INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

CONSEQUÊNCIAS DE ABORTO EM ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO, I SEMESTRE DE 2024

Autora: Cláudia António Sebastião

Orientador: Pedro Bernardo Maurício, Lic

Luanda, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

CONSEQUÊNCIAS DE ABORTO EM ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO, I SEMESTRE DE 2024

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, Sob orientação do professor Pedro Bernardo Maurício, Lic.

Autora: Cláudia António Sebastião

Orientador: Pedro Bernardo Maurício, Lic

Luanda, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

CONSEQUÊNCIAS DE ABORTO EM ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO, I SEMESTRE DE 2024

O júri:

Presidente:_____

1º vogal:_____

2º vogal:_____

Secretário (a):_____

CLASSIFICAÇÃO_____

DATA DA DEFESA_____ /_____ / _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, António Sebastião e Cecília Marcolino em memória, pelos ensinamentos e por sempre acreditarem no meu potencial.

AGRADECIMENTOS

À Deus, todo grande e poderoso, criador do universo, pela dádiva da vida, o maior orientador da minha vida, sinto a graça da sua presença desde a minha existência, me acompanhando nas conquistas de todos meus sonhos.

Aos meus pais, António Sebastião e Cecília Marcolino, que nunca deixaram de cumprir com seu papel, sempre presente, súper protetores e amigos, sem esquecer as minhas lindas irmãs, aquelas que são o meu suporte, que muitas vezes fizeram o papel de mãe, Luzia Sebastião, Joel Sebastião e Glória Sebastião.

Aos meus professores, um agradecimento especial, vai para Dra. Yamilé Hernandez, ao Dr. Miguel Pedro Mavunga, ao Dr Maurício Mbassi, por cada ensinamento, por cada dica e por acreditarem em meu pontecial. Portanto, vocês foram verdadeiros mestres, incetivando o meu crescimento pessoal, profissional e principalmente académico

O meu reconhecimento e agradecimento vai ao meu orientador Dr. Pedro José Maurício, pela disponibilidade e que duma forma incansável ajudou-me na orientação do presente trabalho de forma honesta, inteligente e sempre com espírito de pai, sincero e motivado.

À todos docentes do curso de Licenciatura em Enfermagem que fizeram parte desta formação académica, que duma forma enérgica, se dedicaram tanto contribuindo para minha transformação intelectual e científica, através das disciplinas por eles leccionadas durante os quatro anos que durou o curso.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA), pela disponibilidade do curso de Licenciatura em Enfermagem.

Aos meus colegas e amigos, Eduardo Júnior, Edma Sebastião, Antónia Presença, Elsa Francisco, Dilma Engraça, Yola Valentin, Catarina Salvador, agradeço pela camaradagem e pelas memórias que construímos juntos, cada um de vocês contribuiu para que essa jornada fosse ainda mais especial. As risadas compartilhadas e aos momentos de aprendizado ao lado de vocês, ficarão guardadas em meu coração.

EPÍGRAFE

“A gravidez na adolescência não é apenas uma questão biológica, mas um fenômeno social que reflete desigualdades e falta de acesso à educação e à saúde.”

(Brasil, 2019)

RESUMO

O estudo investigou as consequências de aborto em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco, I semestre de 2024. Teve como objetivo geral, analisar as consequências de aborto em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco no I semestre 2024. Como obejectivos específicos: (1) Caracterizar o perfil sóciodemográfico segundo as variáveis: faixa etária, nível acadêmico, tempo de serviço; (2) Identificar as consequências de aborto em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco no I semestre 2024 e (3) Propor sugestões a instituição hospitalar sobre métodos eficazes para minimizar as consequências de aborto em adolescentes. De carácter descritivo, com uma abordagem mista (quantitativa e qualitativa), o estudo baseou-se na recolha de dados através de questionários aplicados a 12 profissionais de saúde e 18 adolescentes. A investigação procurou responder à seguinte questão: Quais são as consequências de aborto em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco no I semestre 2024?Para isso, considerou-se duas hipóteses principais: (1) As lesões uterinas são consequências de aborto em adolescentes. (2) Hemorragias pode ser uma das consequências de aborto em adolescentes. Os resultados deste estudo confirmaram as hipóteses estabelecidas e permitiram alcançar com sucesso os objetivos traçados. As consequências do aborto em adolescentes no Hospital Municipal de Cacuaco, no primeiro semestre de 2024, reflectem uma realidade marcada por complicações clínicas graves e falta de informação. Essa situação exige um esforço colectivo entre profissionais de saúde, educadores, famílias e o poder público, visando proteger a saúde e o futuro das adolescentes.

Palavras - chave: Consequências, Aborto e Adolescente.

ABSTRACT

The study investigated the consequences of abortion in adolescents treated at the Municipal Hospital of Cacuaco during the first semester of 2024. Its general objective was to analyze the consequences of abortion in adolescents assisted at the Municipal Hospital of Cacuaco in the first semester of 2024. The specific objectives were: (1) To characterize the sociodemographic profile according to variables such as age group, academic level, and years of service; (2) To identify the consequences of abortion in adolescents treated at the Municipal Hospital of Cacuaco in the first semester of 2024; and (3) To suggest effective institutional methods to minimize the consequences of abortion in adolescents.This is a descriptive study with a mixed approach (quantitative and qualitative), based on data collection through questionnaires applied to 12 health professionals and 18 adolescents. The research sought to answer the following question: What are the consequences of abortion in adolescents treated at the Municipal Hospital of Cacuaco in the first semester of 2024?To this end, two main hypotheses were considered:(1) Uterine injuries are consequences of abortion in adolescents. (2) Hemorrhages can be one of the consequences of abortion in adolescents.The results of this study confirmed the established hypotheses and successfully achieved the proposed objectives. The consequences of abortion in adolescents at the Municipal Hospital of Cacuaco during the first semester of 2024 reflect a reality marked by serious clinical complications and a lack of information. This situation demands a collective effort from health professionals, educators, families, and public authorities in order to protect the health and future of adolescents.

Keywords: Consequences, Abortion, Adolescents.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

%: Percentagem.

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Angop: Agência Angola Press

D e C: Dilatação e Curetagem

D e E: Dilatação e Evacuação

DC: Dilatação e Curetagem

DIU: Dispositivo Intrauterino

hCG: Gonadotrofina Coriônica Humana

nº : Número.

OMS: Organização Mundial da Saúde

Rh: Fator Rh (antígeno do sangue)

Rh: Fator Rhesus

Rho(D): Imunoglobulina anti-D (anti-RhD)

RU 486: Nome alternativo da mifepristona (medicamento utilizado em aborto medicamentoso)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1- População e amostra.....34

Tabela nº *2*. Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....36

Tabela nº 3- Distribuição da amostra quanto ao Nível acadêmico.....38

Tabela nº 4- Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....39

Tabela nº 5. As lesões uterinas está na base das consequências de aborto em adolescentes?.....40

Tabela nº 6. Hemorragias pode ser uma das consequências de aborto em adolescentes?.....41

Tabela nº 7. Já atendeste uma adolescente que provocou aborto?.....42

Tabela nº 8. Já fizeste aborto?.....43

Tabela nº 9. Conheces as consequências do aborto?.....44

Tabela nº 10. Quantas vezes já fizeste o aborto?.....45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1. Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....36

Gráfico nº 2- Distribuição da amostra quanto ao Nível acadêmico.....38

Gráfico nº 3- Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço.....39

Gráfico nº 4. As lesões uterinas está na base das consequências de aborto em adolescentes?.....40

Gráfico nº 5. Hemorragias pode ser uma das consequências de aborto em adolescentes?.....41

Gráfico nº 6. Já atendeste uma adolescente que provocou aborto?.....42

Gráfico nº 7. Já fizeste aborto?.....43

Gráfico nº 8. Conheces as consequências do aborto?.....44

Gráfico nº 9. Quantas vezes já fizeste o aborto?.....45

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA 4

1.1. Definições de termos e conceitos 4

1.2. Gravidez na adolescência 5

1.3. Desafios fisiológicos e emocionais da gravidez em adolescentes 6

1.4. Breve histórica sobre aborto 8

1.5. O aborto no Contexto Angolano em particular no Município de Cacuaco 10

1.6. Classificação do aborto 11

1.7.Tipos de Aborto 12

1.8. Causas do aborto 17

1.9. Sintomas de aborto 19

1.10. Taramento de aborto 19

1.11. Prevenção de aborto 20

1.12. Complicações do aborto 21

1.13. Métodos abortivos 22

1.14. Aborto provocado e gestações futuras 24

1.15. Factores de risco para o aborto 25

1.16. Interrupção da gravidez 26

1.17. Assistência de enfermagem em adolescentes com problemas de aborto 27

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE ESTUDO 30

2.1. Tipo de Pesquisa 30

2. 2. Modelos de Abordagem 30

2.3. Nível de estruturação de métodos 30

2.4. Técnicas de recolha de dados 32

2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados 33

2.6. População e Amostra 33

2.7. Descrição das variáveis de estudo 34

2.8. Dificuldades encontradas 35

CAPITULO- III: DISCUSSÃO E RESULTADOS 36

3.1. Apresentação e interpretação dos resultados 36

3.2. Discussão dos resultados 46

CONCLUSÕES 48

SUGESTÕES 49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 50
APÊNDICES
ANEXOS

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema: “Consequências de aborto em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco no I semestre 2024”. A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que ocorre na segunda década da vida, ou seja, dos 10 aos 20 anos incompletos, e que deve ser considerada a partir dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e jurídicos, adolescência é um período que exige do ser humano a construção de uma nova identidade, o que gera questionamentos, ansiedades e instabilidades nas relações com a família, no meio em que vive, consigo mesmo e com os outros adolescentes.

O aborto só é considerado útil enquanto a gravidez não se tornou pública. Desta maneira, a sociedade não oferece garantias para o exercício da sexualidade das adolescentes nem as adolescentes são conscientizadas das consequências que a sua liberdade sexual pode trazer, tendo tudo para se tornar traumática. A sexualidade masculina e feminina construída socialmente cria estereótipos em que a sexualidade masculina é reconhecida como incontrolável, cheia de permissões e incentivos, e a sexualidade feminina é recheada de cobranças e restrições, devendo ser despertada e estar subordinada à vontade do homem. A ideologia responsabiliza a mulher e exime os homens de qualquer responsabilidade na questão da contracepção e da maternidade.

O aborto torna-se, então, a única saída para estas adolescentes e, neste desafio, elas arriscam suas próprias vidas, quando decidem interromper a gravidez utilizando-se de quaisquer recursos que tenham à mão. Esta decisão muitas vezes é vivida de forma solitária e clandestina, ou sobre pressão dos parceiros ou familiares. O sentimento de abandono não significa necessariamente que sejam deixadas sozinhas, mas sim porque o parceiro e familiares são os primeiros a propor o aborto, sem maiores indagações. Por ser proibido, o aborto leva a pressões psicológicas e sociais muito grandes, sendo carregado de medo, culpa, censura, vergonha, e estas adolescentes ainda enfrentam o desprezo, a humilhação e o julgamento dos profissionais de saúde.

No Hospital Municipal de Cacuaco no I semestre 2024, tem-se verificado hemorragias, infecções, lesões uterinas, infertilidade, gravidez ectópica,

partos prematuros posteriores, isso é que demonstra abortamento nos adolescentes, Esse acto têm preocupado a direcção do Hospital de Cacuaco.

Tendo em conta o problema constatado, formulou-se a seguinte pergunta de partida:

Quais são as consequências de aborto em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco no I semestre 2024?

- **Hipóteses**

Segundo Marconi e Lakatos (2017, p. 99), a "hipótese é uma explicação, uma condição ou princípio que procura relacionar entre si as variáveis que dizem respeito a um determinado fenómeno".

Com este propósito formulamos as seguintes hipóteses:

H_1: As lesões uterinas representam uma das principais consequências do aborto em adolescentes.

H_2: Hemorragias pode ser uma das consequências de aborto em adolescentes.

- **Objectivos**

Para Silva e Menezes (2013, p. 27), "objetivo é uma meta concreta e mensurável que orienta as ações e direciona os esforços individuais e coletivos, ele fornece uma clara direção".

Objectivo geral:

- ✓ Analisar as consequências de aborto em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco no I semestre 2024.

Objectivos Específicos:

- ✓ Caracterizar o perfil sóciodemográfico segundo as variáveis: faixa etária, nível acadêmico, tempo de serviço.
- ✓ Identificar as consequências de aborto em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco no I semestre 2024.
- ✓ Propor sugestões a instituição hospitalar sobre os métodos eficazes para minimizar as consequências de aborto em adolescentes.

- **Delimitação e Limitação do estudo**

a) Delimitação: O presente trabalho delimita-se a abordar as consequências de aborto em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco no I semestre 2024.

b) Limitação: Esta pesquisa limita-se aos profissionais de saúde e nos adolescentes.

- **Justificativa**

A escolha do presente tema é de caracter pessoal e o mesmo motivou-nos a escolha no sentido de dar uma visão mais clara e objectiva sobre o fenómeno em estudo, em conformidade com o Hospital Municipal de Cacuaco. É fundamental que os profissionais de saúde que prestem atenção sobre o tema em questão e o mesmo não é um problema individual mas sim social.

No que tange a motivação pessoal pela escolha do tema, é devido a um número elevado de casos de abortamento. Todavia espera-se que este material siva de instrumento de pesquisa para os profissionais da saúde, adolescentes e os acadêmicos.

- **Estrutura do trabalho**

O presente trabalho está dividido da seguinte forma:

A parte introdutória que esclarece os objectivos da pesquisa e apresenta três capítulos:

- No primeiro capítulo aborda da fundamentação teórica.

- No segundo capítulo aborda da metodologia do estudo.

-No terceiro capitulo tratou-se dos resultados e discussão. Para terminar, mencionou-se as conclusões, sugestões e a s referências bibliográficas.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

1.1. Definições de termos e conceitos

Neste capitulo será abordado as palavras chave extraídas a partir do tema com a finalidade de conceituarmos os termos e buscar as teorias dos autores que falam do tema em causa.

1.1.1. Consequências

Segundo Maria e Djalma (2016, p. 31), “consequências é o efeito produzido de um acontecimento”.

Para Guttmacher (2017, p. 84), “consequência é a causa que ocorre seguida a um conjunto de condições relativas a uma acção”.

De acordo Santos e Ana (2013, p. 42), “consequências é o resultado provável ou fracasso de um facto”.

