

ATENÇÃO AO ABORTAMENTO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NO BRASIL: RESULTADOS DE UMA PESQUISA MULTINACIONAL**ABORTION CARE IN A REFERENCE MATERNITY HOSPITAL IN BRAZIL: RESULTS OF A MULTINATIONAL SURVEY****ATENCIÓN AL ABORTO EN UNA MATERNIDAD DE REFERENCIA EN BRASIL: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA MULTINACIONAL**

Larissa Tainara Santos Barros¹
Pedro Vitor Mendes Santos²
Esteffany Vaz Pierot³
Alcimaria Silva dos Santos⁴
Joanne Thalita Pereira Silva⁵
Herla Maria Furtado Jorge⁶
Ana Carla Marques da Costa⁷

¹Universidade Estadual do Maranhão, Caxias, Brasil; Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0120-1181>

²Universidade Federal do Piauí, Teresina, Brasil; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2249-1440>

³Universidade Federal do Piauí, Teresina, Brasil; Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2339-4244>

⁴Universidade Estadual do Maranhão, Caxias, Brasil; Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6674-2312>

⁵Universidade Estadual do Maranhão, Caxias, Brasil; Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7810-0069>

⁶Universidade Federal do Piauí, Teresina, Brasil; Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9706-5369>

⁷Universidade Estadual do Maranhão, Caxias, Brasil; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4246-145X>

Autor correspondente

Pedro Vitor Mendes Santos²
Avenida Presidente Kennedy, 2680,
Piçareira, Teresina, Piauí, Brasil. CEP:
64055585, contato: +55 (86) 99561-3472,
E-mail: pedrovitormendes2@gmail.com

Submissão: 20-06-2023

Aprovado: 24-07-2023

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o perfil das mulheres em abortamento, bem como variáveis relacionadas a esse evento. **METODO:** Este é uma extensão de um grande estudo de corte transversal com levantamento prospectivo de dados e foi implementado em unidades sanitárias de 30 países das regiões da organização mundial da saúde na África e América Latina. Neste estudo focou-se nos dados coletados em uma maternidade pública no leste maranhense. A população estudada foram mulheres com sinais e sintomas de abortamento que procuraram atendimento na unidade. As informações foram coletadas nos prontuários na referida maternidade, utilizando um formulário. Os dados foram analisados com base em frequências absolutas e percentuais. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas sob o parecer N° 2.658.522. **RESULTADOS:** A maioria das mulheres estudadas tinham entre 20 e 29 anos; eram casadas; possuem uma fonte de renda; tinham entre 1 e 10 anos de estudo; eram multíparas, sem histórico de abortamentos e estavam no primeiro trimestre de gestação. Os abortamentos foram classificados em sua maioria como incompletos, procedimento mais realizado foi a curetagem e a maioria não tiveram complicações maternas graves com condições potencialmente ameaçadoras à vida. **CONCLUSÃO:** O aborto é um problema de saúde pública e a utilização desses dados se torna indispensável para fornecer dados para melhorar as políticas públicas de saúde na região principalmente as voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Aborto; Saúde Materna; Saúde pública.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the profile of women undergoing abortion, as well as variables related to this event. **METHOD:** This is an extension of a large cross-sectional study with prospective data survey and was implemented in health facilities in 30 countries of the world health organization regions in Africa and Latin America. In this study we focused on data collected in a public maternity hospital in eastern Maranhão. The study population were women with signs and symptoms of abortion who sought care in the unit. The information was collected from the medical records in the referred maternity, using a form. The data were analyzed based on absolute and percentage frequencies. The study was submitted and approved by the Ethics and Research Committee of the State University of Campinas under opinion No. 2.658.522. **RESULTS:** Most women studied were between 20 and 29 years old; were married; had one source of income; had between 1 and 10 years of schooling; were multiparous, with no history of abortions and were in their first trimester of pregnancy. Abortions were mostly classified as incomplete, the most performed procedure was curettage, and most did not have serious maternal complications with potentially life-threatening conditions. **CONCLUSION:** Abortion is a public health problem and the use of these data becomes indispensable to provide data to improve public health policies in the region, especially those focused on sexual and reproductive rights.

