

# ABORTIONS IN THE EAST MACROREGION OF MARANHÃO: socioeconomic and clinical factors.

ABORTAMENTOS NA MACRORREGIÃO LESTE DO MARANHÃO: fatores socioeconômicos e clínicos.

ABORTOS EN LA MACROREGION ORIENTAL DE MARANHÃO: factores socioeconómicos y clínicos.

Ana Carla Marques da Costa<sup>1</sup>

Lara Beatriz de Sousa Coelho<sup>2</sup>

Isadora Sayonara Ferreira Coelho<sup>3</sup>

## ABSTRACT:

This Article Aims To Analyze The Situation Of Abortions Occurred In The East Macroregion Of Maranhão And Characterize The Socioeconomic And Demographic Profile Of The Data In The Period From 2010 To 2018. A Descriptive Description Of The Unique Description. Abortion Using Public Data From Brazil's Information Systems - Datasus (sus Information) And Sih (hospital Hospitalization). The Evidence Of The Present Research Suggests That Abortion In The Macroregion In Study Is More Preventing In The Municipality Of Timon Corresponding To 19.91% Of The Deaths, In Young Women From 15 To 19 Years And Of Low Or Middle Schooling, Gravity, Gravity, Gravity 67% And Type Of Vaginal Delivery 83.11%. There Is Also Prevalence Of Deaths Related To Maternal Factors Equivalending To 39.82% And According To The Category Of The International Classification Of Diseases By Intrauterine Hypoxia With 29.87%. It Is Also Observed, Many Ignored Cases, Reflecting The Importance Of Complete Completion Of Hospital Records, In This Form, This Research Is Dedicated To Aid In The Protection, Prevention And Promotion Of Women's Health.

## RESUMO:

O Presente Artigo Visa Analisar A Situação De Abortamentos Ocorridos Na Macrorregião Leste Do Maranhão E Caracterizar O Perfil Socioeconomico E Demografico Dos Dados No Período De 2010 A 2018. Realizou-se Um Estudo Descritivo De Série Temporal De Base Populacional Que Descreveu O Cenário Do Aborto Utilizando Dados Públicos De Sistemas De Informação Do Brasil - Datasus (informação Do Sus) E Sih (internação Hospitalar). As Evidências Da Presente Pesquisa Sugerem Que O Abortamento Na Macrorregião Em Estudo É Mais Preponderante No Município De Timon Correspondendo A 19,91% Dos Óbitos, Em Mulheres Jovens De 15 A 19 Anos E De Baixa Ou Média Escolaridade, Gravidez Do Tipo Única 95,67% E Tipo De Parto Vaginal 83,11%. Há Também Prevalência De Óbitos Relacionados A Fatores Maternos Equivalendo A 39,82% E Consoante A Categoria Da Classificação Internacional De Doenças Por Hipóxia Intrauterina Com 29,87%. Observa-se Também, Muitos Casos Ignorados, Refletindo A Importância Do Completo Preenchimento Dos Registros Hospitalares, Desta Forma, Esta Pesquisa Dedicar-se A Auxiliar Na Proteção, Prevenção E Promoção Da Saúde Da Mulher.

## RESUMEN:

Este Artículo Tiene Como Objetivo Analizar La Situación De Abortos Ocurridos En La Macroregion Este De Maranhão Y Caracterizar El Perfil Socioeconómico Y Demográfico De Los Datos En El Período De 2010 A 2018. Descripción Descriptiva De La Descripción Única De La Descripción Descripción De La Descripción Única De La Descripción Única Aborto Con Datos Públicos De Los Sistemas De Información De Brasil - Datasus (información Del Sus) Y Sih (hospitalización Hospitalaria). La Evidencia De La Investigación Actual Sugiere Que El Aborto En La Macroregion

En Estudio Es Más Preventivo En El Municipio De Timón Correspondiente Al 19,91% De Las Muertes, En Mujeres Jóvenes De 15 A 19 Años Y De Escuela Baja O Media, Gravedad, Gravedad 67% Y Tipo De Parto Vaginal 83,11%. También Existe Prevalencia De Muertes Relacionadas Con Factores Maternos Equivalendo Al 39,82% Y Según La Categoría De La Clasificación Internacional De Enfermedades Por Hipoxia Intrauterina Con 29,87%. También Se Observan Muchos Casos Ignorados, Que Reflejan La Importancia Del Completo Completo De Los Registros Del Hospital, En Esta Forma, Esta Investigación Se Dedicar A Ayudar En La Protección, Prevención Y Promoción De La Salud De Las Mujeres.

