada cinco gestaciones terminan en aborto espontáneo. Es caracterizado como una selección natural, por posibles problemas ocurridos en el desarrollo del feto, sucediendo en el primer trimestre del embarazo. Ocurre la liberación de pesados coágulos de sangre sin la presencia de tejidos (Rezende y Montenegro, 1999; Verardo, 1994; Alves, 1999; Mirabete, 1999).

El aborto provocado se divide en dos categorías: la terapéutica o necesaria, justificada en los casos previstos por la ley, indicado cuando no hay otro medio de salvar la vida de la gestante. También puede ser autorizado cuando el embarazo es resultado de estupro (Mirabete, 1999; Belo, 1999). En Brasil, el aborto provocado o inducido es considerado ilícito, por lo que siempre se realiza ilegalmente y en condiciones no ideales de antisepsia, pudiendo evolucionar como aborto infectado o causar otras complicaciones como retención de restos de placenta seguida de infección, hemorragia genital, daño del esfínter cervical, perforación del útero, peritonitis, tétanos, septicemia, incidentes anestésicos, esterilidad, entre otras. Además de eso, puede afectar las siguientes gestaciones, aumentando el riesgo de prematuridad, embarazo ectópico, aborto espontáneo y bajo peso al nacer (Mirabete, 1999; Belo, 1999; Hardy y Alves, 1992).

Además de la clasificación presentada, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1978) establece cuatro categorías para el aborto inducido: (a) aborto inducido definitivo, cuando la mujer admite haber provocado el aborto o cuando se encuentran señales clínicas de intervención, tales como laceración cervical y/o cuerpo extraño en la vagina o en el útero; (b) aborto inducido probable, cuando la mujer no admite haber provocado el aborto, pero indica embarazo no planeado y existen señales de sepsis o peritonitis; (c) aborto inducido posible, cuando solamente una de las condiciones listadas anteriormente en (b) están presentes.

Con relación a los procesos químicos capaces de inducir el aborto, en 1986 entró al país el medicamento Cytotec desarrollado en la década del 70 por el laboratorio Searle para el tratamiento de úlceras gastroduodenales. Se descubrió que él era un abortivo químico eficaz y seguro. El uso de la droga ya está ampliamente difundido a gran escala de comercialización, aunque en 1991 por lobby religioso haya sido prácticamente proscrito (Belo, 1999). A pesar de las prohibiciones, el Cytotec puede ser adquirido de dos maneras: por el mercado negro (comercio ilegal o a través de farmacéuticos, médicos, etc.) y por medio legal, a través de pacientes que tengan úlceras gastroduodenales y posean recetas por duplicado, una de las cuales es enviada a las autoridades sanitarias. Normalmente son utilizados de 4 a 8 comprimidos, colocados en la vagina y administrados vía oral dentro de las nueve primeras semanas de gestación. El proceso de aborto comienza media hora después con fuertes contracciones del útero, lo que ocasiona cólicos. La placenta que envuelve al feto se separa de la pared del útero. Se rompen los vasos sanguíneos. El feto es eliminado con la placenta y la sangre. Cuatro horas después de la ingestión del Cytotec el útero vuelve al tamaño original. Aunque pueda parecer seguro, el método implica algunos riesgos. Ocurre que no siempre hay expulsión total de la placenta y/o del feto, pudiendo permanecer en el útero algún residuo. Así la mujer que usó Cytotec puede necesitar un raspado con la posibilidad de perder el útero o incluso fallecer (Ibídem).

Según Parente et al. (1998) son varios los factores que determinan la práctica del aborto provocado, tales como factores socioeconómicos, siendo los principales la baja escolaridad, la falta de educación sexual, la ignorancia sobre los métodos anticonceptivos y el bajo nivel económico de la población, además de la edad, el estado civil de la mujer y aspectos psíquico-emocionales envueltos. La mujer relata molestias físicas, como mareos y náuseas o emocionales como tristeza, depresión y complejo de culpa. Muchas, entretanto, se sienten aliviadas y felices. Los sentimientos que envuelven malestar emocional ocurren debido a la presión social contra la realización del aborto (Costa y Hardy, 1995; Low y Hoga, 1999).

Frágil por la situación vivida o aún adolescente, la mujer llega al centro de salud necesitando atención profesional y esta atención no siempre transcurre de manera correcta, o sea, una atención humanizada, ética y sin discriminación, ya que los valores morales del profesional en relación al aborto no pueden prevalecer sobre su compromiso profesional ético y responsabilidad legal (Fonseca, 1997).