Entende-se que consequência é caracterizado pelo resultado produzido de um acontecimento.

1.1. 2. Aborto

Segundo Almeida (2014, p. 68), “aborto é uma situação traumática caracterizado por uma interrupção precoce da gravidez”.

De acordo Aquino e Estela (2012, p. 58), “aborto é uma prática bastante comum realizada nas mulheres que possuem uma gravidez indesejada e que não pretendem dá continuidade à gestação”.

Para Camacho (2017, p. 89), “aborto ou interrupção da gravidez é a interrupção de uma gravidez resultante da remoção de um feto ou embrião antes de este ter a capacidade de sobreviver”.

Entende-se que aborto como uma situação relativamente comum nas gestações que se caracteriza pela interrupção da gravidez antes de o feto ser capaz.

1.1.3. Adolescente

Segundo Fernando (2014, p. 90), “a adolescente é um indivíduo que está no período de transição no desenvolvimento físico e psicológico, em que o ser humano deixa de ser criança e entra na idade adulta”.

Na óptica de Fernandes (2018, p. 89), “adolescente é a pessoa que está na fase de preparação para assumir o papel de adulto”.

Para Zenilda (2013, p. 70), “adolescente caracteriza-se por etapas de desenvolvimento físico, mental, emocional e social, passando de uma fase de dependência socioeconômica total a outra de relativa independência”.

Na nossa perspectiva adolescente indivíduo que está no período de transição entre a infância e a vida adulta.

1.2. Gravidez na adolescência

A adolescência é um período de transição da infância para a vida adulta, caracterizado por mudanças físicas, biológicas, comportamentais e psicossociais (Ferreira, 2011). Durante essa fase, os adolescentes passam por transformações como o desenvolvimento sexual, conflitos familiares, formação de valores e responsabilidades crescentes (Bretas, 2003).

A falta de diálogo e orientação adequada sobre sexualidade por parte dos pais pode levar a problemas comportamentais e de saúde nos adolescentes (Ferreira, 2006). Muitos adolescentes têm seu primeiro contacto sexual desprotegido devido à falta de informação, relacionamentos efêmeros e falta de acesso a métodos contraceptivos (Nascimento, 2013).

Doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, têm uma incidência mais alta entre os adolescentes, muitas vezes devido à falta de uso de preservativos (Nascimento, 2013). Estratégias governamentais visam reduzir a disseminação dessas doenças por meio de campanhas de conscientização e acesso a medicamentos específicos (Nascimento, 2013).

A enfermagem desempenha um papel fundamental ao oferecer orientações, métodos contraceptivos e promover a autonomia das mulheres em relação à sua saúde reprodutiva. A falta de informações adequadas pode levar a problemas de saúde pública, como gravidezes indesejadas, especialmente na adolescência, com consequências psicológicas, econômicas e sociais (Pariz, 2012).

A gravidez na adolescência pode resultar em complicações graves, incluindo abortos, complicações obstétricas e até mesmo a morte da adolescente (Gurgel, 2008). Além disso, os bebês nascidos de mães adolescentes enfrentam riscos de saúde, como prematuridade e deficiências (Dias, 2010).

Esses problemas de saúde estão frequentemente ligados à pobreza e condições precárias de vida, alimentação e saúde. Além disso, a gravidez na adolescência está associada a questões sociais, como desemprego, violência e evasão escolar (Aviana, 2001).

No entanto, a gravidez na adolescência não é homogênea e pode ter diferentes impactos dependendo da condição social da jovem. Para algumas, pode representar um desafio significativo, enquanto para outras, pode ser vista como algo desejado e significativo (Teles, 2013).

A gravidez na adolescência não é homogênea e pode ter diferentes impactos dependendo da condição social da jovem. Para algumas, pode representar um desafio significativo, enquanto para outras, pode ser vista como algo desejado e significativo (Dias, 2010).

O motivo principal para a ocorrência da gravidez na adolescência é a falta de acesso adequado a métodos contraceptivos (Dias, 2010). Abordar o tema das adolescentes grávidas requer reflexão, compreensão e busca de soluções. As consequências podem ser negativas quando vistas apenas sob uma perspectiva biológica ou social, envolvendo riscos para a saúde da mãe e do bebê.

É importante reconhecer que a educação sexual, o acesso a informações precisas e o apoio adequado podem desempenhar um papel fundamental na prevenção da gravidez na adolescência e na promoção da saúde sexual e reprodutiva dos jovens. Além disso, abordagens sensíveis às diferentes realidades sociais e culturais das adolescentes podem contribuir para uma abordagem mais eficaz desse desafio complexo (Teles, 2013).

1.3. Desafios fisiológicos e emocionais da gravidez em adolescentes

A gestação na adolescência é uma fase que envolve alterações físicas e psicológicas, apresentando desafios emocionais (Correia, 2011). Actualmente, existem programas de assistência à adolescente grávida com o objetivo de garantir uma gestação segura e saudável, envolvendo uma equipe multidisciplinar. A gestação na adolescência apresenta riscos específicos para a saúde da mãe e do bebê, incluindo taxas mais altas de mortalidade neonatal.

A gravidez precoce é associada a várias consequências negativas, como parto prematuro, baixo peso ao nascer, abortos precários e depressão. O acompanhamento

psicológico e o desenvolvimento de projectos de vida são essenciais para reduzir o impacto emocional da gravidez na adolescência (Teles, 2013).

A gestação envolve mudanças hormonais e físicas ao longo de nove meses, influenciando as emoções da gestante. O pré-natal é crucial para detectar e tratar patologias maternas e problemas de saúde fetal, incluindo hipertensão, diabetes e eclâmpsia (Anders, 2013).

O aborto provocado é uma preocupação para muitas adolescentes, devido a factores como condições financeiras precárias e medo de assumir a responsabilidade (Pereira, 2005). No entanto, o aborto apresenta riscos graves, incluindo hemorragia, infecções e até morte materna.

A educação sexual é fundamental para prevenir doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e aborto entre os jovens (Longo, 2016). Portanto, é importante fornecer informações adequadas e apoio às adolescentes para enfrentar os desafios da gravidez na adolescência.

A gravidez na adolescência é uma fase que pode desencadear mudanças significativas na vida das jovens, tanto físicas quanto psicológicas. É uma fase delicada no desenvolvimento humano, que pode exigir uma capacidade psicoemocional de enfrentamento (Correia, 2011). Para lidar com os desafios dessa fase, existem programas de assistência à adolescente grávida, que envolvem uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais.

O objectivo desses programas é iniciar o pré-natal, garantindo um acompanhamento seguro da gestação para evitar complicações e assegurar a saúde do bebê (Santa Lagoa, 2014). No entanto, a gravidez na adolescência apresenta especificidades em relação aos índices de morbimortalidade, gerando problemas de saúde tanto para a mãe quanto para o bebê.

Dados epidemiológicos mostram que a maior parte dos bebês nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer são filhos de mães adolescentes, e a taxa de mortalidade neonatal é três vezes maior em comparação com mães adultas ((Viçosa e Pena, 2012).

O acompanhamento psicológico da gestante adolescente deve incluir ações psicoeducativas com o objectivo de proporcionar um pré-natal satisfatório e ajudar os

jovens a desenvolverem projetos de vida que minimizem os impactos emocionais da gravidez É importante entender que a gravidez na adolescência é um fenômeno complexo e multifacetado, influenciado por fatores psicológicos, sociais e históricos (Dias, 2010).

Além disso, a gravidez, o parto e o puerpério são responsáveis por uma parcela significativa das internações no país, e podem desencadear problemas fisiológicos, emocionais e sociais, como ausência familiar, estresse, sintomas depressivos e depressão pós-parto (Vieira, 2013). Durante a gestação, as mudanças hormonais têm um impacto nas emoções e sentimentos da gestante (Maldonado, 2013).

O pré-natal desempenha um papel fundamental na detecção precoce de patologias maternas e problemas de saúde fetal, como hipertensão arterial, diabetes, anemia e doenças sexualmente transmissíveis (Anders, 2013). Detectar e tratar essas condições de forma precoce é essencial para garantir a saúde da mãe e do bebê.

Por fim, é importante mencionar que a gravidez na adolescência também está associada ao risco de aborto provocado, motivado por condições financeiras precárias, desemprego, violência doméstica e medo de assumir a responsabilidade da maternidade(Viçosa e Pena, 2012). No entanto, o aborto apresenta riscos graves para a saúde das jovens, incluindo hemorragia, infecções, perfuração uterina e até mesmo a morte materna.

A educação sexual é fundamental para prevenir gravidezes indesejadas e promover escolhas informadas entre os jovens (Longo, 2016). Portanto, é essencial fornecer informações adequadas e apoio às adolescentes para enfrentar os desafios da gravidez na adolescência com segurança e cuidado.

1.4. Breve histórica sobre aborto

A história do aborto, segundo a Antropologia, remonta à Antiguidade. Há evidências que sugerem que, historicamente, dava-se fim à gestação, ou seja, provocava-se o aborto, utilizando diversos métodos, como ervas abortivas, o uso de objetos cortantes, a aplicação de pressão abdominal entre outras técnicas em geral.

A legislação sobre o aborto e sua execução prática variaram segundo sua época. Muitas leis e doutrinas religiosas antigas consideravam os golpes da criança em gestação no ventre da mãe como um parâmetro para diferenciar quando a prática do aborto deixava de ser aceitável. Nos séculos XVIII e XIX vários médicos, o clero e

reformadores sociais conseguiram aprovar leis que proibiam totalmente a prática do aborto. Durante o século XX o aborto induzido tornou-se prática legal em muitos países do Ocidente, todavia com a oposição sistemática de grupos pró-vida, seja por via de ações legais, seja por protestos e manifestações públicas.

A história do aborto acompanha a história das sociedades humanas e ainda se mantém em construção na atualidade, revelando aspectos importantes da chamada história das mulheres. A forma de abordagem sobre a prática do aborto sofreu alterações ao longo do tempo, em termos técnicos, éticos e jurídicos.

De acordo Busstao (2014), muitas das convicções que hoje são dados adquiridos constituem, na verdade, o fruto de um árduo trabalho amadurecido ao longo dos séculos: o papel da mulher, as formas de considerar o feto e a gravidez, as intervenções externas, os interesses políticos e os parâmetros de avaliação mudaram desde a Antiguidade até os dias de hoje, assumindo diferentes funções e significados.

Até o século XVIII o feto era entendido como uma parte do corpo feminino e, apesar da interferência das religiões da Antiguidade até o século XVIII, a gestação, o parto e o aborto mantiveram-se como um assunto privado de mulheres, por isso a vida da mulher e a do feto não foi colocada no mesmo plano por séculos. Até esse momento, a mulher estava associada à maternidade e o aborto acontecia principalmente nas situações de prostituição, adultério e para salvar a vida da mãe (Barata e Ribeiro, 2013).

1.4.1. Aborto na Antiguidade

Neste período a prática do aborto era bastante difundida em todas as classes sociais e vozes contrárias se davam quando o interesse masculino era contrariado. O aborto era realizado por parteiras ou pelas próprias mulheres grávidas e os meios utilizados para sua realização eram “cantilenas mágicas, exercícios físicos violentos e instrumentos mecânicos”, o que provocavam, muitas vezes, danos e envenenamentos às mulheres (Pirandeli, 2017).

Segundo Viçosa e Pena (2012, p. 89), “na grécia o aborto não era considerado crime, mas precisava do consentimento do marido ou do patrão, da mesma forma como o abandono de menores e o infanticídio. Nem mesmo em casos de morte da mulher a pessoa responsável era imputada, a menos que o interesse do homem fosse desrespeitado”.

Nesse período surgiram vozes isoladas contra o aborto com teses que levavam em consideração o desenvolvimento do feto e sua condenação estava relacionada ao momento da gestação em que ele é realizado. Em Roma o aborto não foi considerado crime. Havia os que o condenavam e as razões eram em nome do bem comum, impiedade, ofensa aos deuses, à família, à natureza e não diretamente ao feto (Nucci, 2011).

1.5. O aborto no Contexto Angolano em particular no Município de Cacuaco

O aborto é uma problemática que continua a dividir alas. De um lado, estão os que defendem a sua legalização e, do outro, o grupo que é contra e, por isso, pede a criminalização. Apesar de aprovada no Código Penal como crime, a lei abre várias excepções que anuem os serviços médicos e a mulher a optarem pelo aborto, situação que a Igreja não aceita e condena, hoje, o Jornal de Angola traz várias opiniões sobre o assunto, que afecta muitas famílias (Angop, 2023).

Em angola o aborto foi a principal causa de mortes, em 2022, pelo quarto ano consecutivo, muitos bebés foram mortos no ano passado, em consequência de interrupções de gravidezes, o referido relatório é baseado em estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS), embora essa agência afirme que 73 milhões de abortos induzidos ocorrem no mundo a cada ano.

As principais causas das gestações acidentais seriam a dificuldade de acesso à educação sexual e reprodutiva, falta de métodos anticonceptivos, aspectos directamente ligados à violência sexual e pobreza, entre as várias pessoas que, por ter tido uma gravidez indesejada e optou pela interrupção (Belo, 2011).

Em Angola aproximadamente 50% das gestações não são planejadas, aproximadamente 40% das gestações não intencionais terminam com aborto induzido; 90% dos abortos são feitos durante o primeiro trimestre, os estados podem estabelecer restrições (por exemplo, períodos de espera obrigatória, número de semanas de gestação ou consentimento com reconhecimento de firma para menores de idade (Angop, 2023).

Essas restrições podem retardar ou impedir o acesso ao aborto, é raro acontecer complicações em países em que o aborto é permitido por lei. No mundo todo, aproximadamente 13% das mortes de gestantes se deve a aborto inseguro. A maioria das mortes ocorre em países em que o aborto é extremamente limitado ou ilegal (Hungria, 2013).

A gravidez é confirmada antes de ser iniciado o procedimento de aborto. Muitas vezes, uma ultrassonografia é usada para estimar a idade do feto mas às vezes, a avaliação de um profissional de saúde consegue estimar a idade durante o primeiro trimestre, se a mulher tiver fatores de risco para problemas relacionados a um aborto (por exemplo, doença cardíaca ou pulmonar, convulsões ou histórico de partos por cesariana), talvez ela precise de outras avaliações, a contracepção pode ser iniciada imediatamente após um aborto realizado até a 28ª semana de gravidez (Ingo e Sarlet, 2012).

