



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

NELIO NEVES VEIGA JUNIOR

Cuidado Integral ao Aborto:

Tipos de manejo, análise de complicações e experiência do cuidado.

Comprehensive Abortion Care:

Types of management, analysis of complications and
experience of care.

CAMPINAS

2024

NELIO NEVES VEIGA JUNIOR

Cuidado Integral ao Aborto:

Tipos de manejo, análise de complicações e experiência do cuidado.

Comprehensive Abortion Care:

Types of management, analysis of complications and experience of care.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde, na área de Fisiopatologia Ginecológica.

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ FRANCISCO CINTRA BACCARO

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO NELIO NEVES VEIGA JUNIOR E ORIENTADO PELO PROF. DR. LUIZ FRANCISCO CINTRA BACCARO.

CAMPINAS

2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

V533c Veiga-Junior, Nelio Neves, 1986-
Cuidado integral ao aborto : tipo de manejo, análise de complicações e experiência do cuidado / Nelio Neves Veiga Junior. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Luiz Francisco Cintra Baccaro.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Aborto. 2. Saúde materna. 3. Vigilância em saúde pública. 4. Assistência integral à saúde. I. Baccaro, Luiz Francisco Cintra, 1980-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Comprehensive abortion care : types of management, analysis of complications and experience of care

Palavras-chave em inglês:

Abortion

Maternal health

Public health surveillance

Comprehensive health care

Área de concentração: Fisiopatologia Ginecológica

Titulação: Doutor em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Luiz Francisco Cintra Baccaro [Orientador]

Luiz Gustavo Oliveira Brito

José Paulo de Siqueira Guida

Olímpio Barbosa de Moraes Filho

Armando Antunes Júnior

Data de defesa: 02-02-2024

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-3977-0817>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/1459863542928541>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

NELIO NEVES VEIGA JUNIOR

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luiz Francisco Cintra Baccaro

MEMBROS:

1. PROF. DR. LUIZ FRANCISCO CINTRA BACCARO
 2. PROF. DR. LUIZ GUSTAVO OLIVEIRA BRITO
 3. PROF. DR. JOSÉ PAULO DE SIQUEIRA GUIDA
 4. PROF. DR. OLÍMPIO BARBOSA DE MORAES FILHO
 5. PROF. DR. ARMANDO ANTUNES JÚNIOR
-

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data: 02/02/2024

Agradecimentos

Aos meus pais, Nelio e Ana Maria, por colocarem minha educação como prioridade e me proporcionarem as condições e possibilidades instrumentais e afetivas para que até aqui chegasse.

A minha irmã Thayane, por demonstrar na prática o apoio fraterno incondicional a todos os meus projetos.

Ao Matheus, meu companheiro, que com paciência e perseverança jamais hesitou em apoiar meus sonhos, e com serenidade garantiu estabilidade nos momentos de turbulência.

Ao professor titular do Departamento de Pediatria Gil Guerra Junior, que durante a graduação foi minha fonte de inspiração na pesquisa científica.

Ao professor emérito Luís Guillermo Bahamondes, fonte inesgotável de inspiração na área da saúde sexual e reprodutiva, e modelo incontestado de uma ciência de ponta a serviço das mulheres.

Ao meu orientador, professor associado Luiz Francisco Cintra Baccaro, por ter permanecido ao meu lado em todas as mudanças de rotas empenhadas durante a pós-graduação, por, humildemente, sempre colocar o aluno como prioridade em sua função como orientador e ser fonte de segurança e tranquilidade em todo esse percurso.

E, por fim, as mulheres, em especial, as invisíveis e marginalizadas, via final comum de nossa atuação profissional; às participantes de pesquisa, que junto as anteriores, espero um dia serem as verdadeiras beneficiárias de nossas descobertas; e por todas aquelas que, mesmo sem saber, passaram pelo meu caminho e foram as catalisadoras do meu desejo de lutar indiretamente pelos seus direitos reprodutivos ainda inalcançados.

Resumo

Introdução: o cuidado integral ao aborto (CIA) é um componente essencial da saúde sexual e reprodutiva. Para isso, deve-se entender a qualidade do cuidado, como o manejo do aborto, as barreiras à obtenção desses cuidados em situações de vulnerabilidade, a experiência das mulheres, e também, monitorizar as mudanças das práticas clínicas ao longo do tempo. Isso previne o aborto inseguro, levando, assim, à redução de mortalidade e morbidade materna por complicações relacionadas ao aborto e atenua as desigualdades de acesso aos serviços de saúde de boa qualidade. **Objetivos:** avaliar os métodos de esvaziamento uterino e os fatores associados à sua utilização e identificar a associação entre vulnerabilidade social e cuidados pós-aborto após a instalação de uma rede de vigilância em um hospital de referência no Brasil, e explorar a gravidade, o manejo do aborto e a experiência de mulheres internadas por complicações relacionadas ao aborto em três estados do Brasil. **Métodos:** 1) um estudo transversal para avaliar a frequência de aspiração manual intrauterina (AMIU) e aborto medicamentoso (AM), identificando fatores associados ao uso de cada método de esvaziamento uterino; 2) um estudo transversal para avaliar a associação entre fatores sociais de vulnerabilidade e cuidados pós-aborto; 3) análise secundária do Estudo Multipaís sobre Aborto da Organização Mundial da Saúde (WHOMCS-A) que, através de uma medida padronizada, explorou a gravidade, os manejo de complicações do aborto e a experiência do cuidado em 20 hospitais no Brasil. **Resultados:** 1) Foram incluídas 474 mulheres no estudo, sendo que 91,35% passaram por esvaziamento uterino: curetagem (78,75%), AMIU (9,46%) ou AM (11,54%). O uso de AMIU aumentou ao longo do período

do estudo ($Z = 9.85$, $p < 0.001$). A admissão no ano de 2020 (OR 64.22; 95% IC 3.79–1086.69) e menor idade gestacional (OR 0.837; 95% IC 0.724–0.967) foram independentemente associadas ao uso da AMIU. O único fator associado independentemente ao AM foi um maior nível educacional (OR 2.66; 95% IC 1.30–5.46); 2) entre as 535 participantes, 42,4% apresentaram pelo menos um fator social de vulnerabilidade (< 20 anos de idade, baixa escolaridade, viver sozinha ou antecedente de violência). Não houve associação entre vulnerabilidade social e os cuidados pós-aborto (complicações, contracepção, uso de analgesia e esvaziamento uterino); 3) Foram incluídas 1.683 mulheres com complicações relacionadas ao aborto. Estas foram classificadas como leves (82,5%), moderadas (13,6%), complicações potencialmente ameaçadoras à vida (PLTC) (3,2%) e resultados maternos graves (SMO) (0,7%). A maioria das mulheres necessitou esvaziamento uterino (94,2%). Entre elas, 91,5% realizaram esvaziamento cirúrgico e 8,5% usaram apenas uterotônicos. O método mais comum de esvaziamento cirúrgico foi a curetagem uterina (66,9%). Mulheres atendidas no Maranhão (OR 0.25; 95% IC 0.11-0.60) e em Rondônia (OR 0.60; 95% CI 0.16–0.97), e com idade gestacional ≥ 13 semanas (OR=3.44; 95% IC 1.52–7.78) foram associadas à ocorrência de complicações graves (PLTC/SMO). A maioria (95,6%) relatou ter sido tratadas com gentileza; no entanto, 66,7% referiram estar ansiosas e 10,1% que suas preferências e escolhas durante a internação não foram respeitadas. **Conclusão:** A curetagem uterina ainda é realizada na maioria das mulheres dentro de um hospital de referência no Brasil. Entretanto, participar de uma rede de vigilância que promove o uso de métodos baseados em evidências mostrou aumento da realização da AMIU. Além disso, como não houve associação entre

vulnerabilidade social e cuidados pós-aborto, essa estratégia de vigilância pode também ampliar a equidade de acesso ao aborto seguro. Ampliar o conhecimento sobre o aborto através de metodologia padronizada para avaliar a gravidade das complicações relacionadas ao aborto no Brasil é essencial para o desenvolvimento de políticas de saúde pública que visem a reduzir a morbimortalidade relacionada ao aborto. A maioria das mulheres atendidas nos hospitais participantes apresentou complicações leves, porém foram submetidas ao esvaziamento uterino através do manejo cirúrgico, principalmente pelo método não recomendado de curetagem uterina e, apesar de serem tratadas com gentileza, ainda há um retrato de ansiedade e desrespeito às preferências dessas mulheres durante a internação.

Palavras-Chaves: aborto, saúde materna, vigilância em saúde pública, assistência integral à saúde

Abstract

Introduction: Comprehensive abortion care (CAC) is an essential component of sexual and reproductive health. To achieve this, the quality of care must be understood, such as the management of abortion, the barriers to obtaining this care in vulnerable situations, the experience of women, and also, monitoring changes in clinical practices over time. This prevents unsafe abortion and leads to a reduction in maternal mortality and morbidity from abortion-related complications and mitigates inequalities in access to good-quality health services. **Objectives:** To evaluate the frequency of uterine evacuation methods and the factors associated and to identify the association between social vulnerability and post-abortion care after the installation of a surveillance network in a reference hospital in Brazil, and to explore the severity and management of abortion and the women's experience of care in abortion-related complications in three states in Brazil. **Methods:** 1) a cross-sectional study to evaluate the frequency of manual vacuum aspiration (MVA) and medical abortion (MA), and identify the factors associated; 2) a cross-sectional study to evaluate the association between social factors of vulnerability and postabortion care; 3) a secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Abortion (WHOMCS-A) to describe the severity of abortion-related complications, the types of management and report the experience of women in 20 Brazilian hospitals. **Results:** 1) We included 474 women, 91.35% underwent uterine evacuation: curettage (78.75%), MVA (9.46%) or MA (11.54%). MVA use increased over the study period ($Z = 9.85$, $p < 0.001$). Admission in the year 2020 (OR 64.22; 95% CI 3.79–1086.69) and lower gestational age (OR 0.837; 95% CI

0.724–0.967) were independently associated with MVA use. The only factor independently associated with MA was a higher educational level (OR 2.66; 95% CI 1.30–5.46); 2) We included 535 participants, 42.4% had at least one social vulnerability factor (< 20 years of age, lower education level, living alone or a history of violence). There was no association between social vulnerability and post-abortion care (complications, contraception, use of analgesia and uterine evacuation); 3) We included 1683 women with abortion-related complication. It was classified as mild (82.5%), moderate (13.6%), potentially life-threatening complications (PLTC) (3.2%), and severe maternal outcomes (SMO) (0.7%). Most women (94.2%) required uterine evacuation. Among these, 91.5% performed surgical evacuation and 8.5% used only uterotonics. The most common method of surgical evacuation was uterine curettage (66.9%). Women attended in Maranhão (OR 0.25; 95% CI 0.11-0.60) and in Rondônia (OR 0.60; 95% CI 0.16–0.97), and with gestational age \geq 13 weeks (OR=3.44; 95% CI 1.52–7.78) were associated with the occurrence of serious complications (PLTC/SMO). The majority (95.6%) reported having been treated kindly; however, 66.7% reported being anxious and 10.1% had their preferences and choices not respected during hospitalization. **Conclusion:** Curettage is still performed in most women within a reference hospital in Brazil. However, participating in a surveillance network that promotes the evidence-based methods use has shown an increase in MVA performance. Furthermore, as there was no association between social vulnerability and post-abortion care, this surveillance strategy can also increase equity in access to safe abortion. Expanding knowledge about abortion through a standardized methodology to assess the severity of abortion-related complications in Brazil is essential for the development of public health

policies that aim to reduce abortion-related morbidity and mortality. Most women treated at the participating hospitals had mild complication, however, they performed uterine evacuation through surgical management, mainly through the non-recommended method of curettage, and despite being treated with kindness, there is still a portrait of anxiety and disrespect for their preferences during hospitalization.

Key words: abortion, maternal health, public health surveillance, comprehensive healthcare

Sumário

1.	Introdução	15
1.1.	Definições	15
1.2.	Cenário do Aborto no Brasil	17
1.3.	Epidemiologia	20
1.4.	Complicações do Aborto	23
1.5.	Cuidado integral ao aborto (CIA)	35
1.5.1.	Cuidado Integral ao Aborto e a Agenda 2030	36
1.5.2.	Cuidado Integral ao Aborto e Aborto Seguro.....	38
1.5.3.	Cuidado Integral ao Aborto e Qualidade do Cuidado	41
1.6.	Manejo do Aborto: Os Métodos de Esvaziamento Uterino	43
1.6.1.	Manejo Cirúrgico do Aborto	43
1.6.2.	Manejo Medicamentoso.....	49
1.7.	Experiência do Cuidado no Cuidado Integral ao Aborto	53
1.8.	Aborto e Vulnerabilidade.....	55
1.9	Sistema de Vigilância.....	58
2.	Objetivo	62
2.1.	Geral	62
2.2.	Específicos.....	62
3.	Métodos.....	63
3.1.	ESTUDO 1 e 2- Estudos Observacionais	63
3.1.1.	A Rede Musa	63
3.1.2.	Desenho do Estudos	64
3.1.3.	Critérios de Inclusão e Exclusão	64
3.1.4	Instrumento para coleta de dados	65
3.1.5.	Coleta de dados.....	65
3.1.6.	Variáveis	65
3.1.7.	Tamanho Amostral	67
3.1.8.	Processamento dos Dados e Análise Estatística	67

3.1.9. Aspectos Éticos	69
3.3. ESTUDO 3 – Estudo Observacional	70
3.3.1. Desenho do Estudo	70
3.3.2. Tamanho Amostral	72
3.3.3. Coleta de Dados	72
3.3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão	74
3.3.5. Análise Secundária	76
3.3.5.1. Coleta de Dados	76
3.3.5.2. Aspectos Éticos	77
3.3.5.3. Análise estatística	77
4. Resultados	80
4.1. Artigo 1 - Analysis of uterine evacuation methods in postabortion care after the implementation of a surveillance network (CLAP MUSA-Network) at a university Hospital.	81
4.2. Artigo 2 - Social inequities and postabortion care: Brazil's university hospital experience.	91
4.3. Artigo 3 – Abortion-related complications in Brazil: results from the WHO multicountry survey on abortion (MCS-A)	95
5. Discussão Geral	126
6. Conclusão	142
7. Referências	143
8. Anexos	179
8.1. Anexo 1. Ficha de Variáveis do SIP-A para a Rede Musa	179
8.2. Anexo 2. Termo de consentimento livre e esclarecido	181
8.3. Anexo 3. Termo de consentimento livre e esclarecido – Representante legal	187
8.4. Anexo 4. Termo de assentimento livre e esclarecido	193
8.5. Anexo 5. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	199
8.6. Anexo 6. Formulário Institucional (WHOMCS-A).....	210

8.7. Anexo 7. Ficha de Registros Médicos (WHOMCS-A).....	212
8.8. Anexo 8. Ficha ACASI	217
8.9. Anexo 9. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	228
8.10. Anexo 10. Autorização de Copyright para Inclusão do Artigo 1	236
8.11. Anexo 11. Autorização de Copyright para Inclusão do Artigo 2	237
8.12. Anexo 12. Comprovante de Submissão do Artigo 3	238

1. Introdução

1.1. Definições

O aborto espontâneo ocorre quando o feto ou embrião é expelido antes de 22 semanas de idade gestacional completas. Quando a informação sobre a idade gestacional não estiver disponível, pode-se utilizar como critério o peso ao nascer, ou seja, feto com peso inferior a 500 gramas também pode ser classificados como aborto [1].

Dos abortos espontâneos, cerca de 80% ocorrem até a 12ª semana de gravidez e de até 50-85% dos casos são detectadas anomalias cromossômicas [2,3]. Nos fetos euploides, os abortamentos tendem a ocorrer mais tardiamente, com pico de ocorrência na 13ª semana, incluindo como possíveis etiologias a síndrome do anticorpo antifosfolípide, trombofilias hereditárias, diabetes tipo I, tireoidopatias e anomalias uterinas como pólipos, septos e leiomiomas [3]. Os traumas, também são causas de abortamentos, podendo ser caracterizados como violentos (ferimentos, acidentes e violência doméstica) ou iatrogênicos (procedimentos invasivos) [4]. Já a associação entre abortamento espontâneo com o consumo de substâncias psicoativas ainda é pouco clara [5]. Sabe-se que o tabagismo pode ser responsável por um aumento de 30% em perdas gestacionais e o uso da cocaína, devido a redução do fluxo sanguíneo uterino e placentário, esteve associado a um risco 1,6 vezes maior de aborto espontâneo [6].

Já o aborto provocado, ou aborto induzido, é a interrupção da gravidez causada de forma intencional e/ou com intervenção externa, independente da

idade gestacional ou do peso fetal [1]. Fatores socioeconômicos, falta de apoio social, questões de saúde materna e considerações familiares são alguns dos motivos frequentemente citados pelas mulheres que optam por interromper a gravidez [7]. Além do estigma e das repercussões sociais, culturais e legais, esse tema, principalmente em países com legislações restritivas, pode levar a dilemas ético-morais [8]. Estes fatores, por sua vez, trazem desafios para a avaliação científica desses casos devido à dificuldade de acesso a dados fidedignos, já que pela semelhança do quadro clínico do aborto espontâneo, muitas mulheres omitem o ato deliberado de terminação da gravidez, uma vez que a indução de aborto é ilegal em muitos países, a exemplo do Brasil [9].

No que se refere a segurança, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define aborto inseguro como aquele em que o procedimento para terminar uma gravidez é realizado por pessoas sem treinamento e/ou em um ambiente sem padrões sanitários mínimos [10]. Já o aborto seguro, é realizado por profissional de saúde com competências técnicas necessárias e em ambiente com padrões de saúde adequados [11].

Já o conceito de gravidez não planejada é aquela gestação em que traz a falta de intencionalidade de concepção da pessoa que pode gestar. No entanto, mesmo uma gestação planejada, esta pode ou não ser desejada após a concepção [12]. Entender a gravidez indesejada dentro de um contexto e ao longo do tempo, pode mostrar indicadores da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, seja pelo avanço na disponibilidade e eficácia dos métodos contraceptivos, como também no impacto dos programas e políticas públicas de acesso ao aborto. De forma abrangente, compreender o fardo da gravidez

indesejada e seus impactos, é revelar a inequidade de acesso aos serviços de saúde devido a desigualdades e vulnerabilidade socioeconômica [12,13].