Pedrosa (1999), en un estudio realizado en la Unidad de Obstetricia de un hospital público de João Pessoa (PB), con nueve mujeres admitidas con diagnóstico de aborto incompleto, con edades entre 15 y 26 años, siendo ocho de ellas solteras y una separada judicialmente, reveló que en el momento de la confirmación del embarazo surge un sentimiento inconfortable, que está directamente relacionado a la transgresión de las normas sociales vigentes acerca del comportamiento femenino considerado aceptable. Por el hecho de ser solteras, el miedo que los padres descubran que tenían vida sexual activa y que estaban embarazadas las llevó a la realización del aborto. Era imperativo abortar, pues el embarazo haría "evidente la transgresión a los códigos de conducta moral que la sociedad valoriza y considera apropiada, poniendo en riesgo el honor de sus familiares además del propio". Después del aborto, además del miedo a la muerte o de otras consecuencias negativas, como el "castigo" de no poder tener más hijos, algunas relatan el miedo a juicios morales y a ser maltratadas por las personas que las atienden. Otro miedo fue que el médico prescribiese un medicamento impidiendo el aborto, como también encontrar a alguien que las reconozca en el hospital y que descubran que han abortado. Los resultados de este estudio demuestran la necesidad de incorporación

de otros aspectos, además de los biológicos, que tomen en consideración los elementos de orden psíquico-social, interactuantes en el modo como la mujer responde a la experiencia del aborto. Esta perspectiva es compatible con el abordaje de humanización de la atención, asumida por la Enfermería a lo largo de su historia, como imperativo ético fundamental de la práctica profesional, que, sin embargo, a veces, es contrariada en el cotidiano de las instituciones de la salud.

El aborto fue ampliamente debatido en dos importantes conferencias de las Naciones Unidas: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (The International Conference of Population and Development) en El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia en Mujeres (Fourth World Conference of Women) en Beijing 1995, a raíz de lo cual el aborto realizado en condiciones inseguras fue incluido en el plan de acción de la Conferencia de El Cairo como cuestión de salud pública. Así los gobiernos signatarios, incluyendo Brasil, asumieron el compromiso de implementar servicios, mejorar la calidad de asistencia y reducir la morbimortalidad asociada al aborto en sus países. Entre las medidas necesarias para la reducción del embarazo no planeado o no deseado, se incluyen orientaciones seguras en la atención postaborto, en la orientación anticonceptiva, divulgación y oferta de la anticoncepción de emergencia y garantía de apoyo psicológico y social cuando sea necesario. La calidad en la atención del aborto y postaborto debe ser comprendida como un conjunto de acciones ofrecidas a la mujer durante y después de la interrupción de una gestación, sea espontánea o inducida (Ministerio de Salud, 2001).

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo exploratorio realizado en un hospital general y maternidad de un municipio del Vale do Itajaí, en Santa Catarina, Brasil. La población estuvo constituida por todas las mujeres internadas en el período de mayo a diciembre de 2002, con signos y síntomas de aborto. De esta población se determinó una muestra de 233 mujeres internadas por el Sistema Unico de Salud (SUS) con diagnóstico de aborto, que aceptaron libre y voluntariamente participar del estudio.

El instrumento de recolección de datos consta de 25 preguntas, la mayoría cerradas y algunas preguntas abiertas, cuyas respuestas fueron categorizadas para el análisis temático. Con relación a los aspectos éticos, y por tratarse de un tema bastante polémico y con implicaciones morales y legales, se garantizó el anonimato de la institución y de los participantes, y la confidencialidad de los datos. Para atender a las recomendaciones de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de la Salud, se solicitó la firma de cada participante de un Contrato de Consentimiento informado. Se garantizó la participación voluntaria, sin que esa decisión implicase prejuicios de cualquier naturaleza para la informante. Además de eso, el proyecto fue analizado por la Comisión de Etica en Investigación de la Universidad del Vale do Itajaí, y se aprobó por medio del parecer N° 077/2002.

Durante la aplicación del formulario, se recolectaron los datos sobre la situación socioeconómica de la mujer, enfermedades asociadas, hábitos de la salud y uso de métodos anticonceptivos, evaluación de gestación actual y datos específicos sobre el aborto. Los datos obtenidos a través de los formularios aplicados fueron tipeados y analizados con el Sistema de Análisis Estadístico (Statistical Analysis System - SAS), siendo agrupados en tablas de distribución de frecuencias. Las informaciones principales de cada tabla fueron discutidas comparativamente al referencial teórico propuesto en el trabajo.

Para la variable aborto actual que corresponde al tipo de aborto ocurrido en el momento de la internación en el hospital, se utilizaron tres categorías: aborto espontáneo, aborto provocado y aborto sospechoso de ser provocado, que agrupa dos categorías definidas por la Organización Mundial de la Salud como probable aborto inducido y posible aborto inducido, ya detallado en el referencial teórico presentado.