Keywords: Abortion; Maternal Health; Public Health.

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar el perfil de las mujeres que se someten a un aborto, así como las variables relacionadas con este evento. **MÉTODO:** Se trata de una extensión de un amplio estudio transversal con relevamiento prospectivo de datos y que fue implementado en establecimientos de salud de 30 países de las regiones de la Organización Mundial de la Salud en África y América Latina. En este estudio nos centramos en los datos recogidos en una maternidad pública del este de Maranhão. La población estudiada fueron mujeres con signos y síntomas de aborto que buscaron atención en la unidad. Las informaciones fueron recolectadas de las historias clínicas de la maternidad referida, utilizando un formulario. Los datos fueron analizados con base en frecuencias absolutas y porcentuales. El estudio fue sometido y aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Universidade Estadual de Campinas bajo el parecer n° 2.658.522. **RESULTADOS:** La mayoría de las mujeres estudiadas tenía entre 20 y 29 años de edad; eran casadas; contaban con una fuente de renta; tenían entre 1 y 10 años de escolaridad; eran multíparas, sin antecedentes de abortos y se encontraban en el primer trimestre de embarazo. Los abortos fueron clasificados en su mayoría como incompletos, el procedimiento más realizado fue el legrado y la mayoría no presentó complicaciones maternas graves con riesgo potencial de muerte. **CONCLUSIÓN:** El aborto es un problema de salud pública y el uso de estos datos se torna indispensable para aportar datos que permitan mejorar las políticas de salud pública en la región principalmente aquellas enfocadas a los derechos sexuales y reproductivos.

Palabras clave: Aborto; Salud Materna; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento resultante da fecundação do óvulo pelo espermatozoide. À medida que a gestação vai evoluindo, mudanças no corpo materno vão ocorrendo lentamente preparando-se para o parto e maternidade. Apesar da gestação ser um fenômeno fisiológico algumas evoluem com intercorrências como: abortamento, síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas, diabetes gestacional, prematuridade entre outros. ^(1,2)

O aborto é uma das complicações mais comum na gravidez, é definido como uma gestação intrauterina não viável até 20-22 semanas ou peso fetal $\leq 500\text{g}$, ocorrendo na maioria das vezes nas primeiras 12 semanas de gestação. O abortamento é classificado de acordo com base na história e nos achados clínicos, laboratoriais e de imagem. Tradicionalmente, é classificado como ameaça de aborto ou aborto evitável, inevitável, incompleto, completo, retido, infectado e abortamento habitual. ⁽³⁾

Mundialmente, no período de 2015 a 2019 houve em média 73,3 milhões de abortos a cada ano, o que correspondia a uma taxa de 39 abortos para cada 1000 mulheres de 15 a 49 anos. O aborto também é mais frequente em países de renda média do que em países de renda alta. ⁽⁴⁾

No Brasil, segundo os dados da pesquisa para avaliar o cenário de aborto no país, o Sistema de Internação Hospitalar (SIH) registrou

média de aproximadamente 200.000 internações/ano por procedimentos relacionados ao aborto entre 2008 e 2015. E embora os dados oficiais não permitam estimar com precisão o número de abortos no país, notou-se que mulheres com perfil de vulnerabilidade social vivendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, e sem companheiro tinham um risco maior de óbito por aborto. ⁽⁵⁾

Uma das problemáticas do aborto é quando ele evolui com complicações podendo gerar repercussões hemodinâmicas em casos mais graves como: sangramento excessivo, infecção pélvica, sepse, perfuração uterina, reabordagem cirúrgica, histerectomia e coagulação vascular disseminada. ⁽⁶⁾

Embora não seja fácil identificar todas as mulheres que fizeram um aborto, principalmente se não apresentarem complicações, os hospitais são lugares prováveis onde as mulheres que tiveram complicações do aborto procuram atendimento médico. Devido ao aborto ser umas causas de mortalidade materna em todo mundo, busca-se saber aspectos relacionados a assistência desse público, como o perfil dessas mulheres e quais os fatores predisponentes para complicações.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa, extensão de um grande estudo realizado em 30 países das regiões da