1.2. Cenário do Aborto no Brasil

De acordo com o Código Penal Brasileiro atual, que data desde 1940, a prática do aborto é crime, à exceção de três situações bem específicas, quais sejam: quando houver risco de morte para a mulher, em virtude da gravidez; quando a gravidez resultar de crime de violência sexual e, mais recentemente, em 2012, por decisão do Supremo Tribunal Federal, quando o feto for diagnosticado como anencefálico [14]. Os códigos penais anteriores, de 1830 e 1890, eram bem mais rigorosos, e não previam a exceção do aborto terapêutico para salvar a vida da mãe ou em caso de gravidez decorrente de violência sexual [14].

Por se tratar de um procedimento ilegal, as pesquisas são escassas e os dados produzidos não contemplam o entendimento integral do perfil do aborto no país [9]. Atualmente os números de internação de mulheres na rede pública de saúde e de mortalidade materna são baseados apenas nas informações oficiais obtidas através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que faz parte da Secretária de Vigilância à Saúde e no Sistema de Informação Hospitalares (SIH), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [15].

Pesquisas mostram que o perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram aborto provocado no país consistia em sua maioria de mulheres

adultas jovens, ou seja, menores de 19 anos, convivendo com companheiro(a), com oito anos ou menos de estudo, católicas, com pelo menos um filho, e que utilizaram mais frequentemente o misoprostol para induzir o abortamento [16]. Entretanto, apesar das pesquisas, faltam dados para compreender a magnitude do aborto no país, uma vez que a ilegalidade impacta negativamente na saúde das mulheres e pouco reduz sua prática insegura, perpetuando, assim, a desigualdade social [17].

Além da legislação brasileira restritiva, o país conta com uma disparidade na disponibilidade de acesso aos serviços de saúde. Entre 2013 e 2015, dos 68 serviços listados pelo Ministério da Saúde para realizar interrupção legal da gestação, apenas 37 realizavam interrupção da gravidez por violência sexual, e desses, apenas 27 intervinham também em casos de risco de vida da mulher e 30 dos 37 serviços atendiam as interrupções por anencefalia; além disso, essas unidades de saúde concentravam-se nas regiões Sudeste e Nordeste e sete estados do país não possuíam nenhum desses serviços [18].

Apesar da Lei 12.815/2013 dispor que todos os hospitais realizem o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [19], nem todos os serviços de saúde oferecem atendimento a outras causas de aborto legal [18]. Em 2019, foram descritos que 290 serviços realizaram aborto previsto em lei, e destes, 101 eram registrados como Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei (SRIGCPL), que são as unidades de saúde com funcionamento todos os dias, diuturnamente; ou seja, 65% dos serviços que realizaram aborto não tinham registro como referência. Além disso, cerca de 4 em cada 10 SRIGCPL não haviam realizado nenhum procedimento [20]. Apesar de parecer que mais serviços de saúde possam

realizar práticas do aborto legal, a falta de registro inviabiliza a concessão de dados e informações, além de dificultar a realização e promoção de políticas públicas [20].

Segundo o site Mapa do Aborto [21], até o ano de 2022 eram 115 os serviços de aborto legal cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como provedores de aborto para interrupção legal. Além de numericamente reduzidos, essas unidades de saúde estão localizadas em 3,6% dos municípios do país, ou seja, uma disparidade regional alarmante. A região Nordeste que tem a maior proporção de internações por aborto e parto, de 104,4 para cada 1000 mulheres, possui apenas 2,9% da oferta de serviço de aborto previsto em lei, enquanto no Sudeste, com taxa semelhante de aborto, de 104,2 para 1000 mulheres, possuem 40% dos serviços de saúde de aborto [20,22].

Isso se agravou durante a pandemia de covid-19. Apesar dos órgãos internacionais alertarem sobre a necessidade de se manter os serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) e atentarem para um aumento na taxa de gravidezes indesejadas [23-26], no Brasil, apenas 55% dos serviços de aborto se mantiveram funcionando durante a pandemia [27]. A discrepância regional se intensificou, já que apenas 31 cidades do país prestavam atendimento ao aborto legal, sendo que somente 2 locais assistiam a toda região Norte, e 13 estados do Brasil ficaram sem fornecer atendimento durante algum período da pandemia [27,28]. Isso afetou tanto o acesso das mulheres aos serviços de aborto seguro, assim como inviabilizou informações de dados para monitoramento e para avaliação das ofertas de serviços de saúde [29].

1.3. Epidemiologia

Globalmente, a gravidez indesejada corresponde a 44% de todas as gestações. Entre o período de 2015 a 2019, ocorreram 118 milhões de gravidezes indesejadas ao redor do mundo [13] e 56% dessas gestações terminaram em aborto induzido [30]. Ademais, sabe-se que dos 73 milhões de abortos que ocorrem anualmente, 45% são realizados de forma insegura [31,32].

Os dados sobre mortalidade e morbidade materna relacionada ao aborto continuam alarmantes. Estudos recentes mostram que entre 8 a 11% de mortes maternas são relacionadas a aborto, incluindo os espontâneos e gravidez ectópica; e a taxa de letalidade é de 42-63 mulheres para cada 100.000 abortos realizados [31-33]. De acordo com a Diretriz sobre Cuidados no Aborto de 2022 da OMS [34], de todas as mortes maternas, o aborto inseguro é responsável por cerca de 4,7% a 13,2%, ou seja, entre 13.865 e 38.940 mulheres morrem anualmente por falta de acesso ao aborto seguro. Não só a mortalidade materna, mas as complicações relacionadas ao aborto inseguro também são frequentes. Desde o aborto incompleto até quadros graves de hemorragia, infecção, perfuração uterina, rotura uterina e sepse são encontrados. Em 2012, cerca de 7 milhões de mulheres foram tratadas por alguma complicação de aborto inseguro nos países em desenvolvimento [35].

Há uma disparidade regional relacionada ao número de abortos. Os países desenvolvidos, que concentram mais de 20% da população mundial, apresentam somente 5% dos abortos classificados como inseguros. Isso se deve não apenas pelo avanço econômico, mas pelo acesso amplo à contracepção, menor desigualdade de gênero e, principalmente, ao fato de que a maioria desses

países possuem leis menos restritivas ao aborto. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a maioria dos abortamentos é realizada de maneira ilegal e insegura [36]. Entre 2010 e 2014, dos 25,1 milhões de abortos inseguros no mundo, 97 % ocorreram nos países em desenvolvimento [32]. Além disso, enquanto se estima que 30 mulheres morram a cada 100.000 abortos inseguros nos países desenvolvidos, nos países em desenvolvimento esse número sobe para 220 mortes para cada 100.000 abortos inseguros, chegando a 520 para cada 100.000 na África Subsaariana [36]. Esses números podem ser mais preocupantes, uma vez que há subnotificação e dificuldade de classificação do aborto, devido a presença das leis restritivas de acesso e ao impacto negativo do estigma do aborto na procura das mulheres pelos serviços de saúde [37].

Nos países da América Latina, estima-se que ocorram aproximadamente 6,4 milhões de abortos por ano, dos quais cerca de 3 em cada 4 abortos são classificados como inseguros [26] levando a 1000 mortes maternas e cerca de 500.000 hospitalizações na região [37,38]. Avanços no âmbito da saúde sexual reprodutiva na região fizeram que, entre os anos de 1990 e 2019, houvesse uma queda em 27% na taxa de gravidez indesejada, assim como um declínio de 8% no número de abortos [13] e uma redução do número de complicações pós-aborto de 7,7 para 5,3 em cada 1000 mulheres entre 15 aos 44 anos [35].

A mesma tendência de declínio acontece no Brasil. A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) 2021 [39] mostrou que, no ano de 2021, cerca de 10% das mulheres disseram ter feito ao menos um aborto na vida, ou seja, houve uma redução dos inquéritos anteriores que mostraram a taxa de 15% no ano 2010 e 13% em 2016. Além disso, o declínio também ocorreu na hospitalização para

finalizar o processo de abortamento, de 55% em 2010 para 43% em 2021. Todavia, as estatísticas ainda reportaram que uma em cada sete mulheres já tiveram pelo menos um episódio de um aborto até os 40 anos de idade e 66% dos abortos foram oriundos de uma gravidez não planejada. Esses dados da PNA- 2021, alinham-se aos números da organização de saúde sexual e reprodutiva, o Instituto *Guttmacher*, que mostrou que no Brasil, entre os períodos 1990–1994 e 2015–2019, a taxa de gravidez indesejada diminuiu 28%, a taxa de aborto permanece estável, porém houve um aumento de 38% para 48% as gravidezes indesejadas que terminam em aborto [40].

Uma vez que a legislação brasileira é restritiva em relação ao aborto, a clandestinidade atua fortemente nos abortos provocados, repercutindo em subnotificação dos dados [39]. Dessa forma, entender os números acerca do aborto e seus desfechos continuam um desafio para a saúde pública do país. Dados do SIM mostram que a mortalidade materna por aborto pode variar em quase 30% quando são consideradas não só as causas básicas de óbito por aborto, mas também quando se inclui outras causas de morte que tiveram como registro no atestado de óbito uma associação com o aborto [22]. Em 2006, a taxa anual estimada de abortos provocados no Brasil em mulheres entre 15 e 49 anos foi de 2,07 em cada 100 mulheres [41]. Assim, todo ano, cerca de 1 milhão de abortos acontecem no país [41] e estima-se que 500 mil aconteçam de forma ilegal, sendo que metade dessas mulheres procuram pelos serviços de saúde em decorrência de complicações relacionadas ao aborto, o que leva a morte de 200 mulheres por ano [42,43].

1.4. Complicações do Aborto

Estima-se que 7 entre 1000 mulheres entre 15 aos 44 anos sejam internadas em hospitais com complicações relacionadas por abortos realizados em condições inseguras [35]. Essas complicações ainda são uma causa importante e evitável de morbidade e mortalidade materna e se mantem como um desafio para a saúde pública [33].

No ano de 2010, a OMS lançou a Cobertura Nacional de Saúde, que preconizava que todos os indivíduos pudessem acessar serviços de saúde essenciais e de qualidade de que necessitam, sem dispender recursos financeiros, como a SSR [44]. Isso daria suporte à redução do aborto inseguro, já que propiciaria equidade de acesso aos serviços de saúde e minimizaria os entraves sociais e financeiros [31,45]. No entanto, a literatura revela que dos 115 países participantes dessa iniciativa da OMS, a maioria não apresenta planos para se atingir a atenção integral ao aborto, nem tampouco acesso a medicamentos para seu manejo clínico. Além disso, dispendem mais recursos financeiros e possuem mais serviços de saúde para tratar as complicações relacionadas ao aborto inseguro do que investimentos e políticas de cuidado ao manejo do aborto. Isso mostrou que apesar da assistência aos serviços de aborto possuem custo mais baixo e demandar menor tecnologia, os recursos são destinados à atenção das complicações do aborto inseguro, que demandam maior tecnologia de saúde e possuem um custo mais elevado, já que os cuidados das complicações pós-aborto podem demandar de drogas vasoativas, transfusão sanguínea e unidade de terapia intensiva para tratar hemorragias, perfuração uterina e sepse [31].

As complicações relacionadas ao aborto são quantificadas ao redor do mundo. De forma geral, a maioria das complicações são classificadas como menores: dor, sangramento, infecção; ou maiores: alteração no tônus uterino, hemorragia, perfuração uterina, laceração cervical, sepse e coagulação vascular disseminada [46].

Uma amostra nacional do Departamento de Emergência Médica dos Estados Unidos de 2009- 2013 mostrou que das mulheres atendidas nas unidades de emergência por aborto no país, 1 a cada 10.000 mulheres procuraram o serviço de emergência por algum tipo de complicação relacionada ao aborto e dessas 20,3% tiveram incidentes graves, que foram necessidade de transfusão sanguínea, abordagem cirúrgica ou internação [47]. No Brasil, a taxa de complicações pós- aborto é de 2,4 a cada 1000 mulheres entre 15 aos 44 anos de idade [35], porém, entre 2008 e 2018, observou-se redução de 0,76 pontos percentuais ao ano na taxa de internação hospitalar [48]. Em 2021, 43% das mulheres com aborto necessitaram de internação, taxa que era de 55% em 2010 [39]. Em um hospital terciário universitário em Campinas, referência para atendimento de casos de aborto, observou-se que 7,5% das mulheres internadas apresentaram complicações relacionadas ao aborto, sendo as mais frequentes sangramento excessivo e infecção [49].

Das complicações, a forma mais grave é o óbito materno. Apesar da mortalidade materna, ter sido reduzida quase pela metade entre 1990 e 2015 [50] estima-se que no ano de 2020, ocorreram cerca de 300 mil de mortes maternas ao redor do mundo [51]. Neste cenário, apesar da literatura mostrar queda no número de mortes maternas, os números de óbitos por aborto ainda

são preocupantes. Segundo a OMS, entre 2003 e 2009, o aborto foi responsável por 8% das causas de morte materna no mundo [33], porém a revisão de 2006, mostrou que essa mortalidade foi de 13%, provavelmente em decorrência de abortos inseguros [52]. Outros trabalhos também mostraram aumento da mortalidade materna por complicações relacionadas ao aborto foi de 15% em 1990 para 18% em 2013 [50].

Um modelo de transição que estudou as causas de morte materna no mundo, dividiu as causas de morte em três grandes grupos: infecção, causas maternas e fetais, causas periparto. O grupo infecção incluiu doenças infecto contagiosas, como malária, sífilis, HIV e tétano; sepse materna e aborto séptico, também incluiu o aborto inseguro, já que a sepse é a principal causa de morte correlacionada à insegurança. O grupo de causas maternas e fetais era composto por desnutrição, doenças crônicas não transmissíveis, prematuridade e anomalias congênitas; e o grupo periparto eram de causas relacionadas ao processo de nascimento como complicações obstétricas (hemorragia e distúrbios hipertensivos da gravidez, anomalias placentárias e alterações do cordão umbilical) e fetais intraparto e pós parto (hipotermia, asfixia). Constatou-se que entre o período de 1990 a 2013, houve uma queda na mortalidade desse grupo infecção, porém o grande declínio deu-se pela redução das doenças infecciosas, mas não no aborto, já que as complicações a este relacionadas tiveram crescimento de 20% no período [51].

O Brasil também vivenciou a mesma tendência de queda na mortalidade materna, passando de 72,4 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos em 2009 para 57,9 em 2019 [53]. Dentro das principais causas de morte materna no Brasil

por causas obstétricas diretas, que são aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, as complicações de aborto são a quarta causa [54]. Juntamente com as síndromes hipertensivas, as hemorragias e as infecções puerperais, as causas obstétricas diretas são responsáveis por 66% das mortes maternas no país [55].

Na América Latina tropical, que incluiu Brasil e Paraguai, em 2013 foram relatadas 225 mortes maternas por aborto [56]. Um estudo brasileiro que descreveu os números de aborto no país utilizando dados oficiais dos sistemas de informações do DATASUS, informou que entre 2006 e 2015, foram registrados 770 óbitos com causa básica aborto no Brasil [16]. Esse número ainda é em grande parte subnotificado, uma vez que muitos casos são declarados como infecção puerperal, hemorragias ou sepse, devido a criminalização da prática do aborto no país. Isso impossibilita dimensionar a magnitude do número de abortos inseguros e mensurar a morbidade materna [31,39].

Não só a morte materna se faz importante no contexto de saúde pública das complicações relacionadas ao aborto, mas também à morbidade materna relacionada ao aborto. O número reduzido de óbitos e em países de dimensões continentais, como o Brasil, entender os casos de morbidade, que atingem maior número de indivíduos, ajuda a fornecer informações mais específicas sobre formas de assistência à saúde. Dessa forma, entender a gravidade das complicações relacionadas ao aborto, viabiliza o entendimento da dinâmica da saúde materna em cenários com diferenças regionais e sociodemográficas,

auxilia na avaliação da qualidade da atenção das complicações de aborto, o que ajuda a promover estratégias de melhora na atenção à saúde da mulher [57,58].

É nesse contexto que a OMS definiu o conceito de “*near miss*” materno. Ele ocorre quando uma mulher quase evolui para óbito, mas sobrevive a uma complicação provocada ou agravada por seu estado gravídico-puerperal, em função de intervenções eficazes por assistência à saúde. Esses dados auxiliam no entendimento da eficácia e efetividade das intervenções que impediram o óbito materno, ou seja, na qualidade do cuidado; e também os casos de *near-miss*, que compartilham os mesmos determinantes dos casos de morte materna. Assim essas informações também são utilizadas como estratégia na redução da mortalidade materna [55,57].

Existem também outras complicações menos graves que não se enquadram na definição de *near-miss* mas que também demandam atendimento médico. Essas ainda esperam por uma melhor definição [59]. Uma revisão sistemática publicada em 2012 teve como objetivo quantificar a gravidade das complicações relacionadas ao aborto [60]. Além de obter uma letalidade média de 3,3% entre as mulheres que tiveram complicações pós-aborto, o estudo trouxe dois tipos de classificação: a) complicação muito grave, que incluiu os critérios de *near-miss*, a hemorragia (choque hipovolêmico, choque hemorrágico, coagulação intravascular disseminada, necrose uterina com perfuração e necessidade de transfusão sanguínea) e infecção (peritonite generalizada, septicemia, choque séptico e tétano) ; b) complicação de gravidade menor ou não especificada. Mesmo com essa divisão, muitos estudos não detalharam as complicações por gravidade, como não forneceram critérios padronizados e

detalhados para definir a gravidade. Outro achado foi que os estudos utilizaram alguns termos de forma mais ampla, ou seja, termos como “infecção” ou “hemorragia” poderiam estar incluídos tanto em casos graves como em casos menos graves [60].

Em 2018, uma revisão sistemática atualizada de Adler e colaboradores [59], utilizou-se, dessa vez, outra classificação das complicações relacionadas ao aborto, introduzindo o conceito de *near-miss* como um grupo isolado, além dos outros grupos divididos em complicações graves, complicações não graves/não especificadas e morte. Nesse estudo, 9% das internações hospitalares relacionadas com o aborto tiveram complicações classificadas com *near-miss* e a letalidade foi de 1,5% [61].

Essas diferenças entre esses dois estudos mostram que o uso de definições sistematizadas, como o de *near-miss*, são fundamentais para entendimento do impacto do aborto na saúde pública. O estudo Multipaís das OMS sobre Saúde Materna e Neonatal, mostrou que as definições da OMS para condições de risco de vida relacionadas com a gravidez foram válidas [62]. Uma análise secundária desse estudo que teve como objetivo descrever características do atendimento de mulheres internadas por complicações severas relacionadas aborto (casos de *near-miss* e óbitos maternos), também reportaram como limitação desse trabalho uma grande variação de informações prestada pelas unidades sanitárias, como por exemplo, falta de especificação sobre as condições da interrupção da gravidez; e ausência de categorização das condições de segurança do aborto [63].

