



ARTIGO ORIGINAL

FATORES DE RISCO PARA ABORTAMENTO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO CASO-CONTROLE**RISK FACTORS FOR ABORTION IN A TERTIARY HOSPITAL IN SOUTH BRAZIL: A CASE-CONTROL STUDY**

Caroline Popia França¹
Thiago Mamôru Sakae²
Tulia Kleveston³

RESUMO

O estudo teve por objetivo descrever os fatores de risco para o abortamento no Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão-SC, no período de julho de 2010 a julho de 2011. Foi realizado um estudo caso-controle, onde foram analisados 366 prontuários, sendo 122 casos de pacientes que deram entrada com abortamento e 244 controles de pacientes que tiveram seus partos normalmente. Foi realizada análise descritiva, bivariada e regressão logística, relatando-se o OR e respectivo IC95%. No presente estudo 96,7% dos abortos foram classificados como espontâneos e 3,3% como provocados. Foi observado que as mulheres que não tinham relação estável apresentaram duas vezes mais chances de abortamento do que as que possuíam (OR: 1,98) (p=0,037), assim como as com menos de oito anos de escolaridade (OR:2,03) (p=0,0013). As pacientes tabagistas apresentaram uma chance de aborto aproximadamente sete vezes maior do que as não fumantes (OR:6,49) (p=0,0000013), e uma magnitude de chance semelhante foi encontrada nas pacientes que não possuíam religião (OR:6,87) (p=0,000013). Foi encontrada também uma associação de aborto com aborto prévio, sendo que as que o possuíam apresentaram o dobro de chance em comparação à aquelas que não possuíam aborto anterior (OR: 1,88) (p=0,021). Mulheres que não possuíam parceiro fixo e religião, assim como aquelas que tiveram oito anos ou menos de escolaridade, fumantes e com história de abortamento prévio apresentaram um risco maior de abortamento na análise multivariada.

Descritores: Aborto, Aborto Habitual, Aborto Incompleto, Fatores de risco, Análise Multivariada, Perfil de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the risk factors for abortion at Hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão-SC, from July 2010 to July 2011. A case-control study was carried out, which 366 medical records were analyzed, 122 cases of patients who were admitted with abortion and 244 controls of patients who had their normal deliveries. A descriptive, bivariate and logistic regression analysis was performed, reporting the OR and its 95% CI. In the present study, 96.7% of the abortions were classified as spontaneous and 3.3% as provoked. It was observed that women who had no stable relationship were twice as likely to have an abortion as they had (OR: 1.98) (p = 0.037), as well as those with less than eight years of schooling (OR: 2.03) (p = 0.0013). Smoking patients presented a chance of abortion approximately seven times higher than nonsmokers (OR: 6.49) (p = 0.0000013),

¹Médica. Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia - Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Brasil.

²Médico Anestesiologista. Doutor em Ciências Médicas – UFSC. Mestre em Saúde Pública – Epidemiologia – UFSC. Professor de Epidemiologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Brasil.

³Médica ginecologista e obstetra - Hospital Regional de Araranguá. Residência em Ginecologia e Obstetrícia R4 - Universidade Federal de São Paulo. Brasil.



and a similar magnitude of chance was found in patients who did not have a religion (OR: 6.87) ($p = 0.000013$). It was also found an association of abortion with previous abortion, and those who had it presented a double chance compared to those who did not have a previous abortion (OR: 1.88) ($p = 0.021$). Women who did not have a fixed partner and religion, as well as those who had eight years or less of schooling, smokers and previous history of abortion presented a greater risk of abortion in the multivariate analysis.

