

**Perfil epidemiológico de abortamentos na região sudoeste de mato grosso - proposição
de um novo fluxograma de atendimento**

**Epidemiological profile of abortions in the southwest region of mato grosso - proposal
for a new flowchart of care**

**Perfil epidemiológico de los abortos en la región suroeste de mato grosso: propuesta
para un nuevo diagrama de flujo de la atención**

Recebido: 18/11/2020 | Revisado: 29/11/2020 | Aceito: 04/12/2020 | Publicado: 06/12/2020

Catarina Maria Mesquita Garcia Dalbem

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8444-9216>

Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

E-mail: catarina@clinicadalbem.com.br

Cassiano Alfredo Garcia Dalbem

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1887-2881>

Universidade Brasil, Brasil

E-mail: cassianoalfredo@yahoo.com.br

Cássia Caroline Garcia Dalbem Teles

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5191-6890>

Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

E-mail: cdteles@gmail.com

Alexandre Garcia Dalbem

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1065-2806>

Centro de Diagnóstico e Tratamento Gastro e Derme, Brasil

E-mail: agdalbem@gmail.com

Eduardo Dalbem Teles

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7222-6354>

Universidade de Vassouras, Brasil

E-mail: eduardodalbem@hotmail.com

Ana Beatriz Boamorte Cortela

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6721-4316>

Centro Universitário de Várzea Grande, Brasil

E-mail: cortelamed@hotmail.com

Marina Pinto de Arruda Dalbem

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5077-8476>

Centro de Diagnóstico e Tratamento Gastro e Derme, Brasil

E-mail: marina@gastroederme.com.br

Marina Dalbem Teles

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4800-8522>

Faculdade Morgana Potrich, Brasil

E-mail: marinadalbemt@gmail.com

Maria Luísa Duarte Medeiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0808-1442>

Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

E-mail: maria_luisa_duarte@hotmail.com

Bruno Eduardo Vendrametto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5680-0224>

Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

E-mail: bruno_eduardo@outlook.com

Waldman Santos Davi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8562-1452>

Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

E-mail: waldmanSD@hotmail.com

Larissa Karoline Zago Rogoni Bello

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3873-0960>

Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

E-mail: larissa_karoline@hotmail.com

Priscila Fávero

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2620-6379>

Universidade Brasil, Brasil

E-mail: priscilafavero82@gmail.com

Resumo

O aborto espontâneo é um importante problema de saúde pública, usualmente ocorre nas primeiras 12 semanas de gestação, e muitas vezes é subnotificado. No Brasil, atualmente não existe um fluxograma de atendimento das pacientes com diagnóstico de gestação inicial em

abortamento preconizado pelo Ministério da Saúde. Reconhecer o perfil epidemiológico e caracterizar as pacientes com abortamento precoce, permite atuar na prevenção primária, direcionando recursos e otimizando a atenção básica. Objetivou-se analisar o perfil epidemiológico de pacientes com diagnóstico de abortamento espontâneo na região do Sudoeste de Mato Grosso entre janeiro de 2018 a julho de 2019, analisando as formas clínicas de abortamento precoce e sua prevalência. Foi realizado um estudo transversal com dados secundários de gestantes internadas por abortamento espontâneo, extraídos após aprovação do comitê de ética de prontuários e fichas clínicas e posteriormente transferidos para análise de dados no software SPSS. No total, 348 pacientes foram incluídas, a idade média foi de 29,36 anos, a etnia mais comum foi parda, 56% eram solteiras. A maior parte das pacientes não tinha informações descritas ou precisas no prontuário quanto a ocupação, escolaridade, realização de pré-natal e uso de medicamentos. Uma vez verificada a incompletude de informações e a importância dos dados, a sistematização de coleta de dados em prontuários das pacientes internadas com diagnóstico de abortamento precoce é de suma importância. A partir de uma intervenção efetiva no protocolo de atendimento dessas pacientes, será possível avaliar grupos de risco para desenvolvimento de desfechos desfavoráveis, o que possibilitará uma prevenção primária direcionada e precisa.

Palavras-chave: Gestação; Aborto espontâneo; Epidemiologia.

Abstract

Spontaneous abortion is a major public health problem, usually occurring in the first 12 weeks of pregnancy, and is often underreported. In Brazil, there is currently no flowchart of care for patients diagnosed with initial pregnancy undergoing abortion recommended by the Ministry of Health. Recognizing the epidemiological profile and characterizing patients with early abortion, allows to act in primary prevention, directing resources and optimizing primary care. The objective of this study was to analyze the epidemiological profile of patients diagnosed with spontaneous abortion in the Southwest region of Mato Grosso between January 2018 and July 2019, analyzing the clinical forms of early abortion and its prevalence. Cross-sectional study with secondary data of pregnant women hospitalized for spontaneous abortion, extracted after approval by the ethics committee of medical records and clinical files and later transferred for data analysis in the SPSS software. In total, 348 patients were included, the average age was 29.36 years, the most common ethnicity was mixed race, 56% were single. Most patients had no information described or accurate in the medical record regarding occupation, education, prenatal care and medication use. Once the incompleteness of

information and the importance of the data have been verified, systematizing data collection in the medical records of hospitalized patients diagnosed with early abortion is of paramount importance. Based on an effective intervention in the care protocol for these patients, it will be possible to assess risk groups for the development of unfavorable outcomes, which will enable targeted and accurate primary prevention.

Keywords: Pregnancy; Spontaneous abortion; Epidemiology.