1.6. Classificação do aborto

De acordo Teles (2013, p. 89), “o aborto pode apresentar diferentes formas clínicas e, assim, pode ser classificado de diferentes maneiras, a sua classificação é feita de acordo com os sinais e sintomas apresentados e complementados com a realização de exames, como veremos a seguir”:

1. Ameaça de abortamento: sangramento discreto com ausência de dor ou dor discreta, apresenta colo do útero fechado e não apresenta alteração no exame de ultrassonografia, é recomendado o repouso, abstinência sexual, realização de ultrassonografias regulares para acompanhar a evolução da gestação e, se necessário, uso de medicação indicada pelo médico.

2. Abortamento inevitável**:** o aborto é considerado como inevitável quando o produto da concepção perde a vitalidade, o que pode ser evidenciado em exames de ultrassonografia, nesse caso, diferentemente da ameaça de abortamento, há um sangramento e dor mais intensos, e o orifício do colo uterino encontra-se entreaberto, o médico determinará a conduta a ser tomada.

3. Abortamento completo: nesse caso, ocorre a eliminação total do produto da concepção. Apresenta sangramento discreto ou ausente, ausência de dor, colo do útero fechado e o exame de ultrassonografia revela o útero vazio, podendo ser visualizado apenas alguns coágulos, o médico determinará a conduta a ser tomada.

4. Abortamento incompleto: nesse caso, ocorre a eliminação parcial do produto da concepção. Apresenta como sinais dores e sangramentos mais intensos, o colo do útero encontra-se entreaberto e o exame de ultrassonografia mostra restos ovulares. O médico determinará a conduta a ser tomada.

5. Abortamento infectado**:** o aborto infectado é caracterizado pela presença de restos do produto da concepção no útero e a ocorrência de infecção. É observado, nesses casos, um sangramento irregular, dor, febre, a presença de secreção purulenta, útero amolecido. Se não tratada de forma rápida, a infecção pode se espalhar e evoluir para septicemia. Esse tipo de aborto é comum em quem faz aborto de forma ilegal, devido, principalmente, às condições adversas das clínicas clandestinas, esse tipo de aborto apresenta uma alta taxa de mortalidade materna.

6. Abortamento retido: nesse caso, há a morte do produto da concepção, entretanto, o material fica retido por mais de trinta dias no organismo da mãe, não apresenta sangramento ou dor, mas os sintomas da gravidez diminuem e a ultrassonografia revela ausência de batimento cardíaco fetal (BCF) ou ausência do embrião no saco gestacional, que estando íntegro (ovo anembrionado ou ovo cego), em dois exames intercalados num intervalo de 15 dias, o médico determinará a conduta a ser tomada.

7. Abortamento habitual: é considerado como abortamento habitual, os casos em que a mulher apresenta três abortos espontâneos consecutivos, nesses casos, é necessário que o casal busque acompanhamento médico para determinar as causas desses abortos.

1.7.Tipos de Aborto

- **Aborto espontâneo**

De acordo Barata e Ribeiro (2013, p. 95), o aborto espontâneo É quando a mulher perde o bebê antes de 20.ª semana de gravidez, a maioria dos abortos espontâneos ocorre nas primeiras 12 semanas de gravidez.

- Sangramento e cólica são sinais comuns de aborto espontâneo.

- Se a mulher estava grávida e ainda não sabia, é possível que ela tenha um aborto espontâneo e pense que foi apenas uma menstruação.

- Para poder saber se a mulher teve um aborto espontâneo, o médico examina o colo do útero (a parte inferior do útero).

- O médico também realiza um ultrassom (imagens em movimento do interior do útero).

- Muitas mulheres que tiveram um aborto espontâneo engravidam novamente e têm bebês saudáveis.

- Contudo, a probabilidade de ter um aborto espontâneo aumenta cada vez que a mulher engravida: quanto maior o número de abortos espontâneos a mulher tem, maior é a chance de ela ter outro.

- Se uma mulher já teve vários abortos espontâneos, é recomendado que ela consulte um médico antes de engravidar novamente.

- O médico pode tentar fazer com que a próxima gravidez seja bem-sucedida.

Surge quando a gravidez é interrompida sem que seja por vontade da mulher. Pode acontecer por vários factores biológicos, psicológicos e sociais que contribuem para que esta situação se verifique.

- **Aborto cirúrgico**

O conteúdo do útero é removido pela vagina. Diferentes técnicas são utilizadas, dependendo do tempo de gravidez. Incluem:

- Dilatação e curetagem (D e C) com sucção
- Dilatação e evacuação (D e E)

O processo de dilatação diz respeito ao alargamento do colo do útero. É possível utilizar vários tipos de dilatadores, dependendo de quanto tempo a gravidez durou e quantos filhos a mulher já teve. Para reduzir a possibilidade de haver lesões ao colo do útero durante a dilatação, é possível que o médico use substâncias que absorvem líquidos, como caules de algas marinas secas (laminária) ou um dilatador sintético, a laminária é colocada na abertura do colo do útero e permanece no lugar por, no mínimo, quatro horas e, às vezes, de um dia para outro (Capez, 2011).

Conforme os dilatadores absorvem grandes quantidades de líquido do corpo, eles aumentam de tamanho e dilatam a abertura do colo do útero, também é possível usar medicamentos, como o misoprostol (um tipo de prostaglandina) para dilatar o colo do útero (Cretella, 2014).

Segundo Hungria (2013, p. 86), “a dilatação e curetagem (D e C) com sucção costuma ser utilizada em gestações com menos de 14 semanas de duração. Um espéculo é usado na vagina para que o clínico consiga ver o colo do útero”. Um anestésico local (por exemplo, lidocaína) é injetado no colo do útero para reduzir o

desconforto, e o colo do útero é dilatado, em seguida, um tubo flexível conectado a uma fonte de vácuo é inserido no útero para remover o feto e a placenta.

A fonte de vácuo pode ser uma seringa portátil ou instrumento similar ou um aparelho de sucção elétrico. Às vezes, um pequeno instrumento afiado em forma de colher (cureta) é inserido para remover algum tecido remanescente, esse procedimento é realizado delicadamente para reduzir o risco de haver formação de cicatrizes e infertilidade (Ingo e Sarlet, 2012).

O procedimento de dilatação e evacuação (D e E) costuma ser usado em gestações com 14 e 24 semanas de duração. Depois da dilatação do colo do útero, utilizam-se sucção e fórceps para remover o feto e a placenta. Uma cureta afiada talvez seja usada gentilmente para garantir que todos os produtos da concepção foram removidos, caso a mulher queira evitar futuras gestações, ela pode iniciar um método contraceptivo, inclusive a colocação de um dispositivo intrauterino (DIU) de cobre ou liberador de levonorgestrel assim que o aborto tiver sido concluído (Hungria, 2013).

- **Aborto medicamentoso**

Os medicamentos para aborto podem ser usados nas gestações com menos de 11 semanas ou com mais de 15 semanas de duração, no caso de um aborto no início da gravidez (menos de onze semanas), o processo de aborto pode ser concluído em casa, no caso de um aborto durante uma fase mais avançada da gravidez, a mulher costuma ser internada no Hospital para tomar os medicamentos que irão induzir (Miranda, 2010).

O trabalho de parto, entre os anos de 2014 e 2017, o aborto medicamentoso foi responsável por 53% dos abortos realizados em gestações de menos de 11 semanas, os medicamentos utilizados para induzir o aborto incluem a mifepristona (RU 486) seguida por uma prostaglandina, como, por exemplo, o misoprostol (Morais, 2013).

Segundo Noronha (2014), a mifepristona, tomada por via oral, bloqueia a ação do hormônio progesterona, que prepara o revestimento do útero para uma gravidez, a mifepristona também faz com que o útero fique mais suscetível ao segundo medicamento que é administrado (a prostaglandina), os clínicos confirmam a conclusão do aborto por meio de:

- Ultrassonografia

- Um exame de urina para medir a gonadotrofina coriônica humana (hCG) no dia em que o medicamento é administrado e uma semana depois (o hCG é produzido no início da gravidez)

- Um exame de gravidez na urina de cinco semanas no caso de um aborto medicamentoso

As prostaglandinas são uma substância semelhante aos hormônios que estimulam as contrações do útero, elas podem ser usadas com a mifepristona, as prostaglandinas podem ser mantidas na boca (junto à bochecha ou sob a língua) até dissolverem ou podem ser colocadas na vagina (Teles, 2013).

O esquema mais comum para abortos em gestações de menos de onze semanas envolve tomar um comprimido de mifepristona seguido de misoprostol, que é tomado um a dois dias depois. O comprimido de misoprostol é mantido entre a gengiva e a bochecha até ele dissolver ou é colocado na vagina (Maria, 2016).

De acordo Busstao (2014), a mulher pode tomar mifepristona ou misoprostol por conta própria ou pedi-la ao médico, esse esquema causa o aborto em aproximadamente:

- 95% das gestações entre oito a nove semanas de duração

- 87% a 92% das gestações entre nove e onze semanas de duração

Uma dose adicional de misoprostol melhora a eficácia em gestações com mais de nove semanas de duração, talvez seja necessário realizar um aborto cirúrgico se um aborto medicamentoso falhar (Ingo e Sarlet, 2012).

Em gestações com mais de 15 semanas, a mulher fica na clínica ou no hospital até que o aborto seja concluído, é possível tomar comprimidos de mifepristona, seguidos por uma prostaglandina, como o misoprostol, um a dois dias depois ou o misoprostol pode ser tomado isoladamente (Galante, 2014).

- **Aborto Induzido**

Segundo Mirabette (2013), o aborto induzido é um procedimento usado para interromper uma gravidez. Pode acontecer quando existem malformações congénitas, quando a gravidez resulta de um crime contra a liberdade e autodeterminação sexual, quando a gravidez coloca em perigo a vida e a saúde física e/ou psíquica da mulher ou simplesmente por opção da mulher.

De acordo Pereira (2010, p. 57), **"**o aborto induzido é legal quando a interrupção da gravidez é realizada de acordo com a legislação em vigor. (legislação). Quando feito precocemente por médicos experientes e em condições adequadas apresenta um elevadíssimo nível de segurança".

- Aborto Ilegal: o aborto ilegal é a interrupção duma gravidez quando os motivos apresentados não se encontram enquadrados na legislação em vigor ou quando é feito em locais que não estão oficialmente reconhecidos para o efeito, o aborto ilegal e inseguro constitui uma importante causa de mortalidade e de morbilidade maternas. O aborto clandestino é um problema de saúde pública.

Para Maria (2016, p. 78), "as complicações do aborto clandestino incluem perfuração do útero, retenção de restos de placenta, seguida de infecção, peritonite, tétano, septicemia, o aborto induzido, é o término voluntário de uma gravidez por cirurgia ou medicamentos".

- Uma gravidez pode ser encerrada removendo cirurgicamente o conteúdo do útero ou administrando certos medicamentos.

- Complicações são pouco frequentes quando o aborto é feito por um profissional de saúde treinado em um hospital ou uma clínica.

- O aborto induzido não aumenta os riscos para o feto ou a mulher em gestações futuras.

- **Aborto criminoso (ou provocado)**

O aborto só é criminoso quando provocado, pois, possui a finalidade de interromper a gravidez, e eliminar o produto da concepção, sendo exercido sobre a gestante, ou sobre o próprio feto ou embrião (Galante, 2014).

A gravidez é o período que abrange a fecundação do ovulo, com a constituição do ovo, até o começo do processo de parto, devendo ser sua existência devidamente

comprovada pelos meios legais admissíveis, não haverá tutela penal na gravidez molar, ante o desenvolvimento anormal do ovo que provoca sua degeneração, causando a expulsão do útero da “mola hidatiforme” nem na gravidez extra-uterina, por ser um estado Patólogico (Teles, 2013).

- (a) Autoaborto – é aquele em que a própria gestante o provoca diretamente, ou presta consentimento para que terceiro lhe provoque o aborto;

- (b) Aborto provocado por terceiro sem o consentimento da gestante;

- (c) Aborto provocado por terceiro com o consentimento da gestante;

- (d) Aborto qualificado – quando resulta lesão corporal de natureza grave ou a morte da gestante.

Segundo Bitencourt (2013), existem ainda outras espécies de aborto, denominados em razão dos respectivos motivos, e que são juridicamente tipificados em uma das espécies supracitadas de aborto criminoso, como, por exemplo:

- Aborto social – também chamado de aborto econômico é aquele praticado para evitar que se agrave a situação financeira ou a miséria da gestante e de sua família;

- Aborto honoris causa – praticado por motivo de honra, visando interromper, especialmente, a gravidez extraconjugal.

1.8. Causas do aborto

Segundo Pirandeli (2017, p. 74), “existem diversos fatores responsáveis por causarem aborto, entretanto, na maioria das vezes, a causa de um aborto é indeterminada, para se tentar descobrir a causa de um aborto, é necessário exame laboratorial com o material do aborto”.

Entre os fatores que causam aborto, têm-se principalmente as anomalias cromossômicas decorrentes de problemas nos gametas, na fertilização ou no processo de divisão celular embrionária, esses problemas podem estar relacionados a fatores hereditários, mas na maioria dos casos, ocorre ao acaso (Morais, 2013).

Outros fatores importantes também causadores de aborto são infecções**,** como toxoplasmose e sífilis; alterações uterinas**,** como o útero septado malformação onde ocorre a presença de um septo que pode dividir toda a cavidade uterina e até mesmo o canal cervical; fatores imunológicos**,** como a síndrome do anticorpo

antifosfolipídico caracterizada por trombose arterial e venosa, além de complicações e morte fetal; e endócrinos**,** como alterações na produção de hormônios da tireoide (Noronha, 2014).

De cordo Viçosa e Pena (2012, p. 86), “os médicos nem sempre sabem o que causa um aborto espontâneo, o aborto espontâneo não é causado por um choque emocional súbito, por exemplo, receber uma notícia ruim, além disso, lesões de pequeno porte, como escorregar e cair, não causam o aborto espontâneo”.

1. Causas ocorridos nas primeiras 12 semanas de gravidez, um problema com o feto, tal como um defeito congênito ou uma doença hereditária às vezes, o feto apresenta um defeito que é tão grave que o feto não consegue sobreviver mais de u mês ou dois dentro da mãe, a maioria dos abortos espontâneos ocorridos nas primeiras 12 semanas de gravidez é causada por defeitos graves.