Apesar do grupo de trabalho técnico da OMS reforçar o uso de sistemas de classificação de mortalidade materna a fim de ajudar na identificação de falhas nos sistemas de saúdes para reduzir as complicações e óbitos [64], os estudos sobre morbidade por aborto são limitados e variados [65-69]. Embora esses estudos apresentem uma quantificação dos efeitos do aborto, poucos deles incluem a natureza ou a gravidade das complicações, mas utilizando diferentes categorizações. Dentro desses trabalhos que analisam complicações relacionadas ao aborto também sugerem fortemente a necessidade de categorizar as definições de gravidade. Essa abordagem padronizada através de critérios permite que análises comparativas sejam realizadas em diferentes contextos e ao longo do tempo e garante intervenções baseadas em evidências para melhorar a saúde sexual e reprodutiva [70, 71].

Dessa forma, utilizando os critérios da OMS propostos, pode-se classificar as complicações relacionadas ao aborto através de sinais e sintomas da avaliação clínica e/ou laboratorial [59], com base em indicadores presentes no momento da admissão hospitalar, podendo ser divididos em cinco categorias hierárquicas e mutuamente exclusivas com base na gravidade:

- Leve:

- Aparência: presença de icterícia, palidez, sudorese ou fáceis doente;
- Nível de consciência: agitação, letargia ou coma;

- Exame abdominal: presença de algum desses sinais: descompressão brusca ou defesa abdômen distendido, diminuição de ruídos hidroaéreos, dor à palpação abdominal;

- Exame ginecológico:

- Presença de sangramento via vaginal em pequena/moderada quantidade;

- Corrimento vaginal com odor fétido;

- Dor a mobilização do no colo uterino ou na palpação uterina no exame de toque vaginal bimanual;

- Presença de massa anexial;

- Presença de corpo estranho.

- Moderada:

- Sangramento:

- Sangramento vaginal abundante, vermelho vivo (com ou sem coágulos); compressas/toalhas/roupas empapadas de sangue, palidez;

- Lesão intrabdominal:

- Dor abdominal/cólica, náusea, vômitos;

- Abdômen distendido/tenso/rígido;

- Dor referida no ombro (sinal de Kehr);

- Ruídos intestinais reduzidos, dor à descompressão brusca, dor à palpação.

- Infecção:

- Calafrios, febre, sudorese;

- Corrimento vaginal com mau cheiro;

- História de tentativa de interromper a gravidez.

- Condições potencialmente ameaçadoras da vida:

- Hemorragia grave: perda sanguínea anormal percebida (>1000mL), qualquer hemorragia acompanhada de hipotensão, qualquer hemorragia que necessita transfusão de sangue

- Infecção sistêmica grave: presença de febre (temperatura corporal >38° C), infecção confirmada ou suspeita (aborto séptico, endometrite, corioamnionite), alteração do estado de consciência (instalação ou piora), frequência respiratória ≥22, pressão arterial sistólica ≤ 100 mmHg.

- Ruptura uterina: Ruptura uterina confirmada por laparotomia

- Near miss materno de acordo com os critérios da OMS:

Definido pela disfunção de órgãos como os aparelhos cardiovascular, respiratório, distúrbios de coagulação, neurológico,

hepático, uterino, renal ou respiratório. Além disso, os critérios podem ser divididos entre:

- Critérios Clínicos:

- Cianose aguda;
- Frequência respiratória maior que 40 ou menor que 6;
- Oligúria não responsiva a fluídos ou diuréticos (definida oligúria como eliminação de urina menor que 30 ml por hora em 4 horas ou menor que 400 mL em 24 horas);
- Perda da consciência por tempo igual ou maior que 12 horas (escala de Glasgow como menor que 10);
- Ausência de consciência e ausência de pulso/batimento cardíaco.
- Icterícia na presença de pré-eclâmpsia;
- Gasping;
- Choque;
- Distúrbio de coagulação;
- Acidente vascular cerebral;
- Paralisia global.

- Critérios Laboratoriais:

- Saturação de oxigênio menor que 90 % por mais de 60 minutos;
- Trombocitopenia aguda (menor que 50 000 plaquetas);

- Creatinina igual ou maior que 300 $\mu\text{mol/l}$ ou igual ou maior que 3,5 mg/dl;
- Bilirrubina maior que 100 $\mu\text{mol/l}$ ou maior que 6,0 mg/dl;
- Lactato maior que 5;
- PaO₂ / FiO₂ menor que 200;
- pH menor que 7,1;
- Ausência de consciência e presença de glicose e cetoacidose na urina.

- Critérios De Manejo:

- Uso de droga vasoativa contínua;
- Histerectomia puerperal por infecção ou hemorragia;
- Transfusão igual ou maior que 5 unidades de concentrado de hemácias;
- Intubação e ventilação por tempo = ou > que 60 min, sem relação com anestesia;
- Diálise para insuficiência renal aguda;
- Reanimação cardiopulmonar (RCP).

-Morte materna

O estudo Multipaís da OMS sobre morbidade relacionada ao aborto (WHOMCS-A) foi um dos primeiros a utilizar essas definições padronizadas para a gravidade das complicações usando os critérios da OMS [71,72]. Nos 11 países da África foram identificadas 7% de condições potencialmente ameaçadoras da vida (PLTC) e 2,3% de complicações consideradas graves (SMO), que incluíram complicações por *near-miss* e óbitos maternos; enquanto que 58% foram moderadas e 32% leves [73]. Já no estudo da América Latina, que incluiu o Brasil, mostrou 1,2% foram de SMO, 3,1% condições PLTC, 49,5% de complicações moderadas e 46,3% leves [74]. Esses estudos da OMS trouxeram essas definições padronizadas das complicações na região tanto na América Latina quanto na África, o que permite quantificá-las e compará-las, tanto no contexto global como dentro da mesma região. Além disso, pode-se perceber que menos da metade das complicações foram classificadas como leves, ou seja, o aborto ainda é um grande problema de saúde pública nesses países e uma ameaça à vida das mulheres.

O adequado entendimento das complicações relacionadas ao aborto é fundamental na estratégia de combate à mortalidade materna. O uso de definições padronizadas permite medir o impacto global dessas complicações e através dessa análise é que se pode promover o fim das barreiras à assistência ao aborto acessível e reduzir os impactos sociais e de saúde do aborto inseguro [72].

1.5. Cuidado integral ao aborto (CIA)

O cuidado integral ao aborto (CIA), do inglês, *comprehensive abortion care* é um conceito central na prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva [75]. Segundo a Organização Mundial de Saúde, e definido como uma abordagem integral ao aborto, ou seja, incluem fornecimento de informações como aconselhamento reprodutivo e educação em saúde sexual e reprodutiva (SSR); gestão do aborto, que inclui os diversos manejos de aborto induzido, os cuidados relacionados com as perdas gestacionais e os abortos espontâneos; e o cuidado pós-aborto, que se estende desde o suporte psicossocial, manejo e intervenções do aborto, acesso a contracepção ampla, segura e acessível, e planejamento familiar [34,76].

O acesso universal à informação e aos serviços de SSR é essencial para a saúde individual e comunitária, parte fundamental para concretização dos direitos humanos [75]. Um exemplo disso ocorreu durante a pandemia de covid-19, em que a sobrecarga dos sistemas de saúde em todo o mundo impactou o acesso aos cuidados reprodutivos essenciais. De acordo com o guia operacional da OMS [77], durante a pandemia, estimava-se que uma redução de 10% nos serviços de SSR resultaria ao longo de 1 ano em cerca de 15 milhões de gravidezes indesejadas, 3,3 milhões de abortos inseguros e 29.000 mortes maternas adicionais. Não obstante, essa restrição de acesso à saúde afetaria de forma mais exacerbada os grupos vulneráveis, contribuindo para piora das desigualdades sociais e de gênero [78]. Isso tornou os CIA como parte lista de serviços essenciais de saúde [34].

1.5.1. Cuidado Integral ao Aborto e a Agenda 2030

As iniciativas e fortalecimento de políticas de acesso ao CIA são fundamentais para que se possa cumprir os Objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Esse é um plano de ação da Organização das Nações Unidas e de seus 193 Estados-membros, do qual o Brasil é participante, que objetiva, entre outros alcances, erradicar a pobreza, promover a vida digna para todas as pessoas, em todos os lugares, e proteger o meio ambiente e o clima. Isso pode ser colocado em prática por governos, sociedade civil, setor privado e por cada cidadão comprometido com as gerações futuras. A Agenda 2030 foi acordada e inclui uma Declaração com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas, e respeitando seu caráter universal, cabe a cada país, de forma soberana, ajustar essas diretrizes e seus mecanismos de implementação ao contexto nacional [79,80].

Atualmente, a Agenda 2030 e seis ODS fazem parte de uma mobilização de valores, direcionamento de modelos de desenvolvimento inclusivos e sustentáveis e na construção de justiça social. Para o desenvolvimento de políticas que atinjam a redução da mortalidade materna e o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, é necessário acessar alguns ODS:

- Objetivo 3 (Saúde e Bem-estar), que preconiza assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos e todas, em todas as idades. Dessa forma, até 2030, será necessário reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar,

informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais;

- Objetivo 5 (Igualdade de Gênero): alcançar igualdade de gênero e empoderar todas das mulheres e meninas. Isso quer dizer que, até 2030, é necessário acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas, eliminar todas as formas de violência contra elas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos e assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos. Este objetivo está acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.

De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Sustentável 2023 [81], o Brasil nesses dois objetivos tem seus dados mostrando uma permanência dos desafios significativos e com pontuação de cada item melhorando moderadamente, porém ainda insuficiente para atingir a meta. Isso se deve as desigualdades sociais e econômicas das regiões do país, a qualidade da informação disponibilizada e a qualidade dos programas e ações voltados para os serviços de saúde sexual e reprodutiva [82].

Além disso, como o aborto está entre as quatro principais causas de morte materna, para redução na mortalidade, são necessárias políticas públicas e diretrizes que norteiem a atenção ao aborto. Além de ser baseadas em evidências científicas atualizadas, para o reforçar o acesso integral de cuidados

ao aborto são necessários respeito pelos direitos humanos, incluindo um quadro jurídico e político favorável; disponibilidade e acessibilidade da informação; e um sistema de saúde que seja universalmente acessível, com bom funcionamento e que comporte a população e leve em conta suas diversidades. Em suma, erradicar o aborto inseguro e incluir intervenções de CIA no sistema de saúde são estratégias fundamentais para cumprir os ODS e melhorar as necessidades de saúde e os direitos das mulheres [34,83,84].

1.5.2. Cuidado Integral ao Aborto e Aborto Seguro

O conceito de aborto inseguro, já foi definido como sendo aquele em que o aborto é realizado por uma pessoa sem competências e habilidades necessárias e/ou em ambientes sem os padrões mínimos para realização de procedimentos médicos [10]. Essa definição de aborto inseguro foi estabelecida em um relatório técnico da OMS publicado em 1992 [85]. Isso motivou diversas pesquisas que buscassem estimar o número de abortos realizados de forma insegura, regionais e globais. Entre 1995 e 2008, avaliou-se a incidência do aborto seguro utilizando os critérios desse relatório da OMS [86]. Para o estudo, os abortos seguros eram aqueles realizados em países em que não havia restrições legais, tanto por motivos pessoais como socioeconômicos, ou em países que permitiam o aborto para preservar a saúde materna física ou mental das mulheres, já que poderiam considerar que nesses locais os abortos seguros estivessem disponíveis de forma mais ampla. Esse estudo mostrou que houve declínio na taxa de aborto entre 1995 e 2003, porém houve aumento dos abortos considerados inseguros, totalizando 49% dos abortos no mundo em 2008 e

regiões como a África e a América Latina tiveram, respectivamente, 97% e 95% dos seus abortos classificados como inseguros. Além dos resultados mostrarem uma disparidade de acesso ao aborto seguro no mundo, seus autores também destacaram que existia um espectro na classificação utilizada, já que seria necessário entender riscos associados a escolha dos métodos de aborto, a formação dos prestadores de saúde e as condições sanitárias instaladas para realização do aborto [86].

As condições que levam a um aborto seguro são influenciadas por diversos fatores. Ao longo de mais de 30 anos da definição de aborto inseguro pela OMS, houve mudanças nos processos históricos que trouxeram novas formas de compreensão do acesso ao aborto e novas tecnologias, e, por consequência, fizeram com que a definição de aborto seguro fosse dinâmica e respaldada por novas recomendações da OMS [34]. A legislação do aborto é uma das dimensões, já utilizada para garantir estimativas e que afeta no acesso das mulheres ao aborto seguro [86]. Contudo, faz-se necessário entender outros indicadores na provisão do aborto seguro. Por exemplo, analisar condições socioeconômicas e de vulnerabilidade, entender a disponibilidade de serviços para manejo do aborto seguro e investigar o atendimento de mulheres acerca do estigma relacionado ao aborto, possibilita traçar estratégias que visem à equidade de acesso e à qualidade do cuidado [13,87].

Ganatra e colaboradores [32] afirma ser necessário avaliar sempre o risco contínuo multidimensional para medir e entender a segurança do aborto e de acordo suas circunstâncias específicas, ou seja, as competências da pessoa que o realiza e o método utilizado, que ambos têm de cumprir os padrões médicos

mínimos [32]. Com isso, em 2014, foi proposta e utilizada uma nova classificação para o aborto como seguro, menos seguro e muito menos seguro. Assim, o aborto seguro seria aquele realizado com um método recomendado pela OMS, ou seja, aborto medicamentoso ou cirúrgico com uso de aspiração manual intrauterina, ambos com adequações a idade gestacional e realizado por profissional de saúde treinado. Já o aborto menos seguro, seria aquele com apenas um critério, por exemplo, aborto realizado por profissional treinado, mas com método não recomendado como a curetagem uterina. E o aborto muito menos seguro seria aquele realizado por indivíduos não treinados e com métodos perigosos [32].

Entretanto, mesmo com essa classificação de segurança do aborto, apesar dos dados informarem que as práticas clínicas eram realizadas de forma recomendada pela OMS, ainda faltaram informações relevantes, como as condições de infraestrutura do sistema de saúde, a qualificação do profissional de saúde, o uso da autoadministração de medicamentos considerados seguros, as relações entre a mulher e o serviço de saúde e outras qualidades do cuidado [88].

Dessa forma, em 2022, a OMS atualizou suas diretrizes de atenção ao cuidado do aborto lançando o “Abortion Care Guideline” [34], em português encontra-se a versão resumida das “Diretrizes sobre Cuidado no Aborto” [89]. Além de incluir os serviços da autoadministração do aborto medicamentoso e recomendar que outros profissionais de saúde treinados, como agentes comunitárias de saúde e farmacêuticos, pudessem manejar partes ou toda indução medicamentosa em gestações de até 12 semanas [90]; o manual ainda

reforça que o ambiente em que a mulher está inserida impacta diretamente no seu acesso à saúde e nos seus desfechos. Isso quer dizer que para assegurar o cuidado integral ao aborto é necessário acessar e garantir a qualidade da assistência. Isso envolve não só todas as práticas clínicas, como manejo medicamentoso e/ou cirúrgico, mas também a experiência dessas mulheres durante todo o processo de aborto [34].

1.5.3. Cuidado Integral ao Aborto e Qualidade do Cuidado

A qualidade do cuidado no aborto foi definida pela OMS como a prestação e experiência do cuidado adequado, sendo realizado em ambientes seguros e respeitoso e com a atenção integral e centrada no indivíduo [91]. Para que isso seja propiciado durante a assistência, os modelos de cuidado devem ser [92-94]:

- Eficazes: baseado em evidências científicas e que possibilitem melhora da saúde das pessoas e das comunidades e que atinja as expectativas.
- Eficientes: é o cuidado que maximiza o uso dos recursos e reduz desperdícios
- Acessíveis: realizado em momento oportuno, disponível em qualquer região e fornecido em um ambiente em que recursos e habilidades sejam apropriados para as necessidades médicas
- Aceitáveis: deve ser centrado no indivíduo, considerando suas preferências e valores e adaptar-se a diferentes aspectos étnicos e culturais

- Equitativos: de ver de acesso universal e igualitário, ou seja, disponível para todos, sem distinções de gênero, de características sociodemográficas ou culturais e regionais
- Seguros: realizado e fornecidos de forma segura com riscos mínimos de danos para os indivíduos. A disponibilidade dos serviços, a legalidade jurídica do aborto, e características individuais e sociodemográficas também impactam diretamente na segurança do aborto.

Para que esse processo de construção da qualidade do cuidado seja aplicado a diferentes contextos, é necessário realizar uma análise situacional. Esta nos permite entender o cenário do atendimento ao aborto, já que leva em consideração as leis e políticas vigentes ou em implementação dentro de uma região, como por exemplo, a criminalização do aborto e os limites de idade gestacional definidos para realização de determinados procedimentos. Isso possibilita expor os recursos já existentes dentro de um sistema de saúde, ou seja, avaliar a disponibilidade ou limitações dos serviços relacionados ao aborto [91,94].

Além disso, todas as etapas da qualidade do cuidado precisam ser monitorizadas através de um serviço de vigilância. Estes devem contar com sistemas de informação bem estabelecidos e estruturados de modo que se forneçam dados que auxiliem nas tomadas de decisão no contexto de políticas públicas. Com isso, os sistemas de vigilância conseguem propor estratégias que visem a redução da mortalidade materna e das complicações relacionadas ao aborto, elimine as desigualdades na saúde e torne os cuidados mais seguro [94,95].

1.6. Manejo do Aborto: Os Métodos de Esvaziamento Uterino

Melhorar o acesso das mulheres aos métodos de cuidados pós-aborto é recomendado pelas diretrizes da OMS para reduzir o aborto inseguro. A manejo do esvaziamento uterino é essencial na atenção integral ao aborto, pois reduz as complicações relacionadas ao aborto e minimiza os custos durante o tratamento de complicações do aborto inseguro [34], reduz o número de gravidezes não planejada [96], e é essencial para reduzir a morbidade e mortalidade materna em todo o mundo [97].

1.6.1. Manejo Cirúrgico do Aborto

- **Curetagem uterina (CTG):** é o procedimento em que o colo do útero é dilatado até que uma pinça ou cureta de diâmetro apropriado possa ser inserida para remover o conteúdo do útero [98].