Resumen

El aborto espontáneo es un problema importante de salud pública, que suele ocurrir en las primeras 12 semanas de embarazo y, a menudo, no se informa. En Brasil, actualmente no existe un diagrama de flujo para la atención de pacientes diagnosticadas de embarazo inicial sometidas a aborto recomendado por el Ministerio de Salud. Reconocer el perfil epidemiológico y caracterizar a las pacientes con aborto temprano permite actuar en prevención primaria, direccionar recursos y optimizar la atención primaria. El objetivo de este estudio fue analizar el perfil epidemiológico de pacientes diagnosticadas con aborto espontáneo en la región suroeste de Mato Grosso entre enero de 2018 y julio de 2019, analizando las formas clínicas del aborto temprano y su prevalencia. Estudio transversal con datos secundarios de gestantes hospitalizadas por aborto espontáneo, extraídos previa aprobación por el comité de ética de historias clínicas y expedientes clínicos y posteriormente transferidos para análisis de datos en el software SPSS. En total, se incluyeron 348 pacientes, la edad promedio fue de 29,36 años, la etnia más común fue mestiza. La mayoría de los pacientes no tenían información descrita o precisa en el registro médico con respecto a la ocupación, educación, atención prenatal y uso de medicamentos. Una vez comprobada la incompletitud de la información y la importancia de los datos, la sistematización de la recolección de datos en las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas diagnosticadas de aborto temprano es de suma importancia.

Palabras clave: Embarazo; Aborto espontáneo; Epidemiología.

1. Introdução

O abortamento representa um grave problema de saúde pública, com maior incidência em países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil (Fonseca et al., 2020). Ocorre em aproximadamente 10 a 15% das gestações e envolve uma série de consequências psicológicas tais como a

sensação de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo uma atenção técnica adequada, segura e humanizada para que não ocorra posterior prejuízo à saúde da mulher (Cardoso-Escamilla et al., 2017; Silva et al., 2019). Estima-se que ocorram cerca de 31 milhões de abortos espontâneos no mundo (OMS, 2013), sendo que sua maior incidência ocorre nos países de baixa a média renda. Tendo em vista a complexidade dos fatores relacionados ao abortamento espontâneo, bem como as consequências psicológicas e fisiológicas decorrentes do mesmo, o presente estudo objetiva analisar o perfil epidemiológico de abortamentos na região Sudoeste de Mato Grosso, bem como construir um instrumento padronizado para o protocolo de atendimento a essas mulheres, a partir do qual, direcionar o procedimento médico eficaz individualmente.

2. Revisão Teórica

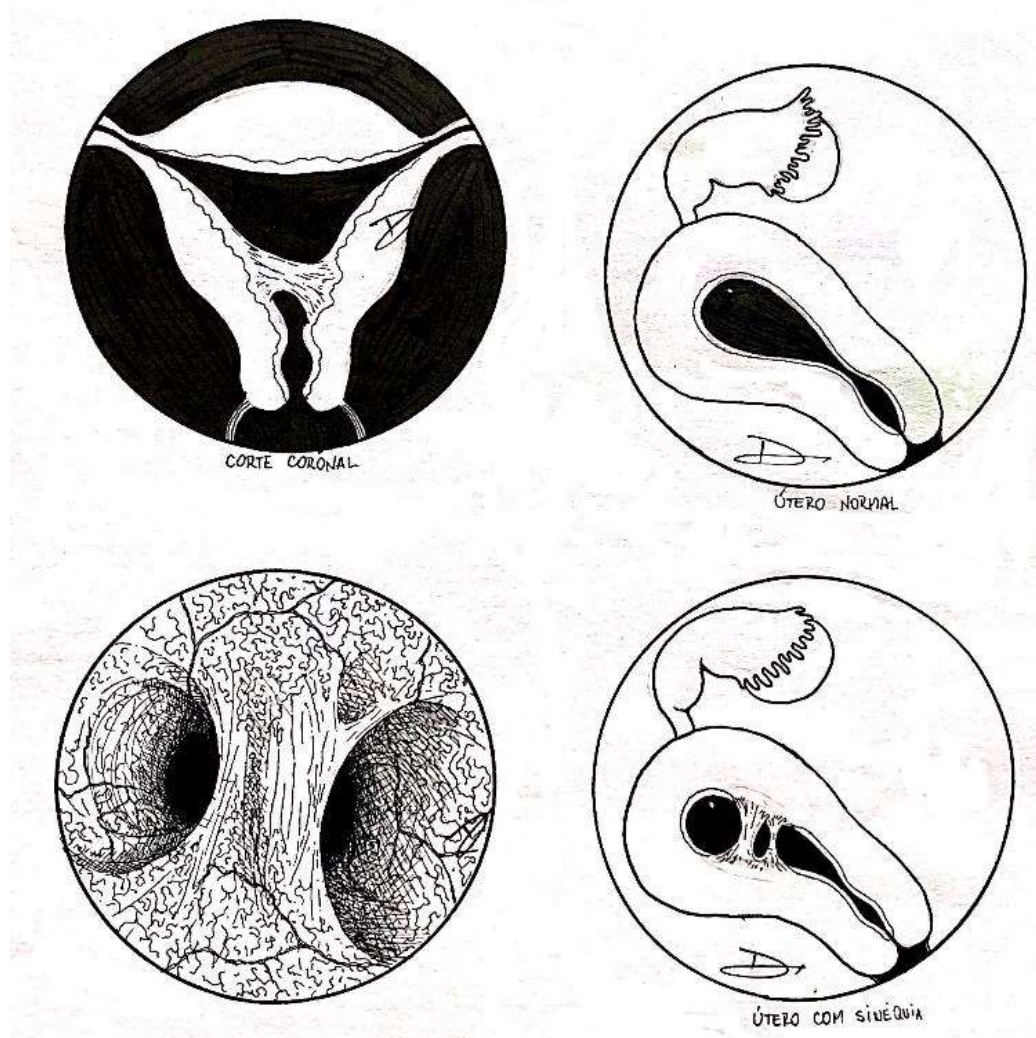
As adaptações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas na gestante começam logo após a fecundação e continuam durante toda a gestação, sendo que a maioria ocorrem em resposta a estímulos fisiológicos a partir do feto e da placenta (Cunningham et al., 2016). O útero e as mamas sofrem aumento de tamanho e aumento no aporte circulatório (Burti et al., 2006). O fluxo sanguíneo uteroplacentário aumenta de maneira progressiva durante a gestação, principalmente pela vasodilatação em consequência da estimulação estrogênica (Cunningham et al., 2016). Em 10% a 15% dos casos, a gestação pode evoluir para o abortamento.