<sup>1</sup>Enfermeira Obstétrica. Docente do Curso de Enfermagem. Doutora em Biologia Celular e Molecular Aplicada à Saúde - ULBRA. Centro Universitário de Ciência e Tecnologia do Maranhão e Centro de Estudos Superiores de Caxias/Universidade Estadual do Maranhão CESC/UEMA.

<sup>2</sup>Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Centro Universitário de Ciência e Tecnologia do Maranhão Caxias, Maranhão Brasil.

<sup>3</sup>Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem. Centro Universitário de Ciência e Tecnologia do Maranhão Caxias, Maranhão Brasil.

## DESCRIPTORS

Abortion

## DESCRITORES

Socioeconomic Factors

## DESCRIPTORES

women's health

## 1. INTRODUÇÃO/CONSIDERAÇÕES INICIAIS



A prática do abortamento vem sendo realizada desde a antiguidade, sendo tratado de formas diferentes em períodos históricos e contextos políticos distintos. A organização Mundial da Saúde (OMS) define o abortamento como a expulsão ou extração do feto até a 22ª semana completa de gestação e/ou peso fetal inferior a 500g, podendo ser precoce, quando ocorre até a 12ª semana de gravidez, ou tardio quando acontece entre a 13ª e 22ª semanas <sup>(1-2)</sup>.

Abortos podem ser classificados em seguros, menos seguros ou inseguros, dependendo do método utilizado para sua indução e do profissional responsável pela assistência. Estima-se que, no mundo, sejam realizados anualmente 35 abortos para cada 1.000 mulheres entre 15 e 44 anos. A América Latina se destaca como uma das regiões de maior frequência de aborto inseguro (44/1.000), apesar de legislações restritivas na maioria dos seus países, excetuando-se o Uruguai, a Colômbia e Cuba<sup>(3)</sup>.

Estudos mostram que, em 2015, houve mais de 415 mil mulheres em situação de abortamento no Brasil. Dados da Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2016, constataram que uma a cada cinco mulheres até os 40 anos sofreu abortamento pelo menos uma vez. O abortamento está relacionado a aproximadamente 5% do total de mortes maternas e está entre as cinco principais causas de morte materna. Outro estudo também afirma que o fato de o aborto ser ilegal em algumas ocasiões faz com que existam subnotificação e mascaramento das

causas de morte materna <sup>(4-3)</sup>

No Brasil, o aborto é permitido para mulheres com risco de vida, nas situações de gravidez por estupro e, recentemente, na presença de anencefalia fetal. As duas primeiras estão fundamentadas no Artigo 128 do Código Penal e a terceira resulta do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF-54), pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em 2012, ratificada em decisão do Conselho Federal de Medicina (CFM), também em 2012, que autoriza médicos a interromperem a gravidez de fetos anencefálicos, a pedido da gestante, em qualquer momento da gravidez. Além dessas situações, alvarás judiciais para anencefalia (antes de 2012) e para outras malformações têm sido liberados no Brasil, ampliando as perspectivas do aborto legal <sup>(4-5)</sup>.

Acontecem 80.000 mortes maternas relacionadas ao abortamento por ano, no mundo. Como resultado desse cenário, no Brasil, a curetagem é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, sendo superado apenas pelos partos normais, sendo que o número de hospitalizações decorrentes de complicações pós-abortamento correspondem a 10% do total de internações durante o ciclo gestacional, e 10% de todas as mortes durante a gestação, está associada ao aborto e suas complicações <sup>(6)</sup>.