Keywords: Abortion, Abortion Habitual, Abortion Incomplete, Risk Factors, Multivariate Analysis, Health Profile.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, OMS, considera-se abortamento a interrupção da gestação anteriormente há 20 semanas gestacionais ou feto pesando menos de 500g.¹ O aborto é uma patologia muito freqüente na prática médica, cerca de 25% das mulheres terão um abortamento durante sua vida reprodutiva, sendo que o aborto espontâneo, afeta aproximadamente 15% das gestações diagnosticadas, e naquelas que não se manifestaram clinicamente podem ocorrer em até 60%.^{2,3} De acordo com o código internacional de doenças (CID 10), os abortos são classificados como: aborto retido (O.02), aborto espontâneo(O.03), aborto por razões médicas e legais(O.04), outros tipos de aborto (O.05) e aborto não especificado(O.06).⁴

O abortamento espontâneo, como dito acima, acomete um grande número de mulheres, em sua grande maioria acontecem nas 12 primeiras semanas de gestação. Na maioria dos casos ocorre eliminação completa do produto gestacional, não necessitado assim de intervenções invasivas. Diversos fatores estão associados ao aborto espontâneo. Entre eles estão os genéticos, anatômicos, endócrinos, infecciosos, imunológicos e fatores extrínsecos.⁵⁻¹² Quanto mais precoce a perda da gravidez, maior a probabilidade de ser uma causa genética, em torno de 50% a 80% dos abortos no primeiro trimestre são devido a alterações cromossômicas.⁷ As causas anatômicas estão relacionadas com 15% a 27% das causas de aborto, entre as mais comuns destacam-se as sinéquias intra-uterinas (também conhecidas como síndrome de Asherman), os miomas, útero septado e incompetência istmo cervical. É muito importante o diagnóstico para o reconhecimento dessas alterações, pois como a sua maioria possui tratamento, esse se torna essencial para assim evitar os abortos de repetição.^{2,5,8}

As infecções maternas podem comprometer a gravidez por lesões placentárias, do concepto, e das membranas ovulares. Os microorganismos mais comumente envolvidos com processos abortivos são o *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Cytomegalovirus* e *Streptococcus agalactiae*, embora ainda sua relação causal na maioria dos casos não está bem elucidada.^{2,7,13,14} Atualmente o aspecto



imunológico tem sido muito estudado como possível desencadeante do aborto. Nele estão envolvidos os fenômenos auto-imunes e os aloimunológicos, ambos associados aos processos abortivos.^{9,10}

Entre as causas endócrinas, o diabetes, síndrome dos ovários policísticos, hiperprolactinemia, alterações da fase lútea, disfunção tireoidiana ou hiperandrogenismo contribuem para o aborto recorrente.¹¹ Em relação ao peso materno, parece não haver uma associação entre o peso materno pré gestacional e o risco de um aborto espontâneo, embora fracas e não estatisticamente significante, foi mais forte o que a encontrada para as mulheres acima do peso.³ Pacientes com tireoidopatia apresentam incidência aumentada de abortamento.^{11,12}

Entre os fatores extrínsecos sem dúvida o tabagismo é o que possui um grande papel na relação com o aborto espontâneo. Ele não oferece risco apenas quando consumido durante a gestação, mas também em mulheres que fumaram antes de engravidarem, e este risco aumenta proporcionalmente ao número de cigarros fumados por dia.¹⁵ Os traumas, principalmente violência física e queda da própria altura, são freqüentemente atribuídos a ocorrência de aborto espontâneo, porém estudos mostraram que não existe uma relação estatisticamente satisfatória que evidencie a relação direta desses fatores.²

Estima-se que todos os anos, 80 milhões de mulheres no mundo têm uma gravidez não desejada e 60% são abortadas.¹⁶ No Brasil calcula-se que 31% das gestações reconhecidas terminam em aborto, proporcionando nas últimas décadas ao aborto provocado, ser tratado como um problema social, levando a um conjunto de ações de políticas públicas voltadas para seu controle.¹⁷ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo “aborto provocado” refere-se à interrupção da gravidez pelo uso de fármacos ou intervenção cirúrgica, após a implantação e antes que o concepto tenha se tornado viável.¹