Organização Mundial da Saúde (OMS) na África E América Latina. O protocolo do estudo WHO/HRP MCS-A está publicado na íntegra em outro lugar.⁽⁷⁾

Estudo realizado em uma Maternidade de Referência no interior do Maranhão, está localizada na região leste do estado, responsável pelo atendimento da macrorregião composta sete municípios, abrangendo uma população de 296.990 habitantes segundo o IBGE em 2018. Entretanto, a real demanda referenciada e espontânea é bem maior correspondendo a uma abrangência de até 54 municípios cuja população totaliza aproximadamente 1.500.000 habitantes. A instituição oferece diversas estruturas que inclui centro obstétrico com leitos de pré e pós-parto normal e cesariana, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO), Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA), Alojamento conjunto (ALCON), serviços de nutrição e dietética, banco de leite humano, serviço de ultrassonografia e de assistência social por 24 horas.

A população estudada foram mulheres em idade fértil que compareceram a unidade procurando atendimento com sinais e sintomas de abortamento e complicações relacionadas ao aborto que aceitaram ter seu prontuário médico revisado para coleta de dados mediante assinatura de termo de consentimento ou

assentimento. Foram excluídas as mulheres com diagnóstico de ameaça de aborto, definida como sangramento vaginal com colo uterino fechado.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário elaborado pela OMS composto por 5 partes, coletando a história clínica, avaliação inicial no momento da chegada à urgência, avaliação e resultados durante a permanência na unidade de saúde, tratamento e resultados na alta. Os dados foram coletados dos prontuários por assistentes de pesquisa treinados pelo coordenador da pesquisa, fazendo uma busca diariamente por pacientes internadas com diagnóstico de aborto ou complicação decorrente dele e então coletando os dados do prontuário na alta hospitalar. O período de coleta foi de julho a outubro de 2018.

Os dados foram transcritos em formulários de relato de caso em papel e os inseridos em um sistema eletrônico de captura de dados baseado na web desenvolvido pelo Centro Rosarino de Estudios Perinatales, que é responsável pelo gerenciamento de dados do WHO Global Survey e MCS. Como em pesquisas anteriores da OMS em vários países, os gerentes de dados na Argentina monitoraram o fluxo de dados do estudo e validou a qualidade dos dados. Fizeram o retorno dos dados agrupados no Software Microsoft office Excel. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos, analisados com base em frequências

absolutas e percentuais. A análise dos dados foi feita com base na literatura sobre o tema.

Foram adotados todos os princípios éticos contidos na Resolução 466/2012 que rege pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 78745317.1.0000.5404, parecer Nº 2.658.522, emitido em 16 de maio de 2018.

RESULTADOS

Do total de 93 mulheres que constituíram a população deste estudo, um pouco mais da

metade (50,5%) tinham idade entre 20 e 29 anos; 31,2% entre 30 e 39 anos; a faixa etária entre 10 e 19 anos totalizou 12,9% e apenas 5,4% tinham 40 anos ou mais. Quanto ao nível de escolaridade dessas mulheres, 35,5% tinham o ensino médio completo; 28% cursaram o fundamental completo; 26,9% estudaram apenas o ensino primário completo e somente 8,6% concluíram o ensino superior, no entanto nenhuma das participantes da pesquisa são sem escolaridade, ou seja, em algum momento de suas vidas frequentaram a escola. Durante a coleta de dados sobre o seu estado civil, 62,4% eram casadas ou tinham uma união estável e 36,6% eram solteiras. Quanto a sua renda 52,7% possuem uma fonte de renda e 34,4% não possuem.

Tabela 1 – Variáveis sociodemográficas das mulheres em situação de abortamentos. Caxias, 2018.