Dentre as causas de abortamento podemos citar: o aumento da idade materna, mulheres acima de 30 anos possuem mais chance de sofrerem abortamento (Costa et al., 2014; Feodor et al., 2014; Gutaj et al., 2013; Soares, A. M.; Cançado, 2018); O subcontrole de doenças metabólicas como diabetes mellitus (Gutaj et al., 2013), hipotireoidismo subclínico (Zhang et al., 2017), e falta de suplementação hormonal, corroboram com o aumento da chance de abortamentos espontâneos (Saccone et al., 2017).

Hábitos de vida como consumo de bebidas alcoólicas, cafeína, tabagismo e sobrepeso (Costa et al., 2014; Feodor et al., 2014), bem como alterações cromossômicas, são citadas como fatores de risco (Bastos, R.; Ramalho, C.; Dória, 2014; Marqui, 2018; Oostingh et al., 2018). Malformações uterinas, assim como alguns tipos de miomas, impactam diretamente no desenvolvimento de uma gestação normal (Rodríguez et al., 2018). As sinéquias uterinas, como demonstrado na Figura 1, são aderências no revestimento interno do

útero comumente observadas após a curetagem uterina ou após a realização de procedimentos invasivos na cavidade uterina, podem causar infertilidade e abortamento (Salzani et al., 2007).

Figura 1. Ilustração demonstrando a anatomia útero normal e do útero com sinéquias.



Fonte: Autores.

Existem diferentes classificações de abortamento, o abortamento espontâneo é compreendido por morte embrionária ou fetal não induzida, ou por eliminação dos produtos da concepção. Mais da metade dos abortos espontâneos, ocorrem antes de 12 semanas de gestação (Zugaib, 2016). Diferentemente do aborto recorrente que inclui dois ou mais episódios de abortamento (Hu et al., 2019). A ameaça de aborto inicia-se com a ocorrência de sangramento vaginal, sem dilatação cervical, podendo ocorrer aborto espontâneo em uma mulher com gestação intrauterina confirmada (Kim et al., 2017).

A ultrassonografia transvaginal é usada para diagnosticar e classificar o tipo de aborto (Sur, S & Raine-Fenning, 2009). Em abortamentos precoces, pelo tamanho uterino, indica-se a aspiração manual intrauterina (AMIU), por ser uma técnica segura e permitir o esvaziamento rápido. A AMIU é atualmente a primeira escolha de tratamento cirúrgico em casos com necessidade de esvaziamento uterino, é realizada a aspiração do útero através de uma seringa à vácuo, os instrumentos utilizados podem ser observados na Figura 2.

Figura 2. Instrumentos utilizados para realização da AMIU.



Fonte: TELEDIU. Aspiração Manual Intra-Uterina.

Quando não é possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem uterina, que é um procedimento mais invasivo, os instrumentais para realização da curetagem uterina são demonstrados na Figura 3. A principal complicação deste procedimento é perfuração uterina e órgãos adjacentes, além de provocar a formação de sinéquias uterinas (Salzani et al., 2007). A curetagem é o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde brasileiros (Fonseca et al., 2020).

Figura 3. Instrumental utilizado para o procedimento de curetagem uterina.



Fonte: Autores.

3. Metodologia

Estudo epidemiológico, descritivo, transversal, dos casos de abortamentos em gestantes atendidas no Hospital São Luiz de Cáceres (MT) entre janeiro de 2018 a julho de 2019. O estudo foi de cunho quantitativo e obteve suporte metodológico no manual de metodologia científica proposto por Pereira *et al.* (2018). Este estudo somente foi realizado após a aprovação do Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Brasil pelo parecer número 3.658.979. Todos os pacientes foram tratados com rigor ético e respeito, os pacientes foram tabulados por códigos para impedir a identificação dos mesmos.

As variáveis de interesse analisadas foram: variáveis sociodemográficas (idade, etnia, escolaridade procedência e ocupação) e reprodutivas (paridade, tempo de gestação, acompanhamento pré-natal, e tratamento realizado). Todas as informações coletadas foram agrupadas em um instrumento de coleta de dados e posteriormente incluídos no banco de dados para análise estatística pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SSPS) versão 25.0.0.

As variáveis são descritas em frequências relativas e absolutas e os dados foram organizados através de gráficos e tabelas. Foi estimada a prevalência de abortos em mulheres

