

HRJ

v.3 n.14 (2022)

Recebido: 30/11/2021

Aceito: 09/12/2021

Perfil de Mulheres submetidas à curetagem uterina em uma Unidade de Médio Porte do Distrito Federal

Roseane do Vale Garcia¹

Lauane Rocha Itacarambi²

Dayanny Nogueira Rodrigues Ulhôa³

Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes⁴

Gleyce Mikaelle Costa Quirino⁵

Ruth Silva Matos⁶

Aline dos Reis Silva⁷

Linéia de Souza Lima Dias⁸

Raquel Barcellos Marques Schiffer⁹

Iracema Virginia Noletto¹⁰

¹Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

²Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

³ Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁴Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde - UnB, Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico em Rede, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil.

⁵Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁶Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁷Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁸Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

⁹Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

¹⁰Enfermeiro Preceptor do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

RESUMO

Introdução: O abortamento representa um grave problema de saúde pública, com maior incidência em países em desenvolvimento representando uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Portanto, objetiva-se verificar o perfil de mulheres submetidas à curetagem uterina em um hospital de médio porte no Distrito Federal, Brasil. **Método:** Trata-se de pesquisa de análise documental retrospectiva, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, realizada em um hospital público do Distrito Federal. **Resultados:** A curetagem apresentou taxa de 54,03% e a AMIU taxa de 45,97%; a frequência de procedimentos nos 12 meses analisados foi de 5,74% a

11,04%, em relação à amostra de 435 pacientes; a faixa etária com maior número de procedimentos foi de 25-34 anos, com 40,70%, ficando as outras duas faixas (15-24 anos e 35-45 anos) com 29,65%. **Conclusão:** O perfil encontrado não difere substancialmente daquele apresentado na literatura, relativo ao Brasil, incluindo o fato de que cabe às maternidades do Distrito Federal atender pacientes dos estados próximos, como ocorre em outras regiões do país, o que acarreta sobrecarga.

Palavras-chave: Aborto; Curetagem; Perfil de saúde.

Profile of women undergoing uterine curettage in a medium-sized unit in the Federal District

ABSTRACT

Introduction: Abortion represents a serious public health problem, with higher incidence in developing countries representing one of the main causes of maternal mortality in Brazil. Therefore, the objective is to verify the profile of women undergoing uterine curettage in a medium-sized hospital in the Federal District, Brazil.

Method: This is a retrospective document analysis research, exploratory and descriptive, with a quantitative approach, carried out in a public hospital in the Federal District. **Results:** The curettage had a rate of 54.03% and the MVA rate of 45.97%; the frequency of procedures in the 12 months analyzed ranged from 5.74% to 11.04%, in relation to the sample of 435 patients; the age group with the highest number of procedures was 25-34 years, with 40.70%, with the other two groups (15-24 years and 35-45 years) with 29.65%. **Conclusion:** The profile found does not differ substantially from that presented in the literature for Brazil, including the fact that it is up to maternity hospitals in the Federal District to care for patients from neighboring states, as in other regions of the country, which entails an overload.

Keywords: Abortion; Curettage; Health profile.

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. Trata-se de tema complexo, que envolve fatores culturais, religiosos, sociais, econômicos, jurídicos e ideológicos, cujas possíveis soluções demandam maior compreensão de sua abrangência e investimentos em educação e informação. Verifica-se que a desigualdade de gênero, a desigualdade de acesso à educação, a falta de alternativas e recursos econômicos, fazem com que o abortamento atinja, principalmente, mulheres pobres e de áreas marginalizadas. ¹

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estimam que no mundo ocorram aproximadamente 830 óbitos diários de mulheres por causas relacionadas à gestação e ao parto, sendo que 99% dessas mortes são observadas em países em desenvolvimento. As complicações do abortamento são apontadas como responsáveis por 15% do total das mortes maternas, com cerca de 35 abortos para cada mil mulheres.²

O abortamento representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Em 2016, conforme informações do DATASUS ocorreram 1669 mortes maternas no país, sendo que em 1122 delas as causas obstétricas estavam diretamente relacionadas ao óbito, dentre elas o aborto, responsável por cerca de 15% dos casos.³

Nos países desenvolvidos essas taxas de morte, especificamente por aborto, são reduzidas. Entre 1990 e 2014, essas taxas diminuíram de 46 para 27 abortos a cada mil mulheres, na faixa etária de 15 a 44 anos, enquanto nos países em desenvolvimento essas taxas foram reduzidas apenas de 39 para 37 abortos a cada mil mulheres, na mesma faixa etária e período temporal. Já o fato de contar ou não com legislação proibitiva não altera substancialmente as taxas de aborto.³