Variáveis	F	%
IDADE (em anos)		
10-19	12	12,9%
20-29	47	50,5%
30-39	29	31,2%
40 ou mais	5	5,4%
Ignorado	0	0,0%
ESCOLARIDADE		
Sem escolaridade	0	0,0%
Primário completo (até 4º ano)	25	26,9%
Fundamental completo	26	28,0%
Ensino médio completo	33	35,5%
Superior completo	8	8,6%
Ignorado	1	1,1%
ESTADO CIVIL		
Solteira	34	36,6%
Separada/divorciada	0	0,0%
Casada/união estável	58	62,4%

Ignorado	1	1,1%
----------	---	------

RENDA

Sim	49	52,7%
Não	32	34,4%
Ignorado	12	12,9%

Ao se avaliar algumas condições obstétricas foi possível observar que 52,7% são múltiparas e 31,2% estavam vivenciando o processo do aborto na primeira gestação. Quanto a idade gestacional em que ocorreu o aborto 71% foram no 1º trimestre de gestação; 20,4% no 2º trimestre e nenhum ocorreu no 3º trimestre – o último trimestre de gestação foi incluído para não excluir a possibilidade de aborto classificado devido ao peso fetal $\leq 500\text{g}$. No que diz respeito

a aborto prévio 74,2% não tiveram e 25,8% já tiveram um aborto anteriormente. Das mulheres que procuraram atendimento com sinais e sintomas de complicações relacionadas ao aborto, em seu diagnóstico final 86% foram internadas devido aborto incompleto; 7,5% em decorrência de uma gravidez ectópica; 3,2% por aborto séptico; 2,2% das participantes mesmo tendo aborto completo foram internadas e apenas 1,1% tiveram uma gravidez molar.

Tabela 2 – Variáveis obstétricas das mulheres em situação de abortamentos. Caxias, 2018.

Variáveis	F	%
Paridade		
Primigesta	29	31,2%
Secundigesta	15	16,1%
Três ou mais gesta	49	52,7%
Ignorado	0	0,0%
Idade gestacional (trimestre)		
1º trimestre	66	71,0%
2º trimestre	19	20,4%
3º trimestre	0	0,0%
Ignorado	8	8,6%
Aborto prévio		
Sim	24	25,8%
Não	69	74,2%
Ignorado	0	0,0%
Diagnóstico final		
Aborto incompleto	80	86,0%
Aborto séptico	3	3,2%
Gravidez ectópica	7	7,5%

Gravidez molar	1	1,1%
Aborto completo	2	2,2%
Ignorado	0	0,0%

Ao analisar os dados sobre o manejo clínico para com essas mulheres foi possível extrair que 52,7% das mulheres não utilizaram o misoprostol e que 46,2% fizeram o uso prescrito pelo médico. Também foi possível observar que 68,8% das participantes da pesquisa não fizeram uso do antibiótico profilático antes ou durante o procedimento, indicando que apenas 20,4% receberam a profilaxia e 10,8% desses dados foram ignorados. Quanto ao procedimento que foram submetidas, o de curetagem foi o mais realizado, com um total de 80,6% e na contramão o procedimento de aspiração manual intrauterina (AMIU) foi realizado somente em 5,3% das mulheres; e 12,9% não foram submetidas a nenhum procedimento.

Sobre as complicações foi adotado os critérios do Near miss materno da OMS, que define as complicações maternas grave com

condições potencialmente ameaçadoras à vida. Dentre as participantes da pesquisa 95,6% não tiveram nenhuma complicação com potencial ameaça à vida, porém 3,2% tiveram hemorragia grave e 2,1% infecção sistêmica grave. Ainda segundo os critérios, as mulheres que morreram ou se identificaram como um caso de quase morte (Near miss) foram classificadas como um desfecho materno grave. Entre as mulheres, 97,8% não tiveram nenhuma disfunção orgânica, entretanto, das mulheres que apresentaram Near miss a disfunção orgânica mais apresentada foi a de disfunção da coagulação (2,1%), seguida da disfunção cardiovascular e respiratória ambas totalizando 1,08%.

Tabela 3 – Variáveis manejo clínico e complicações das mulheres em situação de abortamento. Caxias, 2018.