Em geral, países com leis restritivas ao aborto apresentam altas taxas de aborto inseguro, no caso do Brasil, o Código Penal inclui o aborto entre os crimes contra a vida e prevê duas exceções: nos casos de estupro e de risco para a vida da mãe. A ilegalidade do aborto não tem impedido que ele ocorra indiscriminadamente entre as diferentes classes sociais no Brasil, mas, certamente, o fato de ter ou não complicações pós-aborto é sócio e economicamente dependente.^{18,19,21}

Ao longo da última década, a curetagem uterina pós-aborto tem sido um dos procedimentos obstétricos mais realizados em hospitais públicos brasileiros. Estudos que enfocam as complicações pós-aborto, destacam a menor ocorrência de eventos infecciosos e hemorrágicos devido o uso cada vez mais disseminado do misoprostol, situação distinta daquela identificada em pesquisas realizadas no início dos anos 80, em que métodos mais agressivos para interrupção da gravidez eram citados.^{20,21}

Conhecer melhor as características das mulheres que abortam, pode ajudar a traçar um perfil mais preciso deste grupo, que passa ao largo das estatísticas oficiais, possibilitando direcionar ações e



serviços de forma a atender suas necessidades reais. Por isso esse trabalho consiste em traçar o perfil das pacientes que deram entrada no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) em Tubarão/SC, com o diagnóstico de aborto no último ano.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de caso controle utilizando os prontuários de todas as pacientes femininas, admitidas no HNSC, entre junho de 2010 e julho de 2011, com o diagnóstico de abortamento.

No presente estudo, utilizou-se o módulo Statcalc do software Epiinfo 6.04 para o cálculo do tamanho de amostra. No nível de confiança de 95%, poder de 80%, prevalência esperada de aborto na população geral de 25% e uma odds de 2,0, a amostra necessária foi composta de 122 casos e 244 controles, pareados 1:2.

Para os casos foram incluídos as pacientes do sexo feminino, admitidas no HNSC, no período acima, com os CIDs O.02 (aborto retido), O.03 (aborto espontâneo), O.04 (aborto por razões médicas e legais), O.05 (outros tipos de aborto), e O.06 (aborto não especificado). Foram excluídos os abortos decorrentes de gravidez ectópica.

Para os controles foram incluídos pacientes do sexo feminino, admitidas no HNSC, para a realização de parto normal ou cesariana, os controles foram escolhidos aleatoriamente e pareados com os casos pela idade.

As variáveis estudadas no presente estudo foram: idade, estado civil, escolaridade, religião, idade gestacional, número de consultas pré-natal, classificação do aborto, fatores associados ao aborto espontâneo e necessidade de curetagem.

O risco e o desconforto aos sujeitos da pesquisa foram mínimos, visto que o procedimento compreendeu a análise de prontuário manual e eletrônico (TASY), não necessitando de termo de consentimento. Porém foi preservada a identidade das pacientes. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, e registrado com o número 11.309.4.01.III.

Foi utilizado o software Epidata 3.1 para confecção e digitação do banco de dados e os resultados foram analisados pelos softwares Epiinfo 6.04 e SPSS 15.0.

As variáveis categóricas foram expressas na forma de porcentagens e taxas. As variáveis quantitativas foram descritas através de medidas de tendência central e dispersão. Para avaliar as associações foi realizado o teste do Qui-quadrado de Pearson ou Teste t de Student, quando adequado.



Foi realizada análise multivariada através do método de Regressão Logística, utilizando-se a Odds Ratio ajustada com respectivo intervalo de confiança de 95% para se expressar os fatores de risco associados independentemente ao desfecho. O nível de confiança adotado foi de 95%.

RESULTADOS

No presente estudo foram analisados 366 prontuários, sendo 122 casos de aborto e 244 controles de gestações que culminaram com o nascimento.

Em relação às características sócio-demográficas (Tabela 1), observou-se que tanto nos casos quanto nos controles, a maioria das pacientes apresentavam companheiro (casadas/concubinas). O nível de escolaridade das pacientes não mostrou diferença significativa entre os grupos. Com relação à religião, observou-se que cerca de 9% dos casos não possuíam religião, enquanto nos controles esse número não obteve nem 1% do total, e ainda a religião predominante em ambos os grupos foi a católica. Outro dado que obteve significância estatística no estudo foi o tabagismo: das pacientes com aborto a taxa de fumantes foi de 18%, já entre os casos foi de 3,3% dos prontuários analisados. A idade média nos dois grupos foi de 28 anos.