É o segundo procedimento obstétrico mais realizado no Brasil no setor público, perdendo apenas para os partos vaginais [99] e o cenário no setor privado não é diferente. Estudos realizados no México mostraram que 70% das clínicas privadas realizavam CTG para aborto no primeiro trimestre de gestação e os fatores que influenciavam essa escolha eram múltiplos. Desde a disponibilidade dos materiais, já que existiam protocolos padrões, para limpeza e armazenamento, quanto os custos dos materiais. Além disso, profissionais de saúde relataram falta de confiança na eficácia de outros métodos, tanto por

inabilidade de competência técnica em exercê-las, como por desconhecimento dos seus benefícios para as mulheres [100,101].

Apesar dos seus custos já estarem contabilizados nas finanças dos serviços de saúde, a CTG envolve maiores encargos financeiros. A realização desse procedimento fica a cargo de um profissional médico e para a curetagem, a anestesia é necessária. Além disso, como é um procedimento que necessita de internação e que se associa um maior número de complicações, isso incorre num custo adicional pois há necessidade de maior tempo de hospitalização para outros tratamentos [102,103].

A curetagem uterina é realizada com um instrumento chamado cureta. Tem um diâmetro variável e é confeccionada em material rígido, muitas vezes aço [Fig.1]. Devido a essas características, a curetagem pode causar perfuração uterina, maior risco de sangramento e formação de aderências intrauterinas, as sinequias [99].

Figura 1. Cureta uterina



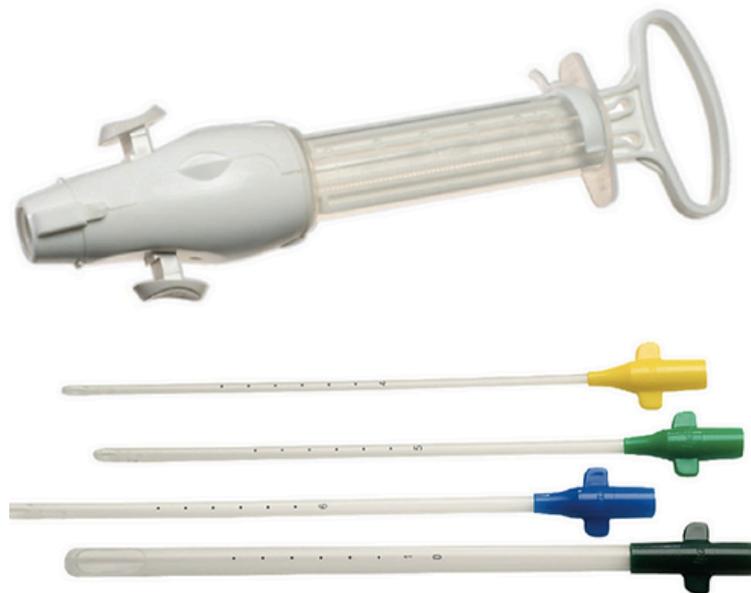
Fonte: Grantham Collection, 2022

Um estudo que avaliou mulheres submetidas à laqueadura laparoscópica logo após a curetagem por aborto no primeiro trimestre, mostrou que durante a laparoscopia observou-se que as perfurações uterinas ocorreram com frequência 7 vezes maior do que as suspeitas clínicas feitas antes da visualização [104]. Já uma revisão sistemática com metanálise observou que durante histeroscopia realizada 12 meses após aborto, das quais 86% das mulheres foram submetidas à CTG, sinéquias estavam presentes em 2 de cada 10 mulheres [105] e um estudo local que também avaliou a cavidade uterina de mulheres submetidas a CTG após aborto encontrou uma prevalência de 37,6% de sinéquias, sem associação com o número de abortos ou CTGs prévia [106]; ou seja, mostra que a CTG pode levar à amenorreia em mulheres com ciclos ovulatórios e à infertilidade [105,106]. Além disso, o *Joint Program* para Estudo de Aborto (JPASA), em sua análise de 250.000 casos de aborto, mostrou que a taxa de complicações como perfuração uterina, lesão cervical e intestinal, sangramento vaginal e endometrite foram de 6,7% com a CTG e 4,7% com outro método de esvaziamento uterino, a aspiração manual intrauterina (AMIU) [107]. Esse é um dado compatível com a revisão Cochrane de 2001 [98] que identificou dois ensaios clínicos que compararam AMIU com CTG e mostrou que a AMIU está associada a menor sangramento, dor e tempo de procedimento, e um dos estudos afirmou um maior risco de perfuração durante CTG quando comparado a AMIU.

- Aspiração Manual Intrauterina (AMIU): Este é um procedimento de esvaziamento uterino usando uma cânula de plástico atrelada a um vácuo

portátil. O conteúdo uterino é extraído através de vácuo realizado por um aspirador de plástico de 60 ml (seringa) por uma cânula. Existem diferentes tamanhos e diâmetros de cânulas, que variam de acordo com a idade gestacional [108] [Fig.2].

Figura 2. Kit de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)



Fonte: IPAS, 2023

De forma geral é um procedimento de duração curta, sendo realizado entre 3 e 10 minutos e diferente da CTG, a AMIU pode ser feita com anestesia local ou analgésicos, ou seja, a anestesia geral não é mandatória para realização do procedimento [103].

Segundo o Grupo de Trabalho para a Prevenção do Aborto Inseguro da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), para um progresso significativo na forma de condução da segurança dos casos de aborto é necessário substituir a curetagem pela aspiração intrauterina manual (AMIU) [108]. As diretrizes da OMS de 2022 recomendam que a AMIU seja a técnica cirúrgica de escolha para esvaziamento uterino em abortos induzidos com idade gestacional abaixo de 14 semanas [34]. Além disso, a aspiração uterina é mais segura e menos dolorosa que a curetagem uterina [34].

Diversos estudos destacam as vantagens da AMIU frente a CTG. A AMIU conta com poucos equipamentos e estrutura do sistema de saúde, já que pode ser realizada em diferentes ambientes, não necessariamente o hospitalar e nem é necessário ser em regime de internação, podendo ser realizado em outras unidades de saúde como centro de saúde, clínicas e ambulatórios. Além disso, de acordo com o as Diretrizes do Aborto Seguro da OMS e revisões da literatura [34, 97,98], a AMIU pode ser realizada por diversos prestadores de cuidados de saúde diferentes, como profissionais médicos e profissionais da enfermagem e da enfermagem obstétrica (*midwives*). Isso torna a AMIU um método mais acessível e com melhor custo-benefício.

A segurança desse método também foi amplamente estudada. O estudo que substituiu CTG por AMIU em uma maternidade no Gabão, país com baixo índice de desenvolvimento humano da África Ocidental, mostrou que a letalidade reduziu em quase 95% [109]. Quanto as complicações graves, como hemorragia que necessitou de transfusão sanguínea ou perfuração uterina/laceração cervical que necessitou de abordagem cirúrgica, uma revisão sistemática

mostrou esses eventos adversos ocorreram em menos de 0,1% das aspirações [110].

Quanto ao manejo do aborto cirúrgico, substituir a CTG pela AMIU é fundamental para prevenção do aborto inseguro [108]. A literatura científica traz exemplos de intervenções e experiências que sugerem que a mudança para métodos mais seguros é eficiente.

No Paquistão, um estudo descrito que incluiu entre os cuidados pós-aborto um conjunto de ações que disponibilizava atualização e treinamento prático da equipe de saúde para o manejo seguro do aborto. Durante o período do estudo, a maioria das mulheres recebeu métodos seguros e entre o manejo cirúrgico, 32% foram submetidas a AMIU e 5% a CTG. Além disso, evidenciou que os prestadores de saúde que não receberam o treinamento inicial foram responsáveis por oferecer e praticar mais CTG [111].

Da mesma forma, Bangladesh através de ações da FIGO, atualizou e produziu manuais e diretrizes e materiais informativos sobre cuidados pós-aborto, treinou profissionais de saúde e forneceu kits de AMIU, incentivando o seu uso. Durante 18 meses do estudo, o uso da AMIU aumentou em 3,6 vezes, ressaltando que é possível a mudança da curetagem uterina para AMIU para mulheres com aborto incompleto, visando até uma substituição completa da CTG por outros métodos de aborto mais seguro [112].

1.6.2. Manejo Medicamentoso

O aborto medicamentoso é aquele que depende do uso de medicamentos, seja em dose única ou em combinação de medicamentos, principalmente uma combinação de mifepristone e misoprostol [34].

Uma das primeiras pílulas recomendadas pela *Food and Drug Administration* (FDA) e aprovada nos EUA para interromper uma gravidez foi a mifepristone, um esteroide sintético com uma ação antiprogestacional em resultado da sua competição com a progesterona nos seus receptores. Sua ação é potencializada em combinação com o uso de misoprostol, que é um análogo sintético da prostaglandina E1, o que estimula o amolecimento, apagamento e maturação do colo uterino, favorecendo a sua dilatação, além de promover e estimular a contração uterina [113]. Esta combinação de medicamentos tem sido recomendada nas orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para cuidados de aborto seguro desde 2003 e estão incluídos na Lista de Medicamentos Essenciais da OMS [114].

Segundo a revisão da Cochrane de 2022 [115], apesar do mifepristone e do misoprostol serem os medicamentos mais comuns, outras medicações podem ser utilizadas. Por exemplo, o metotrexato, muito utilizado para a gravidez ectópica, pois é um antagonista do ácido fólico que inibe a síntese de purinas e pirimidinas e é citotóxico para o trofoblasto; e o letrozol, que é um método alternativo, também recomendado pela OMS em combinação com misoprostol, já que suprime os níveis de estradiol, aumentando assim o efeito do misoprostol na indução do aborto [115].

O Mifepristone está registrado em 70 países, enquanto o misoprostol, que apresenta outras indicações, como seu uso para indução de trabalho e no

manejo da hemorragia pós-parto deveria estar amplamente disponível [116]. Em locais com indisponibilidade do mifepristone, o uso isolado do misoprostol é recomendado [34]. No Brasil, por exemplo, o mifepristone não está disponível, porém a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) exige a disponibilidade do misoprostol para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal do Brasil [117].

Dentre os métodos de aborto medicamentoso, o misoprostol apresenta diversas vantagens, já que é considerado um método seguro, eficaz, com poucos efeitos adversos e complicações, custo reduzido e de fácil administração [34, 118].

Taxa de sucesso do uso isolado do misoprostol é variável, mas sempre é superior a 80%, ou seja, o processo de aborto completo é realizado sem a necessidade de nenhum manejo cirúrgico adicional. Essa variação depende da dose e da via de administração do misoprostol [119]. Apesar de indicar baixa evidência, a revisão da Cochrane [115] mostra que a administração oral de forma isolada pode apresentar mais falhas no aborto completo do que a administração por via vaginal e o misoprostol vaginal é provavelmente mais eficaz que a administração oral e pode ter menos efeitos colaterais que a administração sublingual ou bucal.

Quanto a efetividade, para idades gestacionais abaixo de 12 semanas, a dose recomendada pela OMS é de 800 µg de misoprostol, e, se necessário, repetir as doses até completar o aborto [34]. Mulheres que relataram administrar um regime padrão de misoprostol isolado de 3 doses de 800 µg de misoprostol tiveram uma efetividade do processo de aborto de 99% [119]. Com a dose de 600 µg de misoprostol, um estudo clínico em Burkina Fasso encontrou uma taxa

de aborto completo de 94,5% [120] e enquanto um estudo na Tanzânia mostrou 99% de efetividade [121].

Ainda é possível ver vantagens com relação a custo-efetividade do aborto medicamentoso com misoprostol. A substituição do manejo cirúrgico pelo medicamentoso representa uma economia para os serviços de saúde. Um estudo da universidade de Salamanca que comparou os custos das intervenções do aborto com misoprostol com a curetagem uterina concluiu que o manejo clínico se mostrou 5 vezes mais barato para o sistema público de saúde espanhol [122]. Já quando comparado com a AMIU, além de não haver diferenças estatísticas da efetividade entre as formas de manejo, o custo médio do tratamento foi maior em mulheres submetidas a AMIU do que aquelas que utilizaram misoprostol [123].

Entre os efeitos adversos descritos, após a administração do misoprostol, as mulheres geralmente apresentam sangramento e cólicas, náuseas e vômitos, diarreia; esses sintomas são considerados uma parte normal do processo de aborto medicamentoso. O estudo multicêntrico publicado no JAMA em 2023 [119] mostrou que quase todas as participantes referiram algum tipo de sangramento via vaginal, porém, 9 de cada 10 mulheres não referiu qualquer sangramento prolongado, dor extrema, febre alta ou problemas corrimento vaginal. Já em relação as complicações graves, menos de 0,6% necessita de Transfusão sanguínea por hemorragia, a taxa de infecção varia de 0,01% a 0,5% e sepse grave é descrita em 1 a cada 100.000 casos de aborto com misoprostol [97].

Educação em saúde é fundamental para aceitação do processo de aborto isolado com misoprostol. Entender os efeitos adversos, o tempo de duração,

alinhar expectativas e necessidades das mulheres, auxilia a melhorar percepções de qualidade com melhor compreensão da experiência. A decisão do uso de misoprostol dentro do ambiente hospitalar para a maioria das mulheres ocorre devido a sensação de sentir-se mais segura no hospital e de o aborto cirúrgico teria um tempo maior entre a internação e a realização do procedimento, enquanto o misoprostol seria iniciado de forma mais rápida e que muitas mulheres não desejariam realizar um procedimento cirúrgico devido a anestesia [124]. Segundo o ensaio clínico que avaliou a escolha do tratamento do aborto incompleto com misoprostol ou o uso da AMIU, percebeu-se que houve melhor aceitação e satisfação do misoprostol do que com manejo cirúrgico com AMIU [123].

Outras vantagens é que, em diversos países, o misoprostol pode ser fornecido fora do ambiente hospitalar e fornecido por diversos profissionais de saúde [34]. Pode-se perceber um aumento desse tipo de prática pela ampliação do acesso a serviços de saúde digitais em decorrência da pandemia da covid-19. A escolha desse método para aborto em domicílio em 2020 foi de 85% de todos os abortos realizados em Inglaterra e no País de Gales, e 88% dos abortos realizados na Escócia [111]. Além disso, há diversas evidências de segurança e eficácia na realização do aborto medicamentoso por diversos profissionais de saúde. O ensaio clínico randomizado realizado em Uganda mostrou que a avaliação clínica e o tratamento do aborto incompleto com misoprostol fornecido, seja fornecido por *midwives* como por médicos, se mostrou de forma similar tanto eficaz como seguro, com taxas de sucesso superiores a 90% [126]. Seja o recurso do acesso ao aborto medicamentoso realizado por telemedicina, seja o fornecimento do acesso por diversos profissionais de saúde também estratégias

que possibilitam o aumento do acesso das mulheres a cuidados pós-aborto de forma segura [34].

1.7. Experiência do Cuidado no Cuidado Integral ao Aborto

A qualidade técnica dos profissionais de saúde que atendem aborto e os padrões normativos que as unidades de saúde devem cumprir são fundamentais para garantir a qualidade do CIA seguro. No entanto, o estigma social relacionado ao aborto pode levar a consequências negativas para a saúde da mulher [29]. Estudos mostram diversas situações de abuso e desrespeito, discriminação, procedimentos médicos sem consentimento e abandono nas unidades de saúde [127,128]. Melhorar a qualidade do cuidado no âmbito da SSR é fundamental para promover equidade de acesso na saúde e essencial para atingir os ODS [79].

Para isso, as Diretrizes sobre Aborto Seguro [34] implementaram o conceito, já estabelecido para outras áreas de saúde, do cuidado centrado na pessoa (*person-centred*) [93,129,130]. Isso engloba o respeito as características, preferências e valores individuais e pessoais, adequados aos diferentes contextos locais. Além de respeito e dignidade fazerem parte dos direitos humanos, acessar a experiência dos cuidados centrados correlacionam-se com uma melhor utilização dos cuidados resultados em saúde [131], ou seja, trata-se de um aspecto fundamental da qualidade do cuidado entender a experiência do cuidado [30,34].

Com base nesse conceito, os aspectos interpessoais que podem indicar a qualidade do cuidado recebido por um usuário em uma unidade de saúde, como os domínios da comunicação eficaz; respeito e dignidade; e apoio emocional [131]. Isso pode ser influenciado por fatores relacionados à unidade e à equipe de saúde e por características clínicas, como história obstétrica e situação sociodemográfica [132]. Ao monitorizar esses indicadores da experiência, os serviços de saúde podem visualizar áreas que precisem de intervenções e avaliar o sucesso dos programas de SSR. Além disso, mulheres com experiências positivas podem potencializar outras mulheres a procurar por acesso a serviços de aborto seguro, o que poderia aumentar a chance de uma busca pelos serviços de forma mais precoce. [133,134].

As características dos domínios acima elencados reforçam o destaque da Comissão de Saúde do Lancet [95], que coloca na qualidade da assistência ao aborto como um reflexo da vulnerabilidade das mulheres. Um estudo qualitativo realizado em um hospital público do Quênia, mostrou que mulheres mais vulneráveis eram recebidas com menos confiança [135]. No Brasil, em que as taxas mais altas de aborto ocorrem em mulheres com menor escolaridade, negras e indígenas e que vivem em locais pobres [39] os relatos de maus-tratos durante a assistência ao aborto passam por julgamento moral, restrição a analgésico, ameaças de denúncias, entre outras [136].

Logo, as implicações da experiência do cuidado impactam na qualidade nos resultados de saúde, como os desfechos das complicações relacionadas ao aborto. A falta de confiança, de privacidade ou medo de interações negativas podem influenciar tanto na adesão ao tratamento proposto, como em futuras decisões em buscar um serviço de saúde [137]. Mulheres que atrasaram o

atendimento devido a abortos inseguros e cuidados pós-aborto inadequados tiveram complicações pós-aborto desproporcionalmente mais graves, como morte, sepse, choque [138]. Os relatórios anteriores do inquérito multinacional do WHOMCS-A, mostraram que 60% das mulheres dos países africanos relataram experiências negativas de cuidados, 20% não tiveram suas escolhas respeitadas e não tiveram informações suficientes sobre seu tratamento [73].

1.8. Aborto e Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade engloba múltiplas condições determinadas por fatores ou processos físicos, sociais, econômicos e ambientais que aumentam a susceptibilidade individual ou coletiva aos impactos dos perigos ou exposição a uma dada situação. No plano social, a vulnerabilidade está relacionada a aspectos sociais, políticos e econômicos e culturais combinados e determinam situações de maior risco à saúde, e menor acesso e utilização dos recursos de saúde, ou seja, é um indicador da iniquidade e de desigualdade social [139]. Para avaliar o grau de vulnerabilidade social é preciso entender a aplicação e os aspectos da legislação em vigor do país e as formas de acesso e qualidade dos serviços de saúde [140]. A magnitude do aborto faz com ele seja socialmente determinado, com as leis e políticas brasileiras influenciando a assistência à saúde da mulher e como os aspectos de vulnerabilidade determinam desigualdades no CIA.