Resultados y Discusión

Características del grupo en estudio

De acuerdo con los datos de la Tabla 1, la mayoría de las mujeres tenía entre 20 y 35 años de edad (60,18%), siendo 23,45% de ellas solteras, 20,80% casadas y 13,27% convivientes. Las adolescentes de la muestra, de 13 a 19 años, representaron al 24,47%, siendo en su mayoría solteras (13,72%), seguidas por las convivientes (7,96%) y casadas (5,75%). La mayoría de las mujeres tenía un compañero fijo; las casadas y convivientes sumaron 56,55%, en tanto que las solteras representaron el 38,94%.

Tabla 1: Distribución de las participantes según edad y el estado civil, Itajaí (SC), 2002.

Estado Civil	Edad			Total
	13 a 19	20 a 35	36 a 44	
Casada	13 5,75	47 20,80	15 6,64	75 33,1
Soltera	31 13,42	53 23,45	4 1,77	88 38,94
Conviviente	18 7,96	30 13,27	5 2,21	53 23,45
Separadas, viuda o divorciadas	0 0,00	4 1,77	4 1,77	10 4,42
Total	62 27,47	136 60,18	28 12,39	226 100,00

En un estudio realizado en hospitales de maternidad públicos de Fortaleza (CE), Fonseca (1996) encontró que más de la mitad (59,17%) de las mujeres tenían entre 20 y 29 años y casi un cuarto (22,6%) tenían edad menor a 20 años. La proporción de mujeres solteras alcanzó el 52,5%, y las casadas y convivientes sumaron 38,5%. Santos et al. (1999) constató en Recife que el 77% de las mujeres tenían entre 20 y 35 años de edad y el 19% de 14 a 19 años. Low y Hoga (1999), en una comunidad de San Pablo, al contrario de Fonseca (1997), obtuvieron 66,5% de casadas y convivientes y 28,5% de solteras; porcentajes similares a los encontrados en esta investigación.

INVESTIGACIÓN

Datos referentes al aborto provocado y presentados por Iecks, Miyazawa y Sumita (1996) muestran que la mayoría de las mujeres que provocan el aborto está entre los 20 y 29 años de edad y entre 15 y 19 años, y que de éstas el 22,4% no utilizaba ningún método anticonceptivo aunque el número de compañeros fuese variable.

Uso de métodos anticonceptivos según edad

La Tabla N° 2 muestra que más de la mitad de las participantes (51,08%) no usaba métodos anticonceptivos. Entretanto, el 48,92% de las mujeres quedaban embarazadas, a pesar de usar algún tipo de método anticonceptivo. Se destacan las edades de 20 a 25 años, en las cuales el porcentaje de mujeres que no utilizaban métodos anticonceptivos fue mayor (30,74%). Otro dato alarmante es que entre las adolescentes con edad de 13 a 19 años (28,14% de la muestra), más de la mitad de ellas, (58%), no utilizaba métodos anticonceptivos, aunque tuvieran vida sexual activa.

Tabla 2: Distribución de las participantes según edad y el uso de método anticonceptivo, Itajaí (SC), 2002.

Uso de Anticonceptivo	Edad			Total
	13 a 19	20 a 35	36 a 44	
Sí	29 12,55	67 29,00	17 7,36	113 48,92
No	36 15,58	71 30,74	11 4,76	118 51,08
Total	65 28,14	138 59,74	28 12,12	231 100,00

Santos et al. (1999), en una investigación sobre el predominio del aborto en la maternidad del CAM/IMIP, observó que la frecuencia de mujeres que no usaban métodos anticonceptivos fue del 66%, y Fonseca et al. (1996) encontró que dos tercios (61,1%) de las mujeres no usaban ningún método anticonceptivo. Parente et al. (1998), en un estudio sobre el aborto en Teresina, también verificó poca utilización de anticonceptivos, 49% de las mujeres afirmaron que no utilizaban ningún método de prevención de embarazo, situación también verificada en el presente estudio. Investigaciones desarrolladas en el municipio de Itajaí por Neves y Rosa (1995), y Dadam y Deomário (1995) también demostraron la prevalencia de mujeres jóvenes, con vida sexual activa y que no utilizan métodos anticonceptivos, lo que puede justificar los altos índices de embarazos en la adolescencia y, principalmente, aborto en la adolescencia.