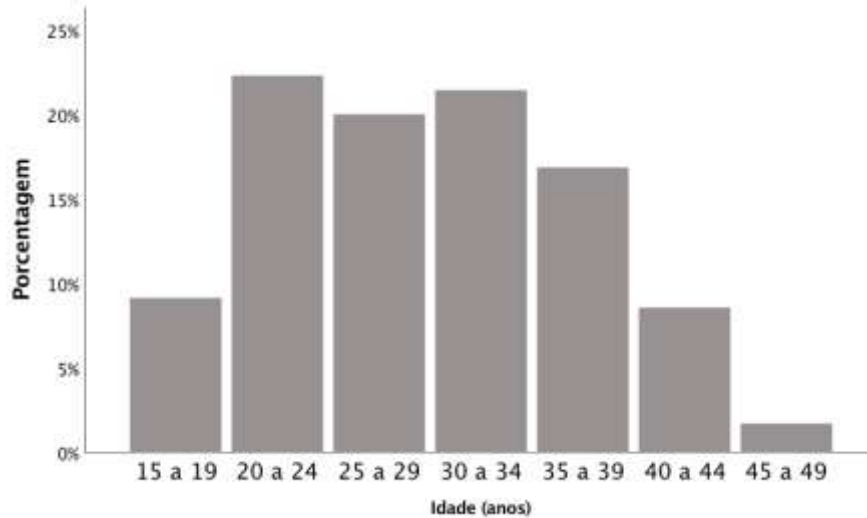
em idade fértil, a incidência de casos e a razão entre abortos e nascidos vivos. Para o cálculo da prevalência de aborto em mulheres na idade fértil na região no período do estudo, considerou-se a relação entre o número de casos de aborto em 2018 e o número da população de mulheres em idade fértil em 2018. Para o cálculo da taxa de incidência de aborto entre as gestantes da região considerou-se a relação entre o número de casos de aborto em 2018 e o número de abortos somado ao número de nascidos vivos em 2018 por mil habitantes.

4. Resultados

Caracterização da Amostra

Foram incluídos no presente estudo 348 pacientes internadas com o diagnóstico de abortamento precoce (primeiras 12 semanas) entre 01/01/2018 a 31/07/2019. A idade variou entre 15 e 48 anos, com média de idade de 29,36 anos (DP: 7,43) (Figura 4).

Figura 4. Distribuição de pacientes por faixa etária.



Fonte: Autores.

Quanto à etnia, observou-se que 87,64% apresentavam cor parda, 12,07% cor branca, 0,29% cor preta e não foram encontradas mulheres indígenas e amarelas. A escolaridade não foi reportada em 95,11% das pacientes. Das pacientes reportadas, 1,72% tinham ensino superior completo, 1,72% ensino superior incompleto, 0,57% ensino fundamental incompleto, 0,86% ensino fundamental completo, 0,57% estudaram da 1ª a 4ª série completo e 0,29% fizeram de 1ª a 4ª série incompleto. O estado civil da maior parte da amostra, 59,20%, eram solteiras, 23,8 % eram casadas, 16,09% amasiadas. 2,87% não tinham ocupação, 20,11% do lar, 77% apresentavam outras ocupações, que não foram descritas.

O tempo médio de internação foi de 2,71 dias, variando entre 0 a 17 dias, 76% das pacientes tiveram alta em até 3 dias. O pré-natal foi descrito em 30 casos, desses 41,9% realizaram uma consulta e 38,7% não havia realizado nenhuma consulta até a internação. O número de gestações variou entre 1 a 11, sendo que 30% eram primigestas, 25,1% secundigestas, 18,9% tercigestas. Na maior parte das pacientes, 73,4%, se tratou de um primeiro caso de aborto, em 20,5% se tratava de um segundo aborto, os demais apresentaram entre 3 a 5 abortos anteriores, a Tabela 1 sumariza esses dados.

Tabela 1. Valores absolutos e relativos de tempo de internação, número de consultas de pré-natal realizadas, número de gestações (incluindo a atual) e número de abortos prévios.

	%	n	Média
Tempo de internação (dias)			2,71
0	9,4	33	-
1	14,9	52	-
2	29,7	104	-
3	22	77	-
4	12,9	45	-
≥ 5	11,1	37	-
Total válido	100	348	-
Nº Consultas de Pré-natal			0,87
0	36,6	11	-
1	43,3	13	-
2	16,6	5	-
3	3,3	1	-
Total válido	100	30	-
Ignorado		318	-
Número de gestações			2,52
1	30	93	-
2	28,4	88	-
3	21,3	66	-
4	9,4	29	-
5	7,1	22	-
≥ 6	3,9	12	-
Total	100	310	-
Ignorado		38	-
Abortos Anteriores			0,37
0	73,4	226	-
1	20,5	63	-
2	3,2	10	-
3	1,9	6	-
4	0,3	1	-
5	0,6	2	-
Total válido	100	308	-
Ignorado		40	-

Fonte: Autores.

A sintomatologia no momento de internação mais descrita foi sangramento (53,7%), seguido por sangramento associado a dor pélvica (22,1%). 21,6% das pacientes tinham o resultado positivo do BHCG descrito no prontuário, a maioria (76,1%) não constavam no prontuário. O exame de ultrassonografia foi descrito na maior parte da amostra (72,1%) não realizado em 0,9%, e não constava dados em 27% da amostra. Em relação ao uso de medicamentos 3,74% tomavam ácido fólico, 3,16% ferro, 0,86% vitamina D e 4,89 utilizavam outros medicamentos.

Quanto ao tipo de aborto, 85,1% eram incompletos, seguidos de 6,3% completos, dentre outros detalhados na Tabela 2. Mais da metade da amostra necessitou intervenção terapêutica com misoprostol (50,6%). Em relação a intervenção cirúrgica, 83,3% das pacientes, correspondendo a 290 mulheres, realizaram o procedimento de curetagem uterina, apenas uma paciente realizou AMIU.

Tabela 2. Proporção de mulheres admitidas no estudo e variáveis clínicas.