2. Causas ocorridos entre a 13.ª e a 20. semana de gravidez, frequentemente, os médicos nunca descobrem a causa do aborto espontâneo que ocorre durante essa etapa. Porém, às vezes, eles conseguem isolar um dos itens a seguir como sendo a causa:

- Problemas nos órgãos reprodutores da mulher, como miomas uterinos, tecido cicatricial, útero duplo ou colo do útero fraco.

- Incompatibilidade de Rh (quando a mãe tem sangue Rh negativo e o feto tem sangue Rh positivo).

- Uso de substâncias, como cocaína, álcool ou tabaco.

- Ferimentos graves.

- Infecções, como a infecção por citomegalovírus ou rubéola.

- Determinados problemas de saúde que não são tratados durante a gravidez, como diabetes, hipoatividade da glândula tireoide ou hipertensão arterial.

3. Causas repetidos: Caso a mulher tenha tido vários abortos espontâneos, o médico procura por problemas, como:

- Uma mulher cujo sangue coagula muito facilmente.

- O feto tem cromossomos anômalos, que foram herdados do pai ou da mãe.

1.9. Sintomas de aborto

Na óptica de Belo (2011, p. 95), “quando o aborto espontâneo ocorre no início da gravidez, ele pode se parecer apenas com uma menstruação normal. Se a mulher não sabia que estava grávida, ela provavelmente nem se dá conta que está tendo um aborto espontâneo, em outros casos, os sintomas são óbvios”:

- Sangue vermelho-vivo ou vermelho-escuro.

- Cólicas.

- Expelir coágulos sanguíneos grandes e restos de tecido.

No início, a mulher pode ter apenas um pequeno sangramento, parecido com o de uma menstruação. Porém, à medida que o aborto espontâneo avança, o sangramento geralmente fica pior, o sangue pode ser vermelho-vivo ou vermelho-escuro, as vezes, a mulher também expele coágulos sanguíneos, a mulher sente cólicas, que podem ser mais intensas conforme o útero empurra para fora os restos da gravidez (Fiúza, 2016).

A mulher deve ligar imediatamente para o médico se tiver qualquer sangramento durante a gravidez, nem todos os sangramentos durante a gravidez significam que a mulher está tendo um aborto espontâneo, em aproximadamente cinquenta por cento dos casos, a gravidez prossegue sem problema nenhum, contudo o médico precisa verificar se a mulher teve ou não um aborto espontâneo (Maria, 2016).

Caso coágulos sanguíneos grandes ou restos de tecido tenham sido expelidos, a mulher deve colocá-los em um recipiente ou embrulhá-los dentro de uma toalha para que o médico possa examiná-los.

1.10. Tratamento de aborto

Para Maria (2016), Se o feto e a placenta (o órgão que alimenta o feto) já tiverem saído do corpo, a mulher não precisa de nenhum tratamento. O sangramento e as cólicas cessam logo depois. Caso ainda existam restos da gravidez no organismo, o médico pode:

- Manter o útero sob observação para ver se ocorre o esvaziamento espontâneo, desde que a mulher não tenha febre ou pareça estar doente.

- Realizar um procedimento para remover os restos da gravidez.

- Se o médico precisar remover os restos da gravidez do útero, ele administra um medicamento que causa sonolência na mulher. O tipo de procedimento depende de quão avançada estava a gravidez:

- Durante as primeiras 12 semanas de gravidez: Os restos da gravidez são removidos com um instrumento de sucção colocado no útero através da vagina.

Entre 12 e 20 semanas de gravidez: Os restos da gravidez são removidos com instrumentos cirúrgicos que são colocados no útero através da vagina.

- Se estiver com quase 20 semanas de gravidez: É possível que a mulher receba um medicamento para dar início ao trabalho de parto para poder expelir os restos da gravidez.

1.11. Prevenção de aborto

Segundo Dias e Aquino (2014, p. 59), “ainda que não seja possível evitar o abortamento, uma vez que acontece em condições que independem do controle da paciente, é possível adotar diversas medidas que contribuem bastante minimizar as chances da perda a não há nada que a mulher possa fazer para evitar um aborto espontâneo”.

Caso a mulher tenha tido um pouco de sangramento ou cólicas durante as primeiras 20 semanas de gravidez, é possível que o médico recomende à mulher que evite praticar atividade física em excesso e recomende ficar de repouso (Cretella, 2014).

- **Mudanças no estilo de vida:** Manter um estilo de vida mais saudável é o primeiro passo para evitar a ocorrência de abortamento. Uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos estão entre os critérios que garantem uma saúde reprodutiva adequada para gerar uma nova vida. Evitar hábitos como alcoolismo, tabagismo e uso de drogas recreativas é, ainda, fundamental: em excesso, são apontados como fatores de risco (Dias, 2006).
- **Consultar regularmente especialistas:** A consulta regular a um especialista, permite a detecção precoce de diversas doenças que podem causar abortamento, em boa parte dos casos é possível tratá-las solucionando o problema para que a gravidez desenvolva normalmente, o tratamento, entretanto, é facilitado se elas forem diagnosticadas precocemente.

- **Atenção aos sintomas:** Segundo Dias e Aquino (2014), abortamentos raramente são silenciosos e geralmente manifestam sintomas, os mais comuns são:

- Sangramento mais escuro, marrom ou vermelho vivo, que inicia de forma intensa ou aumenta em intensidade progressivamente;

- Cólicas que não aliviam mesmo com o uso de medicamentos;

- Secreção com aparência de muco rosado;

- Perda de peso e redução dos sinais característicos de gravidez.

A atenção aos sintomas é fundamental para evitar novas ocorrências: as chances de gravidez evolutiva diminuem a cada perda, ao mesmo tempo que aumenta o risco de o abortamento tornar-se de repetição.

1.12. Complicações do aborto

As complicações do aborto são raras quando ele é realizado por um profissional de saúde qualificado, em um hospital ou clínica, ainda, as complicações ocorrem com muito mais frequência após um aborto do que após o parto de um bebê a termo, complicações graves ocorrem em menos de 1% das mulheres que fizeram um aborto (Bitencourt, 2013).

Segundo Barata e Ribeiro (2013, p. 57), “a morte após um aborto ocorre muito raramente, aproximadamente seis de cada milhão de mulheres que fizeram um aborto morrem, em comparação com aproximadamente 140 de cada milhão de mulheres que dão à luz um bebê a termo, quanto mais avançada a gestação”.

Evacuação cirúrgica: Complicações são raras quando abortos cirúrgicos são feitos por profissionais de saúde. Uma laceração (perfuração) no útero por um instrumento cirúrgico ocorre em menos de um em cada mil abortos. Lesão ao intestino ou a outro órgão é ainda mais rara.

Hemorragia grave durante ou imediatamente após o procedimento ocorre em seis em cada dez mil abortos. Muito raramente, o procedimento ou uma infecção posterior causa a formação de tecido cicatricial no revestimento do útero, resultando em infertilidade, esse distúrbio se chama síndrome de Asherman (Busstao, 2014).

- Medicamentos: A mifepristona e a prostaglandina misoprostol têm efeitos colaterais. Os mais comuns são dor pélvica tipo cólica, sangramento vaginal e problemas gastrointestinais, como náusea, vômito e diarreia.

- Qualquer um dos métodos: Hemorragia ou infecção pode ocorrer se parte da placenta permanecer no útero, se ocorrer hemorragia ou houver suspeita de infecção, o clínico usa uma ultrassonografia para determinar se parte da placenta permanece no útero. Posteriormente, especialmente se a mulher estiver inativa, é possível que surjam coágulos sanguíneos nas pernas.

Se o feto tiver sangue Rh positivo, uma mulher com sangue Rh negativo pode produzir anticorpos Rh, como em qualquer gravidez, aborto espontâneo ou parto. Esses anticorpos podem prejudicar gestações seguintes. Administrar à mulher injeções de imunoglobulina Rho (D) previne o desenvolvimento de anticorpos (Capez, 2011).

De acordo Cretella (2014), a imunoglobulina pode ser opcional para gestações com menos de oito semanas de duração, existe uma probabilidade maior de haver problemas psicológicos após um aborto caso os fatores a seguir estejam presentes:

- Sintomas psicológicos antes da gravidez.
- Apoio social limitado ou sentimento de condenação pelo sistema de apoio.

As consequências do aborto induzido também estão relacionadas ao suicídio. 60% das mulheres que abortam têm pensamentos suicidas e 28% das que abortaram duas ou mais vezes realmente tentam o suicídio (Pereira, 2010).

1.13. Métodos abortivos

Os métodos abortivos incluem

- Aborto cirúrgico (evacuação cirúrgica): Remoção do conteúdo do útero através do colo do útero.

- Medicamentos que causam (induzem) o aborto: Uso de medicamentos para estimular contrações do útero, que expelem o conteúdo do útero.

O método usado depende, em parte, do tempo de gestação, ultrassonografia costuma ser realizada para estimar o tempo de gravidez, o aborto cirúrgico pode ser usado na maioria das gestações com até 24 semanas de duração. Os medicamentos para aborto podem ser usados nas gestações que têm menos de 11 semanas ou mais de 15 semanas de duração (Viçosa e Pena, 2012).

No caso de abortos realizados no início da gravidez, talvez seja necessária apenas anestesia local, a sedação consciente (medicamentos que aliviam a dor e

ajudam a mulher a relaxar, mas permitem que a mulher permaneça consciente) também pode ser usada. Anestesia geral é raramente necessária, antes de um aborto cirúrgico, a mulher recebe antibióticos que combatem infecções no aparelho reprodutor (Morais, 2013).

Para Teles (2013, p. 76), “depois de todo aborto (quer cirúrgico ou medicamentoso), as mulheres com sangue Rh negativo recebem uma injeção de anticorpos Rh denominada imunoglobulina Rho(D)”. Se o feto tiver sangue Rh positivo, uma mulher com sangue Rh negativo pode vir a produzir anticorpos contra o fator Rh.

Esses anticorpos podem destruir os glóbulos vermelhos do feto. O tratamento com a imunoglobulina Rho(D) reduz o risco de que o sistema imunológico da mulher produza esses anticorpos e coloque em risco gestações posteriores (Noronha, 2014).

1.13.1. Efeitos colaterais do aborto na mulher

- Perfuração do útero, se o aborto for realizado pelo método de sucção;
- Ruptura do colo uterino;
- Histerectomia, que é a remoção do útero devido a complicações severas;
- Hemorragia uterina, também causada por pílulas abortivas;
- Inflamação pélvica;
- Infertilidade;
- Gravidez ectópica, na qual o óvulo é fertilizado fora do útero, como nas tubas uterinas, por exemplo;
- Parto futuro prematuro;
- Infecção por curetagem mal feita;
- Aborto incompleto, quando os restos da placenta podem não ser completamente removidos do útero, o que pode levar a infecções graves;
- Comportamento autopunitivo;
- Transtorno alimentar;
- Embolia pulmonar;
- Insuficiência cardíaca.

O aborto é um procedimento invasivo, ocorre uma baixa em todo o estado de saúde da mulher, uma vez que o sistema imunológico também é afetado, esta lista de complicações tende a aumentar com o tempo de gravidez, porque quanto mais desenvolvido o bebê estiver, piores serão as consequências para a mulher (Busstao, 2014).

Na óptica de Ingo e Sarlet (2012), alguns métodos específicos aumentam as consequências do aborto. Por exemplo, 20 a 30% dos abortos realizados por sucção ou dilatação fetal e curetagem (DC) reduzem a fertilidade e a reprodução da mulher.

1.14. Aborto provocado e gestações futuras

As consequências físicas do aborto também prejudicam as futuras gestações. Supondo que uma mulher tenha abortado por causa de uma gravidez não desejada, quando ela realmente desejar ter um filho, poderá enfrentar problemas, reflexos do passado (Fiúza, 2016).

De acordo Mirabette (2013, p. 87), “por causa do aborto provocado, o risco de abortos espontâneos nas próximas gestações será dez vezes maior. Os futuros filhos das mulheres que fizeram abortos também correm maior risco de nascerem com deficiência por causa dos danos cervicais uterinos”.

- Sentimentos de remorso e de culpa;
- Depressão e oscilações de ânimo;
- Choro desmotivado, medos e pesadelos.

Outras consequências do aborto são frigidez (perda do desejo sexual) e aversão ao parceiro com quem teve relações. Curiosamente, a chance de morte por homicídio é 14 vezes maior**,** porque a mulher assume comportamentos de risco e passa a se expor ao perigo com mais frequência (Galante, 2014).

Segundo Viçosa e Pena (2012, p. 78), “a violência doméstica e o abuso infantil também aumentam. Com seu psicológico abalado, essas mulheres formam uma visão distorcida das crianças e passam a não saber lidar com elas”. Algumas até mesmo trocam de lado na rua para não cruzar com uma mãe que venha com um carrinho de bebê em sua direção, a dificuldade em lidar com bebês gera um trauma. não sem conexão com essa realidade, 45% dos abortos são reincidências, a chance de interromper outras gestações se torna quatro vezes maior do que na primeira.

1.14.1. Síndrome pós-aborto

A síndrome pós-aborto é análoga à síndrome do estresse pós-traumático, como aquela vivida pelos soldados que retornaram da guerra do Vietnã. O conjunto de consequências envolve depressão, ansiedade, enjoo, culpa, pesadelos e baixa autoestima, é muito difícil assistir à execução do próprio filho dentro de si, matá-lo sem que ele sequer tenha nascido, a contrariedade natural e biológica causada pelo aborto é algo que permanece na consciência (Pereira, 2010).

Segundo Noronha (2014), as mães que pertencem ao Movimento de Mulheres Vitimadas pelo Aborto relatam que a culpa se manifestou e cresceu com a própria experiência abortiva; parte da reação própria ao aborto e não algo infundido nelas por outras pessoas, o aumento do número de consultas por razões psicológicas aumenta em 180%. Nos consultórios, observou-se que as mulheres apresentaram mais dificuldades.

- 79% de culpabilidade e incapacidade de perdoar a si mesmas;
- 63% de aumento do medo em relação à próxima gravidez;
- 55% informaram pesadelos relacionados com o aborto;
- 49% têm dificuldade em permanecer na presença de bebês;
- 67% relataram-se emocionalmente sobrecarregadas;
- 2x mais propensão ao abuso de álcool;
- 5x mais propensão ao uso de drogas ilícitas;
- 10x mais propensão ao uso de maconha.