A maioria das mortes por complicações relacionadas ao aborto acontece em países de baixa renda e em populações vulneráveis e condições estigmatizadas como o aborto tornam os indivíduos mais suscetíveis e

vulneráveis a cuidados de má qualidade [34, 132, 141]. Isto é, garantir o acesso ao aborto seguro para esses indivíduos se faz necessário para fornecer um acesso equitativo a serviços de saúde de boa qualidade, reduzindo assim causas evitáveis de morte materna e dos danos causados pelas práticas de abortos inseguros [41]. Além disso, mesmo com os custos relativamente baixos dos serviços de aborto seguro para o sistema de saúde e muitas vezes com custos reduzidos para as mulheres, a população socioeconomicamente desfavorecida pode ter sua procura por serviços de saúde ainda mais cerceada [125].

Em 2020, a OMS divulgou um conjunto de evidências e formas de abordagem mostrando que condições sociais, físicas e econômicas da sociedade têm impacto na saúde. Nesse sentido, a estratificação social, seja por renda, escolaridade, ocupação, idade, gênero, raça/etnia faz com que os indivíduos sejam expostos a diferentes condições de saúde, ou seja, pessoas com maior vulnerabilidade tem piores condições de saúde e menor acesso e disponibilidade de recursos e, por consequência, piores desfechos [142].

Essas estruturas que determinam os processos sociais que impactam na a distribuição dos recursos para a saúde, são chamados de determinantes sociais em saúde (DSS). Estes refletem as condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, assim como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, raça/etnia. Entender os DSS no âmbito da SSR é importante para o desenvolvimento de avaliação de recursos e políticas públicas e seu impacto na redução de iniquidades em saúde, já que mulheres em condições sociais desfavorecidas têm maior probabilidade de sofrer uma gravidez não planejada do que aquelas com melhores recursos financeiros e sociais [143].

Diferentes situações de vulnerabilidade social entre mulheres atendidas por aborto são descritas na literatura. Na África Subsaariana, mulheres solteiras apresentaram maior risco de gravidade de complicações relacionadas ao aborto [73], assim como ter idade menor que 30 anos, ser solteira, apresentar menor renda e ter dependência econômica também esteve associado a maior risco de experiências de cuidados negativas [144].

Já no Brasil, as mortes por aborto ocorrem principalmente em mulheres pobres, jovens, negras e com baixa escolaridade [145]. Em 2021, o Programa Nacional do Aborto [39], mostrou que das mulheres que tiveram dois ou mais abortos entre os 20 e 39 anos, quase 75% eram negras e das mulheres que tiveram primeiro episódio de aborto, mais da metade tinha menos de 19 anos de idade. A revisão sistemática sobre aborto inseguro no país, mostrou prevalências mais elevadas em populações socialmente mais vulneráveis e uma associação dos abortos inseguros com baixa renda, etnia não branca e mulheres solteiras [41].

Não só nacionalmente podemos perceber esse cenário, quando se avalia dentro da mesma região do Brasil, as vulnerabilidades não se alteram. O estudo realizado em cidades do nordeste do país que tinha como objetivo entender as falhas na prestação de cuidado no aborto, mostrou que a maioria das mulheres eram jovens, sendo quase 35% menores de 24 anos, 50,9% com poucos anos de educação formal, mais de 80% das mulheres solteiras e com quase 90% de mulheres que se autodenominavam de pardas ou negras [146].

Desse modo, para garantir o aborto seguro, é preciso uma infraestrutura dos serviços de saúde propícia e adequada. Ademais, urge que os determinantes sociais, como a igualdade de gênero, direitos humanos e

equidade de acesso a mulheres com maior vulnerabilidade em suas vidas reprodutivas, possam ser condutores das políticas públicas a fim de eliminar resultados negativos e reduzir as desigualdades em saúde [143].

1.9 Sistema de Vigilância

Os sistemas de vigilância e informação em saúde são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, que têm como objetivo primordial o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões de políticas públicas. De acordo com a Diretriz de Cuidados do Aborto Seguro da OMS [34], o monitoramento e a avaliação das características do aborto são essenciais para entender seu cuidado e realizar estratégias para melhorar a prestação e a qualidade dos serviços e reduzir morbimortalidade materna relacionadas ao aborto.

A vigilância contínua do aborto pode informar a prevalência e incidência do aborto na população. Isso é um importante indicador de saúde pública, já que contribui para o cálculo do número total de gestações e paras taxas de gravidezes indesejada [96,147-149]. Ademais, estudar mudanças nessas taxas em diferentes períodos e contextos auxilia no entendimento do funcionamento de programas do sistema de saúde. Ainda, os dados de vigilância podem informar características sociodemográficas as mulheres que realizam abortos, como idade e etnia, o que auxilia na identificação de grupos vulneráveis e suas inequidades de acesso aos serviços de saúde [147,148]. Com isso pode promover diferentes ações socioassistenciais para que se promova o

conhecimento da própria população sobre o acesso aos cuidados de aborto de qualidade [147].

Nos Estados Unidos, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) tem um programa de vigilância do aborto desde 1969. Este documenta o número de abortos e as características das mulheres que foram submetidas a indução legal de aborto no país. As informações que são compiladas produzem material com estimativas nacionais. Em 2021, o CDC revelou um total de 625.978 abortos induzidos, mostrando um aumento de 5% no número de abortos do ano anterior [148] e, em 2020, ainda se estimou que 21% de todas as gravidezes no país terminaram em aborto induzido [149]. Além desse sistema de informações revelar fatores como melhoria na contracepção e no acesso e disponibilidade dos serviços de saúde, mostra também como mudanças econômicas e a cenários como a pandemia de covid-19 puderam impactar na decisão de planejamento familiar e nas práticas clínicas, já que houve fechamento de serviços de saúde e aumentou o atendimento por telemedicina [148].

Os serviços prestados também são monitorizados pelos sistemas de vigilância do aborto. Informações sobre disponibilidade de métodos, profissionais de saúde e de fatores como a idade gestacional e o procedimento de aborto utilizado podem fornecer informações importantes sobre a segurança e a qualidade da assistência ao aborto [147].

Em um estudo conduzido em Bangladesh avaliou-se a introdução de um conjunto de indicadores de processos que complementaria os sistemas de monitorização a fim de documentar as intervenções de cuidados obstétricos com base em um modelo de atenção ao aborto seguro [150]. Após a implementação

desses ajudes, comparou-se os desfechos antes e depois desses novos indicadores. Dentre os achados, foi encontrado elevado número de complicações de aborto, sem tendência de melhora entre os períodos analisados e quanto ao manejo cirúrgico, houve uso persistente da CTG, apesar da AMIU ser o método de escolha e estar amplamente disponível em Bangladesh. Além disso a implementação desse novo modelo também demonstrou benefícios na melhora da qualidade dos relatórios, que fez com que se destacasse áreas que necessitasse melhorias na prestação de serviços, como aumento ao acesso de métodos contraceptivos [150].

Segundo a OMS, é necessário avaliar a qualidade dos cuidados de saúde materna em todas as unidades de saúde que admitem mulheres durante o parto ou que apresentam possibilidade de tratamento para aquelas com complicações relacionadas à gravidez [136]. Entretanto, quando analisamos os dados sobre o aborto estamos sujeitos a diversas inconsistências. Dentre elas, a legislação do país e o estigma social moralizante advindo do aborto pioram a qualidade das informações [137]. A subnotificação de casos também ocorre pela a criminalização do aborto instalada em diversos países, como o Brasil, e por falha do próprio sistema de informação que não coleta dados acerca do aborto inseguro [37]. A análise de dados no aborto entre os anos de 1990 a 2018 e constatou que apenas 54% dos países do mundo tinham dados disponíveis sobre aborto, sendo muitas dessas informações eram fornecidas de forma incompleta [152]. Na África Subsaariana, existem dados de 40% dos países e 1 a cada 3 registros de informações são incompletos, porém observou-se que número de estudos e pesquisas cresceram no continente a partir do ano de 2010. Na América Latina, entretanto, apenas 45% dos países tinham dados sobre o

aborto e 62,8% foram classificados como incompletos, e para agravar a situação, durante o período estudo, não haviam sido realizados novos estudos científicos desde o ano de 2009 [152].

Esses exemplos ao redor do mundo, mostram que os sistemas de vigilância do aborto além de fornecerem informações sobre os sistemas de saúde, também avaliam programas e políticas de acesso ao aborto seguro e as mudanças de manejo e práticas assistenciais [147-150]. Com isso é possível sistematizar a informação e facilitar investigações a fim de planejar ações de gestão e mudar políticas públicas.

2. Objetivo

2.1. Geral

Descrever o cuidado integral ao aborto em nível local e nacional.

2.2. Específicos

2.2.1. Avaliar os métodos de esvaziamento uterino e identificar os fatores associados à sua utilização após a instalação de uma rede de vigilância em um hospital de referência no Brasil.

2.2.2. Avaliar a associação entre vulnerabilidade social e cuidados pós-aborto após a instalação de uma rede de vigilância em um hospital de referência no Brasil.

2.2.3. Avaliar a gravidade, o manejo do aborto e a experiência de mulheres internadas por complicações relacionadas ao aborto em três estados do Brasil.

3. Métodos

3.1. ESTUDO 1 e 2- Estudos Observacionais

3.1.1. A Rede Musa

Em 2015 o Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) iniciou um processo de revisão da seção de aborto do Sistema Informatizado Perinatal (SIP) devido à necessidade de sistemas de informações sobre o aborto na América Latina. O SIP é um sistema informatizado desenvolvido pela OPAS, utilizado desde 1983 em diversos países da América Latina e do Caribe para acompanhamento de gestantes [153]. Foram definidas as variáveis mínimas que deveriam estar contempladas na história clínica de mulheres em situação de aborto, como os novos critérios de morbidade materna grave propostos pela OMS [59].

Para isso, o CLAP instituiu uma rede multicêntrica na América Latina e Caribe para coleta de dados, a Rede MUSA (Mulheres em Situação de Aborto), composta inicialmente de 29 núcleos sentinelas, localizados em 12 países. Através do SIP-aborto cada núcleo sentinela pode produzir dados locais através do banco de dados gerados pelo sistema; e, em nível central, o SIP-aborto pode consolidar os dados de diversas regiões do mesmo país, além de unificar os dados do continente e descrever a situação de diversos indicadores de saúde relacionados ao aborto. A implantação desse sistema de vigilância fez com que o registro mensal dos quadros de abortamento fosse realizado e, em contrapartida, os núcleos sentinelas recebiam informes periódicos mensais do CLAP sobre o preenchimento do banco de dados para melhorar a qualidade das informações, e relatórios sobre os desfechos de saúde e sobre a frequência de

utilização das práticas de aborto seguro recomendadas de acordo com OMS. Para reforçar essas recomendações, o CLAP conduziu discussões científicas, em forma de webinar, com diversas diretrizes e recomendações sobre intervenções baseadas em evidências a fim de melhorar os cuidados às mulheres e incentivar boas práticas clínicas para o aborto seguro [37,154].

No Brasil, o Hospital da Mulher Prof. Dr. J. A. Pinotti – CAISM/UNICAMP foi um dos núcleos sentinela selecionados pelo CLAP por atender gestantes com hemorragias de primeiro trimestre de forma sistematizada, além de apresentar uma reconhecida estrutura acadêmica.

3.1.2. Desenho do Estudos

Foram realizados estudos de corte-transversal com coleta de dados prospectiva com base nos dados colhidos através da Rede MUSA, sendo o estudo 1, no período de julho/2017 a novembro/2020 e o estudo 2, no período de julho/2017 a setembro/2021 no Hospital da Mulher “Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti” (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas.

3.1.3. Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas todas as mulheres admitidas com quadro de aborto (retido, em curso, incompleto ou completo, de qualquer causa) e interrupções legais, em mulheres de qualquer faixa etária, atendidas no Hospital da Mulher “Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti” (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas.

Foram excluídas as mulheres que tiveram episódio de sangramento durante a gestação que não evoluiu com aborto confirmado, ou seja, quadros de ameaça de aborto, além de gravidez ectópica e gestação molar.

3.1.4 Instrumento para coleta de dados

Todas as mulheres que aceitaram participar do projeto intitulado “Análise de dados clínicos de mulheres em situação de aborto Rede MUSA - Brasil” e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e tiveram os seus dados colhidos através de ficha de variáveis de interesse epidemiológicos (Anexo 1) e digitados e armazenados na seção sobre abortamento do SIP (SIP-A).

3.1.5. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por médicos residentes ou acadêmicos de medicina do Hospital da Mulher "Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti CAISM-UNICAMP. Todos os médicos residentes e os acadêmicos tinham recebido treinamento para preenchimento da ficha de variáveis de interesse epidemiológico. Além disso, toda a coleta e preenchimento do banco de dados foi supervisionada pelo pesquisador responsável e pesquisadores assistentes.

3.1.6. Variáveis

3.1.6.1. Estudo 1

Foram consideradas variáveis dependentes cada método de esvaziamento uterino: curetagem uterina (CTG), aspiração manual intrauterina (AMIU), aborto medicamentoso (AM) exclusivamente realizado com misoprostol (sem

necessidade de outros métodos de esvaziamento uterino subsequentes ao medicamento).

As variáveis independentes foram idade da mulher na admissão do aborto, nível de escolaridade, estado civil, residir sozinha, número de gestações anteriores ao aborto, número de partos vaginais anteriores ao aborto, número de partos cesáreas anteriores ao aborto, Número de abortos anteriores ao aborto atual, antecedentes pessoais de comorbidades (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, lúpus, infecções sexualmente transmissíveis), índice de massa corporal (IMC), tabagismo ativo, uso de drogas, uso de álcool, gravidez planejada, falha de método contraceptivo, data de admissão do aborto, idade gestacional ao aborto, presença de complicações no aborto e aborto legal (abortamento devido a causa médico-legal, como malformação incompatível com a vida ou violência sexual).

3.1.6.2. Estudo 2

Para essa análise foram obtidas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, história de violência, viver sozinha; e a presença dos seguintes desfechos de cuidado pós-aborto como complicações relacionadas ao aborto, acesso a contracepção, disposição e utilização de analgésicos e realização procedimento para esvaziamento uterino.

Para a definição de situações de vulnerabilidade social, foram adotados alguns critérios de Comissão de Determinantes Sociais da Saúde as OMS [142]: idade < 20 anos, baixa escolaridade (analfabetas ou com nível primário de escolaridade), presença de algum antecedente de violência e se a mulher vivia

sozinha. Com isso foi criada uma escala que combinou esses 4 fatores sociodemográficos, sendo que a presença de cada fator de determinantes de vulnerabilidade social foi dividida da seguinte forma: presença de nenhum (0) fator; presença de apenas um (1) fator; presença de dois (2) fatores ou presença de três (3) ou mais fatores de determinantes de vulnerabilidade.

3.1.7. Tamanho Amostral

Trata-se de uma amostra de conveniência entre os períodos de julho/2017 a novembro/2020 e julho/2017 a setembro/2021, incluindo todas as mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido no período das coletas de dados.

3.1.8. Processamento dos Dados e Análise Estatística

Após a coleta dos dados referentes a todas as variáveis de interesse, as fichas foram revisadas manualmente, para verificar a consistência do seu preenchimento. Em seguida, os dados foram digitados no Sistema Informatizado Perinatal (SIP-A).

3.1.8.1 Estudo 1

Para análise dos dados, primeiramente, realizou-se estatística descritiva. As variáveis quantitativas são expressas em média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo. As variáveis qualitativas são expressas em frequências relativas. Para avaliar se houve modificação na taxa de utilização de AMIU e

aborto medicamentoso desde a instituição da Rede MUSA no hospital foi realizado o teste de tendência Cochran-Armitage com análise trimestral. Para avaliar os fatores associados a cada método de esvaziamento uterino foram realizados os testes de qui-quadrado (variáveis categóricas) e de Mann-Whitney (variáveis contínuas). Finalmente para avaliar os fatores independentes associados ao uso da AMIU ou aborto medicamentoso, foi realizada regressão logística múltipla, com critérios de seleção de variáveis stepwise.

3.1.8.1. Estudo 2

Realizou-se a análise descritiva dos dados das mulheres incluídas e com apresentação dos dados como frequência e respectiva porcentagem em cada uma das variáveis. Também foram descritos os tipos de complicação, tipo de método de manejo de esvaziamento uterino, os tipos de métodos contraceptivos utilizados e o uso de analgésicos.

A partir da justaposição dos 4 fatores sociodemográficos combinado foi realizada regressão Poisson para estimar a risco relativo entre os fatores de vulnerabilidade e sua associação com a presença de cada desfecho de cuidados pós- aborto obtendo-se também o intervalo de confiança de 95%.

Para ambos os estudos, o nível de significância foi assumido em 5%, ou seja, $P < 0.05$. O software utilizado para todas as análises foi o The SAS System for Windows (*Statistical Analysis System*), versão 9.2 (Cary, NC, USA).

3.1.9. Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa cumpriu as normas de pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Foram respeitados os princípios éticos promulgados pela Declaração de Helsinque de 2013 e foram seguidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos contidas na resolução 466/12 do Ministério da Saúde do Brasil

Para realização dessa pesquisa, as mulheres que aceitaram a participação no projeto de registro de dados tiveram a liberdade de não responderem perguntas que não desejassem. Foi lido ou oferecido para leitura logo no início da entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Neste termo as informações a respeito dos riscos, inconvenientes e benefícios da participação no projeto estão redigidas de forma clara e acessível. O termo foi assinado em duas cópias pelas mulheres que aceitaram fazer parte do projeto, sendo uma cópia para arquivo e outra para a mulher. No caso em que a participante era menor de idade, o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo representante legal (Anexo 3). Nesses casos, aplicou-se primeiramente o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido à menor de idade (Anexo 4) e, somente após o aceite da participação, aplicou-se o TCLE ao representante legal. Com isso, o livre arbítrio da menor de idade que solicitou a não divulgação do fato aos pais ou responsáveis foi respeitado. As mulheres foram informadas que os dados relacionados à pesquisa são de conhecimento apenas dos pesquisadores, não existindo forma delas serem identificadas, garantindo assim, o sigilo dessas informações. A documentação referente ao projeto é mantida em sigilo e em local seguro. O projeto de pesquisa para a

análise dos casos de mulheres em situação de aborto e seus agravos após implementação da Rede MUSA no hospital foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do CAISM/UNICAMP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP sob o número CAAE: 62778316.6.1001.5404 (Anexo 5).