Variável	n	%
Quadro Clínico		
Sangramento	187	53,7
Sangramento e Dor pélvica	77	22,1
Óbito Ultrassonográfico	48	13,8
Dor Pélvica	16	4,6
Outros	5	1,4
Ignorado	15	4,3
Realização de BHCG		
Sim	75	21,6
Não	8	2,3
Ignorado	265	76,1
Ultrassonografia		
Sim	251	72,1
Não	3	0,9
Ignorado	94	27
Tipo de Aborto		
Incompleto	296	85,1
Completo	22	6,3
Inevitável	6	1,7

Mola Hidatiforme	1	0,3
Gravidez Ectópica	1	0,3
Ignorado	22	6,3
Tratamento Expectante		
Sim	35	10,1
Não	166	47,7
Ignorado	147	42,2
Tratamento Medicamentoso		
Sim	176	50,6
Não	20	5,7
Ignorado	152	43,7
Tratamento Cirúrgico		
Curetagem Uterina	290	83,3
AMIU	1	0,3
Ignorado	57	16,4

Fonte: Autores.

Análise Epidemiológica dos dados

Para analisar as taxas de abortos em gestantes e a incidência de abortos na região, foi utilizado o número de mulheres em idade fértil no período e local do estudo que foram extraídos dos dados de estimativa populacional por dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados disponibilizados pelo IBGE são referentes ao período de 1 ano, e os extraídos foram referentes a população em 2018, para precisão epidemiológica dos cálculos, nesta sessão será utilizado o número de abortos analisados apenas no ano de 2018, ou seja, 224 pacientes.

No período de 2018 foi estimado pelo IBGE 3.880 nascidos vivos e 25.094 mulheres em idade fértil, a estimativa de mulheres em idade fértil por cada faixa etária é demonstrada na Tabela 3 (MS/DATASUS, 2020), esses valores foram a base para o cálculo da prevalência, incidência, e da razão de abortos por nascidos vivos no período estudado.

Foi demonstrada uma prevalência de 8,96 abortos para cada 1.000 mulheres em idade fértil no município de Cáceres no ano de 2018. Foi identificado que a faixa etária de 20 a 29 anos apresentou a maior prevalência, 13,21 casos para cada 1.000 mulheres em idade fértil.

A taxa de incidência de abortos no período de 2018 na região foi de 54,58 casos por 1.000 nascidos vivos. As maiores taxas de incidência foram encontradas na população mais velha, 40 a 49 anos, com valores de 113,2 casos para cada 1.000 nascidos vivos. Os valores da incidência de aborto para cada faixa etária são apresentados na Tabela 3.

A razão do número de abortos segundo o número de nascidos vivos foi de 57,73 abortos para cada 1.000 nascidos vivos no período de estudo e obteve seus maiores valores em nascidos vivos de mulheres entre 40 e 49 anos.

Tabela 3. Distribuição de mulheres em idade fértil com idade categorizada segundo nascidos vivos, número e prevalência de aborto e razão aborto/nascidos vivos em Cáceres-MT.

Idade Materna	População 2018 ¹	Nascidos Vivos ²	Nº Aborto em 2018	Prevalência ³	Incidência ⁴	Razão A/NV
15-19	3.628	727	20	5,51	26,77	27,51
20-29	7.267	1.894	96	13,21	48,24	50,68
30-39	7.559	1.118	90	11,9	74,5	80,5
40-49	6.640	141	18	2,71	113,2	127,65
Total	25094	3880	224	8,92	54,58	57,73

Nota: ¹ População de mulheres em idade fértil estimada para 2018 segundo IBGE (2020); ² Número de nascidos vivos na região estudada; ³ Prevalência de abortos para 1.000 mulheres em idade fértil; ⁴ Incidência de abortos por 1.000 gestações; O número de gestações é obtido pela soma de nascidos vivos com o número de abortos.

Fonte: Autores.

5. Discussão

Dados epidemiológicos e clínicos

O abortamento constitui-se um problema de saúde pública relevante devido aos aspectos biopsicossociais inerentes, tanto para os casos espontâneos como para aqueles clandestinos e relacionados a morbimortalidade materna. A idade variou entre 15 e 48 anos, com média de idade de 29,36 anos (DP: 7,43). A faixa etária mais prevalente foi entre 20 e 29 anos, corroborando com os dados da literatura (Júnior et al., 2020). O presente estudo identificou 87,64% de pacientes com etnia parda, enquanto a literatura já descrevia um predomínio de pacientes pardas (56%) (Júnior et al., 2020). Cabe destacar que não foram identificados registros de mulheres de cor amarela ou etnia indígena.

O número de gestações até o momento de internação variou de 1 a 11, sendo que 30% das mulheres eram primigestas, 25,1% secundigestas. O estudo de Correia et al. (2018) descreveu que cerca de 22,6% das pacientes que sofreram abortos espontâneos, estavam na primeira gestação, enquanto 62,4% estavam entre a segunda e quarta gestação (Correia et al., 2018).

O abortamento apresentou uma prevalência de 13,86 casos para cada 1.000 mulheres internadas em idade fértil no Hospital de referência em atendimento às gestantes do município de Cáceres, sendo que para cada 1.000 crianças nascidas vivas ocorreram 54 abortos, e a prevalência de abortos para mulheres em idade fértil é de 8,92 abortos para cada 1.000 mulheres/ano. A literatura descreve cerca de 10 abortos para cada 1.000 mulheres/ano (Correia et al., 2018).

Nota-se que a Razão de abortos por nascidos vivos, que indica a relação entre os abortos e as crianças nascidas vivas por faixa etária, temos um aumento significativo de abortos com o aumento da idade. Na faixa etária de 15 a 19 anos, essa relação é de 27,51 abortos/100.000 nascidos vivos, enquanto pacientes com idade entre 40 e 49 anos tiveram 127,65 abortos a cada 100.000 nascidos vivos.

Em relação ao estado civil, a maior parte da amostra (59,2%) foi de mulheres solteiras, corroborando com o que é encontrado na literatura (Sorrentino & Lebrão, 1995; Sur, S & Raine-Fenning, 2009).