1.15. Factores de risco para o aborto

Segundo Belo (2011), alguns fatores são considerados como fatores de risco para o aborto, a seguir, listou-se alguns deles:

- Idade avançada da mãe-com o avanço da idade materna, aumentam-se também as chances de aborto. Aos 45 anos, por exemplo, as chances de a mulher ter um aborto pode chegar a 80%;

- Consumo de drogas lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas;

- Antecedentes de abortos espontâneos, o risco de um novo aborto aumenta após a ocorrência de dois abortos espontâneos;

- Excesso ou baixo peso**;**

- Uso de determinados medicamentos-é importante informar ao médico quais são os medicamentos utilizados antes mesmo de engravidar, o aborto é um termo utilizado para designar a interrupção da gravidez antes do período perinatal, ou seja, quando ainda não há viabilidade do feto.

O termo aborto seja bastante utilizado, o nome adequado a esse processo é abortamento, o período perinatal corresponde ao período entre a 22ª semana de gestação, quando o feto apresenta a partir de 500 gramas, até a primeira semana de vida do bebê (Busstao, 2014).

O aborto espontâneo é quando a perda do feto não é consequência de alguma ação voluntária é uma intercorrência obstétrica bastante comum e tem motivos diversos, embora na maioria das vezes a sua causa seja indeterminada (Capez, 2011).

1.16. Interrupção da gravidez

De acordo Cretella (2014), “a interrupção da gravidez resulta da remoção de um feto ou embrião antes de este ter a capacidade de sobreviver fora do útero. Um aborto que ocorra de forma espontânea denomina-se aborto espontâneo ou "interrupção involuntária da gravidez".

Um aborto deliberado denomina-se aborto induzido ou interrupção voluntária da gravidez, nos casos em que o feto já é capaz de sobreviver fora do útero, este procedimento denomina-se "interrupção tardia da gravidez (Barata e Ribeiro, 2013).

Os métodos de aborto modernos usam medicamentos ou cirurgia, durante o primeiro e segundo trimestres de gravidez, o fármaco mifepristona em associação com prostaglandina aparenta ter a mesma eficácia e segurança que a cirurgia, os contraceptivos, como a pílula ou dispositivos intrauterinos, podem ser usados imediatamente após um aborto (Ingo e Sarlet, 2012).

Quando realizado de forma legal e em segurança, um aborto induzido não aumenta o risco de problemas físicos ou mentais a longo prazo. Por outro lado, os abortos inseguros e clandestinos realizados por pessoas sem formação, com equipamento contaminado ou em instalações precárias são a causa de 47 000 mortes maternas e 5 milhões de admissões hospitalares por ano (Galante, 2014).

Na óptica de Hungria (2013), no mundo em geral são realizados 56 milhões de abortos por ano, dos quais cerca de 45% são feitos de forma insegura. a prevalência de abortos manteve-se estável, depois de nas duas décadas anteriores ter vindo a diminuir à medida que mais famílias no mundo tinham acesso a planeamento familiar e contracepção.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que todas as mulheres tenham acesso a abortos legais e seguros, no entanto, em 2018 apenas cerca de 40% das mulheres em todo o mundo tinham acesso a abortos legais, os países que permitem o aborto têm diferentes limites no número máximo de semanas em que são permitidos (Mirabette, 2013).

De acordo Pereira (2010, p. 78), “a prática de abortos com ervas medicinais, instrumentos aguçados, por via da força ou com outros métodos tradicionais”. A legislação e as perspetivas culturais e religiosas sobre o aborto diferem conforme a região do mundo, em algumas regiões, o aborto só é legal em determinados casos, como violação, doenças congénitas, pobreza, risco para a saúde da mãe ou incesto.

Em muitos locais existe debate social sobre as questões morais, éticas e legais do aborto, os grupos que se opõem ao aborto geralmente alegam que um embrião ou feto é um ser humano com direito à vida e comparam o aborto a um homicídio (Teles, 2013).

Segundo Fiúza (2016), as mulheres que recorrem ás praticas abortivas, a maior parte, são mulheres considerados na sociedade ilegitimamente fecundadas que querem subtrair-se por este modo a todas as consequências de um parto ilegítimo e ocultar a sua vergonha, as mulheres que recorrem ás praticas abortivas são mulheres que, entregando-se confiantes nas mãos do seu sedutor, a breve trecho se acham a braços com uma prenhez que o casamento não consagrou.

O matrimonio pelo abandono do seu sedutor, ou fogem de casa de seus pães para esconder o seu procedimento, ou se são firmes e tem energia de caracter, procuram todos os meios de subtrair-se aos incómodos e vergonhas d'uma prenhez intempestiva (Cretella, 2014).

1.17. Assistência de enfermagem em adolescentes com problemas de aborto

Segundo Dias e Aquino (2014, p. 58), “a maior causa de mortalidade materna é resultante de complicações como hipertensão, hemorragia, infecções puerperais,

doenças do aparelho circulatório, parto, puerpério e aborto, em relação ao aborto a maior incidência está presente nas mulheres de baixo nível socioeconômico".

De acordo Belo (2011), o profissional de saúde é o responsável por gerenciar o cuidado durante a permanência da mulher no Hospital, tem a real condição de organizar o trabalho da equipe e sensibilizar os trabalhadores para que busquem adequar as atividades assistenciais às atividades educativas, visando capacitar as mulheres para que se sintam encorajadas a cuidar de si.

Para gerenciar este cuidado, o enfermeiro deve passar pelas 5 fases do processo de cuidar, a preparação do enfermeiro cognoscente para chegar ao conhecimento; conhecer intuitivamente ao outro; conhecer cientificamente o outro; sintetizar complementarmente as realidades conhecidas ou comparar realidades múltiplas, examinar os dados e a experiência do paciente à luz do conhecimento científico (Maria, 2016).

1.17.1. Aborto humanitário

O aborto humanitário é realizado pelos médicos nos casos em que a gravidez decorreu de um crime de estupro, o estado não pode obrigar a mulher a gerar um filho que e fruto de um coito vagínico violento, dados os danos maiores, em especial psicológicos, que isso lhe pode acarretar (Maria e Djamila, 2016)

Segundo Cretella (2014), realça que nada justifica que se obrigue a mulher estuprada a aceitar uma maternidade odiosa, que dê vida a um ser que lhe recordará perpetuamente o horrível episódio da violência sofrida, desta forma o estado deu a mulher o direito de fazer ou não o aborto.

Na prática para evitar abusos o médico só deve agir mediante prova concludente do alegado estupro, salvo se o fato é notório ou se já existe sentença judicial condenatória do estuprador, em seus ensinamentos a respeito do tema, Mulher violentada, agravada na honra e envilecida por abjeta lubricidade, tem o direito de desfazer-se do fruto desse coito (Antunes, 2012).

O aborto tem muitas consequências, a ênfase, entretanto, será dada sobre a saúde da mulher, física e mental, o conjunto de problemas que será apresentado deve ser considerado por todos aqueles que refletem sobre a legalização do aborto, pelas mulheres que pensam em abortar caso engravidem de forma indesejada, e

especialmente por aquelas que já são mães de filhos nascidos ou não-nascidos (Busstao, 2014).

As consequências que serão descritas refletem a situação de abortos provocados e não dos abortos espontâneos, estes últimos acontecem sem a intenção da mãe por complicações do organismo, doenças, impactos e outras complicações, são casos menos preocupantes, mas é necessário ter avaliação do obstetra, que é o médico que acompanha a gestação da mulher, a fim de garantir a segurança, bem-estar e saúde da mãe e do bebê (Galante, 2014).

O aborto espontâneo deixou focos de sangramento, infecções, malformações e assegurará a limpeza do útero retirando os tecidos de um aborto incompleto, o aborto provocado, por outro lado, vem acompanhado de uma triste série de problemas (Teles, 2013).).

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE ESTUDO

Segundo Mesquita e Duarte (2017, p. 58), “a metodologia aplica-se as técnicas ou procedimento que o pesquisador lhe servirá de auxiliou para poder alcançar os seus objectivos, de acordo com o que ele pretende”.

2.1. Tipo de Pesquisa

Para alcançar os objectivos preconizados, a pesquisa é apresentada na tipologia descritiva, que para Morisi (2013, p. 120), Esta tipologia de pesquisa, “tem como principal objetivo observar, registrar, analisar e correlacionar factos ou fenômenos sem manipulá-los**.** Ela busca descrever características de uma população, de um grupo ou de um fenômeno estudado.”.

A escolha do tipo de pesquisa descritiva permitiu-nos na colecta de dados bem como a descrição das condições existentes, possibilitando assim a compreensão dos diversos factores e elementos que estão implícitos no fenómeno em estudo.

2. 2. Modelos de Abordagem

O presente trabalho está centrado tecnicamente na abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

Segundo Alves (2012, p. 47), “abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema”. Já abordagem quantitativa indica, significa quantificar dados, opiniões nas formas de colecta de informações, enquanto que a abordagem qualitativa possibilita a recolha de informação mais profunda, rica e precisa e, faz a descrição dos fenómenos que ocorrem durante o processo docente educativo.

Optamos pela abordagem mista (qualitativa-quantitativa), pois a abordagem qualitativa permitiu-nos a recolha das informações proveniente dos nossos interloucutores, enquanto que a abordagem quantitativa nos permitirá na interpretação das informações dos intervenientes na investigação em dados numéricos.

2.3. Nível de estruturação de métodos

a) Nível teórico

- **Análise/Síntese**

Segundo Morisi (2013, p. 103), “a análise é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades”.

O uso deste método ajudou-nos na orientação do diagnóstico e estudo dos factores Impacto da relação escola/família no processo de ensino e aprendizagem, bem como na simplificação de um todo para estudá-lo detalhadamente, descobrindo os constrangimentos deste fenómeno que afecta a sociedade e elaborar propostas para aperfeiçoar este projecto.

- **Hipotético/Dedutivo**

Segundo Marconi e Lakatos (2017, p. 91), o método hipotético/dedutivo inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos acerca da qual formula hipótese e pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómeno abrangido pela hipótese".

O uso deste método auxiliou-nos na possibilidade de aumentar o conhecimento da realidade sobre as consequências de aborto em adolescentes, e ao mesmo tempo propor soluções para colmatar o problema em causa.

b) Nível empírico/experimental

De acordo Silva e Menezes (2013, p. 46), "os métodos de nível empírico/experimental servem para auxiliar o pesquisador na aplicação dos dados empíricos dentro de um trabalho científico, o mesmo aplica-se os instrumentos a ser usado durante uma investigação de campo".

No presente estudo foi aplicado, o inquérito por questionário aos membros da direcção, aos profissionais de saúde e aos adolescentes, assim como a observação não estruturada, este método permitiu-nos no alcance dos objectivos propostos na nossa pesquisa através da utilização das diferentes técnicas, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

c) Nível estatístico/matemático

De acordo Gil (2012, p. 64), "os métodos estatísticos revelam as tendências e relações dos fenómenos que podem ser descritivos e inferenciais durante uma investigação".

O uso deste método ajudou-nos a clarificar a investigação ao quantificar os dados coletados na investigação de campo.

2.4. Técnicas de recolha de dados

Segundo Lakatos e Marconi (2010, p. 56), “as técnicas são conjuntos de preceitos ou processos de que se utiliza a ciência para obtenção de seus propósitos”. Referem-se mais precisamente à parte prática de coleta de dados e podem ser: assim para o nosso trabalho, recorreu-se ao questionário para a recolha de dados, o questionário.

Para a recolha de dados foi utilizado as seguintes técnicas:

- Observação
- Inquérito
- Pesquisa bibliográfica.

Na visão de Silva (2014, p.38), “é necessário observar basicamente por meio dos sentidos (a visão, audição, tacto, olfacto, paladar), para tirar um conhecimento claro e preciso de um objecto de pesquisa. Tal objecto pode ser um ambiente onde pessoas se relacionam”.

O tipo de observação foi participante ou directa não estruturada segundo Mesquita e Duarte (2017, p. 32), “o observador embora presente assuma o papel de espectador anónimo; para além de estar visivelmente presente participa activamente na situação que pretende observar”.

Segundo Alves (2012, p. 50), “inquérito é uma técnica usada para recolha de dados que o investigador pode optar através da realização de entrevistas ou da aplicação de questionário”.

De acordo Morisi (2013, p. 57), “é uma técnica de aquisição de informação de interesse sociológico, mediante um questionário previamente elaborado através da qual se pode conhecer a opinião ou a avaliação do sujeito selecionado numa amostra sob um assunto dado”.

Segundo Marconi & Lakatos (2017), a pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento, seleção e documentação de toda bibliografia já publicada sobre o assunto que está sendo pesquisados, em livros, revistas, jornais, bolentins, monografias, teses, dissertações, materiais cartográficas, com objectivo de colocar o pesquisador em contacto directo com todo material já escrito sobre o mesmo.

A pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica. Normalmente faz-se levantamento bibliográfico realizado em bibliotecas, faculdades, universidades e especialmente naqueles acervos que fazem parte do catalogo colectivo e das bibliotecas virtuais (Gil, 2012).

Optou-se no uso desta pesquisa porque permitiu-nos no contacto com as informações já existente acerca do Impacto da relação escola/família no processo de ensino e aprendizagem, bem como as suas causas.

2.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Para a consecução dos objectivos previstos fez-se recurso às seguintes técnicas e instrumentos:

- Grelha de observação que aplicamos aos membros de direcção, para adquirirmos informações sobre as consequências de aborto em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco.

- Para o inquérito por questionário usamos o guião de questionário onde adquirirmos informações nos nossos intervenientes. Depois de ter a permissão da direcção do Hospital, acertaremos uma data e hora para a distribuição dos guiões e a sua recolha.

- Usamos a pesquisa bibliográfica como instrumento de relha de dados para nos facilitar a consultar, matérias e documentos que falam sobre as consequências de aborto em adolescentes.

2.6. População e Amostra

- **População**

Para Silva e Menezes (2013, p. 43), “considera que população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características defendidas para um determinado estudo”.

Segundo Morisi (2013, p. 77), “a população é um conjunto de indivíduos que ocupam um determinado espaço geográfico”.

A nossa população alvo é constituída por cem (100) indivíduos, na qual temos treze (13) licenciados, vinte (20) técnicos médios e sessenta e sete (67) adolescente.

- **Amostra**

Na visão de Marconi & Lakatos (2017, p.55), “amostra é a parte da população ou do universo, seleccionada de acordo com uma regra”.