Fonseca et al. (1996) constató en su estudio que las razones más citadas por las mujeres para no usar algún método anticonceptivo fueron “miedo de efectos colaterales” (22,2%), “descuido” (18,3%), “no esperaba tener relaciones sexuales” (18,3%), “pensaba que no había riesgo de quedar embarazada” (13,8%). La indisponibilidad de métodos anticonceptivos fue citada por solamente 8%

de las mujeres. De ese modo el preservativo podría ser un método de uso bastante apropiado en esos casos, como también en aquellos de mujeres que no tienen una relación estable. Estos datos también coinciden con los encontrados por Moraes Filho et al. (1997), donde un tercio de las mujeres con aborto provocado refirió el “descuido” como el principal motivo para no usar, en tanto este motivo fue referido por solo 17% de las mujeres del grupo de aborto espontáneo. En segundo lugar citaron los “efectos adversos” y la proporción de mujeres con aborto provocado que lo refirió fue 22 veces mayor que el grupo de aborto espontáneo. Los estudios citados permiten inferir que el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos es muy bajo, a pesar de la facilidad de uso y la gratuidad de los métodos en el servicio público de salud.

Métodos anticonceptivos, renta familiar y escolaridad

De acuerdo con los datos en la Tabla 3, en relación a las participantes que no usaban métodos anticonceptivos, se observa que 37,50% presentaban renta inferior de 1 a 6 sueldos mínimos, intervalo de renta familiar que concentra la gran mayoría de las encuestadas. Las mujeres con renta superior a siete sueldos mínimos representan 13,36%, un porcentaje relativamente alto para la falta de uso, ya que estas mujeres presentaban mejores condiciones financieras para adquirir algún tipo de método anticonceptivo.

Con relación a la escolaridad de las participantes, los datos de la Tabla 4 demuestran que de las 51,07% que no usaban métodos anticonceptivos, un 42,49% tiene escolaridad entre analfabeto y escuela secundaria incompleta, en cuanto a las mujeres con escolaridad mayor a la escuela secundaria completa representaron sólo el 8,58% de esas mujeres.

Observando los datos de las Tablas 3 y 4 se constata que tanto la baja renta como la baja escolaridad parecen influir en el uso de métodos anticonceptivos, encontrándose porcentajes

Tabla 3: Distribución de las participantes según la renta familiar y el uso de método anticonceptivo, Itajaf (SC), 2002.

Renta	Uso Anticonceptivo		
	Sí	No	Total
< 1 — 6 S.M.	86 37,07	87 37,50	173 74,57
7 — 10 S.M.	21 9,05	24 10,34	45 19,40
> 10 S.M.	7 3,02	7 3,02	14 6,03
Total	114 49,14	118 50,86	232 100,00

INVESTIGACIÓN

Tabla 4: Distribución de las participantes según la escolaridad y el uso de método anticonceptivo, Itajaí (SC), 2002.

Escolaridad	Uso Anticonceptivo		
	Sí	No	Total
Analfabeto a escuela secundaria	92 39,49	99 42,49	191 81,97
Escuela secundaria completa a Facultad completa	22 9,45	20 8,58	42 18,03
Total	114 48,93	119 51,07	233 100,00

bastante significativos para el no uso entre mujeres con baja escolaridad (42,49%) y baja renta (74,57%).

Según Machado y Farhat (1998), aun con más información disponible sobre programas de Planificación Familiar, se calcula que todavía existe un 40% de mujeres que no desean quedar embarazadas, pero que no usan métodos anticonceptivos. Este hecho puede reflejar la baja escolaridad de la población y la falta de información y de políticas de salud dirigidas a la salud integral de la mujer, incluyendo la planificación familiar. La falta de información muchas veces está asociada a tabúes y preconcepciones relativos al tema sexualidad, tanto entre las familias como en el propio sistema educacional que debería estar orientado a las jóvenes para el comienzo de la vida sexual con responsabilidad y seguridad.

Los resultados de la Tabla 5 revelan que las mujeres que usaban incorrectamente los anticonceptivos también presentaban baja escolaridad, el 32,68% no llegaba a completar la escuela secundaria, y entre las mujeres con escolaridad superior a la escuela secundaria ese porcentaje disminuyó al 8,60%.

Según Low y Hoga (1999), la difusión de los métodos anticonceptivos, en especial los anticonceptivos orales, ocurre principalmente por medio de las conversaciones informales, lo que provoca un aumento del círculo vicioso de su uso incorrecto. Otro hecho es que las mujeres que utilizan los métodos anticonceptivos por cuenta propia generalmente terminan haciéndolo de forma incorrecta. Como consecuencia, hay un índice alto de falla en la eficiencia del método (Santos et al., 1999).

Tipo de aborto y edad

Los resultados presentados en la Tabla 6 muestran que la mayoría de los abortos de este grupo, el fueron sospechosos de haber sido provocados (57,58%), predominando entre la edad de 20 a 35 años (33,77%), período en el que también se encuentra el mayor porcentaje de abortos espontáneos (21,65%) y provocados (4,33%). Se sabe que las informaciones referentes al aborto pueden no ser

Tabla 5: Distribución de las participantes según la escolaridad y la forma correcta de uso de método anticonceptivo, Itajaí (SC), 2002.