Em relação à realização ou não de pré-natal, 88,22% dos casos não foram registrados no prontuário, o que torna ainda mais escassa a discussão sobre fatores fisiopatológicos e clínicos associados ao abortamento. 7,18% das pacientes realizaram ao menos uma consulta de pré-natal. Uso de vitaminas como Ferro, vitamina D, ácido fólico e outros medicamentos também não foi reportado adequadamente, portanto uma associação mais sólida deve ser realizada após intervenções nas estratégias de sistematização de prontuários.

Quanto ao tratamento, nota-se que a maioria das pacientes foram submetidas à curetagem uterina (83,3%) enquanto apenas uma paciente realizou AMIU (0,3%). A realização do procedimento de curetagem somente é realizada como procedimento de escolha pela falta de equipamentos para esterilização dos materiais utilizados na realização da AMIU.

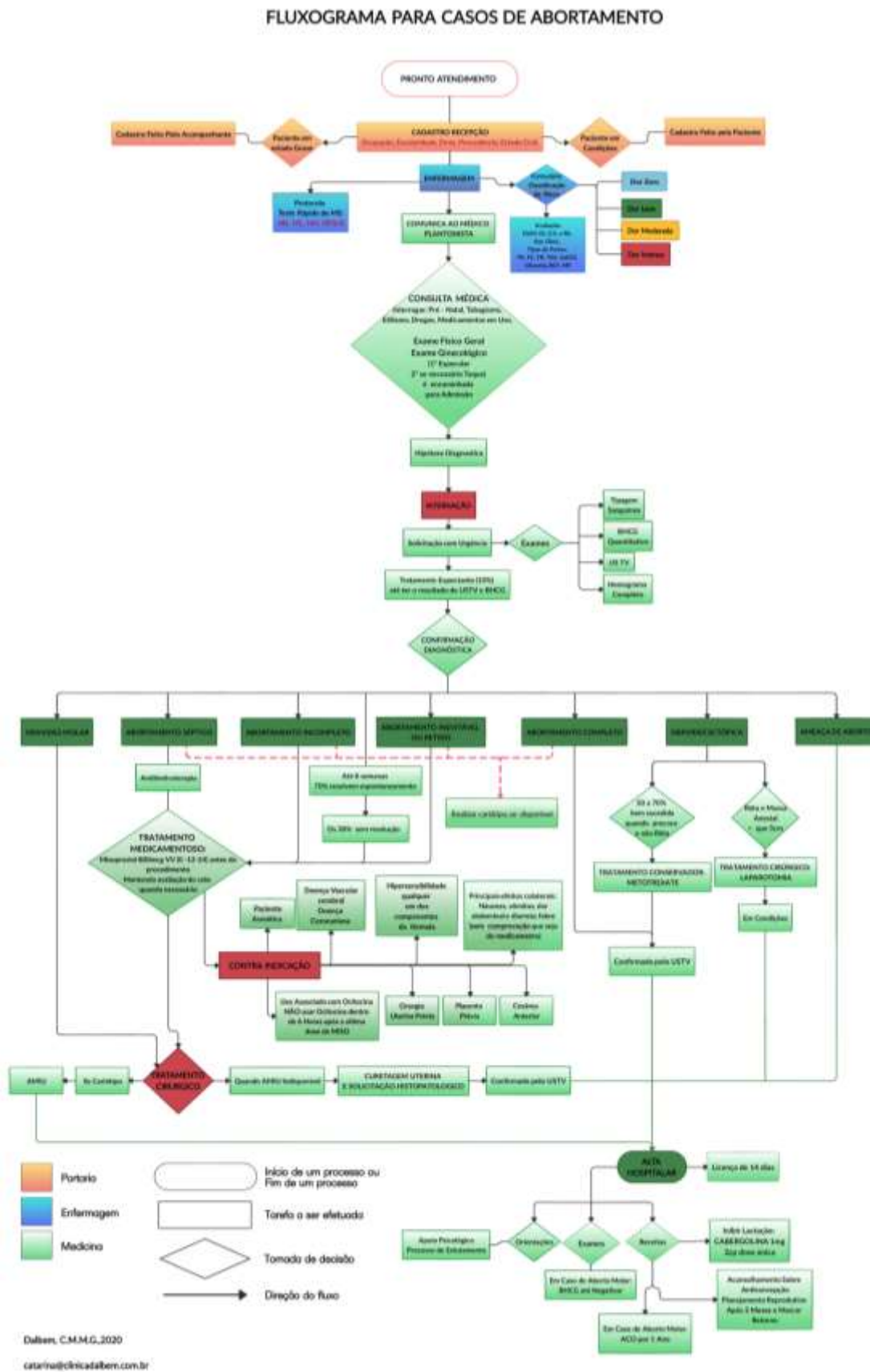
O tempo de internação hospitalar médio do presente estudo foi de 2,7 dias, sendo que grande parte do tempo de internação as pacientes estavam aguardando exames. A literatura descreve que nos casos de abortamento espontâneo entre 2003 e 2012 variou entre 1 dia a 1,7 (Batista et al., 2017).

Considerando que a curetagem uterina é mais invasivo, doloroso, com maior chance de complicações quando relacionado ao AMIU (Saciloto et al., 2011). Pode-se inferir que a realização da curetagem uterina como procedimento padrão pode ser substituída pela realização do AMIU, que diminui o tempo de internação hospitalar, reduzindo os gastos do Sistema Único de Saúde.

Protocolo de atendimento

Nota-se a necessidade de padronização dos dados para realização de um atendimento integral às pacientes em abortamento, tendo em vista que os dados não foram padronizados, restringindo as pesquisas relacionadas ao tema. Para tanto, desenvolvemos um fluxograma de protocolo de atendimento padronizado para pacientes com aborto, para que seja usada como uma conduta específica para ter uma uniformidade em todas as pacientes (Figura 5).