3.3. ESTUDO 3 – Estudo Observacional

3.3.1. Desenho do Estudo

Este estudo foi uma análise secundária do estudo Multipais da Organização Mundial de Saúde sobre Morbidade Relacionada Ao Aborto (WHOMCS-A). Este foi um estudo transversal com coleta prospectiva de dados em unidades sanitárias de 30 países das regiões da OMS na África, Américas, Mediterrâneo Oriental, Europa, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental e, que teve como objetivos principais avaliar a frequência e a gravidade das complicações relacionadas ao aborto, determinar o manejo dessas complicações e as condições (lugar, provedor de serviço, manejo segundo a idade gestacional) daqueles abortos que causaram complicações, além de entender a experiência do cuidado das mulheres com relação ao atendimento que receberam nas unidades sanitárias quando foram atendidas por complicações do aborto. O protocolo do estudo foi publicado em revista internacional [71].

Dos 197 países, 30 foram selecionados de acordo com as taxas de mortalidade materna, aspectos legais relacionados ao aborto e região da OMS. Os países com taxa de mortalidade materna menor que 50 (84 países) e países que sem dados foram excluídos (17 países). Com os países restantes realizou-

se amostragem aleatória e estes foram estratificados de acordo com sua participação no estudo Multipaís das OMS sobre Saúde Materna e Neonatal [57] para que uma amostra de novos países também pudesse ser incluída. Assim 30 países foram selecionados aleatoriamente ponderado de acordo com a mortalidade materna entre as regiões e por população em cada região. Dessa forma, os países estratificados de acordo com a região:

- África: Benin, Burquina Faso, Chade, Gana, Malawi, Moçambique, Níger, Nigéria, Quênia, República Democrática do Congo, Uganda.

- Regiões: Sudeste Asiático, Mediterrâneo e Pacífico Ocidental: Bangladesh, Birmânia, Filipinas, Índia, Indonésia, Marrocos, Nepal, Paquistão, Tajiquistão.

- Américas: Argentina, Bolívia, Brasil, El Salvador, Peru, República Dominicana.

Após a seleção dos países, a localização das unidades sanitárias participantes foi feita por seleção aleatória de duas províncias/estados com probabilidade proporcional ao tamanho da população, ou seja, províncias/estados com populações maiores tinham uma probabilidade maior de serem escolhidos, enquanto aqueles com populações menores tinham uma probabilidade menor, além da capital/área metropolitana do país.

Com essa escolha de áreas geográficas, foram selecionadas até 10 unidades sanitárias por província/estado (até 30 unidades sanitárias por país). Essas deveriam apresentar algumas características: contabilizar mais de 1000 nascimentos por ano, presença de enfermagem ginecológica e de centro cirúrgico

com capacidade para atender casos de emergências obstétricas que incluíssem remoção de restos ovulares retidos, além de recursos clínicos e medicamentosos para cuidados pós-aborto. Se houvesse menos de 10 instalações que cumprissem estes critérios, todas as unidades elegíveis na região seria selecionada e se a unidade de saúde se recusasse a participar o estudo, haveria substituição por outra.

3.3.2. Tamanho Amostral

Observou-se uma grande variação nos valores reportados sobre morbidade devida a abortos entre as unidades sanitárias. Através dos dados de um estudo sobre morbidade devida a aborto realizado em Zâmbia [155], aplicou-se os critérios de amostragem do estudo OMS-MCS-A de mais de 1000 partos por ano e presença de recursos cirúrgicos e calculou-se várias possibilidades para o tamanho de amostra. Por esses cálculos considerou-se um mínimo de 16 unidades sanitárias por país. O limite inferior apresenta os cálculos excluindo a maior facilidade contribuinte da amostra. Dessa forma, no desenho amostral do estudo principal, planejou-se um máximo de 30 instalações por país.

3.3.3. Coleta de Dados

O levantamento de dados foi realizado tanto ao nível institucional como individual incluindo a avaliação da unidade sanitária, a revisão dos registros e prontuários médicos e entrevistas de saída de mulheres selecionadas utilizando

uma entrevista áudio assistida por computador (ACASI- Áudio Entrevista Computadorizada de Autopreenchimento).

A avaliação da unidade sanitária compreendia: localização geográfica e tipo de unidade sanitária, assim como sua estrutura e capacidade; o número de pacientes atendidas por complicações relacionadas ao aborto e as que submetidas a internações ginecológicas devido as complicações, o tipo de manejo (realização de aspiração manual por vácuo, esvaziamento cirúrgico e aborto medicamentoso) e a identificação de morbidade e *near miss* (Anexo 6).

Depois da seleção de unidades sanitárias, o levantamento de dados individuais foi realizado nas unidades selecionadas durante o período do estudo. O levantamento de dados individuais será realizado utilizando duas fontes diferentes: 1) registro médico da paciente, 2) entrevista de saída com as mulheres. Cada unidade incluiu todas as pacientes que preencheram os requisitos para participar do estudo e que concordaram com a participação na pesquisa.

Os registros médicos continham informações sobre história reprodutiva, dados sociodemográficos, características do aborto (espontâneo ou induzido, método/lugar e provedor), sinais vitais e achados do exame físico, tipo da severidade das complicações do aborto (leve, moderada, PTLC, SMO) e o tipo de manejo (Anexo 7).

As perguntas incluídas na entrevista de saída incluíam alguns dados sobre a situação sociodemográfica, idade gestacional, tipo de aborto, se foi induzido, características da segurança do aborto (método utilizado, provedor, lugar) e

experiência pessoal com relação ao atendimento recebido em relação a comunicação efetiva, respeito, dignidade e apoio emocional (Anexo 8).

3.3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão

Para revisão do registro médico em prontuário, foram incluídas todas as mulheres, de qualquer faixa etária, que estiveram nas unidades sanitárias com sinais e sintomas de complicações do aborto (espontâneo ou induzido) e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para revisão do prontuário médico. No caso de menores de idade, foi solicitado a assinatura do termo de consentimento para revisão do prontuário médico pelo responsável legal, além do termo de assentimento para revisão do prontuário médico assinado pela menor de idade que participou da pesquisa. Foram excluídas mulheres grávidas com diagnóstico de ameaça de aborto definido por sangramento vaginal com colo de útero fechado.

Para a entrevista de saída, foram incluídas todas as mulheres, de qualquer faixa etária, que estiveram internadas durante um período mínimo de 24 horas por complicações relacionadas ao aborto, que consentiram em participar no estudo, e que tivessem pelo menos uma das seguintes condições:

- Infecção (definida pela presença de corrimento vaginal como odor fétido, febre, peritonite, necessidade de tratamento com antibióticos por via parenteral)
- Hemorragia/anemia (definida como volume de perda sanguínea > 1000cc, hemoglobina <10g/dl, transfusão de sangue, choque)

- Órgão perfurado ou lesão nos órgãos reprodutivos (por exemplo ruptura uterina, laceração cervical)
- Complicações do aborto que resultem em manejo cirúrgico

As participantes de pesquisa que participaram da entrevista de saída, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e quando a participante era menor de idade, foi solicitado a assinatura do termo de consentimento para entrevista de saída pelo responsável legal, além do termo de assentimento para entrevista de saída pela menor de idade que participou da pesquisa.

A entrevista de saída seria realizada em um lugar privado e estaria focada na conservação da confidencialidade da participante, com duração de aproximadamente 20-30 minutos. O programa ACASI (Áudio Entrevista Computadorizada de Autopreenchimento) foi utilizado para aumentar as condições de confidencialidade. Este sistema permitia que a participante escutasse as perguntas com fones de ouvido e as respondesse usando o teclado ou um *mouse*. Os assistentes de pesquisa orientaram as participantes antes da realização da entrevista usando ACASI. As perguntas dessa entrevista incluem alguns dados sobre a situação sociodemográfica, idade gestacional, tipo de aborto, se foi induzido, características da segurança do aborto (método utilizado, provedor, lugar) e experiência pessoal com relação ao atendimento recebido em relação a comunicação efetiva, respeito, dignidade e apoio emocional (Anexo 8). As respostas poderiam ser concedidas de forma aberta, dicotômicas ou em escala *Likert*. As entrevistas foram realizadas em computadores com sistema operativo Windows ou tablets que foram entregues à unidade participante.

Não houve recrutamento de participantes, já que todas das mulheres incluídas e que consentiram em participar, tiveram seus registros em prontuários revisados por assistentes de pesquisa, assim como as potenciais participantes identificadas para participar da entrevista de saída foram contactadas pela equipe de pesquisa para responder ao ACASI.

3.3.5. Análise Secundária

Para entender o cuidado do aborto no Brasil, usando as definições padronizadas do estudo WHOMCS-A, foi realizada uma análise secundária do estudo principal acima descrito para explorar as complicações relacionadas ao aborto e a experiência vivenciada por mulheres atendidas por complicações de aborto no Brasil.

3.3.5.1. Coleta de Dados

Para essa análise secundária foi realizado um estudo transversal com coleta prospectiva de dados em 20 maternidades brasileiras advindas de 3 estados: Distrito Federal, na região Centro-Oeste (10 unidades de saúde), Rondônia, no Norte do país (3 unidades de saúde) e Maranhão, na região Nordeste (7 unidades de saúde). Os estados (Rondônia e Maranhão) foram escolhidos de forma aleatória com probabilidade proporcional ao tamanho da população e Distrito Federal, por ser a capital do país, ou seja, de acordo com os critérios do estudo principal.

Apesar do estudo principal determinar a presença de 10 unidades sanitárias por província/estado (30 unidades sanitárias por país), as unidades sanitárias que atenderam menos de 10 complicações de aborto durante o mês, como no caso do Brasil, foram excluídas e não se realizou o levantamento de dados das pacientes nessas unidades. Além disso, pela estimativa do tamanho amostral do estudo principal, era necessária a participação de pelo menos 16 instalações por país.

3.3.5.2. Aspectos Éticos

Todas as mulheres forneceram termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) para inclusão de seus dados no estudo principal no Brasil e o preenchimento do TCLE para participação nas pesquisas de saída. O projeto de pesquisa que propiciou a análise dos casos de mulheres internadas por complicações de aborto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do CAISM/UNICAMP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP sob o número CAAE: 78745317.1.0000.5404 (Anexo 9).

3.3.5.3. Análise estatística

As variáveis foram agrupadas em categorias:

- Classificação das complicações relacionadas ao aborto foi realizada de acordo com a ferramenta padrão da OMS para *near miss* materno [59]. Dessa forma foram divididas em: complicações leves, moderadas e potencialmente

fatais (PLTC) e mortalidade e complicações de quase acidente como desfechos maternos graves (SMO).

- Idade: < 19 anos (adolescentes); entre 20 e 29 anos e acima de 30 anos.
- Idade gestacional: < 13 semanas ou \geq 13 semanas
- Uso de uterotônicos (sim/não) e descritos pelo agente utilizado (misoprostol, ocitocina, ergometrina) ou a combinação de agentes
- Métodos de esvaziamento uterino: aspiração manual a vácuo (AMIU), curetagem (CTG) ou ambos, ou métodos combinados (uterotônicos e esvaziamento uterino).
- Recursos clínicos para manejo da complicação: prescrição de fluidos intravenosos (IV), realização de transfusão de sangue, uso de pró-coagulantes, uso de antibiótico, internação em unidade de terapia intensiva (UTI) e realização de procedimentos cirúrgicos, como histerectomia, laparotomia exploradora e laparoscopia.
- Questões da entrevista de saída (ACASI) sobre experiência do cuidado: cada questão apresentava respostas dicotômicas (sim/não).

Com as variáveis contínuas avaliou-se média \pm DP, mediana (intervalo) e quartis e nas variáveis categóricas, o número (porcentagem). Foram realizadas análises descritivas das características sociodemográficas e clínicas para cada estado do país, assim como as questões do ACASI e todos os dados foram comparados com as categorias de complicação de aborto, utilizando teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e teste de Mann-Whitney para as

variáveis contínuas. A regressão linear generalizada estimou as chances para explorar os fatores associados às complicações relacionadas ao aborto, e para essa análise, foi realizada somatória das mulheres que tiveram desfechos classificados com SMO e PLTC e comparamos com a categoria de complicações leves, além disso, comparamos a severidade moderada com as complicações leve. Os estados do Brasil e características da mulher (idade, estado civil, história obstétrica, idade gestacional, expulsão de os produtos da concepção (POC) antes da chegada à unidade de saúde) foram os fatores selecionados

A análise dos dados foi realizada utilizando o SAS for Windows versão 9.2 (SAS *Institute*, Cary, NC, EUA).

4. Resultados

Os resultados serão apresentados na forma dos seguintes artigos científicos:

4.1. Artigo 1 - Analysis of uterine evacuation methods in postabortion care after the implementation of a surveillance network (CLAP MUSA-Network) at a university Hospital.

Original Article

O artigo pode ser acessado através do link:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0296009>

RESEARCH ARTICLE

Analysis of uterine evacuation methods in postabortion care after implementation of a surveillance network (CLAP MUSA-Network) at a university hospital

Nelio N. Veiga-Junior, Caroline Eugeni, Beatriz D. Kajiura, Priscilla B. F. Dantas, Caroline B. Trabach, Aline A. Junqueira, Carina C. Nunes, Luiz F. Baccaro*

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) School of Medicine, Campinas, SP, Brazil

* luiz.baccaro@gmail.com



OPEN ACCESS

Citation: Veiga-Junior NN, Eugeni C, Kajiura BD, F. Dantas PB, Trabach CB, Junqueira AA, et al. (2023) Analysis of uterine evacuation methods in postabortion care after implementation of a surveillance network (CLAP MUSA-Network) at a university hospital. PLoS ONE 18(12): e0296009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296009>

Editor: Ganesh Dangal, National Academy of Medical Sciences, NEPAL

Received: August 11, 2023

Accepted: December 1, 2023

Published: December 15, 2023

Copyright: © 2023 Veiga-Junior et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: Data cannot be shared publicly because of ethical restrictions on the subject (abortion). Data are available from the Ethics Committee (cep@unicamp.br) for researchers who meet the criteria for access to confidential data.

Funding: The work was possible owing to financial support from Pan American Health Organization and its Latin American Centre for Perinatology, Women's Health and Reproductive Health. The

Abstract

Background

Management of uterine evacuation is essential for increasing safe abortion care. Monitoring through surveillance systems tracks changes in clinical practice and provides information to improve equity in abortion care quality.

Objective

This study aimed to evaluate the frequency of manual vacuum aspiration (MVA) and medical abortion (MA), and identify the factors associated with each uterine evacuation method after surveillance network installation at a Brazilian hospital.

Methods

This cross-sectional study included women admitted for abortion or miscarriage to the University of Campinas Women's Hospital, Brazil, between July 2017 and November 2020. The dependent variables were the use of MVA and MA with misoprostol. The independent variables were the patients' clinical and sociodemographic data. The Cochran–Armitage, chi-square, and Mann–Whitney U tests, as well as multiple logistic regression analysis, were used to compare uterine evacuation methods.

Results

We enrolled 474 women in the study, 91.35% of whom underwent uterine evacuation via uterine curettage (78.75%), MVA (9.46%), or MA (11.54%). MVA use increased during the study period ($Z = 9.85$, $p < 0.001$). Admission in 2020 (odds ratio [OR] 64.22; 95% confidence interval [CI] 3.79–1086.69) and lower gestational age (OR 0.837; 95% CI 0.724–0.967) were independently associated with MVA, whereas the only factor independently associated with MA was a higher education level (OR 2.66; 95% CI 1.30–5.46).

opinions expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent the opinion of either funding institution. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Conclusion

MVA use increased following the installation of a surveillance network for good clinical practice. Being part of a network that encourages the use of evidence-based methods provides an opportunity for healthcare facilities to increase access to safe abortions.

Introduction

Estimates suggest that 208 million women worldwide become pregnant every year and approximately 25% of all pregnancies end in abortion [1]. One in two abortions, mostly in developing countries, is unsafe, leading to approximately 47000 yearly maternal deaths due to complications [1–3]. In Brazil, despite the National Abortion Survey showing a drop in abortion hospitalization rates [4], 200 women die annually from unsafe abortions. Furthermore, 20% of women up to the age of 40 have had an illegal abortion, half of whom were subsequently hospitalized for abortion-related complications [5–7]. Restrictive laws only permitting pregnancy termination in cases of sexual violence, risk of maternal death, or fetal anencephaly limit the provision of safe abortion, allowing avoidable morbidity and mortality to persist [7,8].

Improving women's access to postabortion care methods is recommended by the World Health Organization (WHO) guidelines for reducing unsafe abortion [1,9,10]. The management of uterine evacuation is essential in comprehensive abortion care and reduces abortion-related complications. Further, it minimizes the costs associated with treating unsafe abortion complications [1,9,11,12]. Therefore, efforts to replace uterine dilatation and curettage (D&C), which is associated with a higher risk of uterine perforation and intrauterine synechiae, with alternative methods are recommended [10,13]. Medical abortion (MA) using pharmacological drugs such as mifepristone or misoprostol is safe and effective, is associated with fewer complications, avoids surgery-related risks, and is feasible in low-resource settings [9,14]. Additionally, the recommended surgical uterine evacuation technique is manual vacuum aspiration (MVA), which is safer, faster, less painful, and associated with fewer complications than D&C [15].

The method of uterine evacuation highlights the quality of a healthcare facility's abortion care [16–18]. Respectful services and women-centered counseling provide positive experiences and reduce adverse abortion-related outcomes. In the decision-making process, women choose MA four times more frequently than other methods. For those who prefer surgical methods, MVA leads to fewer side effects and greater satisfaction than sharp curettage [15]. Monitoring these indicators for safe abortions enables assessment of disparities in the quality of care provided to these women.

Ensuring a standard in abortion healthcare services may identify which evidence-based practices should be prioritized for data collection [10]. Surveillance systems can improve the quality of care and help countries monitor and evaluate programs aimed at preventing unplanned pregnancies as well as maternal morbidity and mortality. Moreover, abortion surveillance programs can track changes in clinical practice patterns and provide the data necessary to inform health policies [10,16,18]. In a previous study, we demonstrated how the use of a surveillance system increased contraceptive use before discharge in women hospitalized for abortion complications [19].

In Brazil, even with a decrease in abortions, almost 70% of all pregnancies are unplanned [4,20]. Restrictive laws increase the burden of unsafe abortions, which remain an important health issue [21]. The method of uterine evacuation impacts abortion safety provision, and

monitoring clinical practices over time is necessary to improve postabortion care and foster improved public policies [1,10,19]. Therefore, this study aimed to evaluate the frequency of MVA and MA use in a hospital in Brazil and identify factors associated with the method of uterine evacuation after the implementation of a surveillance network.