O aborto vem sendo consequência de vários fatores, entre eles: baixo nível de escolaridade, gravidez não planejada, planejamento familiar não eficaz, falta de parceiro fixo, uso indiscriminado de medicamentos, morbidades maternas e/ou

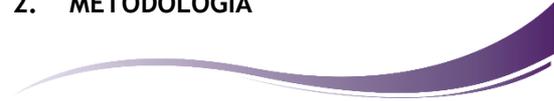
fetais, precárias condições de atenção à mulher nos serviços de saúde, entre outros <sup>(7-8)</sup>.

Pesquisas demonstram que acontecem cerca de 50 milhões de abortos no mundo, anualmente. No Brasil, o aborto espontâneo ocorre em 8% a 10% de todas as gestações confirmadas, chegando a 15% entre abortos espontâneos e provocados. Estudos apontam que há uma maior prevalência de abortamento nos extremos da vida reprodutiva, especialmente após os 40 anos, e que 10% de todas as mortes durante a gestação, está associada ao aborto de suas complicações <sup>(9-10)</sup>.

Uma fonte de dados sobre a ocorrência de aborto no país são as internações hospitalares, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). O Sistema registra as internações hospitalares no sistema público brasileiro, coletando-as com a finalidade administrativa de contabilizar procedimentos realizados em internações e controlar os custos para repasse às unidades de saúde executoras pelas secretarias municipais de saúde <sup>(11)</sup>.

Diante desta problemática torna-se relevante compreender as evidências que caracterizam o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres que passaram pelo processo de aborto. Para tal fim deve-se analisar a situação de abortamentos ocorridos na macrorregião de Caxias no leste do Maranhão, caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos dados e descrever os aspectos clínicos dos abortamentos.

## 2. METODOLOGIA



Estudo descritivo de série temporal, de base populacional, que descreveu o cenário do aborto na macrorregião Leste do Maranhão, utilizando dados públicos disponíveis para consulta e para *download* nos diversos sistemas de informação em saúde do Brasil. Para as informações de óbitos foram utilizados os dados da base do Tabnet DataSUS entre 2010 e 2018. Os dados foram obtidos por meio de *download* da página de Internet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) disponível em: [servicos2/transferecia-de-arquivos](https://servicos2.transferecia-de-arquivos).

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: óbitos fetais com duração da gestação inferior a 22 semanas, compreendendo o estado do Maranhão na macrorregião em estudo selecionando os óbitos acontecidos nos municípios de Caxias, Codó, Coelho Neto, Coroatá, Lago da Pedra Presidente Dutra, Timon e outros municípios.

Para a identificação e análise dos óbitos por aborto foi considerada a causa básica do óbito, conforme estabelecido na Classificação Internacional de Doenças, 10<sup>a</sup> revisão (CID-10). Foram usadas as seguintes categorias da CID-10: P02 (Feto ou recém nascido afetados por complicações da placenta, cordão umbilical e membranas), P20 (hipóxia intrauterina) e P95 (morte fetal de causa não especificada). Não foram utilizados fatores de correção por não haver fator padronizado específico proposto para óbitos por aborto. O denominador da razão foi o número de nascidos vivos obtido do SINASC. Não houve submissão ao Comitê de Ética em

Pesquisa por se tratar de pesquisa com dados públicos do Ministério da Saúde. Os resultados foram expressos de forma agregada, sem possibilidade de identificação, de acordo com a *Resolução nº 466/2012* do Conselho Nacional de Saúde.

### 3. RESULTADOS

**Tabela 1.** Óbitos por residência na Macrorregião de Saúde segundo ano do óbito e com duração da gestação com menos de 22 semanas no período de 2010 a 2018.

Segundo o ano do óbito na Macrorregião Leste, observou-se uma maior prevalência dos óbitos no ano de 2014 com o registro de 45 óbitos e uma porcentagem de (19,48%) do total de óbitos 231, e uma menor prevalência no ano de 2010 com o registro de 9 óbitos e a porcentagem de (3,89%) do total de óbitos. Houve um crescimento do número de óbitos nos anos de 2010 a 2014 e no período de 2015 a 2018 o número de óbitos ficou entre 23, 27 e 28.