Figura 5. Fluxograma proposto para atendimento de gestantes com suspeita de abortamento.



Fonte: Autores.

A partir desse fluxograma, pode ser identificada a sequência das ações e atendimento que deve ser realizado para as mulheres que internam com abortamento. Na admissão, dados como idade, estado civil, procedência e etnia devem ser registrados. Na triagem, classifica-se o risco e sinais vitais da paciente, que são informados ao médico do plantonista. Durante a consulta, além de interrogar, o médico deve registrar dados referentes aos antecedentes ginecológicos dessas pacientes como data da última menstruação, número de gestações e abortos, número de consultas do pré-natal, uso de medicamentos ou vitaminas e patologias pregressas.

No momento de internação, deve ser solicitada a tipagem sanguínea, bem como testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis, BHCG e ultrassonografia. Em casos de sangramento, deve-se solicitar hemograma para manejo terapêutico.

A partir dos resultados dos exames determina-se o tipo de aborto, e baseado nele, as condutas terapêuticas para cada caso.

- Gravidez ectópica: tratamento conservador ou tratamento cirúrgico;
- Gravidez molar: uso misoprostol e posteriormente AMIU ou curetagem uterina;
- Aborto séptico: antibioticoterapia, misoprostol e/ou curetagem uterina;
- Aborto inevitável ou retido: misoprostol, seguido de AMIU ou curetagem;
- Aborto incompleto: misoprostol, seguido de AMIU ou curetagem;
- Aborto completo: sem necessidade de procedimentos, paciente recebe alta hospitalar.

No fluxograma a coleta de informações antes da internação, assim como as tomadas de decisões após a internação são relevantes para subsidiar a sequência do acompanhamento, o tratamento, decisão da alta e as orientações para uma futura gestação sem complicações.

6. Conclusão

No período estudado, 348 pacientes foram incluídas no estudo, com idade variando de 15 e 48 anos, com média de 29,36 anos. A faixa etária mais prevalente foi entre 20 e 29 anos, enquanto a taxa de abortamentos foi maior na faixa etária entre 40 e 49 anos. O tipo de abortamento mais comum foi o incompleto, acometendo 296 pacientes (85,1%), e a maior parte das pacientes tiveram tratamento cirúrgico pela curetagem uterina (83,3%). Diversos dados relacionados à história pregressa, pré-natal e uso de medicações não constavam nos prontuários, ou estavam com dados incompletos.

Uma vez verificada a incompletude de informações e a importância dos dados, a sistematização de coleta de dados em prontuários das pacientes internadas com diagnóstico de abortamento precoce é de suma importância.

A partir da análise dos dados expostos no presente estudo, nota-se a necessidade de uma intervenção efetiva através da implementação de um protocolo de atendimento no sistema único de saúde, visando a sistematização de dados contidos no prontuário das pacientes internadas com diagnóstico de abortamento precoce. Através da intervenção efetiva no protocolo de atendimento dessas pacientes, será possível avaliar grupos de risco para desenvolvimento de desfechos desfavoráveis, o que possibilitará uma prevenção primária direcionada e precisa.

Sugerimos aos próximos autores investigarem os dados epidemiológicos relativo a essa importante patologia em outros centros e serviços de saúde e encorajamos também a implementação do fluxograma proposto nesse estudo nos diversos serviços de atenção a saúde da gestante no país e posteriormente, sugerimos que os autores descrevam os resultados da implantação, as dificuldades e as novas demandas observadas por eles em artigos futuros.

Referências

Barini, R., Couto, E., Mota, M. M., Santos, C. T. M. dos, Leiber, Sofia R., & Batista, S. C. (2000). Barini, Ricardo et al . Fatores Associados ao Aborto Espontâneo Recorrente. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 217-223, May 2000. Available from. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 22(4), 217–223. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032000000400005&script=sci_abstract&tIng=pt

Bastos, R.; Ramalho, C.; Dória, S. (2014). Estudo da Prevalência de Anomalias Cromossômicas em Abortamentos Espontâneos ou Mortes Fetais. *Acta Med Port.*, 27(1), 42–48.

Batista, R. Q., Koch, D. F., Bispo, A. M. D. S., Luciano, T. V., & Velten, A. P. C. (2017). Descrição das internações por aborto no estado do Espírito Santo, Brasil. *Brazilian Journal of Health Research*, 18(2), 79–86.

Burti, J. S., Andrade, L. Z., & Caromano, F. A. L. de M. F. (2006). Adaptações fisiológicas do período gestacional Pregnancy physiological adaptations. *Fisioterapia Brasil*, 7(5).

Cardoso-Escamilla, M. E., Zavala-Bonachea, M. T., & Alva-López, M. C. (2017). Depresión y estrés postraumático en mujeres con pérdidas gestacionales inducidas e involuntarias. *Pensamiento Psicológico.*, 15(2), 109–120. <https://dx.doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.depm%0A>

Cardoso, B. B., Vieira, F. M. S. B., & Saraceni, V. (2020). Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais. *Cad. Saúde Pública*, 36, e00188718. <https://doi.org/doi:10.1590/01002-311X00188718>

Correia, L., Rocha, H., Leite, Á., Campos, J., Silva, A., Machado, M., Rocha, S., Gomes, T., & Cunha, A. (2018). Tendência de abortos espontâneos e induzidos na região semiárida do Nordeste do Brasil: uma série transversal. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, 18(1), 133–142.