Da nossa população, extraímos uma amostra de trinta (30) indivíduos, na qual temos quatro (4) licenciados, oito (8) técnicos médios e dezoito (18) adolescente, usado durante a nossa pesquisa de campo.

Tabela nº 1- População e amostra

Inquéritos	População/Alvo	Amostra	Percentagem
Licenciados	13	4	13%
Técnicos médios	20	8	27%
Adolescentes	67	18	60%
Total	100	30	100%

Fonte: Elaboração própria

A população da nossa pesquisa é constituída por cem (100) indivíduos onde extraímos uma amostra de trinta (30) indivíduos na qual temos: quatro (4) licenciados, oito (8) técnicos médios e dezoito (18) adolescentes, usado durante a nossa pesquisa de campo.

2.7. Descrição das variáveis de estudo

Tomamos para a pesquisa a variável independente e dependente. Segundo Zassala (2012, p.60), “a variável independente é o factor determinante, condição ou causa para certo resultado, efeito ou consequência”.

Enquanto, que a variável dependente consiste nos valores ou fenómenos a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afectados pela variável independente; é a variável que varia na medida em que o investigador introduz ou modifica a variável independente (Zassala, 2012).

- **Variável dependente:**

- Consequências de aborto em adolescentes.

- **Variáveis independentes:**

- As lesões uterinas.

- Hemorragias.

2.8. Dificuldades encontradas

No percurso da nossa investigação nos deparamos com algumas situações que dificultaram a nossa investigação sendo as principais as seguintes:

- Dificuldades financeiras;

- Escassez de tempo dado para a realização do trabalho;

- Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;

- Dificuldades em termos de recolha e selecção do material para elaborar a fundamentação teórica;

- Dificuldades quanto a recolha de dados no campo de estudo.

CAPITULO- III: DISCUSSÃO E RESULTADOS

Para percebermos as respostas dos indivíduos da nossa investigação sobre consequências de aborto em adolescentes atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco no I semestre 2024, demonstramos aqui por meio de tabelas e gráficos as suas respostas obtida na pesquisa de campo.

3.1. Apresentação e interpretação dos resultados

3.1.1. Inquéritos dirigidos aos profissionais de saúde

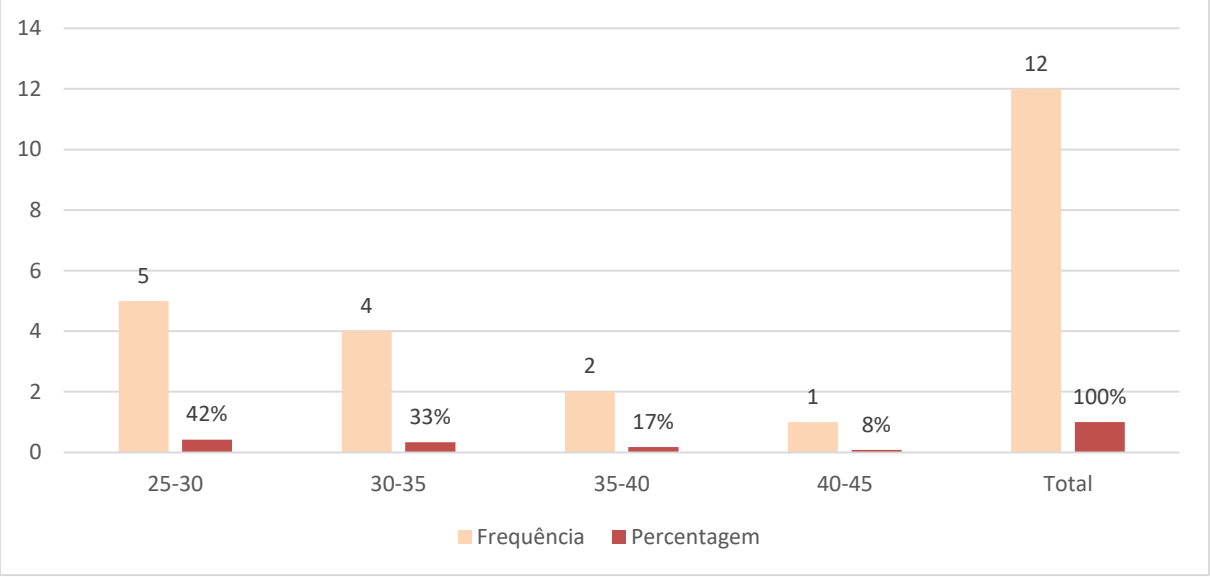
Tabela nº *2*. Distribuição da amostra segundo a faixa etária

Título: Faixa etária

Faixe etária	Frequência	Percentagem
20-25	5	42%
25-30	4	33%
30-35	2	17%
35-40	1	8%
Total	12	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 1- Título: Faixa etária



Fonte: Elaboração própria

A tabela nº 2 e o gráfico nº 01, sobre a faixa etária a maior predominância é dos 25-30 anos, seguindo a faixe etária dos 30-35 e depois de 35-40, a frequência baixa foi dos profissionais de 40-45 anos.

Os estudos feito por Aquino e Estela (2012), vai de acordo com os resultados obtido na nossa pesquisa de campo na qual tivemos 42% indivíduos com a faixa etária dos 25-30 a frequência foi de 5 indivíduos.

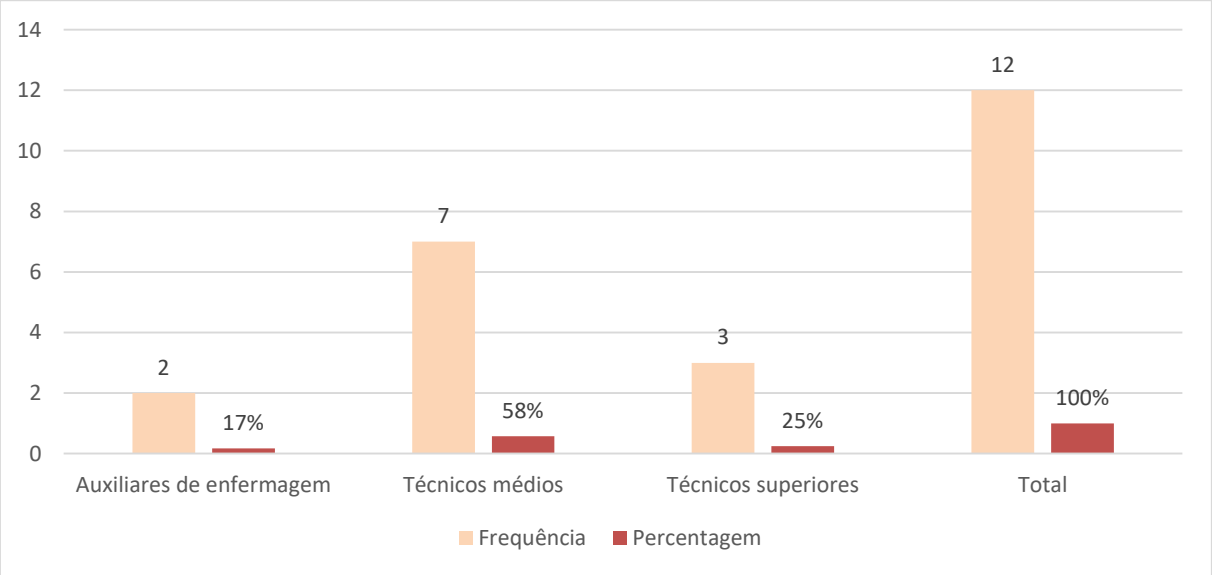
Tabela nº 3- Distribuição da amostra quanto ao Nível acadêmico

Título: Nível acadêmico

Descrição	Frequência	Percentagem
Auxiliares de enfermagem	2	17%
Técnicos médios	7	58%
Técnicos superiores	3	25%
Total	12	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 2- Título: Faixa etária



Fonte: Elaboração Própria

De acordo a tabela nº 3 e o gráfico nº 02, nos (12) profissionais inqueridos a a frequência mais baixo foi dos auxiliares de enfermagem com (2) equivalente a dezassete 17%, depois a seguir é dos técnicos superiores com (3) que corresponde os 25%, a maior percentagem foi dos técnicos médios com dezoito (7) perfazendo um total de 60%, totalizando os 100% da nossa amostra.

Na perspectiva de Guttmacher (2017), o nível acadêmico corresponde ao nível de escolaridade dos indivíduos, nesta investigação a prevalência foi dos profissionais com o nível acadêmico de técnico médio, isso nos levou a intender que os nossos estudos assemelham com os estudos feito pelo autor.

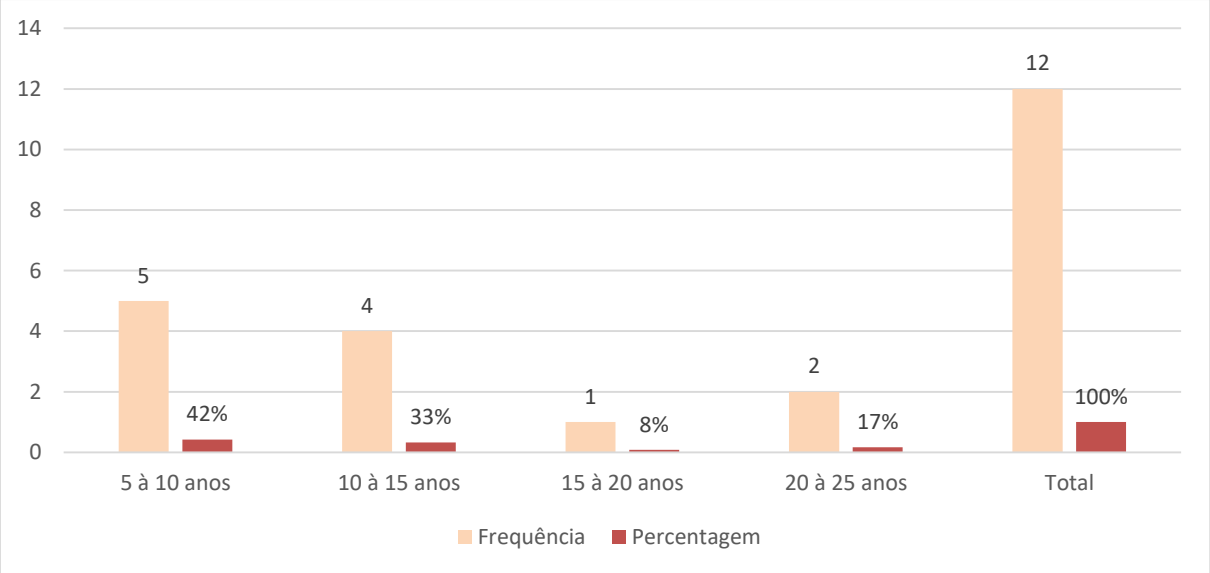
Tabela nº 4- Distribuição da amostra quanto ao tempo de serviço

Título: Tempo de serviço

Tempo de serviço	Frequência	Percentagem
5 à 10 anos	5	42%
10 à 15 anos	4	33%
15 à 20 anos	1	8%
20 à 25 anos	2	17%
Total	12	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 3- Título: Tempo de serviço



Fonte: Elaboração Própria

A tabela nº 4 e o gráfico nº 03, nos doze (12) profissionais inqueridos a maior frequência foi dos profissionais de 5 à 10 anos de serviço, correspondendo os 42%, seguido os de 10 à 15 anos que corresponde 33%, de 20 à 25 anos tiveram um total de 17% e de 15 à 20 anos é que tiveram a percentagem baixa perfazendo os 8% correspondendo um total de 100%.

Na óptica de Maria e Djalma (2016), os nossos dados coincidem com a pesquisa feito pelo autor supracitado que realçava que existem muitos fatores que podem afetar diretamente ou indiretamente os trabalhadores alguns por intermédio de doenças e outros terem antecipado a reforma acabam de ir a reforma os mesmos representam a frequência mais alta é dos profissionais de 5 à 10 anos de serviço.

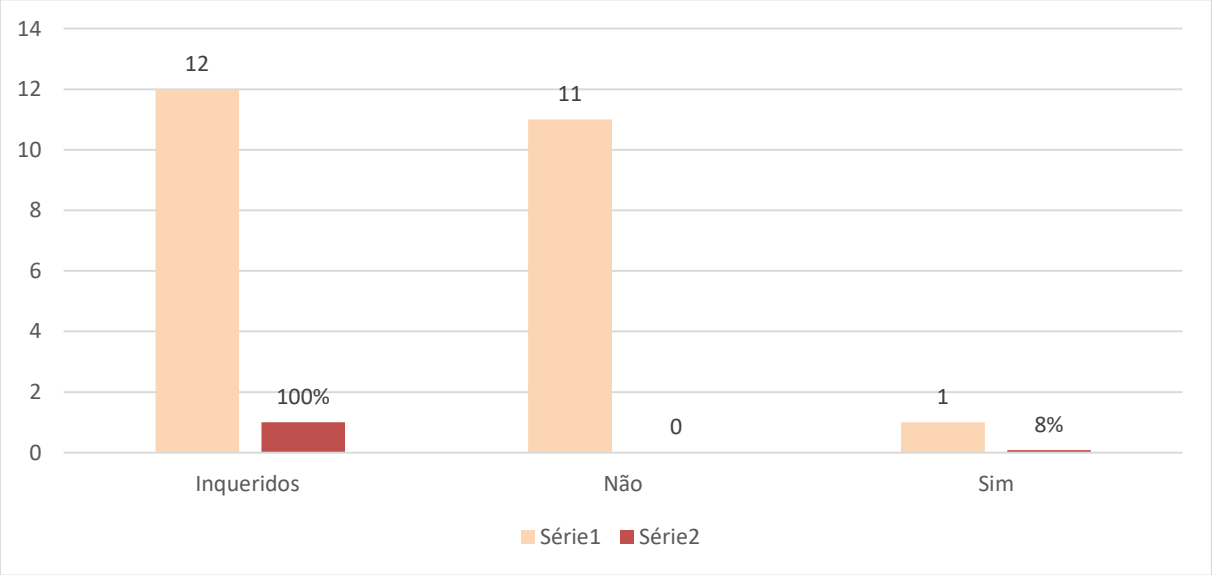
Tabela nº 5. As lesões uterinas está na base das consequências de aborto em adolescentes?