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o abortamento como a interrupção da gravidez com o feto pesando menos de 500 gramas, ou com idade gestacional menor que 22 semanas. A palavra “aborto” refere-se ao produto eliminado no processo de abortamento, que pode ser natural, resultante de processos físicos ou psicológicos e provocado, com a expulsão do feto mediante o uso de métodos externos.⁴

Alguns fatores são predisponentes para a ocorrência de abortamentos como, por exemplo, a idade materna, o maior número de paridade, os antecedentes de abortos, as alterações cromossômicas, o consumo de álcool, o hábito de fumar, os traumatismos, a exposição materna a agentes potencialmente teratogênicos, como drogas, os agentes

infecciosos, o estresse físico, os exercícios extenuantes e viagens com muita frequência são aspectos comumente associadas a perdas gestacionais.⁵

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente 10 a 15% das gestações e envolve sensações 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. Outros 10% dos abortamentos atendidos nos hospitais são provocados por diferentes métodos, tendo como indicadores falta de planejamento reprodutivo, falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado, e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde e ainda como resultado de estupro, por desconhecido ou pelo próprio parceiro.¹

O tratamento do aborto incompleto, seja ele provocado ou espontâneo, em hospitais públicos demanda muitos recursos, sendo feito pelo esvaziamento da cavidade uterina, mediante a curetagem, com ou sem dilatação cervical mecânica, mediante narcose e internação por várias horas. A morbidade materna eleva os custos hospitalares, devido à anestesia e esvaziamento da cavidade uterina, com possível adição de complicações relacionadas à permanência prolongada e risco de infecções hospitalares.⁶

A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado no sistema público de saúde, superado somente pelos partos normais. Esse procedimento consiste em introduzir a cureta e promover uma raspagem da cavidade uterina, extraindo o material desprendido pelo instrumental. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido (aço) o instrumento pode provocar acidentes, tal como perfuração do útero, principalmente nos casos de abortamento provocado.⁷

Para evitar esses riscos, a cavidade uterina pode ser esvaziada por meio da aspiração manual intrauterina (AMIU), procedimento realizado com cânulas de diversos diâmetros, conforme o tamanho do útero da paciente, uma seringa e frasco de silicone. A aspiração é manual, com anestesia geral venosa e menor tempo de internação. É realizada no Brasil na rede pública e particular de saúde, se mostrando eficaz para abortamentos de até 12 semanas de idade gestacional. É considerado seguro, mais rápido e menos doloroso para as pacientes, do que a curetagem cirúrgica.⁸

Este estudo se justifica pela necessidade de estabelecer o diagnóstico situacional do abortamento em um hospital de médio porte do Distrito Federal, podendo colaborar para a implantação e multiplicação de serviços de assistência à mulher no período pós-aborto.

O presente estudo objetiva verificar o perfil de mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento incompleto em um hospital de médio porte no Distrito Federal.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de análise documental retrospectiva, de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, realizada no Hospital de médio Porte no Distrito Federal.

O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. Nos documentos busca-se a descrição de um evento, envolvendo as características das pessoas que o vivenciaram, local e tempo, conferindo também um caráter retrospectivo ao estudo apresentado.⁹

Os dados foram coletados em documentos constituídos por Relatórios de Sala Cirúrgica, onde são registrados todos os procedimentos cirúrgicos que ocorrem diariamente.

A população de mulheres que se submeteram ao procedimento de curetagem nesse período foi de 453. Desse total, foram selecionadas 435 mulheres para a pesquisa. A exclusão de 18 pacientes se deu em função da curetagem uterina não se referir a abortamento, faixa etária menor de 15 anos ou maior de 45 anos, registro incompleto e realização do procedimento em data anterior ou posterior ao período selecionado (01/10/2017 a 01/10/2018).

Os critérios de inclusão das pacientes na pesquisa foram: realização de curetagem uterina pós-abortamento, faixa etária entre 15 anos e 45 anos e realização do procedimento no período selecionado. ¹

Os dados foram coletados no mês de janeiro de 2019, foram tabulados no programa SSPS 2.2 e apresentados em forma de gráficos, sendo relacionados à literatura existente sobre o tema, além de relacionar as variáveis entre si, por meio de testes não paramétricos.

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde (FEPECS), para o cumprimento das exigências da Resolução nº 466/2012 CNS/MS, sendo liberada a sua realização mediante o número CAAE 06257018.2.00005553.