Escolaridad	Forma de uso anticonceptivo				Total
	Correcta	Incorrecta	Inseguro	No utiliza/no informó	
Analfabeto a escuela secundaria	11 4,73	76 32,68	2 0,86	102 43,86	191 82,13
Escuela secundaria completa a Facultad completa	1 0,43	20 8,60	0 0,00	23 9,89	44 18,92
Total	12 5,15	94 40,34	2 0,86	125 53,65	233 100,00

fidedignas debido a los aspectos éticos y legales acerca de este asunto, llevando a la omisión de las mujeres sobre la revelación que provocaron el aborto. Si consideramos que el número de abortos sospechosos se encuentra en esta categoría debido a la no confirmación de la mujer que el aborto fue provocado, la muestra del aborto provocado de este estudio fue del 66,24%, dato alarmante, ya que, según la literatura consultada, apenas el 20% de los abortos llega a necesitar tratamiento en hospital debido a sus complicaciones (Santos et al., 1996). De los abortos entre adolescentes de 13 a 19 años el 19,48% fue sospechoso de ser provocados y el 3,90% fue confirmadamente provocado.

Tabla 6: Distribución de las participantes según la edad y el tipo de aborto, Itajaí (SC), 2002.

Edad	Tipo de aborto			Total
	Espontáneo	Provocado	Sospechoso	
13 a 19	11 4,76	9 3,90	45 19,48	65 28,14
20 a 35	50 21,65	10 4,33	78 33,77	138 59,74
36 a 44	17 7,36	1 0,43	10 4,33	28 12,12
Total	78 33,77	20 8,66	133 57,58	231 100,00

Tipo de aborto y estado civil

La Tabla 7 muestra que la mayoría de los abortos ocurrieron entre mujeres solteras (39,04%). Los abortos espontáneos tuvieron un porcentaje del 7,89% para solteras, 15,35% para las casadas y 8,33% para convivientes. Con relación a los abortos sospechosos de ser provocados, las solteras tuvieron un porcentaje de 25,44%, las casadas 16,67% y si consideramos las convivientes como casadas este porcentaje aumenta para el 30,27%.

Tabla 7: Distribución de las participantes según el estado civil y el tipo de aborto, Itajaí (SC), 2002.

Estado civil	Tipo de aborto			Total
	Espontáneo	Provocado	Sospechoso	
Casada	35 15,35	3 1,32	38 16,67	76 33,33
Soltera	18 7,89	13 5,70	58 25,44	89 39,04
Juntada	19 8,33	3 1,32	31 13,60	53 23,25
Separadas, viudas o divorciadas	5 2,20	1 0,44	4 1,76	10 4,40
Total	77 33,77	20 8,77	131 57,46	228 100,00

Un estudio realizado en el municipio de San Pablo por Albuquerque, Souza y Silva (1996) constató que la mayoría de los abortos ocurría en mujeres entre la edad de 19 y 23 años, gran parte de ellas solteras que no tenían una situación conyugal definida y cuya manifestación predominante es el sangrado vaginal superior a cinco días. Los autores argumentan que existe una tendencia entre las mujeres solteras de provocar el aborto, relacionado con la falta de un compañero y que muchas veces aún es joven, está estudiando y aún son dependientes de sus padres.

Santos et al. (1999) encontraron un porcentaje de casi el 30% de mujeres que declararon haber inducido el aborto a pesar de su ilegalidad. Este porcentaje fue inferior al identificado por Fonseca et al. (1996), encontrando el 48% de casos de aborto clasificados como abortos provocados.

La pequeña muestra de abortos confirmadamente provocados (8,66%) en este estudio puede estar relacionada con las implicaciones legales de la práctica del aborto, considerado crimen con excepción de casos previstos por ley, pues, según Osis et al. (1996), las mujeres tienen una tendencia a omitir información sobre la práctica del aborto cuando se les pregunta directamente sobre el

asunto. Y también que las mujeres que inducen el aborto a través de la ingestión de té o remedio, generalmente no reconocen este acto como equivalente a “provocar” un aborto. Además de la posible penalización legal, existen otros factores que influyen en la posición de las mujeres para admitir o no la práctica del aborto. Entre ellos aspectos psicológicos, morales, religiosos y culturales asociados no sólo a la decisión de abortar, sino también en cómo reaccionar y hablar sobre el asunto (Ibídem).

Según Osis et al. (1996), no hay cómo negar la nítida relación existente entre anticoncepción y aborto, pues altos niveles de abortos provocados demuestran claramente el deseo de las mujeres de evitar el embarazo.