Methods

MUSA network

The multicentric MUSA (mujeres en situación de aborto) Network was created by the Latin American Center for Perinatology (CLAP) to improve care for women undergoing abortions in Latin America and the Caribbean [22]. The network includes several hospitals, classified as sentinel centers, that periodically send pregnancy data for registration in the Perinatal Computerized System (SIP), software developed by CLAP that aids in recording data related to pregnancy and epidemiological monitoring. Our institution, the University of Campinas Women's Hospital (UNICAMP), is a tertiary referral hospital located in an urban setting in southeast Brazil. The hospital handles cases of pregnancy-related complications in municipalities within the region and sees an average of 250 births and 20 cases of first-trimester pregnancy loss per month. Our institution has been a sentinel center of the CLAP MUSA-Network since July 2017. The National Research Ethics Committee approved data collection at the hospital prior to the commencement of the study (approval number: 62778316.6.1001.5404).

The sentinel centers of the CLAP MUSA-Network regularly provide data on maternal morbidity in early pregnancy loss, uterine evacuation methods for termination, incidence of termination-related complications, incidence of preoperative antibiotic use, and contraceptive prescription before hospital discharge. SIP enables epidemiological monitoring and comparisons between centers over time. Additionally, representatives from each center hold regular online meetings to discuss the collected data, conduct scientific talks on the health of women undergoing abortions, and encourage good clinical practice for safe abortions. The CLAP MUSA-Network protocol and specific methodological details have been published elsewhere [23].

Study design and data collection

This cross-sectional prospective study was conducted between July 2017 and November 2020. We included all women admitted to our institution for an abortion for any legal reason and those considered to be in postabortion circumstances (including miscarriage and early pregnancy loss). The exclusion criteria were bleeding during pregnancy with no confirmed abortion and ectopic or molar pregnancies. Data recorded in SIP are based on information collected through face-to-face interviews with women during hospitalization and a review of the data in their medical records. All participants provided written informed consent. Minors and their legal guardians provided informed assent and consent, respectively. The Research Ethics Committee of our institution (CEP UNICAMP) approved the study protocol (approval number: 93060618.9.1001.5404).

In all abortion cases, MA was performed using vaginal administration of misoprostol, since mifepristone use has not yet been approved in Brazil. Further, surgical approaches comprised MVA and D&C. All medical staff members were trained to perform each uterine evacuation method. At the time of hospitalization, the women received information about all the methods, although the approach used was determined by a healthcare provider.

The dependent variables for analysis were each uterine evacuation method, namely MVA and MA with misoprostol only (when there was no need for further uterine evacuation). The independent variables were age, education, marital status, medical history, number of

pregnancies, number of births, number of abortions, body mass index (BMI), active smoking, illegal drug use, alcohol use, planned pregnancy, pregnancy resulting from contraceptive failure, date of admission for abortion, legal abortion, gestational age, presence of complications, and other admission data.

Power calculation

This study used a convenience sample of all women who fulfilled the selection criteria and provided informed consent between 07/01/2017 and 11/16/2020. We calculated the statistical power of the study using the estimate in a descriptive study with a categorical variable, setting the alpha level of significance or type I error at 5% and the sample error at 5%. The power of the sample to estimate the prevalence of MVA and MA were 99.4% and 97.3%, respectively.

Statistical analyses

First, a descriptive analysis of the data was performed. The continuous variables are presented as the mean and standard deviation or the median and interquartile range. Relative frequencies were calculated for the categorical variables. The Cochran–Armitage trend test was performed with quarterly analyses to assess whether the rates of MVA and MA use changed over time. Thereafter, chi-square (categorical variables) and Mann–Whitney U tests (continuous variables) were conducted to compare the clinical and sociodemographic factors associated with performing MVA and MA. Finally, to evaluate the factors independently associated with MVA and MA, two multiple logistic regression models were constructed using stepwise criteria for variable selection. The significance level was set at 5% for all tests, and all analyses were performed using the SAS System for Windows version 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Results

During the study period, 474 women with a mean age of 30.01 (\pm 7.48) years and median age of 30 (12–48) years were enrolled. The mean gestational age was 11.03 (\pm 3.56) weeks, and 30.38% of the women had not previously been pregnant. Most women did not use contraception (75.5%), and 69.85% of the pregnancies were unplanned. Of the 474 cases, 67 (14.1%) were legal abortions, and 66 of the 67 (98.5%) pregnancies resulted from sexual violence. Details of the patients' clinical and sociodemographic characteristics are presented in [Table 1](#).

During the evaluation period, 433 (91.35%) women underwent uterine evacuation. The most common method was D&C, which was performed in 341 patients (78.75%). MVA was performed in 41 (9.46%) women, and MA using misoprostol was administered to 50 women (11.54%). At least one complication was observed in 24 of the 474 (5.06%) women, all of whom underwent D&C. Over the course of the surveillance period, we observed a significant increase in the use of MVA (Cochran–Armitage test: $Z = 9.85$; $p < 0.001$); however, no difference in the use of MA was observed ($Z = 1.35$; $p = 0.178$) ([Fig 1](#)).

Considering the factors associated with MVA, the procedure was performed more frequently in women with a lower education level ($p = 0.04$), those admitted in 2020 ($p < 0.01$), and those with no previous pregnancies ($p < 0.01$), lower BMI ($p < 0.01$), lower gestational age ($p = 0.03$), shorter symptom duration ($p = 0.02$), and higher hemoglobin levels ($p = 0.04$). In the multiple logistic regression analysis, admission in 2020 (odds ratio [OR] 64.22; 95% confidence interval [CI] 3.79–1086.69) and lower gestational age (OR 0.837; 95% CI 0.724–0.967) were independently associated with MVA. Regarding MA, women with a higher education level underwent this procedure more frequently ($p = 0.03$). Furthermore, the regression analysis revealed that a higher education level was the only factor independently associated with MA (OR 2.66; 95% CI 1.30–5.46) ([Table 2](#)).

Table 1. Clinical and sociodemographic characteristics (n = 474).

	n	%
Age^a		
< 20 years	31	6.55
20–29 years	204	43.13
30–39 years	182	38.48
40–49 years	56	11.84
Education^b		
None	3	0.64
Primary	84	17.83
Secondary	288	61.15
Tertiary	96	20.38
Marital status^c		
Married	183	39.61
Cohabiting	87	18.83
Single	146	31.60
Other	46	9.96
Previous abortion^d		
0	297	68.28
1	98	22.53
2	26	5.98
3	10	2.30
4	1	0.23
Planned pregnancy^e		
Yes	329	69.85
No	142	30.15
Contraceptive use^f		
None	352	75.54
Hormonal	31	6.65
Barrier	8	1.72
IUD	69	14.81
Emergency	4	0.86
Natural	2	0.43
Legal abortion		
Yes	67	14.14
No	407	85.86
Sexual violence^g		
Yes	66	13.95
No	407	86.05

Abbreviations: IUD, intrauterine device.

^{a–g}Missing data (a = 1; b = 1; c = 12; d = 39; e = 3; f = 8; g = 1).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296009.t001>

Discussion

The present study describes the uterine evacuation methods performed at a university hospital with an established surveillance network that encourages safe abortion practices (the CLAP MUSA-Network). During the observation period, MVA use increased, while the rate of MA remained unchanged. Women admitted in 2020 and those with a lower gestational age had an increased likelihood of undergoing MVA. In contrast, a higher level of education was associated with MA use.

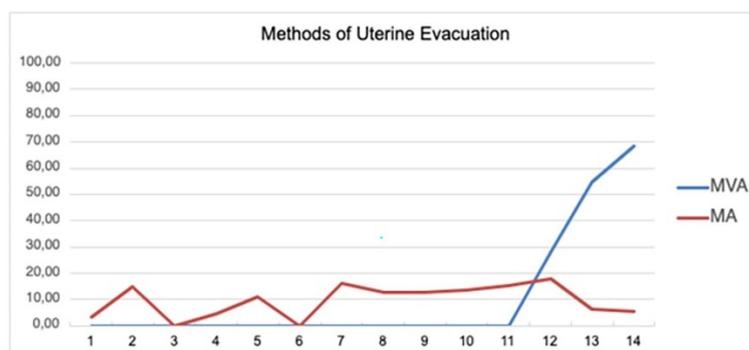


Fig 1. Methods of uterine evacuation between July 2017 and November 2020 by trimestral period. Captions: MVA- manual vacuum aspiration; MA- medical abortion Cochran-Armitage test: MVA: $Z = 9.85$, $P < 0.001$; MA: $Z = 1.35$; $P = 0.178$.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296009.g001>

In surgical abortion, replacing D&C with MVA is the key to preventing unsafe abortions [1,16]. Nevertheless, D&C is the second most frequently performed obstetric procedure in Brazilian public health facilities after vaginal delivery [20]. According to a national mixed methods study, only 45% of women who used legal abortion services underwent MVA [24]. Furthermore, several initiatives to replace D&C have not achieved positive results, differing from our findings. No overall improvement in MVA frequency was observed in Honduras and Malawi's postabortion care, mostly because of the reluctance of healthcare providers to abandon D&C [25,26]. The present analysis shows a significant trend toward increased MVA use following implementation of the MUSA Network. Although the rate of MVA use was relatively low (9.46%) for most of the evaluation period, we observed a considerable increase in the final 6 months of the study, with the rate exceeding 60% in the last 3 months of 2020. The CLAP

Table 2. Factors associated with uterine evacuation method (n = 381)^a.

Variable	OR (95% CI)	p-value
Manual vacuum aspiration		
Year of admission		
2017	Reference	
2018	1.00 (0.99–1.01)	1.000
2019	1.00 (0.99–1.01)	1.000
2020	64.22 (3.79–1086.69)	< 0.001
Gestational age	0.837 (0.724–0.967)	0.016
Medical abortion		
Education		
None	2.21 (0.10–47.69)	0.675
Primary	1.01 (0.36–2.83)	0.984
Secondary	Reference	
Tertiary	2.66 (1.30–5.46)	0.008

Abbreviations: CI, confidence interval; OR, odds ratio.

^aMultiple logistic regression analysis by stepwise variable selection to determine factors associated with the uterine evacuation method. Cases with missing variables were not included in the multiple regression analysis.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296009.t002>

MUSA-Network promoted regular scientific meetings with other sentinel centers, reinforcing the importance of safe abortions and improving medical staff training. Nevertheless, we observed a relatively long period before the routine use of MVA was established in the hospital. We believe that this is because the hospital administrative team should also have been made aware of the use of safer uterine evacuation techniques. The meetings promoted by the CLAP MUSA Network were essential for raising awareness among the health unit's management team to ensure the acquisition of hospital supplies necessary to routinely perform MVA on a permanent basis. This finding supports the idea that monitoring clinical care promotes and improves comprehensive abortion care [23,27]. Similar to our study, institutions in Bangladesh have also used monitoring to evaluate the progress achieved in replacing D&C with MVA and MA [28]. Additionally, the routine Abortion Surveillance program in the United States reports on the use of different methods to analyze the safety of abortion practices and has fostered a reduction in unplanned pregnancies [27].

MA is considered an effective alternative to surgical procedures, with a success rate of 75–90% [28,29]. In the present study, MA was performed in 11.54% of the patients, and no increase in its use was observed during the study period. In the United States, approximately 40% of all abortions in 2018 were performed exclusively using medication [27]. In Brazil, mifepristone is not available, and misoprostol is only used for uterine emptying in hospitalized patients [8]. Compared to surgical procedures, MA takes longer to complete and requires a longer hospital stay; thus, it may not be the first choice for women or medical professionals [1,12].

Follow-up after MA is based on the self-recognition of signs and symptoms [6]. Healthcare professionals might believe it is safer to recommend MA to women who may more readily recognize warning signs, preemptively seek medical services, and have a better understanding of the choices available [30]. In our study, approximately 20% of the women had a higher education level and a 2.3-times greater chance of receiving MA. Although we did not evaluate the decision-making process regarding the abortion method, other studies have reported similar results. Even when the procedures were performed by the same organization and professional, women who chose MA had a higher level of education [31,32].

This study has some limitations. First, the cross-sectional nature of the study means that a cause-and-effect relationship could not be established. Second, differentiating between provoked and spontaneous abortions was not possible, except in cases of legal induction. Regarding MA, the use of misoprostol in Brazil is restricted to the hospital setting, which prevents dispensation for home use. It was not possible to consider the influence of the misoprostol dosage used during the study period. Finally, the patients were only analyzed during hospitalization and were not followed up after discharge. Although the uterine evacuation methods are discussed with patients, the final decision lies with the responsible doctor. Nevertheless, we believe that our results are valid. The implementation of the CLAP MUSA-Network for the surveillance and implementation of good clinical practices has ensured the monitoring of clinical decisions inside institutions and promoted healthcare providers' ongoing education, leading to a reduction in the use of D&C. The provision of safe abortion methods is central to the WHO and FIGO goal for equitable access to abortion care and improved women's reproductive health [10,16].

Being part of a network that encourages the use of evidence-based clinical practices provides an opportunity for healthcare facilities to set priorities, evaluate outcomes, and implement policy changes to improve safe abortion access. Continuous monitoring of therapeutic indicators and medical education can help reduce abortion-related morbidities and mortality, and address the healthcare needs and rights of women.

Author Contributions

Conceptualization: Luiz F. Baccaro.

Data curation: Nelio N. Veiga-Junior, Caroline Eugeni, Beatriz D. Kajiuira, Priscilla B. F. Dantas, Caroline B. Trabach, Aline A. Junqueira, Carina C. Nunes, Luiz F. Baccaro.

Formal analysis: Nelio N. Veiga-Junior, Caroline Eugeni, Beatriz D. Kajiuira, Priscilla B. F. Dantas, Caroline B. Trabach, Aline A. Junqueira, Carina C. Nunes, Luiz F. Baccaro.

Funding acquisition: Luiz F. Baccaro.

Investigation: Nelio N. Veiga-Junior, Caroline Eugeni, Beatriz D. Kajiuira, Priscilla B. F. Dantas, Caroline B. Trabach, Aline A. Junqueira, Carina C. Nunes, Luiz F. Baccaro.

Methodology: Nelio N. Veiga-Junior, Luiz F. Baccaro.

Project administration: Luiz F. Baccaro.

Supervision: Luiz F. Baccaro.

Validation: Luiz F. Baccaro.

Writing – original draft: Nelio N. Veiga-Junior, Caroline Eugeni, Beatriz D. Kajiuira, Priscilla B. F. Dantas, Caroline B. Trabach, Aline A. Junqueira, Carina C. Nunes, Luiz F. Baccaro.

Writing – review & editing: Nelio N. Veiga-Junior, Luiz F. Baccaro.

References

1. World Health Organization. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012. PMID: 23700650.
3. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet* 2017; 390:2372–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4) PMID: 28964589
4. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey—Brazil, 2021. *Cien Saude Colet*. 2023 Jun; 28(6):1601–1606.
5. Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Abortion in Brazil: what do the official data say?. *Cad. Saude Pública* 2020; 36 (1): e00188718.
6. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey 2016. *Ciênc Saude Coletiva* 2017; 22:653–60.
7. Malta M, Wells S, LeGrand S, Seixas M, Baptista A, da Silva CMFP, et al. Abortion in Brazil: the case for women's rights, lives, and choices. *Lancet Public Health* 2019; 4: e552. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30204-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30204-X) PMID: 31677774
8. Domingues RMSM Fonseca SC, Leal MC Aquino EML, Menezes GMS. Unsafe abortion in Brazil: A systematic review of the scientific production, 2008–2018. *Cad Saude Pública* 2020; 36:e00190418.
9. World Health Organization. Medical management of abortion. Geneva: World Health Organization; 2018.
10. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization, 2016.
11. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014; 2:e323–33. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X) PMID: 25103301
12. Kapp N, Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Feb; 63:37–44. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.11.008> PMID: 32029379
13. Ireland LD, Gatter M, Chen AY. Medical Compared With Surgical Abortion for Effective Pregnancy Termination in the First Trimester. *Obstetrics & Gynecology* 2015; 126: 8–22. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000910> PMID: 26241252

14. Ngoc NTN, Winikoff B, Clark S, Ellertson C, Am KG, Hieu DT, et al. Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives* 1999; 25:10–14.
15. Moreau C., Trussell J., Desfreres J., & Bajos N. (2011). Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice. *Contraception*, 84(3), 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.01.011> PMID: 21843684
16. Faundes A, Comendant R, Dilbaz B, Jaldesa G, Leke R, Mukherjee B, et al. Preventing unsafe abortion: Achievements and challenges of a global FIGO initiative. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020; 62:101–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.05.016> PMID: 31331743
17. Footman K. Revolution in abortion care? Perspectives of key informants on the importance of abortion method choice in the era of telemedicine. *Sex Reprod Health Matters*. 2023 Dec; 31(1):2149379. <https://doi.org/10.1080/26410397.2022.2149379> PMID: 36876426
18. Jatlaoui TC, Eckhaus L, Mandel MG, Nguyen A, Oduyebo T, Petersen E, et al. Abortion Surveillance—United States, 2016. *MMWR Surveill Summ* 2019; 29; 68:1–41.
19. Veiga-Junior NN, Cavalari CA, Eugeni C, Kajjura BD, Stefano N, Baccaro LF. Post-abortion contraception before hospital discharge after installation of a surveillance network in Brazil. *Int J Gynecol Obstet* 2020; 150: 200–205.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Ministério da Saúde; 2011.
21. Romero M, Gomez Ponce de Leon R, Baccaro LF, et al. Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multi-country survey on abortion (MCS-A). *BMJ Global Health* 2021; 6:e005618. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005618> PMID: 34417270
22. Serruya SJ, Gómez Ponce de León R, Bahamondes MV, De Mucio B, Costa ML, Duran P, et al. EviSIP: using evidence to change practice through mentorship—an innovative experience for reproductive health in the Latin American and Caribbean regions. *Glob Health Action* 2020; 13:1811482. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1811482> PMID: 32867629
23. Gomez Ponce de Leon R, Baccaro LF, Rubio Schweizer G, et al. Building a network of sentinel centres for the care of women in an abortion situation: advances in Latin America and the Caribbean. *BMJ Global Health* 2022; 7:e010059 <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010059> PMID: 36283731
24. Madeiro AP, Diniz D. Legal abortion services in Brazil—a national study. *Cien Saude Colet* 2016; 21:563–72. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015> PMID: 26910163
25. Chinchilla AL, Flores IF, Morales AF, de Gil MP. Changes in the use of manual vacuum aspiration for postabortion care within the public healthcare service network in Honduras. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 126:S24–7. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.006> PMID: 24800657
26. Cook S, de Kok B, Odland ML. "It's a very complicated issue here": understanding the limited and declining use of manual vacuum aspiration for postabortion care in Malawi: a qualitative study. *Health Policy Plan* 2017; 32(3):305–13. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw128> PMID: 27616307
27. Kortsmid K, Jatlaoui TC, Mandel MG, Reeves JA, Oduyebo T, Petersen E, et al. Abortion Surveillance—United States, 2018. *MMWR Surveill Summ* 2020; 69:1–29.
28. Begum F, Zaidi S, Fatima P, Shamsuddin L, Anowar-ul-Azim AK, Begum RA. Improving manual vacuum aspiration service delivery, introducing misoprostol for cases of incomplete abortion, and strengthening postabortion contraception in Bangladesh. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Jul; 126 Suppl 1:S31–5. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.03.004> PMID: 24792403
29. von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, et al. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet* 2007; 369:1938. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60914-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60914-3) PMID: 17560446
30. Faundes A, Fiala C, Tang OS, Velasco A. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 99:172. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.09.006> PMID: 17961570
31. Cameron ST, Glasier AF, Logan J, et al. Impact of the introduction of new medical methods on therapeutic abortions at the Royal Infirmary of Edinburgh. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1996; 103(12):1222–1229. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1996.tb09633.x> PMID: 8968240
32. Rørbye C, Nørgaard M, Nilas L. Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study. *Hum Reprod*. 2005; 20(3):834–838. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh643> PMID: 15618257