Como se trata de pesquisa indireta com seres humanos, por meio de documentos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dispensado. A coleta de dados foi realizada após autorização do diretor e coordenador do Centro Cirúrgico da instituição pesquisada, mediante responsabilização pelo sigilo e confiabilidade dos dados.

RESULTADOS

No período analisado foram realizadas 453 curetagens no centro cirúrgico, tanto curetagens uterinas, quanto AMIU, sendo o primeiro procedimento o mais utilizado, conforme se mostra na **Figura 1**:

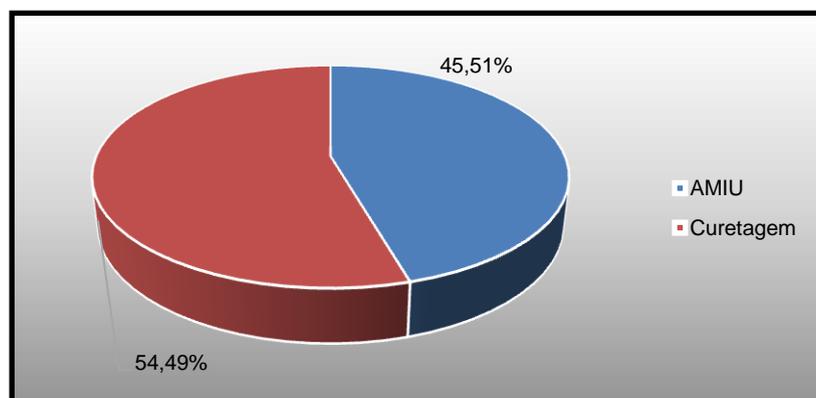


Figura 1. Tipo de procedimento realizado, % (n=435)

Os meses de junho e agosto de 2018 foram os que apresentaram o maior número de procedimentos pós-abortamento no Hospital Público do Distrito Federal, como se observa na **Figura 2**:

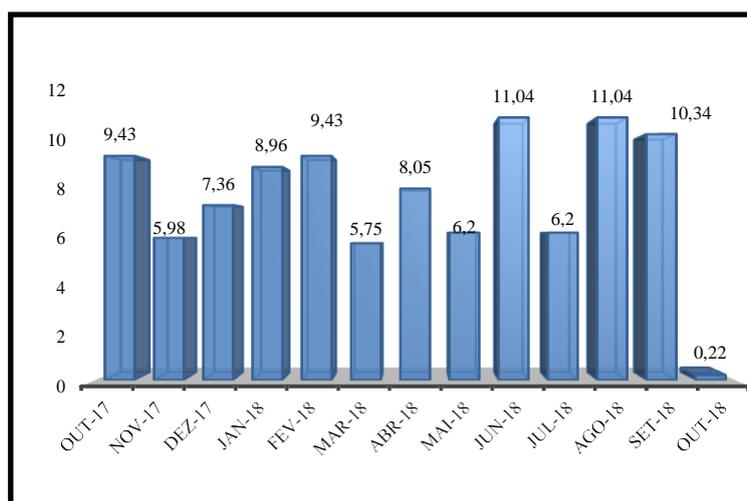


Figura 2. Frequência mensal dos procedimentos, % (n=435)

A faixa etária das pacientes com maior número de procedimentos pós-abortamento no Hospital Público do Distrito Federal, no período analisado, foi a de 25 a 34 anos de idade, como apresentado na **Figura 3**:

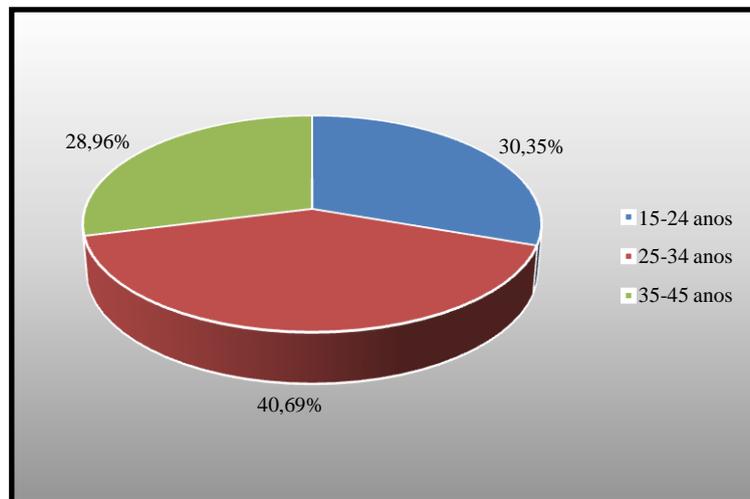


Figura 3. Faixa etária das pacientes, % (n=435)