Ano	Óbitos Registrados	%
2010	9	3,89
2011	22	9,52
2012	23	9,95
2013	27	11,6
2014	45	19,48
2015	28	12,12
2016	23	9,95
2017	27	11,6
2018	27	11,6
TOTAL	231	100

2111 Macrorregião Leste

**Tabela 2.** Óbitos por residência por Macrorregião de Saúde segundo a Lista de Mortalidade da Classificação Internacional de Doenças CID-10 com duração da gestação com menos de 22 semanas no período de 2010 a 2018.

List Mort CID-10	Óbitos Registrados	%
Feto ou Recém Nascido Afetados por fatores maternos	92	39,82
Transtornos relacionados à duração da gravidez	5	2,16
Hipóxia Intrauterina e Asfixia ao nascer	69	29,87
Transtornos hemo e hematológicos do feto	1	0,43
Restante das afecções perinatais	60	25,97
Malformações congênitas do sistema nervoso	2	0,86
Malformações congênitas do sistema cardiovascular	1	0,43
Outras malformações congênitas	1	0,43
Total	231	100

2111 Macrorregião Leste

Fonte: Datasus, 2020.

Segundo a Lista de Mortalidade da Classificação Internacional de Doenças houve um maior número de óbitos fetais afetados por fatores maternos com o número de óbitos registrados de 92 e uma porcentagem de (39,82%) do total de óbitos 231 e menor número de óbitos relacionados a transtornos hemorrágicos e hematológicos, malformações congênitas do coração e outras malformações congênitas com o número de óbito registrado 1 representando (0,43%) do número total de óbitos.

**Tabela 3** Perfil epidemiológico dos óbitos fetais por local de residência segundo Macrorregião de saúde e duração gestação: Menos de 22 semanas no período: 2010-2018.

Macrorregião Leste		Quantidade	%
Por tipo de Gravidez	Unica	221	95,67
	Dupla	8	3,46
	Ignorados	2	0,86
Sexo do feto	Masculino	130	56,27
	Feminino	90	38,96
	Ignorado	11	4,76
Local de ocorrência	Hospital	206	89,17
	Domicílio	14	6,06
	Outros	8	3,46
	Ignorado	3	1,29
Escolaridade	Nenhuma		
	1 a 3 anos	16	6,92
	4 a 7 anos	19	8,22
	8 a 11 anos	69	29,87
	12 e mais anos	90	38,96
	Ignorados	8	3,46
Tipo de parto	Vaginal	192	83,11
	Cesário	37	16,01
	Ignorado	2	0,86
Idade da mãe	10 a 14 anos		
	15 a 19 anos		
	20 a 24 anos	3	1,29
	25 a 29 anos	59	25,54
	30 a 34 anos	48	20,77
	35 a 39 anos	49	21,21
	40 a 44 anos	31	13,41
	45 a 49 anos	15	6,49
	50 a 54 anos	6	2,59
	Idade ignorada	1	0,43
		1	0,43
		18	7,79
Total		231	100%

Fonte: Datasus, 2020.

Com relação ao tipo de gravidez houve uma maior prevalência em gestações do tipo única com um total de 221 óbitos representando (21,12%) dos óbitos totais 231, seguindo houve uma maior quantidade de fetos do sexo masculino com uma quantidade de 130 representando (56,27%) dos óbitos totais, a maior prevalência do número de óbitos de acordo com o local de ocorrência foram registrados no hospital com uma quantidade de 206 óbitos representando (89,17%) dos óbitos totais, de acordo com a escolaridade (38,96%) dos óbitos fetais estão relacionados às mães com escolaridade de 8 a 11 anos, houve também maior número dos casos de óbitos fetais em mães com idade de 15 a 19 anos como mostra a tabela 3.

**Tabela 4.** Óbitos por Residência por Macrorregião de Saúde segundo Município com a duração da gestação com menos de 22 semanas no período de 2010 a 2018.