De acuerdo con Machado y Farhat (1998), este hecho remite a la necesidad de programas de planificación familiar accesibles a la población de mujeres en edad fértil, sean ellas solteras o casadas, capaces de capacitarlas para tomar una decisión consciente respecto del deseo o no de quedar embarazada, del número de hijos que son capaces de mantener y optar por el método anticonceptivo más adecuado a su biotipo y a sus condiciones socioeconómicas y culturales. Esta opción consciente sólo es posible a partir de información y acompañamiento por el servicio de salud. La planificación familiar y prenatal son medidas simples y de bajo costo, proporcionan importantes soluciones, capaces de prevenir el embarazo en la adolescencia, el gran número de abortos clandestinos y de controlar la morbilidad materna, interfiriendo positivamente en la salud de la mujer y del niño.

Maniobra abortiva y estado civil

Los resultados presentados en la Tabla 8 muestran que casi la totalidad de los abortos provocados fue realizada con uso de medicamentos (95%). De estas el 60% de las mujeres eran solteras, siguiendo las casadas con el 15% y convivientes también con un 15%. Sólo una mujer (5%) soltera provocó el aborto de otra forma, con el uso de sonda.

Tabla 8: Distribución de las participantes según el estado civil y cómo fue provocado el aborto, Itajaí (SC), 2002.

Estado civil	Forma de Provocación		
	Con medicamentos	Otra forma	Total
Casada	3 15,00	0 0,00	3 15,00
Soltera	12 60,00	3 5,00	13 65,00
Juntada	3 15,00	0 0,00	3 15,00
Separadas, viudas o divorciadas	1 5,00	3 0,00	1 5,00
Total	19 95,00	1 5,00	20 100,00

INVESTIGACIÓN

Una investigación realizada en Fortaleza (CE) por Fonseca et al. (1996) también encontró dos tercios de las mujeres que habían inducido el aborto con el uso de Cytotec, aislado o asociado a otros medios abortivos. Verificaron también que la inducción del aborto es práctica común entre las mujeres jóvenes y solteras, de baja paridad y que no utilizan métodos anticonceptivos.

Dado los elevados porcentajes de uso y el uso indiscriminado de ese medicamento, Briggs, Freeman y Yafee (1987) alertan sobre la relevancia de las reacciones adversas, una vez que el Cytotec fue incluido en la clasificación FDA dentro de la categoría X, que, según el manual de drogas usadas en el embarazo y lactancia, el riesgo de utilización en la gestante excede cualquier beneficio potencial, estando contraindicado por provocar anomalías o la muerte fetal.

De acuerdo con los datos de la Tabla 9 los motivos más expuestos por las mujeres para la ocurrencia del aborto fueron esfuerzo físico (8,6%), susto (8,6%) y uso de té (10,3%). Inclusive sabiendo que estaban embarazadas, las mujeres tomaban té que, según sus conocimientos, podía llevar al aborto. Entretanto, en la entrevista no consideraron el uso de té como forma de provocar aborto. El uso de Cytotec tuvo un porcentaje de 8,2% que corresponde al 95% de las mujeres que afirman haber provocado el aborto.

Tabla 9: Distribución de las participantes según percepción del motivo del aborto, Itajaí (SC), 2002.

Percepción del motivo del aborto	Frecuencia	Porcentaje
Esfuerzo físico	20	8,6
Nerviosismo	16	6,9
Factor Rh	3	1,3
Accidentes	13	5,6
El feto no se desarrolló	2	0,9
Susto	20	8,6
Útero frágil	4	1,7
Té	24	10,3
Cytotec	19	8,2
Otros	125	48,17
Total	233	100,00

La descripción de los resultados anteriores permite inferir que las causas atribuidas por las mujeres a la práctica de aborto están asociadas a la falta de información, tabúes y creencias populares acerca del embarazo, citándose como ejemplos la debilidad, nerviosismo, susto, útero frágil, relación sexual, entre otros, citados por las participantes durante la recolección de datos.

Consideraciones finales

La realización del presente estudio permitió conocer la magnitud del problema en una localidad de Brasil, algunas características particulares de la población estudiada, los motivos y factores que intervienen en el aborto, y hacer un perfil de las mujeres que se internaron con diagnóstico de aborto en el hospital investigado. Este perfil muestra que el número de mujeres con una relación estable

(casadas y convivientes) fue mayor que el de solteras, y la baja escolaridad (hasta la escuela secundaria incompleta) fue una característica notable, así como la baja renta familiar (menos de un sueldo mínimo hasta seis sueldos mínimos).

El aborto ocurrió predominantemente en mujeres con edad entre 20 y 35 años. La mayoría de las entrevistadas no usaba métodos anticonceptivos cuando quedaron embarazadas. Y entre las que dijeron que usaban el comprimido anticonceptivo fue el más citado. En cuanto a los motivos atribuidos como "causa" del aborto se destacan el esfuerzo físico y el uso de té.