Título: As lesões uterinas

Inqueridos	Não	Sim
12	1	11
100%	8%	91,6%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 4- Título: As lesões uterinas



Fonte: Elaboração própria

Os dados obtido na tabela nº 5 e gráfico nº 4, nos doze (12) profissionais inqueridos a maior parte responde sim que, as lesões uterinas está na base das consequências de aborto em adolescentes.

De acordo os resultados obtidos na nossa pesquisa de campo a resposta dos nossos intervenientes nos levou a entender que, as lesões uterinas representam uma das principais consequências do aborto em adolescentes.

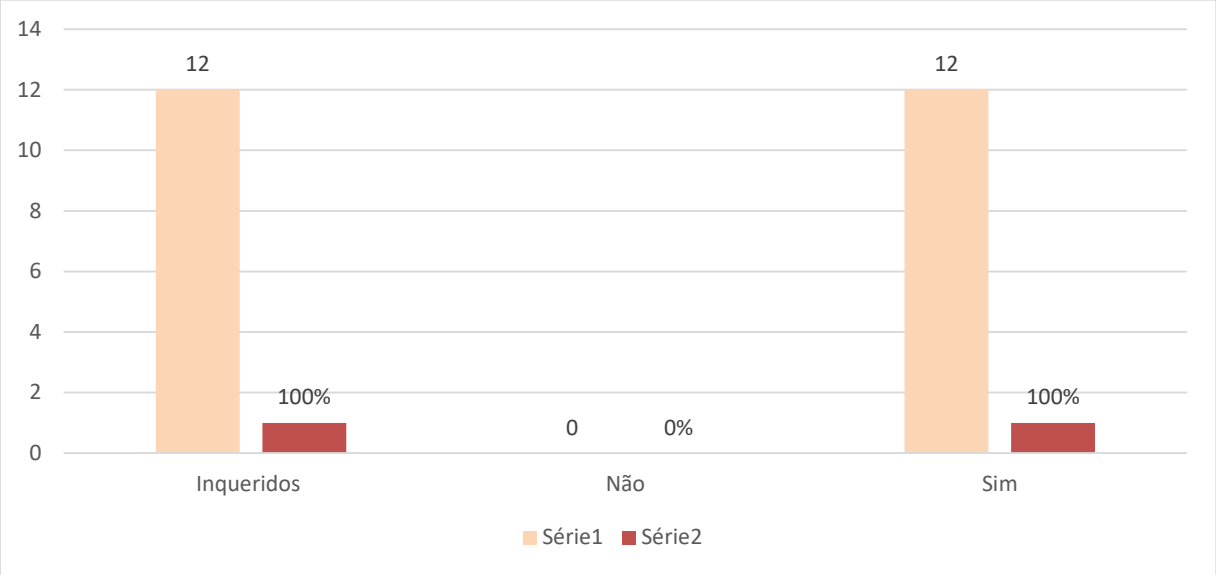
Tabela nº 6. Hemorragias pode ser uma das consequências de aborto em adolescentes?

Título: Hemorragias

Inqueridos	Não	Sim
12	0	12
100%	00%	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 5- Título: Hemorragias



Fonte: Elaboração própria

Os dados obtido na tabela nº 6 e o gráfico nº 5- durante a nossa pesquisa de campo nos doze (12) profissionais inqueridos todos disseram sim que, Hemorragias pode ser uma das consequências de aborto em adolescentes

Esses resultados obtido nesta pesquisa de campo nos levou a intender que, Hemorragias pode ser uma das consequências de aborto em adolescentes.

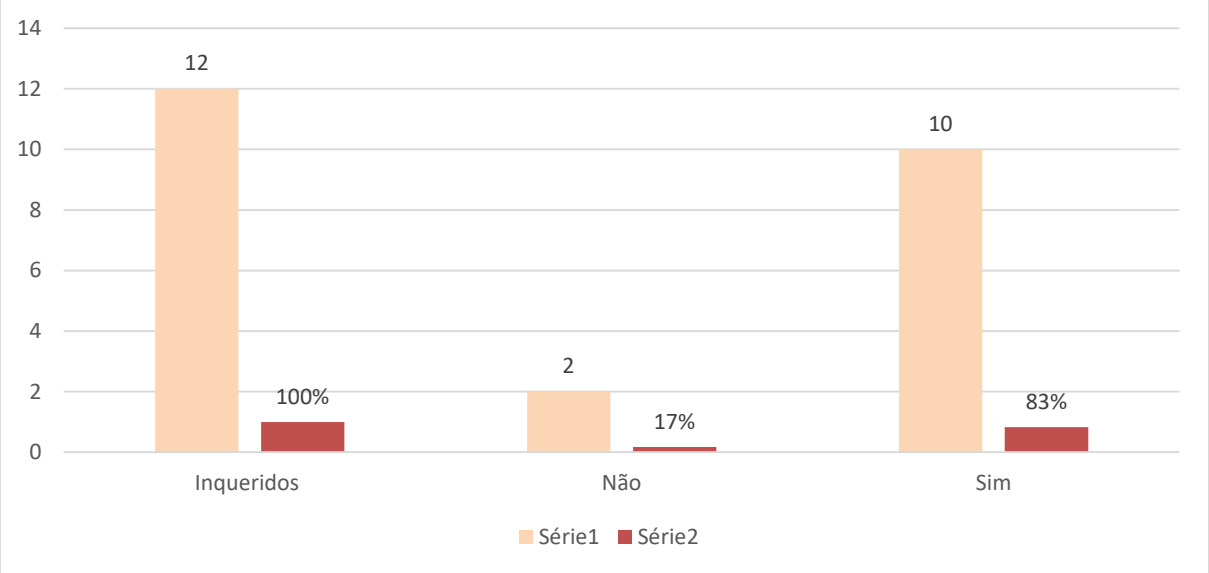
Tabela nº 7. Já atendeste uma adolescente que provocou aborto?

Título: Atender uma adolescente que provocou aborto

Inqueridos	Não	Sim
12	2	10
100%	17%	83%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 6- Título: Atender uma adolescente que provocou aborto



Fonte: Elaboração própria

De acordo os dados obtidos na tabela nº 7 e o gráfico nº 6- na pesquisa de campo nos doze (12) profissionais inqueridos dez (10) disseram sim, e dois (2) responderam não perfazendo os 17%.

Os dados obtidos na nossa pesquisa de campo nos revelam que, uma boa parte dos profissionais de saúde Já atenderam adolescentes que provocou aborto.

3.1.2. Inquéritos dirigidos aos adolescentes

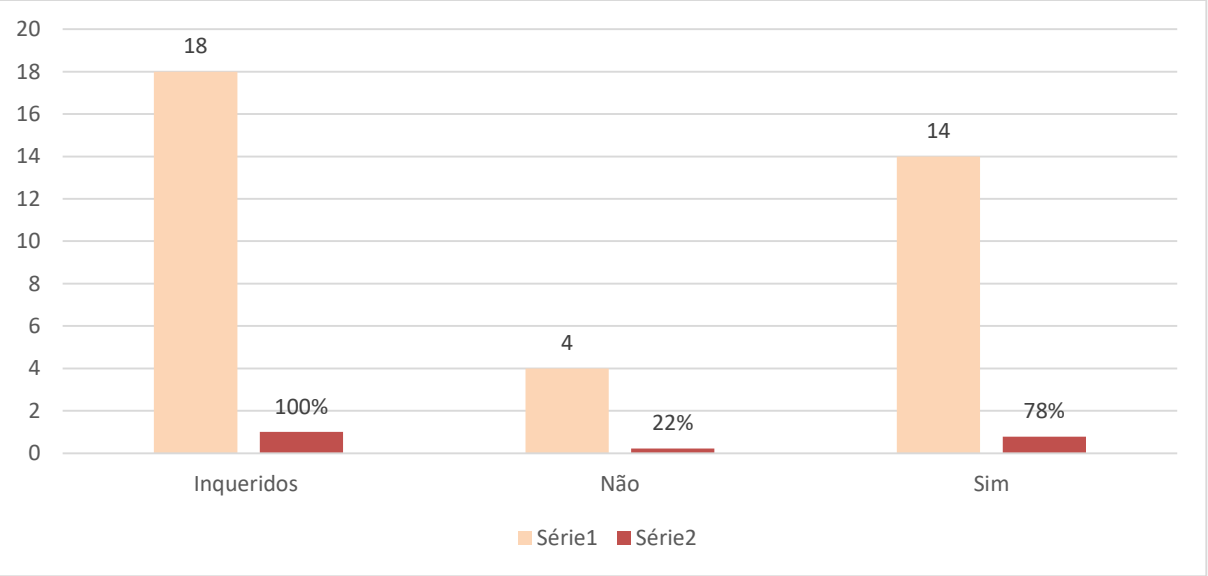
Tabela nº 8. Já fizeste aborto?

Título: Aborto

Inqueridos	Não	Sim
18	4	14
100%	22%	78%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 7- Título: Aborto



Fonte: Elaboração própria

Segundo a tabela nº 8 e o gráfico nº 7, nos dezoito adolescentes inqueridos 14 com maior frequência responderam sim, a frequência mais baixo foi de 4 adolescentes que disseram não perfazendo os 22%.

Os resultados desta pesquisa nos mostram que, a maior parte dos adolescentes já fizeram aborto.

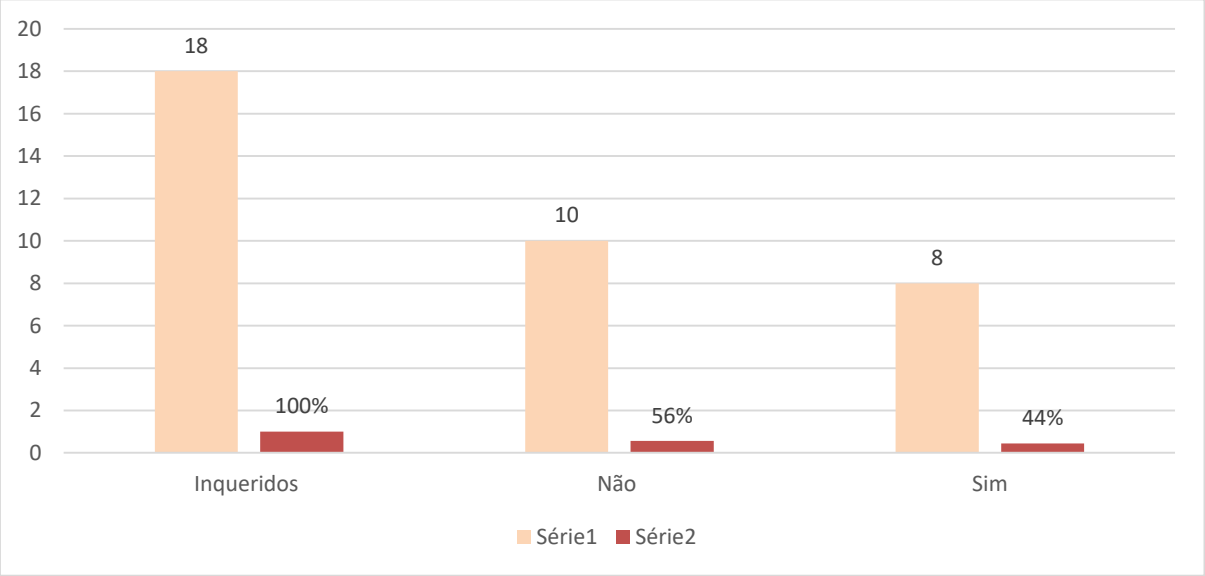
Tabela nº 9. Conheces as consequências do aborto?

Título: Consequências do aborto

Inqueridos	Não	Sim
18	10	8
100%	56%	44%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 8- Título: Consequências do aborto



Fonte: Elaboração própria

Na tabela nº 9 e o gráfico nº 8, nos dezoito adolescentes inqueridos 10 com maior frequência de 56% responderam não, a frequência mais baixo foi de 8 adolescentes que disseram sim perfazendo os 44%.

De acordo os dados obtido nesta pesquisa de campo os mesmos nos revelam que, a maior parte dos adolescentes não conhecem as consequências do aborto.

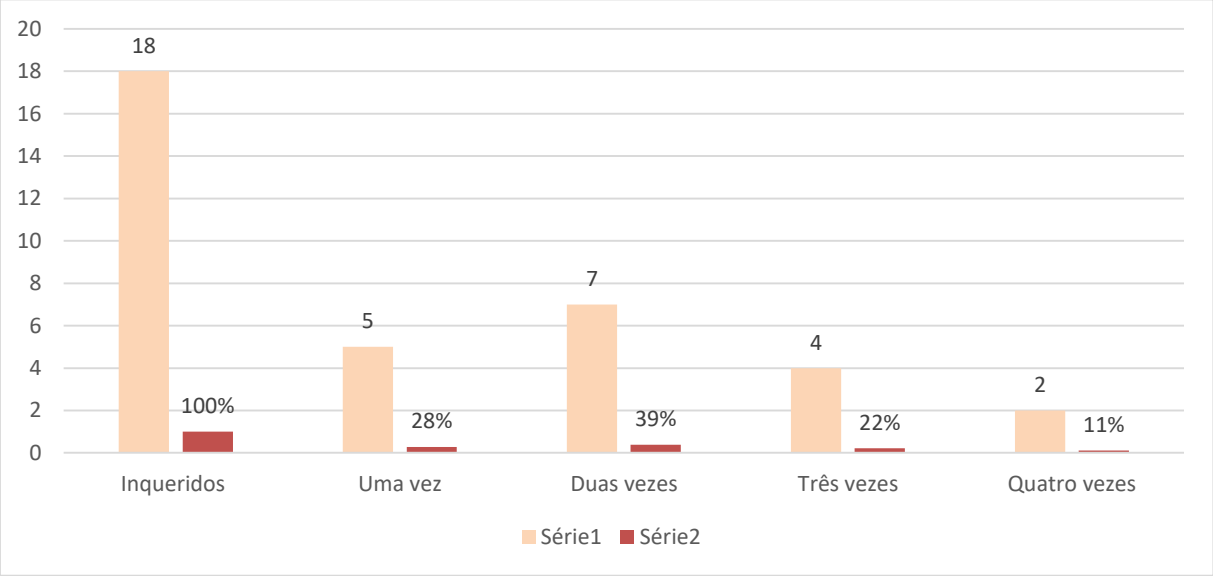
Tabela nº 10. Quantas vezes já fizeste o aborto?