Município	Número de óbitos	%
Caxias	12	5,19
Codó	19	8,22
Coelho Neto	10	4,32
Coroatã	11	4,76
Lago da Pedra	10	4,32
Presidente Dutra	16	6,92
Timon	46	19,91
Outros municípios	107	46,32
Total	231	100

Fonte: Datasus, 2020.

No tocante do número de óbitos por município houve um maior número de óbitos em Timon representando (19,91%) dos óbitos totais da Macrorregião Leste, precedido

respectivamente de Codó com (8,22%) dos óbitos, Presidente Dutra representando (6,92%), Caxias correspondendo a (5,19%), Coroatá sendo (4,76%) e demais municípios totalizando (46,32%) dos óbitos.

**Tabela 5.** Óbitos por local de Residência por Macrorregião de Saúde segundo Categoria CID-10 com menos de 22 semanas Período: 2010-2018.

<b>Categoria CID-10</b>	<b>Número de óbitos</b>	<b>%</b>
P 02 Feto ou recém-nascido afetado por complicações da placenta, cordão umbilical ou membranas.	67	29
P20 Hipóxia intrauterina.	69	29,87
P95 Morte fetal de causa não especificada.	55	23,80
Outras causas.	40	17,31

Fonte: Datasus, 2020.

Conforme a categoria CID-10 há um maior número de óbitos fetais por hipóxia intrauterina totalizando 69 óbitos e equivalendo a (29,87%) dos óbitos totais da Macrorregião Leste, seguindo houve 67 óbitos por feto ou recém nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas mostrando (29%) dos óbitos totais, ainda podemos observar um alto número de morte fetal de causa não especificada sendo 55 equivalendo a (23,80%) dos óbitos totais da Macrorregião, dessarte torna-se imprescindível a avaliação criteriosa dos óbitos.

## 4. DISCUSSÃO

### 6.1 Perfil Epidemiológico das Mulheres Com Perda Gestacional

A perda gestacional é a complicação mais comum da gestação, cerca de 20% das gravidezes clinicamente diagnosticadas evoluem para interrupção espontânea e não está associada somente a morbidade física ou alta mortalidade, mas com repercussões sociais e psicológicas importantes à família. Há evidências de que no primeiro trimestre da gestação ocorrem a maioria das perdas gestacionais, principalmente com IG entre 8 e 12 semanas, sendo que 50% delas é decorrente de anormalidades cromossômicas, com alterações numéricas ou estruturais, outras causas frequentes é a inviabilidade do desenvolvimento do feto e as alterações de implantação da placenta <sup>(12)</sup>.

Diversas intercorrências e alterações hormonais podem determinar a viabilidade ou inviabilidade do desenvolvimento do feto. Algumas intercorrências são determinadas através do acompanhamento do pré-natal, desde que este seja realizado de forma integral e corresponsabilizado entre profissionais de saúde e gestante no intuito de minimizar e prevenir intercorrências. Diversas intercorrências podem ser vista na gestação e devem ser avaliadas de forma correta e realizado o tratamento o mais precoce possível, entre elas estão o acretismo e sua relação com a placenta prévia, a má suplementação da gestante nos três primeiros meses de gestação e conseqüentemente o rastreio de heranças genéticas e doenças hereditárias.

Os resultados obtidos através das análises das tabelas demonstram que vários fatores analisados na tentativa de determinar quais são os principais fatores inerentes ao aborto na macrorregião em estudo e os principais fatores analisados foram a idade e escolaridade da mãe, o local de ocorrência do aborto, seja ele na residência, UBS, hospital ou outros; o tipo de gravidez, causas dos óbitos fetais de acordo com a lista de mortalidade da classificação internacional de doenças, ano do óbito e município de acordo com a macrorregião leste do Maranhão, com esses dados foi traçado um perfil das mulheres que passaram pelo processo de aborto.