Variáveis	F	%
Uso do misoprostol		
Sim	43	46,2%
Não	49	52,7%
Ignorado	1	1,1%
Uso do antibiótico		
Sim	19	20,4%
Não	64	68,8%
Ignorado	10	10,8%

Procedimento realizado

AMIU	5	5,3%
Curetagem	75	80,6%
Nenhum	12	12,9%
Ignorado	1	1,0%

Complicação com potencial para ameaça à vida

Hemorragia grave	3	3,2%
Infecção sistêmica grave	2	2,1%
Ruptura uterina	0	0,0%
Nenhuma	89	95,6%

Disfunção orgânica grave (near miss)

Disfunção cardiovascular	1	1,0%
Disfunção respiratória	1	1,0%
Disfunção renal	0	0,0%
Disfunção da coagulação	2	2,1%
Disfunção hepática	0	0,0%
Disfunção neurológica	0	0,0%
Disfunção uterina	0	0,0%
Nenhuma	91	97,8%
Ignorado	0	0,0%

DISCUSSÃO

No presente estudo, mostramos que a idade materna em que mais houve abortos foram na faixa etária de 20 a 29 anos com 50,5%, isso pode estar relacionado ao período mais intenso de atividade reprodutiva das mulheres e consequentemente maior probabilidade de ocorrer um aborto, inclusive entre idades mais jovens ainda na adolescência, como mostra a PNA 2016 em que 29% estavam nessa faixa etária mais jovem, percentual bem diferente desse estudo, em que apenas 12,9% estavam nessa faixa etária. Essa diferença de percentual pode pressupor um receio maior das adolescentes de buscar uma assistência à saúde devido ao contexto de ilegalidade relacionado ao aborto. ⁽⁸⁾

Na faixa etária de 30 a 39 anos e de 40 anos ou mais, houve respectivamente 31,2% e 5,4% de mulheres em processo de aborto, que pode estar relacionado a idade materna avançada, definida pelo MS como idade >35 anos. Em um estudo, observou-se que o abortamento estava correlacionado a idade materna avançada devido a frequência de cariótipo anormal significativamente maior em mulheres nessa faixa etária. ⁽⁹⁾

Quanto ao grau de escolaridade dessas mulheres em processo de abortamento 35,5% referiram ter ensino médio completo, ou seja, mais de 10 anos de estudos, o nível educacional dessas mulheres vai de encontro com um estudo também realizado na região do nordeste brasileiro, em que o maior percentual (68%)

estava no mesmo nível de educação. Maior grau de instrução permite um melhor acesso sobre saúde sexual e reprodutiva possibilitando um planejamento familiar e postergar uma gravidez.⁽¹⁰⁾

Somando-se os grupos de menor escolaridade (mulheres com até 8 anos de estudo) obtemos 54,9%, um menor tempo de estudo foi descrito como um importante fator de risco para aborto espontâneo, assim como outros fatores sociodemográficos que evidenciam vulnerabilidade social. Além do mais, um outro estudo refere que mulheres de escolaridade mais baixa (nenhuma escolaridade ou de 1-3 anos de estudos) têm maior risco de óbito materno por aborto.^(11,05)

A situação conjugal dessas mulheres também é descrita como fator de risco para o abortamento. Das participantes da pesquisa 62,4% eram casadas ou viviam em união estável, diferentemente de outros estudos que abordam que as mulheres sem parceiros são mais propensas a realizarem um aborto e também com mais riscos de irem a óbito, contudo, mulheres com relacionamentos mais estáveis estão diretamente mais expostas a regularidade e frequência de relações sexuais, e dessa forma, mais expostas à uma gestação planejada ou não, que pode culminar em um aborto.^(5,12)