As pacientes que constituem a amostra da pesquisa procedem de várias Regiões Administrativas (RAs) do Distrito Federal e cidades do Entorno. A maior parte delas procede da sede, que é a Região Administrativa de Samambaia, como apresentado na **Figura 4**:

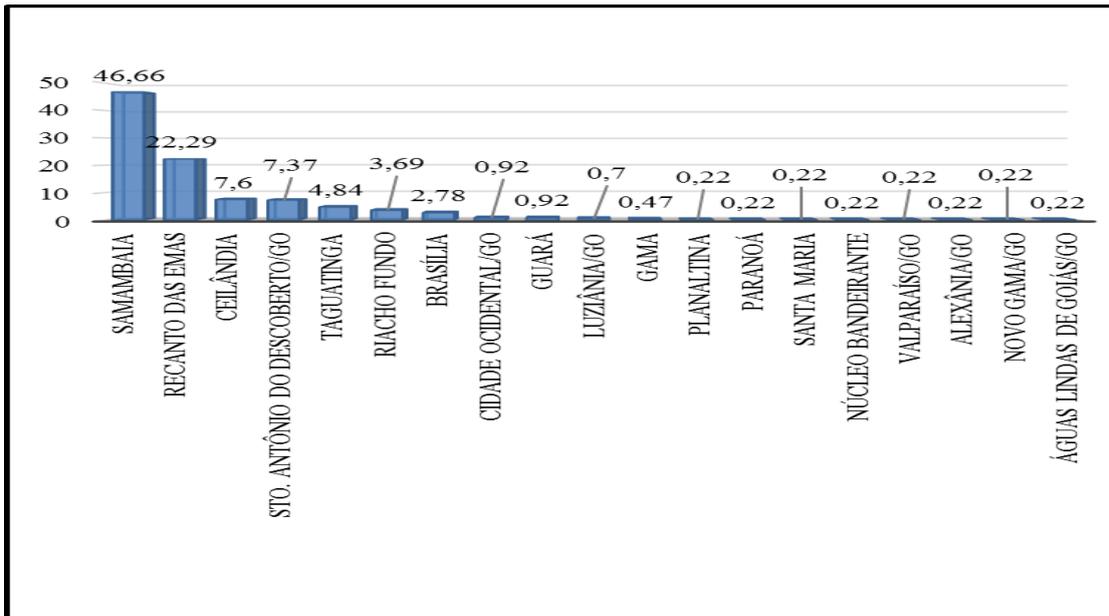


Figura 4. Localidade de origem das pacientes - %

Os municípios que formam a RIDE/DF estão representados na Figura 5, sendo que para esta pesquisa destacam-se as cidades do entorno sul e noroeste do Distrito Federal, localizadas no estado de Goiás.



Figura 5. RIDE/DF¹⁰

Essas cidades estão nas Regiões I e II da RIDE/DF, consideradas de alta e média polarização, respectivamente, em relação à dependência do Distrito Federal, em diversas áreas, incluindo a saúde.¹⁰

DISCUSSÃO

Os dados encontrados relativos ao tipo de procedimento pós-abortamento, confirmam a realidade dos serviços públicos de saúde no Brasil. A curetagem cirúrgica, mediante narcose ou bloqueio raquidiano, é o procedimento mais utilizado, principalmente quando se trata de abortamento incompleto, antes da décima terceira semana gestacional.⁸

O percentual de curetagem cirúrgica encontrado no período analisado foi de 54,49%. Esse procedimento, apesar de ser considerado obsoleto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ainda é largamente utilizado no tratamento pós-abortamento, principalmente devido à falta de informação sobre as evidências científicas relativas aos métodos considerados mais seguros, como aspiração a vácuo ou métodos farmacológicos, que são os recomendados pelo Ministério da Saúde, seguidos pela conduta expectante.¹¹

A curetagem cirúrgica é realizada por meio do uso de cureta fenestrada e pinças, com os quais o material uterino é desprendido e raspado. Os maiores riscos são a perfuração uterina, permanência de restos, hemorragia e infecção. Devem ser administrados ocitócitos, recomendando-se a realização de histerometria indireta no início e no final do procedimento. O material abortado deve ser enviado para estudo anatomopatológico e o tipo sanguíneo da mãe deve ser investigado, para verificação do fator RH e administração de imunoglobulina em até 72 horas.⁵