O estudo mostra que houve maior número de óbitos fetais em mulheres entre 15 a 29 anos representando 67,52% das mortes fetais, concordando com Cardoso, Vieira e Saraceni quando afirmam que a faixa etária de 20-29 anos foi a mais frequente entre as mulheres internadas com diagnóstico de aborto no Brasil por todo o período avaliado, e discordando do estudo de Soares e Cançado (2018) ao afirmarem que em relação a idade materna, 62,5% das mulheres tiveram perda gestacional com mais de 30 anos e deste total 60% são acima de 35.

Outro fator interessante deste estudo são as principais causas analisadas nos últimos anos forma destacadas as causas maternas seja por práticas abortivas clandestinas ou fatores biopsicossociais com 39,82% dos casos, seguido por suprimento deficiente de oxigênio ou por asfixia no parto somando assim 29,87 dos casos e por último as afecções perinatais que são as intercorrências, inflamações e infecções no período perinatal com 25,97% dos casos.

O estudo mostra que a escolaridade não

é um indicador de reflexão acerca da mortalidade fetal, pois é evidenciado que mulheres com 8 a 11 anos de escolaridade estão com a maior quantidade do número de abortos nessa macrorregião de saúde sendo superior a quantidade de abortos das mulheres que não possuem nenhum grau de instrução, concordando com Soares e Cançado (2018) quando dizem que a maioria das mulheres em situação de abortamento cursaram até o 2º grau de estudo.

Torloni, Moron e Camano (2001) mencionaram em seus estudos que as causas diversas do aborto relacionam-se também a paridade elevada figura para alguns como possível fator predisponente ao acretismo, hipoxia e outros fatores inerentes as intercorrências gestacionais. Fatores estes que corroboram com o que diversos autores têm apontado que os sucessivos partos e dequitações talvez venham a comprometer o mecanismo regenerativo do endométrio, ou simplesmente aumentem a probabilidade de exposição a fatores predisponentes ao aborto <sup>(13)</sup>.

A gravidez é um período em que alterações fisiológicas, psíquicas, hormonais e sociais estão presentes, aumentando o risco de sofrimento emocional e morbidade psiquiátrica nesta fase da vida da mulher, corroborando com esta análise Gonçalves et al. (2014), investigou a prevalência de anormalidades cromossômicas em casais com dois ou mais abortos espontâneos recorrentes no primeiro trimestre de causa desconhecida, para determinar as possíveis e determinou que os processos de translocações ou arranjos genéticos possuem grandes impactos nas heranças genéticas e conseqüentemente, nos abortos por causas

aparentemente desconhecidas <sup>(14-15)</sup>.

Concordando com os autores citados anteriormente, Domingos e Merighi (2010), afirma em seu estudo que o aborto é um tema polêmico e um sério problema de saúde pública mundial, responsável pela manutenção das altas taxas de mortalidade materna em muitos países em desenvolvimento. Para estes autores as complicações físicas do aborto podem estar presentes em decorrência do próprio processo de abortamento ou pelos procedimentos realizados para tratamentos. Essas complicações podem ser classificadas em grandes hemorragias, perfurações uterinas decorrentes de sondas ou cânulas, ulcerações do colo ou vagina por uso de comprimidos, infecções, esterilidade secundária a salpingite, salpingite crônica, algias pélvicas, transtornos menstruais e complicações obstétricas, tais como inserção anormal da placenta, abortamentos habituais, parto prematuro e entre outros. Todavia a realidade brasileira e mundial ainda é algo a se buscar melhorar no sentido de integrar e levar um olhar equitativo a gestante em processo abortivo e aos profissionais que os assistem.

Para Domingos e Merighi (2010), Gonçalves et al. (2014), a qualidade da atenção em saúde ofertada a mulheres que enfrentam esse processo é fundamental e implica a necessidade de um espaço integrado e sinérgico de todos os níveis gestores para a oferta de serviços que assegurem o acolhimento, informação, aconselhamento, com a responsabilidade e competência profissional, o uso de tecnologia apropriada disponível e relacionamento pessoal pontuado no

respeito à dignidade e aos direitos sexuais e reprodutivo da mulher e nas liberdades conferidas na constituição e políticas de atenção a mulher e com frequência a necessidade de uma equipe que compreenda suas necessidades, não somente físicas, mas também sociais e psicológicas