Outro fator socioeconômico bastante descrito na literatura como uma situação predisponente para o aborto é a renda. Mulheres de baixa renda estão inseridas em um contexto

de vulnerabilidade social, muitas vezes, realizando a prática do aborto como um método de planejamento familiar devido à dificuldade de acesso às informações e a métodos contraceptivos eficazes para evitar uma gravidez indesejada. Das participantes da pesquisa, 52,7% possuem renda, entretanto, não foi levado em consideração quantos salários-mínimos compõe a renda. Sendo assim, sugerindo que mesmo possuindo renda ainda estão inseridas em um contexto de vulnerabilidade socioeconômica, bem como se assemelham às dos usuários que buscam atendimento nos serviços públicos de saúde.¹²

Sobre as variáveis obstétricas dessas mulheres 52,7% estavam vivenciando sua terceira ou mais gestações, isso por que 31% das gestações terminam em abortamento espontâneo, sendo assim, conseqüentemente quanto mais gestações durante a vida reprodutiva mais expostas a perda gestacional. Outro dado extraído foi que 74,2% não tiveram um evento abortivo antes, entretanto, 25,8% referiram pelo menos um aborto prévio, estudos mostram que o risco de ter um novo aborto espontâneo aumenta a cada perda de gravidez subsequente.^(13,14)

Na literatura atual já está bem descrito que é no primeiro trimestre ou início do segundo de gestação que mais ocorre o aborto, e nessa pesquisa não foi não diferente, com 71% dos abortos ocorridos no primeiro trimestre e 20,4% no segundo, considerando a etiologia do aborto pressupõem-se que essas perdas estejam ligadas

a alterações de ordens cromossômicas. O risco de perda da gravidez diminui com o avanço da idade gestacional. ^(15,11,13)

Ao ser fechado o diagnóstico final do abortamento dessas mulheres, o aborto incompleto foi o mais descrito com 86% dos casos, diagnosticado tanto por sua apresentação clínica como por exames complementares. A FEBRASGO descreve que o abortamento incompleto é a forma mais frequente de abortamento da mulher que procura atendimento de urgência. A OMS está particularmente preocupada com o aborto incompleto, pois pode levar a complicações que, se não forem tratadas de maneira oportuna e profissional, podem levar à morte da paciente. ^(13,16)

Quanto ao manejo clínico a OMS recomenda que seja determinado a idade gestacional para escolha do método de abortamento mais apropriado. Nesse estudo a idade gestacional média foi de 9 semanas. Pelas recomendações de seu manual, uma idade gestacional de até 9 semanas o método de abortamento mais apropriado é o farmacológico com uso do Mifepristone seguido do Misoprostol de 1 a 2 dias depois. Entretanto, em muitos países assim como no Brasil o primeiro medicamento não está disponível, nesses casos, a OMS recomenda o uso exclusivo de misoprostol até 12 semanas para abortamento farmacológico. ⁽¹⁷⁾

Das participantes da pesquisa 52,7% não fizeram uso do misoprostol; em uma revisão

sistemática Cochrane avaliou que o misoprostol demonstrou ser mais eficaz do que o placebo para o amadurecimento cervical demonstrando necessidade reduzida de dilatação cervical manual e o tempo cirúrgico foi reduzido quando o misoprostol foi usado. Um outro estudo comparando o uso do misoprostol versus cuidado expectante demonstrou que não houve diferença significativa no abortamento completo entre o misoprostol e o cuidado expectante com a taxa de sucesso com misoprostol variando de 80% a 81% e para o atendimento expectante de 52% a 85%. ^(18,19)

Notou-se que a maioria (80,6%) das mulheres foi submetida ao procedimento de esvaziamento uterino por curetagem para finalização do aborto. A OMS recomenda que o método de esvaziamento até as 12 ou 14 semanas seja a aspiração a vácuo manual ou elétrica, ou os métodos farmacológicos que utilizam uma combinação de mifepristone seguido de misoprostol. Considerando que 70,2% das participantes tinham gestação <13 semanas, o uso do AMIU ficou abaixo do recomendado sendo apenas 5,4% dos procedimentos realizados. ⁽¹⁷⁾

Ainda seguindo as recomendações do manual de abortamento seguro da OMS, o uso de profilaxia antibiótica como procedimento de rotina no momento do abortamento cirúrgico diminui o risco de infecções posteriores ao abortamento. Contudo, 68,8% das mulheres não receberam antibiótico durante a hospitalização.