O procedimento de AMIU foi realizado em 45,51% dos casos de abortamento encontrados no período analisado. É recomendado pelo Ministério da Saúde, no contexto da Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento, referencial ético e legal para os serviços de saúde que atendem as mulheres nessa situação. A AMIU promove a raspagem e aspiração simultâneas da cavidade uterina e pode dispensar, em grande número de casos, a dilatação cervical, principalmente no início da gestação. Assim, deve ser usado preferencialmente em abortamentos com até 12 semanas de idade gestacional.¹²

O que determina esse parâmetro de uso da técnica AMIU é o tamanho uterino, para que o colo do útero se ajuste perfeitamente à cânula, de forma a transferir o vácuo da seringa para a cavidade. É especialmente indicada nos casos de abortamento infectado, que resulta do uso de técnicas inadequadas e inseguras e nas circunstâncias de abortamento previstas em lei (violência sexual, risco de vida para a mulher e anencefalia), desde que a gestação seja anterior a 12 semanas. É recomendada pela OMS e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), por ser mais segura, mais rápida e menos dolorosa do que a curetagem, além de menor permanência hospitalar.^{1,8}

Ainda assim, como foi apresentada neste estudo e também na literatura, a curetagem cirúrgica ainda é mais utilizada no Brasil do que a AMIU, devido ao alto custo do vácuo aspirador e a falta de capacitação dos profissionais de saúde para a realização do segundo procedimento. O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza assistência humanizada para a mulher em processo de abortamento, contudo a escolha da curetagem cirúrgica como principal procedimento de esvaziamento uterino traz maiores riscos, maior tempo de internação e aumento dos custos hospitalares, exposição excessiva à medicação e exposição à infecção hospitalar.¹¹

Conforme a literatura, a Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento, do Ministério da Saúde, não tem sido obedecida integralmente pelos serviços que atendem as mulheres. Elas devem ser esclarecidas pelos profissionais sobre os métodos de esvaziamento uterino, seus benefícios e riscos associados, de forma que possam optar, conforme o seu caso. Após o procedimento, deve haver esclarecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos, de forma que a mulher possa definir o seu planejamento familiar, para prevenir gestações recorrentes ou de alto risco, cuidando adequadamente de sua saúde. Esse trabalho exige acompanhamento de enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, o que geralmente não acontece no sistema público de saúde, de forma integral.¹³

A frequência mensal de procedimentos (AMIU e curetagem) foi apresentada na Figura 2. Os meses de janeiro, fevereiro, junho e agosto de 2018 foram os que apresentaram os maiores percentuais de realização desses procedimentos (entre 10,8% e 11,4%) do total da amostra (n=435). Os meses com menor frequência foram novembro de 2017 e abril de 2018 (5,74%).

O Ministério da Saúde estima que ocorram em torno de 1 milhão de abortamentos induzidos no Brasil, a cada ano, sendo que somente em 2017 as internações chegaram a 190.510, a maior parte com uso da curetagem. Essas internações representaram um gasto de R\$ 37,97 milhões com curetagens e R\$ 1,56 milhão, em 2017, para o Sistema Único de Saúde (SUS), do qual o hospital faz parte. Uma a cada cinco brasileiras, entre 14 e 49 anos, já realizou pelo menos um abortamento durante sua vida fértil, sendo que em cerca de 48% dos casos foi necessária a internação. A razão entre o número de abortos/partos permanece estável no Brasil desde 2012, em torno de 11,24 abortos para 100 mil partos.¹⁴

Como o abortamento legal no Brasil obedece a algumas situações, grande número de mulheres opta por métodos clandestinos, que trazem complicações e resultam em internações nos hospitais do SUS. O aborto inseguro atinge principalmente as populações mais vulneráveis, sem acesso aos principais meios de planejamento familiar e sem acompanhamento pelos serviços de saúde. Diante disso, o procedimento é utilizado como contraceptivo, mas sem deixar nas mulheres marcas dolorosas, tanto físicas, quanto emocionais, com consequências amplas, que colam o abortamento como um problema de saúde pública.¹⁵

Dessa forma, a Figura 2 mostra que em qualquer um dos meses pesquisados a taxa de internações por abortamento nunca é inferior a 5,74%. Todos os meses o hospital recebe pelo menos 25 mulheres que necessitam passar por curetagem ou AMIU, para evitar as complicações do aborto.

A pesquisa definiu três faixas etárias para essas mulheres (Figura 3), sendo que aquela com maior número de participantes foi a de 25 a 34 anos (40,70%), quando estão no auge da vida reprodutiva. A faixa etária de 15 a 24 anos e a de 35 a 45 anos apresentaram o mesmo percentual de participantes (29,65%).