## 6.2 Óbitos Registrados na Base de Dados

De acordo com DataSUS (2020), houve um crescimento do número de abortos nos anos de 2010 a 2014 e posteriormente uma diminuição dessa quantidade nos períodos de 2014 a 2018, esses dados relativos aos casos notificados por internações hospitalares. O presente estudo revela também a grande quantidade de dados ignorados apontando a grande necessidade do adequado preenchimento dos dados no SIH dado que sem esse adequado preenchimento, os dados ficam insuficientes. Além disso, as bases de dados não concedem uma estimativa do número real de abortos visto que há uma grande demanda de abortos clandestinos que não são notificados, mas apesar da subnotificação, os dados disponíveis permitem traçar um perfil das mulheres que passaram pelo processo de aborto.

O estudo evidencia a alta necessidade de investimentos em estudos e pesquisas de campo nessa temática para uma melhor identificação dos casos não notificados concordando com Cardoso, Vieira e Saraceni (2020) quando diz que o número de internações por aborto identificados é bastante inferior às estimativas do número de abortos ocorridos no Brasil e que há uma limitação no estudo de não conseguir captar dados da ocorrência de abortos sem

necessidade de internação.

Em suma, evidencia-se neste estudo que além dos fatores citados inerentes e intrínsecos ao aborto e intercorrências relacionadas, há também as práticas clandestinas de aborto e a mulher ao realizar este procedimento, esta guarda sua dor em silêncio ou, no máximo, compartilha com pessoas de sua intimidade; em geral, ela não encontra apoio nos serviços de saúde. Conceder oportunidade para que a mulher fale sobre suas emoções não só ajuda, mas fornece subsídios para o planejamento dos cuidados necessários e específicos equitativo e holístico a mulher em transição e auxílio para que haja melhor qualidade de vida e planejamento familiar para minimizar intercorrências e práticas clandestinas, auxiliando assim a redução das altas taxas de morbimortalidade maternas e fetal.

## 5. CONCLUSÃO



As evidências da presente pesquisa sugerem que o abortamento na Macrorregião Leste do Maranhão é mais preponderante no município de Timon, em mulheres na juventude, de baixa ou média escolaridade, tendo ainda maior predomínio dos óbitos em fetos do sexo masculino, sendo gravidez do tipo única e tipo de parto vaginal, além da maioria dos registros acontecerem nos hospitais, dos anos de 2010 a 2018 houve um aumento do número de óbitos, ainda encontra-se maior primazia em óbitos relacionados à fatores maternos de acordo com a lista de mortalidade da CID-10 e de acordo com a categoria CID-10 por hipóxia intrauterina, observa-se um grande número de casos

ignorados ressaltando a grande necessidade da notificação adequada e do preenchimento completo dos registros.

O aborto é um tema complexo em vários contextos, configurando-se um problema de saúde pública que necessita de uma maior relevância uma vez que atinge muitas mulheres inseridas nos mais diversos cenários socioeconômicos, ademais nota-se a insuficiência de informações no tocante às consequências deste procedimento e à alguns dados que necessitam de uma maior seriedade quanto a prestação de informações. Constatase também a conveniência de uma atenção mais humanizada, e que não esteja centralizada apenas nas mulheres mas do mesmo modo na família que é o alicerce para auxiliar na atenuação desse acontecimento, portanto, é necessário implementar políticas públicas que informatizem as mulheres e à família quanto ao uso de preservativos e métodos contraceptivos para que se previna a gravidez não planejada e por conseguinte o aborto e seus reveses, e também políticas que visem estimular as famílias e as mulheres a buscar o atendimento do pré natal na UBS para que se evite possíveis complicações que podem causar a morte tanto do feto como da mãe decorrentes da ausência de um serviço público e de fácil acesso como o pré natal, para coactar a ocorrência de aborto.