Uma revisão sistemática com 24 ensaios clínicos randomizados e controlados reforça que a profilaxia antibiótica é benéfica na redução da infecção do trato genital pós-aborto. Porém, a OMS destaca que a não disponibilidade de antibióticos profiláticos não deve constituir motivo para negar-se a realizar o abortamento. (17,20)

Sobre as complicações relacionadas ao aborto, de todas as mulheres participantes da pesquisa apenas 9 tiveram complicações graves, sendo 5,37% tiveram complicações potencialmente ameaçadoras à vida e 4,31% foram classificadas como caso de near miss. Uma publicação que também faz parte do estudo maior da OMS/HRP sobre aborto (MCS-A) realizado em seis países da América Latina e Caribe trouxe em seus resultados que ser solteira, ter idade gestacional tardia (≥ 13 semanas) e ter a expulsão do conceito antes da chegada à unidade de saúde foram significativamente associados à experiência de Near miss em comparação com complicações leves. (21)

Resultados similares foram encontrados na pesquisa realizada em 11 países da África e associa ao fato de o aborto ainda ser uma questão estigmatizada, o que pode levar a uma demora na busca por um atendimento pós-aborto por temer o estigma e os maus-tratos e devido ao uso métodos considerados inseguros contribuindo para complicações graves. (22)

CONCLUSÕES

A pesquisa se fez necessária devido ao abortamento ainda ser um problema de saúde pública e para entender melhor quais eram as características desse público que buscava atendimento. Além do mais, os dados coletados inicialmente foram para compor um grande estudo multipaíses da OMS sobre morbidade relacionada ao aborto e que devido a sua abrangência internacional os seus resultados podem não refletir fielmente a realidade local, visto que até mesmo no Brasil exista suas diferenças locais devido a sua extensão territorial. Logo, a utilização desses dados se torna indispensável para fornecer dados para melhorar as políticas públicas de saúde na região principalmente as voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos.

Sendo assim, conclui-se que o perfil dessas mulheres que buscaram atendimento em decorrência do aborto foram majoritariamente, mulheres adultas jovens, com ensino médio completo, casadas ou com união estável e que possuíam alguma renda. Essas mulheres estavam vivenciando a sua terceira ou mais gestações em seu primeiro trimestre de gravidez e que nunca tinham passado pelo evento antes. A grande maioria internada devido a abortamento incompleto, um pouco mais da metade não fez uso do misoprostol, foram submetidas ao procedimento de curetagem e não apresentaram complicações, entretanto, as que apresentaram demonstraram complicações graves.

Embora o estudo mostre um desfecho de uma melhor morbidade materna, os resultados enfatizam a necessidade de implementação de práticas de gerenciamento clínico de acordo com as recomendações baseadas em evidências.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta da gestante [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022 [citado 2023 Jun 6]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante-versao-eletronica-2022.pdf.
- 2 Montenegro CAB, Filho JR. Rezende-Obstetrícia fundamental. 14ª ed. Rio de Janeiro: Gen, Guanabara Koogan; 2017.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Gestação de Alto Risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. [citado 2023 Jun 6]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>.
- 4 Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 7]; 8(9):e1152–e1161. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30315-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30315-6/fulltext).
- 5 Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Abortion in Brazil: what do the official data say? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 7];36. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001305001.
- 6 Cavalari CAA, Veiga-Junior NN, Kajiura BD, Eugeni C, Tavares BVG, Baccaro LF. Factors Associated with Abortion Complications after the Implementation of a Surveillance Network (MUSA Network) in a University Hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 6]; 43:507–12. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/dwcmSgNDLnSTqzxschQxL3J/?lang=en#>.
- 7 Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jun 6]31;1(1):CD007223. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28138973/>.
- 8 Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciê Saude Coletiva* [Internet]. 2017 [citado 2023 Jun 6];22(2):653–60. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>.
- 9 Ozawa N, Ogawa K, Sasaki A, Mitsui M, Wada S, Sago H. Maternal age, history of miscarriage, and embryonic/fetal size are associated with cytogenetic results of spontaneous early miscarriages. *J Assisted Reproduction Genetics*. [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 6];9;36(4):749–57. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10815-019-01415-y>.
- 10 Lima KJ, Pinto FJM, Carvalho FHC, Linard CFBM, Santos FCR, Teófilo FKS, et al. Atenção ao abortamento em instituições hospitalares da rede SUS de Fortaleza, Ceará. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [citado 2023 Jun 6]; 28:77–86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/36GcCsGmvgXbQfzPkmggXsF/?lang=pt#>.
- 11 Oliveira MTS, Oliveira CNT, Marques LM, Souza CL, Oliveira MV. Factors associated with spontaneous abortion: a systematic review. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 6];20(2):361–72. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/tX8xjD4L48d5wRfPnfY6RkF/?lang=en>.
- 12 Barretto RS, Figueiredo AEB. Construções científicas sobre o aborto no Brasil entre 2010 e