Pesquisa realizada no Piauí, em 2014, mostrou que 54,9% das mulheres que haviam passado por abortamento estavam na faixa de 26 a 35 anos, número maior do que esta pesquisa. A faixa etária mais jovem (15 a 25 anos) também apresentou resultado mais elevado (35,4%). Não faziam uso de métodos contraceptivos (63,60%), ainda que apresentassem nível de escolaridade bastante razoável, para terem informações a respeito (72,80% com Ensino Médio). Segundo a pesquisa, as mulheres mais jovens e com menor estabilidade junto ao parceiro ou não terem ocupação econômica definida têm maior probabilidade de provocarem o aborto.⁶

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), realizada em 2016, pelo Anis - Instituto de Bioética e Universidade de Brasília (UnB) com mulheres do meio urbano mostrou que a faixa etária de 18 a 39 anos apresentava 13% do total de abortos no Brasil. A tendência era que essa taxa aumentasse entre as mulheres mais velhas, chegando a 19% na faixa dos 40 anos de idade. Ainda que essas taxas sejam diversas de pesquisas regionais ou locais, o número de internações para finalização do procedimento foi praticamente o mesmo estimado pelo Ministério da Saúde, ou seja, 48%. Entre a pesquisa de 2010 e a de 2016 as taxas apresentam semelhanças, exceto quanto às mulheres mais velhas (35 a 39 anos), cujo número de abortos aumentou em 100%.¹⁶

As mulheres que buscaram o atendimento para procedimentos de pós-aborto são da área de abrangência do hospital, ou seja, a Região Administrativa de Samambaia, com 46,66%. A RA Recanto das Emas, geograficamente próxima e que não conta com um Hospital Regional, apresentou o segundo maior percentual de atendimentos (22,29%), seguida pela RA de Ceilândia, com 7,6%. Essa última RA conta com Hospital Regional, mas que apresenta grande demanda, assim como ocorre nas demais unidades hospitalares regionais de Taguatinga (4,84%) e Brasília (2,78%).

As RAs de Ceilândia e Taguatinga são geograficamente próximas a Samambaia, contudo RAs como Paranoá e Santa Maria são relativamente distantes, mas ainda assim suas moradoras procuram o hospital para a realização de procedimentos pós-aborto. Ele também atende à RIDE, apresentando percentuais de 7,37% para Santo Antônio do Descoberto, 0,92% para a Cidade Ocidental, 0,70% para Luziânia e 0,22% para as cidades de Valparaíso, Alexânia, Novo Gama e Águas Lindas de Goiás.

Os princípios organizativos do SUS determinam que cada esfera governamental seja corresponsável pela oferta do atendimento em saúde para todos os brasileiros, de forma descentralizada e regionalizada e com forte relação entre os aspectos geográficos

(disponibilidade) e financeiros (pagamentos). Contudo, as desigualdades de acesso se constituem no principal entrave para o cumprimento desse objetivo, fazendo com que usuários de uma determinada região se desloquem para outras, em busca de atendimento.¹⁷

A maioria das cidades goianas que fazem parte da RIDE e que apareceram na pesquisa são consideradas do entorno sul do Distrito Federal, próximas à Samambaia, como Santo Antônio do Descoberto, Cidade Ocidental, Luziânia, Valparaíso, Alexânia e Novo Gama. Pesquisas realizadas nessa região mostraram que cerca de 40,9% das pessoas buscam a saúde pública quando necessitam de atendimento, sendo que em torno de 45,5% se deslocam para outros municípios, devido à falta de serviços essenciais nos seus locais de origem, o que é o caso da Obstetrícia. Nesses municípios, as demandas relacionadas à saúde da mulher são consideradas elevadas, mas eles nem sempre contam com hospitais que possuam todos os serviços desejados ou mesmo não contam com essas unidades.¹⁶

Conforme a Portaria nº 1321, de 14 de dezembro de 2018, que institui a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatizam os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, somente as mulheres da cidade de Santo Antônio do Descoberto deveriam ser atendidas no hospital. As demais cidades do entorno sul deveriam encaminhar suas pacientes para os hospitais regionais do Gama e Santa Maria, sendo que Águas Lindas de Goiás deveria encaminhá-las para a RA de Ceilândia. Isso inclui as situações de urgência/emergência obstétrica, como no caso do abortamento.¹⁸