Na análise das características clínicas (Tabela 2), a idade gestacional média das pacientes que sofreram aborto foi de 8,6 semanas. Já nos controles, a média foi de 38,2 semanas, os partos ocorreram principalmente nas trigésimas oitava e nona semanas que juntas resultaram em 45% do total. A maioria das pacientes com abortamento ainda não haviam iniciado pré-natal, e a média foi de 0,3 consultas. Já os controles apresentaram uma média de 6,7 consultas durante a gestação. Não foi encontrada diferença significativa de doenças maternas entre casos e controles, bem como na má-formação fetal. Foi demonstrado que a maioria dos casos já haviam tido uma ou mais gestações anteriores, sendo nos controles proporções equivalentes encontradas. Com relação ao abortamento prévio houve diferença significativa entre os grupos: nos casos 25% das pacientes já haviam apresentado no mínimo um episódio de aborto prévio, enquanto nos controles esse número caiu para 15%.

Observando as características em relação à classificação do aborto (Tabela 3), 45% deles foram classificados como aborto espontâneo, o aborto retido foi o segundo mais prevalente com 32%, seguido do aborto não especificado com 20% dos casos. Apenas quatro casos foram descritos como aborto provocado, totalizando 3,3%. Também foi observado que 87% dos casos de aborto necessitaram de curetagem posterior ao diagnóstico.

Na análise bivariada (Tabela 4), foi observada que a relação entre aborto e estado civil, as pacientes sem companheiro fixo tiveram quase o dobro de chance de aborto quando compara às



casadas/concubinadas (OR: 1,98). Já entre escolaridade e aborto, as mulheres com menos de oito anos de escolaridade apresentaram uma chance 100% maior de aborto quando comparada às de escolaridades superiores (OR:2,03). Na comparação de religião por aborto, as pacientes sem religião tiveram de uma chance quase sete vezes maior de aborto do que as que referiram alguma religião (OR: 6,87). Na análise da variável fumo, do mesmo modo, as pacientes fumantes também apresentaram uma chance quase sete vezes maior de aborto (OR: 6,49). Por fim a associação de aborto com aborto prévio, as pacientes que possuíam abortamento prévio tiveram quase o dobro de chance de aborto em comparação à aquelas que não possuíam aborto anterior (OR: 1,88).

A análise multivariada (Tabela 5) através do método de regressão logística evidenciou tabagismo, ausência de religião e história prévia de aborto como fatores associados independentemente ao aborto. A variável mais fortemente associada neste modelo foi o tabagismo, com uma chance mais de sete vezes maior de ocorrência de aborto, seguida pela ausência de religião com uma odds ratio ajustada de 6,45. A história prévia de aborto apresentou uma chance ajustada de mais que o dobro neste modelo.

DISCUSSÃO

De acordo com o presente estudo ficou evidente que as mulheres que não possuíam companheiro fixo tiveram uma chance maior de sofrer um aborto. Isso pode ser explicado pela falta de apoio afetivo e instabilidade econômica que as mulheres que não possuem relação estável são susceptíveis.²²

Também no presente estudo, as mulheres que tiveram oito anos ou menos de escolaridade, tiveram duas vezes mais chance de ter um aborto. Outro estudo²⁰ realizado no estado de Santa Catarina não demonstrou associação significativa entre a escolaridade e abortamento. Diferenças regionais e no delineamento dos estudos podem ter contribuído para refutar tais achados.