Entre las mujeres que provocaron el aborto también predominó la edad entre 20 y 35 años, siendo la mayoría solteras, con baja escolaridad y baja renta, admitiendo el uso de medicamento abortivo, en este caso el Cytotec.

Un número significativo refirió uso de anticonceptivo oral, lo que parece una incoherencia y nos lleva a sospechar que la proporción de abortos provocados pueda ser mayor a lo que fue verificado y que las mujeres omiten esta información por miedo o vergüenza, ya que la práctica del aborto es considerada crimen por la legislación brasileña.

Entre las mujeres que asumieron haber provocado el aborto se identificó un dato bastante relevante para la salud pública, que es el uso indiscriminado y la comercialización ilegal del Cytotec. Según la literatura consultada, este medicamento puede no ser eficaz hasta el 11% de los casos y por ser citotóxico y embriotóxico puede provocar anomalías congénitas o hasta la muerte materna y fetal cuando no la infertilidad (Briggs, Freeman y Yafee, 1987).

Aunque poco se hable y se declare sobre el aborto, no se puede dejar de considerar como un problema de salud cuya importancia y gravedad son extremadamente serias. A pesar de eso, los servicios de salud en todo el país no disponen de datos confiables al respecto. La situación se agrava en la medida que en muchas regiones del país no existe fácil acceso a la planificación familiar y que la legislación no permite el aborto. Con eso el aborto termina realizándose de forma clandestina, con serios riesgos para la salud de la mujer y aumentando los costos con internaciones obstétricas innecesarias.

Finalmente, este estudio puede contribuir a la toma de conciencia, tanto de profesionales de la salud como de las autoridades responsables, de garantizar la asistencia a la salud de la mujer, de la relevancia de este problema, que es de alto costo para los servicios de salud, además de poner en riesgo la vida de muchas mujeres aún jóvenes.

Por constituir un estudio inicial, se cree que otros estudios diagnósticos sobre la sexualidad, reproducción y salud de la mujer deben ser realizados en un nivel de mayor profundidad para que el conocimiento resultante posibilite mejorar la calidad de la asistencia proporcionada en nuestro municipio a ese grupo de la población. En este sentido, el estudio tendrá continuidad buscándose establecer una relación estadística confiable entre las variables ya estudiadas y el aborto provocado, lo que no fue posible en este trabajo debido a la pequeña representatividad de mujeres que admitieron el aborto provocado.

Referencias bibliográficas

Albuquerque, R. S., Souza, E. F., & Silva, F. S. (1996). *Aborto: realidade da população de mulheres atendidas em um hospital da rede pública de São Paulo*. Documento presentado em el 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, Brasil, Associação Brasileira de Enfermagem.

Alves, I. F. (1999). *Crimes contra a vida*. Belém: UNAMA.