Enquanto o Distrito Federal ocupa o primeiro lugar no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do país, o estado de Goiás ocupa o

oitavo lugar. Assim, a população da RIDE/DF apresenta altas demandas de emprego, saúde e educação em direção à Capital Federal e suas RAs. No Entorno ocorre insuficiência de leitos hospitalares e profissionais para o atendimento, o que sobrecarrega os hospitais do Distrito Federal com cerca de 20% de internações e 15% de urgências, chegando a 40% em algumas RAs, como Santa Maria, Gama e Brazlândia. Em 2014 os atendimentos originários do Entorno relacionados à gravidez, parto e puerpério representaram 32% das internações no Distrito Federal.¹⁹

O encaminhamento desses atendimentos para a rede distrital de saúde, incluindo os casos de abortamento, se deve ao fato de que o estado de Goiás, ao formular planos de saúde regionalizados, tomou como referência para as cidades do Entorno os hospitais do Distrito Federal, mas não vinculou as cidades, como ocorre no texto da Portaria nº 1321/2018. Diante disso, a própria Portaria estabeleceu o sistema de “Vaga sempre”, mesmo que a paciente não seja vinculada à unidade hospitalar para a qual se encaminhou. O hospital, dessa forma, deveria atender apenas as pacientes de Santo Antônio do Descoberto em sua maternidade, sendo o fluxo parcialmente adequado, mas expande esse atendimento para outras cidades do Entorno, obedecendo ao princípio legal.¹⁹

CONCLUSÃO

Conforme o objetivo proposto para o estudo, o perfil das pacientes que buscaram o hospital de médio porte situado na Região Administrativa (RA) de Samambaia, no Distrito Federal, entre 1 de outubro de 2017 e 1 de outubro de 2018, compreendendo uma amostra de 435 mulheres, em situações de abortamento, revelou que 54,3% passaram por curetagem cirúrgica, comprovando a literatura, que mostra ser esse

procedimento o mais comum em todo o Brasil, mesmo sendo considerado obsoleto pela Organização Mundial de Saúde.

Em todos os meses do período considerado a unidade hospitalar apresentou pelo menos 5,74% de atendimentos pós-abortamento, em relação à amostra escolhida. O percentual máximo mensal chegou a 11,04%, no mês de junho de 2018.

Em relação à faixa etária, as mulheres de 25 a 34 anos representaram 40,70% dos atendimentos pós-abortamento no período considerado. Esse resultado também está evidenciado na literatura, com pesquisas do Ministério da Saúde apontando que as mulheres mais velhas, em relação à idade reprodutiva, apresentam aumento nos percentuais de abortamento em todo o país.

O hospital de coleta de dados cumpre o seu papel de atender à população da cidade referência, com 46,66% dos atendimentos voltados às mulheres de Samambaia/DF. Contudo, está vinculado, por meio de documento oficial da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) ao atendimento à população de Santo Antônio do Descoberto/GO, de onde recebeu 22,29% das pacientes. As demais cidades atendidas, que fazem parte da RIDE/DF, não estão vinculadas, mas são contempladas pelo princípio de “Vaga sempre”, que consta do mesmo documento.

Dessa forma, se observa que o perfil das pacientes atendidas não difere muito daquele encontrado em outras unidades da federação, em relação ao abortamento e também enfrenta problema similar ao de localidades de fronteira, com a necessidade de estender os serviços de saúde para populações de outros estados, o que sobrecarrega a unidade hospitalar e sua maternidade.

A pesquisa abordou apenas quatro aspectos do atendimento pós-abortamento no hospital, sendo necessário aprofundar os estudos, cujos resultados dependem de maior especificidade nos registros a respeito dos procedimentos realizados.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Brasil. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde [periódico na internet]. 2011 [acessado 2021 jun 10]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
2. Organização Pan-Americana da Saúde. OPAS. Mortalidade materna. *Folha Informativa* [periódico na internet] 2018 [acessado 2021 jun 10]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidadematerna&Itemid=820
3. Ministério da Saúde. Brasil. Óbitos maternos por tipo causa obstétrica segundo ano do óbito, Brasil, 2016. *DATASUS* [periódico na internet] 2016 [acessado 2021 jun 10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>
4. Milanez N, Oliveira AE, Barroso ADV, Martinelli KG, Esposti CDD, Santos Neto ET. Gravidez indesejada e tentativa de aborto: práticas e contextos. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Rev Latinoamer* [periódico na internet] 2016 [acessado 2021 jun 10]; 22:129-147. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293345349006>
5. Martins JS, Gonçalves DA, Traina E, Colás OR, Campanharo FF, Abrahão AR, Nabas R. Caso complexo: Maria do Socorro - Abortamento. *UNA-SUS* [periódico na internet] 2012 [acessado 2021 jun 10]. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Maria_Socorro/Complexo_04_Maria_do_Socorro_Abortamento.pdf
6. Ribeiro JF, Ribeiro LS, Machado PHF, Machado TMG. Perfil das mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento em um hospital público. *Rev Eletrôn Gestão e*