As mulheres que não tinham uma religião estiveram mais susceptíveis a sofrerem um abortamento, resultados similares aos descritos em outros estudos.^{18,23}

O tabagismo materno também se mostrou como fator de risco para abortamento espontâneo, assim como estudos realizados no México²⁴ e Dinamarca¹⁵. A relação tabagismo/aborto espontâneo pode ser atribuída, além das milhares de substâncias tóxicas e cancerígenas, à ação vasoconstritora da nicotina, com conseqüente redução do fluxo sanguíneo causando assim danos placentários.²

A idade gestacional média que ocorreu o aborto foi de 8,6 semanas gestacionais, sendo um pouco abaixo das encontradas nos estudos de Fonseca²⁰ e Chaves²⁵, onde as médias foram de 11,8 e



11,5 semanas, respectivamente. Os resultados foram semelhantes ao de outro estudo⁷ o qual encontrou que a grande maioria dos abortamentos ocorre nas 12 primeiras semanas de gravidez, sendo que 80% eram decorrentes de alterações cromossômicas. As doenças maternas estiveram associadas a 9% dos casos de abortamento, estando compatíveis com outros resultados encontrados na literatura².

A maioria das pacientes, como o esperado, não haviam iniciado o pré-natal. O Ministério da Saúde¹⁷ preconiza seis consultas durante a gestação, sendo apenas uma no primeiro trimestre, como os abortamentos aconteceram em sua maioria precocemente, as mães ainda não haviam iniciado o pré-natal.

A presença de aborto anterior representou uma chance 80% maior para abortamento. Resultados semelhantes já foram descritos na literatura^{22,25} onde a chance para história de aborto anterior variou entre quase 80%²⁵ a quase três vezes maior²².

No presente estudo a incidência de abortos provocados foi de 3,3%, muito inferior a um estudo realizado em Florianópolis²⁰ onde 22% eram de aborto evidentemente provocados, e outro em Maceió²⁵ onde essa prevalência alcançou 18%. Essa disparidade de resultados pode se dever principalmente a diferença de métodos de coleta de dados, pois nos estudos citados foram aplicados questionários diretamente às pacientes, enquanto em nosso estudo os dados foram coletados dos prontuários médicos. No Brasil, a interrupção da gravidez, só é legal quando gera risco à vida materna ou quando a gravidez resulta de estupro, e em todos os outros casos é considerado um crime, passível de punição legal, segundo o Código Penal. É provável que possa haver omissão dos médicos em relação à classificação do aborto para evitar transtornos tanto para si, quanto para a paciente.

A curetagem uterina ainda possui uma elevada prevalência no serviço hospitalar estudado, alcançando quase 90% das pacientes admitidas com diagnóstico de abortamento. Porém esses números seguem uma tendência nacional, em estudo realizado em São Paulo/SP²⁶, esse valor foi de 97%. Esta altíssima porcentagem de curetagem pode ser observada visto que a grande maioria dos hospitais públicos brasileiros ainda não utilizam a aspiração manual a vácuo (AMV), embora seja um procedimento mais eficaz, mais seguro e de menor custo quando se comparada a curetagem no tratamento do aborto²⁷.

Diante do exposto, este estudo permitiu descrever o perfil do abortamento em nosso serviço de saúde: mulheres com idade média de 28 anos, que não possuíam companheiro estável, oito anos ou menos de escolaridade, não tabagistas, com história de abortamento prévio e sem religião. Observou-se também que a grande maioria dos abortos foram descritos como espontâneos, aconteceram antes da décima segunda semana gestacional e a curetagem ainda é um método de tratamento amplamente utilizado. Assim sendo, através destes resultados, podemos identificar as mulheres com risco potencial



de abortamento, e dessa forma planejar quais as melhores medidas de saúde que devem ser tomadas, para evitar tal condição clínica.