Título: Quantas vezes já fizeste o aborto

Inqueridos	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes
18	5	7	4	2
100%	28%	39%	22%	11%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 9- Título: Quantas vezes já fizeste o aborto



Fonte: Elaboração própria

De acordo a tabela nº 10 e o gráfico nº 9, nos dezoito adolescentes inqueridos 7 com maior frequência de 39% responderam que já fizeram aborto duas vezes, a frequência mais baixo foi de 2 adolescentes que disseram que já fizeram quatro vezes perfazendo os 11%.

Os dados obtidos na pesquisa de campo nos mostra que a maior parte das adolescentes já fizeram aborto duas vezes.

3.2. Discussão dos resultados

A tabela nº 2 e o gráfico nº 01, sobre a faixa etária a maior predominância é dos 25-30 anos, seguindo a faixe etária dos 30-35 e depois de 35-40, a frequência baixa foi dos profissionais de 40-45 anos.

Os estudos feitos por Aquino e Estela (2012), vai de acordo com os resultados obtido na nossa pesquisa de campo na qual tivemos 42% indivíduos com a faixa etária dos 25-30 a frequência foi de 5 indivíduos.

De acordo a tabela nº 3 e o gráfico nº 02, nos (12) profissionais inqueridos a a frequência mais baixo foi dos auxiliares de enfermagem com (2) equivalente a dezassete 17%, depois a seguir é dos técnicos superiores com (3) que corresponde os 25%, a maior percentagem foi dos técnicos médios com dezoito (7) perfazendo um total de 60%, totalizando os 100% da nossa amostra.

Na perspectiva de Guttmacher (2017), o nível acadêmico corresponde ao nível de escolaridade dos indivíduos, nesta investigação a prevalência foi dos profissionais com o nível acadêmico de técnico médio, isso nos levou a intender que os nossos estudos assemelham com os estudos feito pelo autor.

A tabela nº 4 e o gráfico nº 03, nos doze (12) profissionais inqueridos a maior frequência foi dos profissionais de 5 à 10 anos de serviço, correspondendo os 42%, seguido os de 10 à 15 anos que corresponde 33%, de 20 à 25 anos tiveram um total de 17% e de 15 à 20 anos é que tiveram a percentagem baixa perfazendo os 8% correspondendo um total de 100%.

Na óptica de Maria e Djalma (2016), os nossos dados coincidem com a pesquisa feito pelo autor supracitado que realçava que existem muitos fatores que podem afetar diretamente ou indiretamente os trabalhadores alguns por intermédio de doenças e outros terem antecipado a reforma acabam de ir a reforma os mesmos representam a frequência mais alta é dos profissionais de 5 à 10 anos de serviço.

Os dados obtidos na tabela nº 5 e gráfico nº 4, nos doze (12) profissionais inqueridos a maior parte responde sim que, as lesões uterinas estão na base das consequências de aborto em adolescentes.

De acordo os resultados obtidos na nossa pesquisa de campo, a resposta dos nossos intervenientes nos levou a entender que, as lesões uterinas estão na base das consequências de aborto em adolescentes.

Os dados obtidos na tabela nº 6 e o gráfico nº 5- durante a nossa pesquisa de campo nos doze (12) profissionais inqueridos oito (8) disseram sim, e quatro (4) responderam talvez.

Esses resultados obtidos nesta pesquisa de campo nos levou a intender que, Hemorragias pode ser uma das consequências de aborto em adolescentes.

De acordo os dados obtidos na tabela nº 7 e o gráfico nº 6- na pesquisa de campo nos doze (12) profissionais inqueridos nove (9) disseram sim, e três (3) responderam não perfazendo os 25%.

Os dados obtidos na nossa pesquisa de campo nos revelam que, uma boa parte dos profissionais de saúde Já atenderam adolescentes que provocou aborto.

Segundo a tabela nº 8 e o gráfico nº 7, nos dezoito adolescentes inqueridos 14 com maior frequência responderam sim, a frequência mais baixo foi de 4 adolescentes que disseram não perfazendo os 22%.

Os resultados desta pesquisa nos mostram que, a maior parte dos adolescentes já fizeram aborto.

Na tabela nº 9 e o gráfico nº 8, nos dezoito adolescentes inqueridos 10 com maior frequência de 56% responderam não, a frequência mais baixo foi de 8 adolescentes que disseram sim perfazendo os 44%.

De acordo os dados obtido nesta pesquisa de campo os mesmos nos revelam que, a maior parte dos adolescentes não conhecem as consequências do aborto.

De acordo a tabela nº 10 e o gráfico nº 9, nos dezoito adolescentes inqueridos 7 com maior frequência de 39% responderam que já fizeram aborto duas vezes, a frequência mais baixo foi de 2 adolescentes que disseram que já fizeram quatro vezes perfazendo os 11%.

Os dados obtidos na pesquisa de campo nos mostra que a maior parte das adolescentes já fizeram aborto duas vezes.

CONCLUSÕES

De acordo com a pesquisa realizada chegamos as seguintes conclusões:

No Hospital Municipal de Cacuaco a maior parte dos profissionais de saúde são da faixa etária dos 25-30 anos.

A maior parte dos profissionais de saúde do Hospital Municipal de Cacuaco são técnicos médios.

Uma boa parte dos profissionais de saúde do Hospital Municipal de Cacuaco tem o tempo de serviço de 5 à 10 anos de serviço, correspondendo os 42%.

As lesões uterinas estão na base das consequências de aborto em adolescentes.

Hemorragias pode ser uma das consequências de aborto em adolescentes

Uma boa parte dos profissionais de saúde Já atenderam adolescentes que provocaram aborto.

Um número elevado de adolescentes já fez aborto.

Encontra partida a maior parte dos adolescentes não conhecem as consequências do aborto.

Portanto a maior parte das adolescentes já fizeram aborto duas vezes.

Os objectivos traçados foram alcançados, e as hipóteses confirmada.

SUGESTÕES

De acordo os resultados obtidos na análise do trabalho feito, sugerimos o seguinte:

Dar formações sobre educação sexual aos adolescentes e jovens;

Criar mecanismos de minimizar a taxa de analfabetismo para melhor compreensão.

Realizar palestras dentro da maternidade para os adolescentes e nos birros da periferia.

Promover sempre as palestras matinais nos centros, hospitais e na maternidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, E. B. (2014). *Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo.* Revista de Saúde Pública, São Paulo.

Alves, F. K. (2012). *Metodologia científica*. 1ª Edição. Porto. Editora: Escolar editora.

Anders, J. (2013). *Módulo VII:: Enfermagem na atenção à saúde da mulher e da criança: parto e nascimento.* Disponível em < https://scholar.google.com.br/scholar.

Angop. (2023). *Revista sobre aborto em angola factor que afecta muitas famílias*.

Antunes, M. C. (2012*). Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo.* Revista de Saúde Pública, São Paulo.

Aquino, C.T.; e Estela M. L. (2012). *Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro:* o que dizem as mulheres? Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.

Aviana, M. (2001). *O papel do grupo de pares nas tarefas do desenvolvimento do adolescente.* 2001.Tese de Doutorado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em < https://scholar.google.com.br Acesso em: 30 mar 2018.

Barata, R. B.; e Ribeiro, M. C. S. (2013). *As desigualdades sociais e homicídios em adolescentes e adultos jovens na cidade de São Paulo*. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo.

Belo, W. R. (2011). *Aborto:* considerações jurídicas e aspecitos correlatos. 6ª Edição: Editora Cartaz.

Bitencourt, C. R. (2013). *Tratado de direito penal: parte especial*. São Paulo: Editora Saraiva.

Brasil. (2009). *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.* Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília; 2009.

Brasil. (2019). *Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: Direitos e políticas públicas*. Ministério da Saúde.

BrasilCuritiba.

Bretas, S. (2003). *Mudanças: a corporalidade na adolescência*. Disponível em < http://www.repositorio.unifesp.br/handle/11600/18442 Acesso em : 30 abril

Busstao, P. C. (2014). *Tipicidade material, aborto e anencefalia*. 7ª Edição: Editora Forense.

Camacho, M. (2017). *Aborto em adolescentes e factores causais: refletindo sobre as percepções de enfermeiros*. 10ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Atlas.

Capez, F. (2011). *Gravidez e adolescência*. 6ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva.

Correia, D. (2011). A*dolescentes grávidas: sinais, sintomas, intercorrências e presença de estresse.* Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 32, n. 1, p. 40, 2011 Disponivel em < http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a05v32n1 Acesso em 10 maio 2018.

Cretella, J. J. (2014). *Maternidade e paternidade na adolescência*. Rio de Janeiro: Editora Forense.

de necessidades em saúde à intervenção de enfermagem. 2011. Disponivel em

Dias, A. (2010). *Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo*. Paidéia (Ribeirão Preto): cadernos de psicologia e educação. Vol. 20, n. 45,(jan./abr. 2010), p. 123-131.

Dias, A. B. D.; e Aquino, E. M. L. (2014). *Maternidade e paternidade na adolescência:* algumas constatações em três cidades do Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. *dissertação*. Editora Brasil-Curitiba.

Fernandes (2018). *A saúde da mulher adolescente*. In: Madeira FR. Quem mandou nascer mulhe. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos*. Campina Grande*, Monografia. Universidade Estadual da Paraíba.

Fernndo T. G. (2014). *Assistência de enfermagem a pacientes externos. Processo de enfermagem*. 7ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.

Ferreira (2011). *Maria Margarida da Silva Reis et al*. Estilos de vida na adolescência:

Fiúza, C. (2016). *Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido*. 8. Edição. Belo horizonte: Editora Del Rey.

Galante, M. (2014). *Complicações do aborto nas adolescentes*. 6ª Edição. Rio de Janeiro.

Gil, A. (2012). *Metodologia e Técnicas de Pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. Editora

Guttmacher, A. (2017). *Impacto do aborto clandestino nas adolescentes: uma realidade latinoamericana.* Nova Iorque: Alan Guttmacher Institute.

Hungria, N. (2013*). Precedentes históricos*, *comentários*. São Paulo: Editora Forense.

Ingo, E.; e Sarlet, A. (2012). *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais, na constituição federal*. São Paulo: Editora Saraiva.

Lakatos, M. A.; & Marconi, E. M. (2010). *Metodologia de trabalho científico*. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.

Maldonado, M. (2013). *Psicologia da gravidez.* Editora Jaguatirica Digital. Disponive em < https://books.google.com.br/books.

Marconi, E. M. e Lakatos, M. A. (2017). *Técnicas de pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.

Maria T. A. O.; e Djalma C. M. F. (2016). *Consequências de aborto induzido: estudo de base populacional*.

Maria, H. (2016). *Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro*. São Paulo: saraiva.

Mesquita. C. T.; e Duarte, C. M. (2017) *Metodologia da pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.

Mirabette, J. F. (2013). *Aborto em adolescentes e factores causais: refletindo sobre as percepções de enfermeiros*: São Paulo: Revista dos Tribunais.

Miranda, P. (2010). *Aborto medicamentoso*. 8ª Edição. Campinas: Editora Papirus.

Morais, A. (2013). *Síndrome pós-aborto*. 6ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.

Moresi, E. (2013). *Metodologia da pesquisa.* 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.

Nascimento, S. (2013). *O impacto das campanhas de DST/AIDS no comportamento sexual dos adolescentes.2013.*Disponivel em http://bdm.unb.br/bitstream/10483/4432/1/2012_SamaraLopesNascimento.pdf Acesso em: 23 maio 2018.

Noronha, E. M. (2014). *Efeitos colaterais do aborto na mulher*. 5ª Edição São Paulo: Editora Saraiva.

Nucci, G. S. (2011). *Causas do aborto*. 10ª Edição. São Paulo: Revista.

Pariz, J. (2012). *A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura*. Saúde e Sociedade, v. 21, p. 623-636,2012.Disponivel em < https://www.scielosp.org/article/sausoc/2012.v21n3/623- 636/pt/ Acesso em 24 maio 2018.

Pereira, T. S. (2010). *Abortamento em adolescentes*. 7ª Edição. Editora Forense.

Pirandeli, J. H. (2017). *Manual brasileiro sobre aborto provocado*: parte especial. São Paulo: Revista.

Santos, T.O.; e Ana L. C. (2013*). O processo de aborto na vida das mulheres sob a visão do enfermeiro.* Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Santa Cruz do Sul.

Silva, L. E.; & Meneses, E. M. (2013). *Metodologia da Pesquisa e elaboração de*

Silva, M. A. (2014). *Metodologia e Técnicas de Pesquisa*. 2ª Edição. São Paulo.

Teles, N. M. (2013). *Aborto provocado e gestações futuras*. 6ª Edição. São Paulo: Editora Altas.

Viçosa, U. F. V.; e Pena, J. M. C. (2012). *Consequências do aborto provocado nas adolescentes*. 5ª Edição. São Paulo: Editora Saraiva.

Zassala, C. (2012). *Manual de Iniciação à Pesquisa Cientifica: produção de conhecimento científico,* Luanda, Angola.

Zenilda V. B. (2013*). Factores de risco de gravidez na adolescência*. ANAIS DA 65ª Reunião anual da sbpc – recife, pe – Julho/2014.

APÊNDICES

Apêndice I: Questionário dirigido aos profissionais de saúde no Hospital municipal de cacuaco

1. **Qual é a sua faixa etária?**
    - ( ) 20-25
    - ( ) 25-30
    - ( ) 30-35
    - ( ) 35-40
2. **Qual é o seu nível acadêmico?**
    - ( ) Auxiliar de enfermagem
    - ( ) Técnico médio
    - ( ) Técnico superior
3. **Há quanto tempo trabalha na área da saúde?**
    - ( ) 5 a 10 anos
    - ( ) 10 a 15 anos
    - ( ) 15 a 20 anos
    - ( ) 20 a 25 anos
4. **Na sua opinião, lesões uterinas estão entre as consequências do aborto em adolescentes?**
    - ( ) Sim
    - ( ) Não
5. **Na sua opinião, hemorragias podem ser uma das consequências do aborto em adolescentes?**
    - ( ) Sim
    - ( ) Não
6. **Já atendeste alguma adolescente que provocou aborto?**
    - ( ) Sim
    - ( ) Não

Apêndice II: Questionário dirigido aos adolescentes

1. **Já fizeste aborto?**
    - ( ) Sim
    - ( ) Não
2. **Conheces as consequências do aborto?**
    - ( ) Sim
    - ( ) Não
3. **Quantas vezes já fizeste o aborto?**
    - ( ) Uma vez
    - ( ) Duas vezes
    - ( ) Três vezes
    - ( ) Quatro vezes

ANEXOS