- Saúde* [periódico na internet] 2015 [acessado 2021 jun 10]; 6(2):1354-1366. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2920>
7. Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R. A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. *Rev Saúde Soc* [periódico na internet] 2012 [acessado 2021 jun 10]; 21(1):246-56. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100023>
 8. Saciloto MP, Conopka, CK, Velho MTC, Jobim FC, Resener EV, Muradás RR et al. Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na internet] 2011 [acessado 2021 jun 10]; 33(10):292-296. Disponível em: <https://docplayer.com.br/29630005-Aspiracao-manual-intrauterina-no-tratamento-do-abortamento-incompleto-ate-12-semanas-gestacionais-uma-alternativa-a-curetagem-uterina.html>
 9. Costa FMG, Matos TFO, Braga Neto P, Moraes SSF. Uso de dados secundários e sistemas de informação em saúde. In: Pinto FJM, Silva MRF, Moraes SSF. (Orgs). 2015. Pesquisa científica: abordagem quantitativa em saúde coletiva. Fortaleza: EdUECE.
 10. Kolb JJ. RIDE/DF – Formação e características do território. *Compartilhando* [periódico na internet] 2018 [acessado 2021 jun 10]. Disponível em: <http://jkolb.com.br/ride-df-formacao-e-caracteristicas-do-territorio/>
 11. Araújo CP, Dornelas ACVR, Sousa AM. Abordagem terapêutica no processo de esvaziamento uterino. *Rev Baiana Enferm* [periódico na internet] 2018 [acessado 2021 jun 10]; 32:e24857. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-977323?src=similardocs>

12. Brasil. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 [acessado 2021 jun 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
13. Costa DCB, Victa AGLB, Brandão LL, Santos MM, Bitencourt SP, Lopes AMS. Mulheres em situação de abortamento: relato de experiência de enfermeiras. V Semin Intern Enlaçando Sexualidades, Realize Editora [periódico na internet] 2017 [acessado 2021 jun 10]. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/30649>
14. Fernandes M. Aborto no Brasil: Como os números sobre abortos legais e clandestinos contribuem no debate da descriminalização. *HuffPost* [periódico na internet] 2018 [acessado 2021 jun 10]. Disponível em: <https://agenciapatriciagalvao.org.br/mulheres-de-olho/dsr/aborto-no-brasil-como-os-numeros-sobre-abortos-legais-e-clandestinos-contribuem-no-debate-da-descriminalizacao/?print=pdf>
15. Anjos KF, Santos VC, Souza R, Eugênio BG. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. *Saúde Debate* [periódico na internet] 2013 [acessado 2021 jun 10]; 37(98):504-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yTbJpnr9CbpSvzVKggKsJdt/?format=pdf&lang=pt>
16. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet] 2017 [acessado 2021 jun 10]; 22(2):653-60. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>
17. Tonhá ACM, Souza Júnior PRB, Bezerra ALQ, Santos, TAP, Rosso CFW. Acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal. *Rev Eletr Enf* [periódico na internet] 2015 [acessado 2021 jun 10]; 17(2):238-46. Disponível em:

<file:///C:/Users/16971957/Downloads/29422-Texto%20do%20artigo-162234-1-10-20151130.pdf>

18. Secretaria de Estado de Saúde. Distrito Federal. Portaria nº 1321, de 14 de dezembro de 2018, que Institui a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal* [periódico na internet] 2018 [acessado 2021 jun 10]; XLVII(88):1-4. [citado 19 fev. 2019]. Disponível em: http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2018/12_Dezembro/DODF%20247%2031-12-2018/DODF%20247%2031-12-2018%20INTEGRA.pdf
19. Silva, AKV, Gottens LBD. Análise do acesso das gestantes residentes na RIDE/DF às maternidades públicas do DF. *Brasília: CODEPLAN* [periódico na internet] 2016 [acessado 2021 jun 10]. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/TD_11_An%C3%A1lise_do_Acesso_das_Gestantes_Residentes_na_Ride-DF_%C3%A0s_Maternidades_P%C3%BAblicas_do_DF.pdf