REFERÊNCIAS

1. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1977;56(3): 247-53.
2. Zugaib M. *Obstetrícia*. v. 1. 1. ed. São Paulo: Manole, 2008. 1248 p.
3. Helgstrand S, Andersen NAM. Maternal underweight and the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(1): 1197-1201.
4. Brasil.CID10.Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040203> (01/10/2017).
5. Barini R, Couto E, Mota MM, Santos MTC, Leiber RS, Batista CS. Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 2000: 22 (4): 217-23.
6. Chaves BHJ, Pessini L, Bezerra SFA, Nunes R. Abortamento provocado e o uso de contraceptivos em adolescentes. *Rev Bras Clin Med* 2010; 8(2): 94-100.
7. Simpson JK. Causes of fetal wastage. *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50(1):10-30.
8. Scott ER. Recurrent Spontaneous Abortion: Evaluation and Management. *American Family Physician* 1993; 48 (8): 1451-7.
9. Mattar R, Camano L, Daher S. Aborto Espontâneo de Repetição e Atopia. *Rev Bras Ginecol Obstet*; 25 (5): 331-335, 2003.
10. Christiansen OB, Kolte AM, Larsen EC, et al. (2016) Immunological Causes of Recurrent Pregnancy Loss. In: Bashiri A., Harlev A., Agarwal A. (eds) *Recurrent Pregnancy Loss*. Springer, Cham.
11. Kaur R, Gupta K. Endocrine dysfunction and recurrent spontaneous abortion: An overview. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*. 2016;6(2):79-83. doi:10.4103/2229-516X.179024.
12. Zahran AB, Ali EA, Siddeg WA, et al. Thyrotropin and Thyroid Antibodies in Sudanese Women with Recurrent Miscarriage. *Khartoum Medical Journal* (2016) Vol. 09, No. 01, pp. 1224 – 1229
13. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, et al. Infection after medical abortion: A review of the literature. *Contraception*, Vol 70 (3), September 2004, p 183-190
14. Voskakis I, Tsekoura C, Keramitsoglou T, Tsantoulas E, et al. M. *Chlamydia trachomatis*



- infection and V γ 9V δ 2 T cells in women with recurrent spontaneous abortions. *American Journal of Reproductive Immunology*, 2016, vol 76: 358–363. doi: 10.1111/aji.12554
15. Nielsen A, et al. Maternal smoking predicts the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2006; 85(1): 1057-65
 16. Singh S, et al. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368(1): 1887–92.
 17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção humanizada ao abortamento. Brasília (DF); 2005.
 18. Olinto ATM, Moreira DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(2): 365-375.
 19. Paxman J, Rizo A, Brown L, Benson J. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. *Stud Fam Plann* 1993; 24:205-26.
 20. Fonseca W, Misago C, Freitas P, Santos E, Fernandes L, Correia L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(2): 279-286.
 21. Menezes G, Aquino MLE. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública* 2009; 5(2):193-204.
 22. Buss L, Tolstrup J, Munk C, Bergholt T, Ottesen B, Gronbaek M, Kjaer SK. Spontaneous abortion: A prospective cohort study of younger women from the general population in Denmark. Validation, occurrence and risk determinants. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2006; 85: 467-475.
 23. Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes G. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2010; 32(3):105-11.
 24. Munoz JB, Sánchez LT, Carrillo LL. Exposure to maternal and paternal tobacco consumption and risk of spontaneous abortion. *Public Health Reports*. 2009; 124(1): 317-22.
 25. Chaves JHB, Oliveira EM, Bezerra AFS, Camano L, Sun SY, Mattar R. O abortamento incompleto (provocado e espontâneo) em pacientes atendidas em maternidade do Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2011 mai-jun;9(3):189-94.
 26. Sorrentino, SR. & Lebrão, ML. Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995. *Rev. Bras. Epidemiol*. 1998; 1 (3): 256-67.
 27. Holanda AAR, Santos HPFD, BarbosaMF, Barreto CFB. Tratamento do Abortamento do Primeiro Trimestre da Gestação: Curetagem versus Aspiração Manual a Vácuo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25 (4): 271-76.