2018. Rev Gênero [Internet]. 2021 [citado 2023 Jun 6];22(1). Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/44592/30713>.

13 Moraes Filho OB. Aborto: classificação, diagnóstico e conduta [Internet]. São Paulo: FEBRASGO; 2016 [citado 2023 Jun 6]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/Protocolos-assistenciais/Protocolos-assistenciais-obstetricia.pdf/Aborto-Classificacao-diagnostico-e-conduta.pdf>

14 Ávila Darcia S, Gutiérrez Gómez J, Ávila Darcia S, Gutiérrez Gómez J. Aborto recorrente. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2017 [citado el 2023 Jun 6];34(1):226–36. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100226&lang=pt.

15 Rodríguez BCL, Ríos PM, González RAM, Quintana BDS, Sánchez RI. Estudio sobre aspectos epidemiológicos que influyen en el aborto espontáneo. Mul Med [Internet]. 2020 [citado el 2023 Jun 6];24(6):1349-65. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99382>.

16 World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems [Internet]. Geneve: World Health Organization; 2012 [cited 2023 Jun 6]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70914>.

17 Webber K, Grivell RM. Cervical ripening before first trimester surgical evacuation for non-viable pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015 [cited 2023 Jun 6]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9271321/#:~:text=Medications%20or%20mechanical%20dilators%20are,occur%20in%20the%20first%20trimester>.

18 Kim CR, Tunçalp Ö, Ganatra B, Gülmezoglu AM. WHO Multi-Country Survey on Abortion-

related Morbidity and Mortality in Health Facilities: study protocol. BMJ Global Health [Internet]. 2016 [cited 2023 Jun 6];1(3):e000113. Available from: <https://gh.bmj.com/content/1/3/e000113.abstract>.

19 Islam N, Furuya-Kanamori L, Mahmood S, Thalib L. Prophylactic antibiotics for preventing genital tract infection in women undergoing surgical procedures for incomplete abortion: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BJOG: An International J Obstet Gynaecol [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 6];128(8):1273–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33346920/>.

20 Romero M, Leon RGP, Baccaro LF, Carroli B, Mehrtash H, Randolino J, et al. Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multi-country survey on abortion (MCS-A). BMJ Global Health [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 28];6(8):e005618. Available from: <https://gh.bmj.com/content/6/8/e005618>.

21 Qureshi Z, Mehrtash H, Kouanda S, Griffin S, Filippi V, Govule P, et al. Understanding abortion-related complications in health facilities: results from WHO multicountry survey on abortion (MCS-A) across 11 sub-Saharan African countries. BMJ Global Health [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 28];6(1):e003702. Available from: <https://gh.bmj.com/content/6/1/e003702.abstract>.

Critério de autoria

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo, na obtenção, na análise e interpretação dos dados, assim como na redação, revisão crítica e aprovação final da versão publicada.

Fomento e Agradecimento: Organização Mundial de Saúde, Universidade Estadual do Maranhão, Universidade Federal do Piauí