INVESTIGACIÓN

- Belo, W. R. (1999). *Aborto: considerações jurídicas e aspectos correlatos*. Belo Horizonte: Del Rey.
- Briggs, G. C., Freeman, R. K., & Yafee, J. (1987). *Drogas na gravidez e na lactação: um guia de referência sobre o risco fetal e neonatal*. 2 ed. São Paulo: Roca.
- Brito, R. S., Almeida, M. S. De., Enders, B. C. (2000). Conhecimento de universitários do sexo masculino sobre o aborto provocado. *Rev. Bras. Enfermagem*, 53, (2), 173-182.
- Carvalho, S. (1993). *Análise das condições de vida e morte em populações urbanas: uma proposta para os serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ENESP.
- Costa, F., Costa, F. (2001). *Tratado de obstetrícia FEBRASGO*. Rio de Janeiro: REVINTER.
- Costa, G., Hardy, E., Osís, D., & Faúndes, A. (1995). A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. *Cad. de Saúde Pública*, 11 (2), 97-105.
- Dadam, P., & Deomário, V. (1995). Perfil da mulher atendida na Rede Feminina de Combate ao Câncer Ginecológico. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de Educação de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí.
- Fonseca, A. (1997). Assistência de enfermagem a mulheres internadas por complicações associadas ao aborto provocado. *Texto & Contexto*, 6 (1), 324-326.
- Fonseca, W., Misago, C., Correia, L.L., Parente, J. A. M., Oliveira, F. C. (1996). Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 30 (1), 13-18.
- Gonçalves, G.H.T. (1990). *Diagnóstico de comunidade com enfoque na saúde do bairro de Imaruí, Itajaí, SC*. Dissertação do Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Hardy, E., & Alves, G. (1992). Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, 8 (4), 454-8.
- Iecks, N.C., Miyazawa, N.S., & Sumita, S. L. N. (1996). Abortamento provocado. Documento apresentado em el 48 Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, Brasil, Associação Brasileira de Enfermagem.
- Low, L.; Hoga, L. A. K. (1999). Anticoncepção e aborto provocado na gravidez não planejada. *O Mundo da Saúde*, 23, (2), 86-92.
- Machado, H. B., Farhat, E. M. P. (1998). Diagnóstico de saúde das famílias residentes no Bairro Imaruí de Fora, Itajaí (SC). Itajaí: UNIVALI.
- Ministério da Saúde. (1995). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno Infantil. Gestação de alto risco. Brasília: COMIM.
- Ministério da Saúde. (2001). *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2000). *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília.
- Mirabete, J. F. (1999). *Manual de direito penal*. 15 ed. São Paulo: Atlas.
- Moraes Filho, O. B., Albuquerque, R. M. De., Hardy, E. (1997). Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo. *Revista do IMIP*, 11, (1), 32-41.
- Neves, F. & Rosa, R. (1995). O acadêmico da Faculdade de Direito da UNIVALI, frente a alguns métodos contraceptivos: conhecimento de uso e participação. Monografia (Graduação em Enfermagem). Centro de Educação de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí.
- Olinto, M.T.A., & Moreira Filho, D de C. (2004). Estimativa de aborto indizado: comparação entre duas metodologias. *Rev. Panam Salud Publica*, 15 (5), 331-6.
- Osís, M., Hardy, E., Faúndes, A., Rodrigues, T. (1996). Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. *Rev. Saúde Pública*, 30 (5), 444-51.
- Parente, A., Lima, A., Silva, F., Carvalho, M., & Parente, J. (1998). Etiologia do aborto criminoso em Teresina. *Rev. Assoc. Saúde Pública*, 1 (2), 137-145.
- Pedrosa, I. L. (1999). *Não vou esquecer nunca!: a experiência feminina com o abortamento provocado*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Centro de Educação de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba.
- Rezende, J., Montenegro, C. (1999). *Obstetrícia fundamental*. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Santos, L., Souza, A., Gomes, E., Nobre, D. (1999). Prevalência de abortamento na maternidade do CAM/IMIP no período de agosto/1995 a agosto/1996. *Go Atual*, 8 (4), 45-50.
- Santos, T., Resende, L., Vasconcelos, T., Ribeiro, C. (1996). O aborto como prática da contracepção. Documento apresentado em el 48 Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, Brasil, Associação Brasileira de Enfermagem, 1996.

UNICEF. (1990). *Situação mundial da infância*. Brasília: ABIGRAF.

UNICEF. (1993). *Medidas vitais: um desafio de comunicação*. 2. ed. Brasília: ABIGRAF.

Verardo, M. T. (1994). *Aborto: um direito ou um crime*. 11 ed. São Paulo: Moderna.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1978). *Induced abortion: report of WHO scientific group*. Geneva: WHO. (Technical Series, 623).

Correspondencia a: Eneida Patrícia Teixeira; Enfermera, Universidad del Valle de Itajaí. Univali. Av. Getúlio Vargas, 588. Santo Antônio-Piçarras Santa Catarina-Brazil. CEP: 88380-000. Tel: (047) 345 0530. e-mail: eneteixeira@yahoo.com.br

Heloisa Beatriz Machado; Profesora. Escola DE Enfermagem. Universidad del Valle de Itajaí. Santa Catarina. Brasil. Rua 2870, 291 Ed. Campo Belo. Centro-Balneário Camboriú. Santa Catarina-Brazil. CEP: 88303-000; Fone: (55-47) 264 174, E-mail: heloisa@ccs.univali.br

ANEXO

Termo de Consentimento livre e esclarecido do participante (modelo)

Nome Sr (a). _____

Idade _____ Sexo _____ de nacionalidade _____

Domiciliado em _____

De profissão _____ e RG _____ ,

foi informado detalhadamente sobre a pesquisa intitulada "Motivos e fatores intervenientes para o abortamento entre mulheres internadas em um hospital geral de um município do Vale do Itajaí (SC), em 2002".

O(a) sr(a). Foi plenamente esclarecido de que ao responder as questões que compõem esta pesquisa estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo conhecer os motivos e os fatores intervenientes para o abortamento entre mulheres internadas em um hospital geral de um município do Vale do Itajaí.

Embora o(a) Sr(a) venha a aceitar a participação nesta pesquisa, está garantido que o(a) sr(a) poderá desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar sua decisão de desistência, da maneira mais conveniente. Foi esclarecido ainda, que por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) sr(a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao sr(a) serão sigilosos e privados, sendo que o(a) sr(a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevistas individuais, garantindo-se privacidade e a confidência das informações e será realizada pela acadêmica Eneida Patrícia Teixeira, sob a supervisão da Profa Heloisa Beatriz Machado.

Itajaí (SC) _____ de _____ de 2002.

Assinatura (de acordo)

Participante do estudo