TABELAS

Tabela 1. Características sócio-demográficas

VARIÁVEL	CASOS	CONTROLES	P
Estado Civil			0,099
Solteira	17 (13,9%)	23 (9,4%)	
Casada	51 (41,8%)	93 (38,1%)	
Concubinada	51 (41,8%)	127 (52%)	
Separada	01 (0,8%)	01 (0,4%)	
Outros	02 (1,6%)	00 (0%)	
Escolaridade			0,042*
Analfabeta	02 (1,6%)	00 (0%)	
1º grau Incomp.	33 (27%)	49 (20,1%)	
1º grau Comp.	24 (19,7%)	41 (16,8%)	
2º grau Incompleto	12 (9,8%)	43 (17,6%)	
2º grau Completo	44 (36,1%)	82 (33,6%)	
3º grau Incompleto	02 (1,6%)	05 (2 %)	0,00019*
3º grau Completo	05 (4,1 %)	24 (9,8%)	
Religião			
Católica	82 (67,2%)	194 (79,5%)	
Evangélica	22 (18%)	43 (17,6%)	
Espírita	00 (0%)	01 (0,4%)	0,00000357*
	07 (5,7%)	04 (1,6%)	



Outras	11 (9%)	02 (0,8%)	
Nenhuma			
Fumante	22 (18%)	08 (3,3 %)	0,646
Sim	100 (82%)	236 (96,7%)	
Não			
Idade	28,369	28,008	
Média	(DP: 7.306)	(DP: 6.990)	

*p<0.05 fonte primária

**Tabela 2.** Características Clínicas

VARIÁVEL	CASOS	CONTROLES	p
Idade Gestacional (semanas)			
Média	8,680 (DP=3.166)	38.266 (DP= 3.763)	<0,0001*
Número de consultas			
no Pré-natal			<0,0001*
Média	0.311 (DP=1.158)	6.754 (DP=6.939)	
Doenças maternas			
Associadas			0,584
HAS	01(0,8%)	09(3,7%)	
DM	03(2,5%)	04(1,6%)	
Miomatose	06(4,9%)	00(0%)	
Outras		05(2.04%)	
Mal formação fetal			
Sim	01(0,8%) 123(99,2%)	01(0,4%)	0,796
Não		243(99,6%)	
Paridade			
Primigestas	44(36,1%) 78(63,9%)	100(41%)	0,426
Múltiparas		144(59%)	



	30(24,6%)		
Aborto prévio	92(75,4%)	36(14,8%)	0.030*
Sim		208(85,2%)	
Não			

*p<0.05 fonte primária

Tabela 3. Características do Aborto

VARIÁVEL	CASOS
Classificação do Aborto	
Aborto retido	40(32,3%)
Aborto espontâneo	56(45,2%)
Aborto por necessidades médicas e legais	01(0,8%)
Aborto não especificado	24(19,4%)
Outros tipos de aborto	03(2,4%)
Aborto provocado	
Sim	04(3,3%)
Não	118(96,7%)
Necessidade de Curetagem	
Sim	107(87,7%)
Não	15(12,3%)

fonte primária

**Tabela 4.** Análise bivariada de fatores associados ao abortamento

VARIÁVEL	OR	IC 95%	P
Estado civil	1,98	1,00 a 3,97	0,037*
Escolaridade	2,03	1,28 a 3,21	0,0013*
Religião	6,87	2,48 a 19,97	0,000007*
Fumo	6,49	2,64 a 16,47	0,0000013*
Aborto prévio	1,88	1,06 a 3,36	0,021*

IC95%: intervalo de confiança de 95%

*p<0,05

fonte primária

Tabela 5. Análise de regressão logística de fatores associados ao abortamento

Variável	ORaj	IC95%	p
Estado civil sem companheiro	1,63	0,81 a 3,28	0,170
Escolaridade <8 anos	1,52	0,94 a 2,45	0,085
Sem Religião	6,45	2,53 a 16,41	<0,0001*
Com doença materna	1,64	0,69 a 3,91	0,260
Tabagismo	7,09	2,97 a 16,89	<0,0001*
História de aborto prévio	2,14	1,19 a 3,83	0,010*

ORaj: odds ratio ajustada

IC95%: intervalo de confiança de 95%

*p<0,05

fonte primária