Costa, O. L. N., Santos, E. M. F., & Netto, E. M. (2014). Aspectos epidemiológicos e obstétricos de mulheres com perdas recorrentes da gravidez em uma maternidade pública do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 36(11), 514–518. <https://doi.org/10.1590/S0100-720320140005007>

Cunningham, F. J., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2016). *Obstetrícia de Williams. 24 ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.*

Feodor, N. S., Andersen, P. K., K., S.-L., & Nybo, A. A.-M. (2014). Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: a nationwide follow-up study. *BJOG*, 121, 1375–1385.

Fonseca, S. C., Domingues, R. M. S. M., Leal, M. do C., Aquino, E. M. L., & Menezes, G. M. S. (2020). Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos de Saude Publica*, 36(Suppl 1), 1–27. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718>

Gutaj, P., Zawiejska, A., Wender-Ożegowska, E. W. A., & Brązert, J. (2013). Maternal factors predictive of first-trimester pregnancy loss in women with pregestational Diabetes.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej, 123(1–2).

Hu, C. Y., Yang, X. J., Hua, X. G., Jiang, W., Huang, K., Chen, H. B., & Zhang, X. J. (2019). Risk factors for spontaneous abortion from a prevention perspective in rural China: a population-based follow-up study. *J. Matern.-Fetal Neonatal Med.* <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1670160>

Júnior, E. V. de S., Nunes, G. A., Jesus, M. A. S. de, Cruz, D. P., Boery, R. N. S. de O., & Boery, E. N. (2020). Hospitalizations and hospital costs for spontaneous abortion in bahia, Brazil / Internações e custos hospitalares por aborto espontâneo na Bahia,. *Cuidado é Fundamental Online*, 12, 767–773. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7156>

Kim, C., Barnard, S., Neilson, J. P., Hickey, M., Vazquez, J. C., & Dou, L. (2017). *Medical treatments for incomplete miscarriage. Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1, CD007223. <https://doi.org/DOI: 10.1002/14651858.CD007223.pub4>.

Marqui, A. B. T. (2018). Anormalidades cromossômicas em abortos recorrentes por análise de cariótipo convencional. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200002>

OMS, O. M. D. S. (2013). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde (2a ed.),

Oostingh, E. C., Hall, J., Koster, M. P. H., Grace, B., E., J., & Steegers-Theunissen, R. P. M. (2018). The impact of maternal lifestyle factors on peri- conception outcomes: a systematic review of observational studies. *RBM Online*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.09.015>

Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). Método Qualitativo, Quantitativo ou Quali-Quanti. In *Metodologia da Pesquisa Científica*. https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence=1.

Rodríguez, A. M., Toneut, C. M., Vega, A. M., Carmenate, D., Manuel, V., López, R.,

Antonio, O., & Alemán, R. (2018). Miomatosis uterina complicada con aborto de un mioma submucoso. *Medicent Electrón*, 22(3), 289–296. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicentro/cmc-2018/cmc183o.pdf>

Saccone, G., Schoen, C., Franasiak, J. M., Richard, T., Scott, J., & Berghella, V. (2017). Supplementation with progestogens in the first trimester of pregnancy to prevent miscarriage in women with unexplained recurrent miscarriage: a systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. *Fertility and Sterility*, 107(2).

Saciloto, M. P., Konopka, C. K., Velho, M. T. C., Jobim, F. C., Resener, E. V., & Muradás, R. R. (2011). Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 33(10), 292–296. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001000004>

Salzani, A., Yela, D. A., Gabiatti, J. R. E., Bedone, A. J., & Monteiro, I. M. U. (2007). Prevalence of uterine synechia after abortion evacuation curettage. *Sao Paulo Medical Journal*, 125(5), 261–264. <https://doi.org/10.1590/s1516-31802007000500002>

Sharma, R., Agarwal, A., Rohra, V. K., Assidi, M., Abu-Elmagd, M., & Turki, R. F. (2015). Effects of increased paternal age on sperm quality, reproductive outcome and associated epigenetic risks to offspring. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 13(35). <https://doi.org/10.1186/s12958-015-0028-x>

Silva, J. D. C., Filha, F. S. S. C., Silva, M. V. da R. S. da, Silva, E. A. C., & Santos, J. C. dos. (2019). Pré-Natal de alto risco: dados sociodemográficos e intercorrências durante a gravidez. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(5), 1–8.

Soares, A. M., Cançado, F. M. A. A. (2018). Perfil de mulheres com perda gestacional. *Rev Med Minas Gerais*, 28, e-1930. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20180072>

Sorrentino, S. R., & Lebrão, M. L. (1995). Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1(3), 256–267.

Sur, S. D., & Raine-Fenning, N. J. (2009). The management of miscarriage. *Best Practice &*

Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 23, 479–491.

Telediu. (2019). *Aspiração Manual Intra-Uterina*. <https://www.telediu.com.br/post/49/aspiracao-manual-intra-uterina/>

Zhang, Y., Wang, H., Pan, X., Teng, W., & Shan, Z. (2017). Patients with subclinical hypothyroidism before 20 weeks of pregnancy have a higher risk of miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(4), e0175708. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175708>

Zugaib, M. (2016). *Obstetrícia. (3a ed.)*, Barueri, São Paulo: Manole.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Catarina Maria Mesquita Garcia Dalbem – 50%

Cassiano Alfredo Garcia Dalbem – 3%

Cássia Caroline Garcia Dalbem Teles – 3%

Alexandre Garcia Dalbem – 3%

Eduardo Dalbem Teles – 3%

Ana Beatriz Boamorte Cortela – 3%

Marina Pinto de Arruda Dalbem – 3%

Marina Dalbem Teles – 3%

Maria Luísa Duarte Medeiros – 3%

Bruno Eduardo Vendrametto – 3%

Waldman Santos Davi – 3%

Larissa Karoline Zago Rogoni Bello – 3%

Priscila Fávero – 17%