Destarte, essa pesquisa dedica-se a evidenciar os fatos da realidade de muitas mulheres em situação de risco e vulnerabilidade que necessitam de uma maior alerta frente aos obstáculos a serem enfrentados diante da pobreza de informações, para que o governo juntamente aos órgãos com jurisdição sobre a saúde, escrutinem sobre o perfil socioeconômico das

mulheres que passam pelo processo de aborto e elaborem políticas públicas voltadas para essa problemática que estejam fixadas no objetivo de esclarecer todos os dados relativos as mulheres que passam por tal situação e as condições em que elas estavam antes, durante e após o acontecimento a fim de realizar a proteção, prevenção e promoção da saúde da mulher, proporcionando o progresso da saúde global, pois segundo a OMS saúde é o completo bem estar físico mental e social, e esse impasse afeta não apenas o bem estar físico dessas mulheres, mas provoca uma série de problemas mentais e sociais as mesmas.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Bonassa RT, Rosa MI, Madeira K, Simões PW. **Caracterização de casos de internação por abortos complicados na macrorregião Sul Catarinense**, Arq. Catarin. Med., v. 44, n. 3, p. 88-100, 2015.
2. Desterro R, Lima SM, França LG, Lima RCDSM. **Perfil clínico-epidemiológico de mulheres em situação de abortamento em uma maternidade pública de São Luís - MA**. Rev. Investg. Bioméd., v. 7, n. 1, p. 16-27, 2015.
3. Madeiro AP, Diniz D. **Serviços de aborto legal no Brasil - um estudo nacional**, Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016.
4. Silva TM, Martins AM. **A legalização do aborto no Brasil ao longo da História: avanços e desafios**. Revista Venezolana de Estudios de Lamujer, v. 20, n. 44, p. 197-214, 2015.
5. Pereira FA. **Estudo sobre a legalização do aborto: prós, contra e a quem compete decidir acerca da descriminalização**, Revista Científica UMC, v. 3, n. 1, p. 1-15, 2018.
6. Batista RQ, Koch DF, Bispo AMS. **Descrição das internações por aborto no estado do Espírito Santo, Brasil**. Rev. Bras. Pesq. Saúde, v. 18, n. 2, p. 79-86, 2016.
7. Sell SE, Santos EKA, Velho MB, Erdmann AL, Rodriguez MJH. **Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa**. Rev. Esc. Enferm, v. 49, n. 3, p. 502-108, 2015.
8. Lima RCP, Njaine K, Verdi M. **O aborto no Brasil em debate: polêmicas e contradições envolvendo violência sexual na infância**. Sau. e Transf. Soc., v. 5, n. 3, p. 54-62, 2014.
9. Ribeiro CL, Albuquerque FO, Souza AR. **Internações por aborto espontâneo: um retrato de sua ocorrência em Fortaleza**. Enferm. Foco, v. 8, n. 1, p. 37-41, 2017.
10. Cabral ACV. **Guia de bolso de obstetrícia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
11. Cardoso BP, Vieira, FMSB, Saraceni V. **Aborto no Brasil: O que dizem os dados oficiais**, disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2020001305001](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2020001305001)> acesso em : 28 de outubro de 2020.
12. Soares AM, Cançado FMAA. **Perfil de Mulheres Com Perda Gestacional**, disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-967959>> acesso em: 28 de outubro de 2020.
13. Torloni MR, Moron AF, Camano L. **Placenta Prévia: Fatores de risco para o Acretismo**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, pág. 417-422, agosto de 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032001000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032001000700002&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 02 de novembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032001000700002> .

14. Gonçalves RO, Santos WVB, Sarno M, Cerqueira BAV, Gonçalves MS, Costa OLN. **Anormalidades cromossômicas em casais com abortos recorrentes no primeiro trimestre.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. , Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, pág. 113-117, março de 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032014000300113&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000300113&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 02 de novembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032014000300004>
15. Silva MMJ, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. **Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados.** Rev. esc. enferm. USP , São Paulo, v. 51, e03253, 2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100444&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100444&lng=en&nrm=iso) . acesso em 02 nov. 2020. Epub 28 de agosto de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016048003253>.
16. Domingos SRF; Merighi MAB. **O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 177-181, Mar. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000100026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100026&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100026>.