4.2. Artigo 2 - Social inequities and postabortion care: Brazil's university hospital experience.

Brief Communication

O artigo pode ser acessado no link:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ijgo.14374>



Received: 18 February 2022 | Revised: 31 May 2022 | Accepted: 25 July 2022

DOI: 10.1002/ijgo.14374



BRIEF COMMUNICATION

Gynecology

Social inequities and postabortion care: Brazil's university hospital experience

Nelio N. Veiga-Junior | Caroline B. Trabach | Priscilla B. F. Dantas | Carina C. Nunes | Luiz F. Baccaro

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) School of Medicine, Campinas, Brazil

CorrespondenceNelio N. Veiga-Junior, Rua Alexander Fleming, 101, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Postal Code: 13083-881, Campinas-SP, Brazil.
Email: neliojunior@hotmail.com**Funding information**

Pan American Health Organization; WHO

Keywords population surveillance, postabortion care, social vulnerability

Unsafe abortion is a public health concern and tends to worsen in vulnerable social groups, leading to worse health outcomes.¹ Abortion surveillance programs can monitor changes in clinical practice patterns and provide data necessary to manage health policies aiming to improve equitable access to safe abortion.^{2,3} This study sought to evaluate the association between social factors of vulnerability and postabortion care after the installation of the surveillance network MUSA—Women in Abortion Situations⁴—at the University of Campinas (UNICAMP) Women's Hospital, Campinas, Brazil.

A cross-sectional study was conducted between July 2017 and September 2021 using a Perinatal Computerized System database, with all women admitted for abortion and legal interruption of pregnancy. The research ethics committee of our institution approved this study (CAAE: 56933116.0.1001.5404). As this was an epidemiologic surveillance database review, not compromising the privacy of participants, the research ethics committee waived the signing of informed consent.

In this analysis we created a scale to determine whether a woman lives with none, one, two, or three or more less favorable social factors, according to the Commission on Social Determinants of Health¹: being under 20 years of age; having studied at most up to elementary level; having a history of gender-based violence, and living alone. With this juxtaposition of four possible sociodemographic factor combinations, we constructed multivariate Poisson regression models to evaluate the association in postabortion care outcomes, such as presence of abortion-related complications, post-abortion contraception, use of analgesics, and performance of uterine evacuation procedures.

During this period, 535 women were included and 227 (42.4%) had at least one less favorable social factor. The mean gestational age was 11.03 ± 3.56 weeks. Pelvic infection (2.4%) and intraoperative complication (2.4%) were the main complications; there was 1 (0.2%) case of perforation due to curettage and 1 (0.2%) case of decidual remnants. In all, 363 (68.1%) women underwent curettage and among them, 158 had started with medical management of abortion, 72 (13.5%) underwent manual vacuum aspiration, 53 (10%) had only medical abortion, and 45 (8.4%) had a spontaneous abortion. After postabortion contraception counseling and the supply of contraceptive methods, 125 (23.6%) received injectables, 87 (16.4%) received pills, and 8 (1.5%) received an intrauterine device. We did not observe any association between abortion-related complications, post-abortion contraception, use of analgesia, and uterine evacuation and the presence of different degrees of social vulnerability (Table 1).

Our experience suggests that the establishment of a surveillance network of good practices in postabortion care in a public and free-of-charge health facility can overcome the influence of social vulnerability factors.⁴ Promoting strategies to treat women with respect and without discrimination can increase access to safe abortion and improve the healthcare needs and rights of women.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

NVJ, CBT, PBF, CCN, and LFB contributed to project development, data collection, and study conception and design. NVJ and LFB wrote the manuscript, and reviewed and edited the final version. All authors reviewed and approved the final manuscript.

© 2022 International Federation of Gynecology and Obstetrics.

Int J Gynecol Obstet. 2022;159:991–993.

wileyonlinelibrary.com/journal/ijgo | 991

TABLE 1 Relative risks for postabortion care according to sociodemographic factors (n = 535)—Poisson regression

	Juxtaposition of less favorable social factor ^a											
	None			One factor			Two factors			Three or more factors		
	n (%)	n (%)	P value	n (%)	RR (95% CI)	P value	n (%)	RR (95% CI)	P value	n (%)	RR (95% CI)	P value
Complications												
Yes	20 (6.5)	17 (9.4)	0.263	1.45 (0.76–2.76)	0.263	2 (5.1)	0.79 (0.19–3.38)	0.750	0 (0)	0.94 (0.06–14.25)	0.487	
No	288 (93.5)	164 (90.6)				37 (94.9)			7 (100)			
Uterine evacuation												
Yes	279 (90.8)	164 (91.1)	0.979	1.00 (0.83–1.22)	0.979	38 (97.4)	1.07 (0.76–1.51)	0.687	7 (100)	1.10 (0.52–2.33)	0.803	
No	28 (9.2)	16 (8.8)				1 (2.6)			0 (0)			
Postabortion contraception												
Yes	127 (41.6)	78 (43.5)	0.752	1.05 (0.79–1.39)	0.752	17 (43.5)	1.05 (0.63–1.74)	0.859	5 (71.4)	1.77 (0.70–4.19)	0.237	
No	178 (58.4)	101 (56.5)				22 (56.5)			2 (28.6)			
Analgesics use												
Yes	108 (36.2)	61 (35)	0.706	0.94 (0.69–1.29)	0.706	15 (38.4)	1.03 (0.60–1.77)	0.907	1 (14.3)	0.38 (0.05–2.75)	0.341	
No	182 (62.8)	113 (65)				24 (61.6)			6 (85.7)			

Abbreviations: CI, confidence interval; RR, Relative Risk.

^aLess favorable social factors: being under 20 years, being single, having an elementary or lower educational level, experiencing gender-based violence.

ACKNOWLEDGMENTS

The work was possible owing to financial support from WHO and the Pan American Health Organization and its Latin American Centre for Perinatology, Women's Health and Reproductive Health. The opinions expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent the opinion of either funding institution.

CONFLICT OF INTEREST

None of the authors have any conflict interest.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

Research data are not shared.

ORCID

Nelio N. Veiga-Junior  <https://orcid.org/0000-0002-3977-0817>

REFERENCES

1. Solar O, Irwin A. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. World Health Organization (WHO); 2010.
2. World Health Organization. *Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities*. World Health Organization, 2016. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf?sfvrsn=3b364d8_2
3. World Health Organization. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. World Health Organization; 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1
4. Serruya SJ, Ponce G, de León R, et al. EviSIP: using evidence to change practice through mentorship - an innovative experience for reproductive health in the Latin American and Caribbean regions. *Glob Health Action*. 2020;13:1811482. doi:10.1080/16549716.2020.1811482

How to cite this article: Veiga-Junior NN, Trabach CB, Dantas PBF, Nunes CC, Baccaro LF. Social inequities and postabortion care: Brazil's university hospital experience. *Int J Gynecol Obstet*. 2022;159:991-993. doi: [10.1002/ijgo.14374](https://doi.org/10.1002/ijgo.14374)

4.3. Artigo 3 – Abortion-related complications in Brazil: results from the WHO multicountry survey on abortion (MCS-A)

Original Article

O comprovante de submissão do artigo 3 à revista “Lancet Regional Health-Americas” (fator de impacto 7.4) encontra-se disponível no anexo 12.

Title: Abortion-related complications in Brazil: results from the WHO multicountry survey on abortion (MCS-A)

Short Title: Abortion-related complications in Brazil

Authors: WHOMCS-A Brazil Collaboration Group

Nelio Neves Veiga Junior; Adriana Mendonça Da Silva Alexandrino; Alexandre Volta Andrade Do Nascimento; Camila Tereza Camilo Clerot; Cintya Andreia Do Nascimento Santos; Claudia Lucrécia De Matos Silva; Claudio Lucio De Medeiros Albuquerque; Débora Paulo Santos; Demétrio Antonio Gonçalves Da S. Gomes; Édson Cunha De Araújo Junior; Elizabete Das Chagas Vilanova; Georgina Costa Teixeira; Graciete Helena Nascimento Dos Santos; Guilherme Augusto Guerra Avelar; Iara Elce Lopes Barros; Jeane Cristina Antas Lins; Joanne Thalita Pereira Silva; Kelma H. Aguiar De Lucena; Lara Wanderley Paes Barbosa; Lia Siqueira; Lidiane Silva De Almeida; Luciana De Melo Freitas Carneiro; Lucila Nagata; Márcia De Oliveira Pereira Lúcio; Maria Cleane Rodrigues Da Silva; Maria Da Conceição Ribeiro Simões; Maria Fernanda Da Mota Magalhães; Mariana Viana Almeida; Michelle Regina Faria Lira; Nádia

Martins De Paula Souza; Rafael Martins Papa; Rafael Ribeiro Matos; Renata Porto Pinheiro; Roberta Souza Dos Anjos; Suelen Miranda De Jesus; Tedy Roger Flores Ynturias; Valéria Cristina Gonçalves; Viviane Resende De Abreu Caetano and Luiz Francisco Baccaro*.

*** Corresponding author:**

Rua Alexander Fleming, 101, Cidade Universitária Zeferino Vaz

Postal Code: 13083-881- Campinas-SP, Brazil

Phone/fax: +55 19 3521 9306

E-mail: baccaro@unicamp.br

Abstract

Objective: describe the severity of abortion-related complications, the types of management and the experience of care in Brazilian hospitals. **Methods:** cross-sectional study carried out in twenty hospitals (10 in Federal District, 3 in Rondônia and 7 in Maranhão). For 3 months, all women treated for abortion/miscarriage had their data collected. The severity of complications was defined according to the WHO criteria. Women with hemorrhage, infection or organs injury were invited to answer an interview about their experience of care. Statistical analysis was performed using the chi-square test and generalized linear models. **Results:** among 1.683 women included, 82.5% had mild complications, 13.6% had moderate complications, 3.2% had potentially life-threatening conditions (PLTC) and 0.7% had severe maternal outcomes (SMO). Most women (94.2%) required uterine evacuation. Among these, 91.5% required surgical evacuation and 8.5% used only uterotonics. The most frequently used

surgical evacuation method was curettage (66.9%), followed by manual vacuum aspiration (32.3%). The factors independently associated with the occurrence of PLTC/SMO were having a gestational age ≥ 13 weeks (OR=3.44; 95%CI 1.52 – 7.78), having been treated in Maranhão (OR 0.25; 95%CI 0.11-0.60) and in Rondônia (OR 0.60; 95%CI 0.16 – 0.97). Most women who responded to the interview were treated kindly (95.6%), however, 66.7% felt stressed and 10.1% reported that their preferences were not respected during hospitalization.

Conclusion: this is one of the first studies using standardized methodology to assess the severity of abortion-related complications in Brazil. The results can help in the development of policies to guarantee sexual and reproductive rights.

Introduction

Unsafe abortion is a public health concern and one of the main causes of maternal mortality worldwide [1]. Annually, 208 million women become pregnant around the world and almost 25% end in abortion. Annually, almost 22 million abortions are unsafe, leading to 47,000 maternal deaths per year due to complications [1,2]. Restrictive policies on access to abortion reinforce the burden of this public health issue. In Brazil, where the law ensures the right to terminate a pregnancy only in cases of sexual violence, risk of maternal death, or fetuses with anencephaly, avoidable morbidity and mortality persists [3-5]. It is estimated 2.4 in 1000 women have been hospitalized for postabortion complications, and, as a consequence of unsafe abortion, 200 women die in the country every year [4,6]. Efforts to reduce barriers and promote equity in access to safe abortion care are recommended in World Health Organization (WHO) guidelines [1,2].

Brazil is the most highly populated country in Latin America and the Caribbean and has one of the highest levels of economic and health inequalities. It is estimated that in the country, one in every seven women aged to 40 years has had at least one induced abortion, with 52% of them terminating their first pregnancy before the age of 19 [7]. Across Brazil, persistent regional disparities remain major barriers to more equitable access to health care services [8]. This distortion is particularly acute with regard to Brazil's access to abortion and post-abortion care. The health units that perform legal abortion are located in 3.6% of municipalities and the ratio of hospitalizations from abortion varies by region. Despite the reduction of hospitalization in the North and Northeast Regions, between 2008-2018, their rates remain higher than in other regions of the country [3,7]. Abortion data in legally restricted countries, like Brazil, makes the analysis of abortion numbers a challenge, as much data is underreported, and illegal abortions are underestimated. Therefore, reporting data collected in a systematic manner in this scenario is essential to evaluate abortion-related complications and help in making public policy decisions [9,10]

The World Health Organization Multicountry Survey on Abortion (WHOMCS-A) was a large cross-sectional study undertaken in 11 countries in Africa and 6 countries in Latin America [11-13]. During a period of three months, data on complications related to abortion were collected in women treated at health units in two states/provinces, in addition to the Federal District, in each participating country. The regional results have already been published, highlighting that the proportion of women presenting with severe maternal outcomes and potentially life-threatening complications indicates that unsafe abortion continues to pose a major public health challenge. Furthermore, dilation

and curettage is still widely used, despite the multiple efforts carried out by WHO, PAHO/CLAP and FIGO to promote the use of safer methods of uterine evacuation, including manual vacuum aspiration (MVA) and the exclusive use of medications [12,13]. It was also observed that a considerable portion of women do not receive explanations about the treatments carried out and that this lack of communication is greater in cases with greater morbidity [13,14].

Ensuring broad access to comprehensive abortion care in the healthcare system is critical to meeting the Sustainable Development Goals (SDGs). In 2022, Brazil made little progress in the 17 Sustainable Development Goals of United Nations' 2030 Agenda, with moderate improvement in gender equality and decreasing inequality [15]. Expanding information about abortion in the country is essential. It might support the development of targeted strategies to increase access to safe abortion and help prevent avoidable deaths. The objective of this study was to describe in detail the results of the WHOMCS-A in Brazil, and with this, to understand the severity of abortion-related complications, the types of management used and the opinions of women who received care in 20 health units in the country.

Methods

Study design and data collection

The study protocol and specific methodological details for implementation of this large cross-sectional study are published elsewhere [11]. Briefly, in a first stage of randomization, 11 countries in Africa and 6 in Latin America and the Caribbean were identified. In a second stage of randomization, 2 states/provinces

were identified in each country, with a probability proportional to the size of the population, in addition to the Federal District. In a third stage of randomization, up to 10 health units per state were selected if they met the following inclusion criteria: >1000 deliveries per year, a structure with a gynecology ward, surgical capability to provide emergency obstetric care, including removal of retained products and, abortion provision and/or postabortion care. In each health facility, data were collected over a 3-month period. Trained research assistants collected data from medical records, and a representative from each health facility provided data on each hospital's infrastructure. Data were collected from women treated for abortion-related complications and who gave written consent to participate. These data were related to sociodemographic information, clinical and obstetrics history, medical procedures, and health outcomes. The women who had a hospital stay for at least 24 hours and had one or more complications (infection, severe hemorrhage/anemia, injury to reproductive organs, hysterectomy/laparotomy) were eligible and invited to participate in the exit survey using audio computer-assisted self-interviews (ACASI). ACASI provided data from abortion safety (abortion's methods and setting) and experience of care (effective communication, respect and dignity and emotional support).

In the present study, we analyzed data specifically collected in Brazil, which was one of the countries selected to participate in the WHOMCS-A in Latin America. The states selected to participate were Maranhão and Rondônia. The Federal District was also included. After randomization the health units that met the inclusion criteria (7 hospitals in Maranhão, 3 hospitals in Rondônia and 10 hospitals in the Federal District) were identified. The full list of participating institutions can be found in the supplementary material. Data were collected

between September 2018 and February 2019. All women provided written informed consent (WIC) for inclusion of their data and also obtained WIC if they were eligible for the exit surveys (ACASI). WHO's Research Ethical Review Committee (protocol: 0002699), Brazil's National Institutional Review Board and each local Research Ethics Committee provided ethics approval of the study protocol (CAAE: 78745317.1.0000.5404).

Statistical analysis

First, descriptive analyses of the data were generated. Continuous variables were assessed as mean \pm SD, median (range), and quartiles. Categorical variables were assessed as relative frequencies. The classification of abortion-related complications was carried out based on clinical signs, symptoms and laboratory tests, in accordance with the WHO criteria for near miss [16]. Women were divided into mild, moderate, potentially life-threatening complications (PLTC) and severe maternal outcomes (SMO) (deaths and near-miss).

The variables were grouped in categories. Age (< 19 years/20-29 years/over 30 years), gestational age (< 13 weeks/ \geq 13 weeks), marital status (single, married/cohabitating, separated/divorced/widowed), educational level (no education/ primary / secondary / tertiary or higher), gainful occupation (yes/no), previous births (0, \geq 1), expulsion of products of conception (POC) before arrival to health facility (yes/no), state (Rondonia/Maranhão/DF), surgical uterine evacuation (yes/no), type of surgical evacuation (manual vacuum aspiration/ curettage), use of uterotonics (yes/no), use of misoprostol (yes/no), use of oxytocin (yes/no), hysterectomy (yes/no), use of IV fluids (yes/no), use of

vasopressors (yes/no), use of procoagulant agents (yes/no), blood transfusion (yes/no), intensive care unit admission (yes/no). All ACASI interview questions included in this analysis had a yes or no response option. The list of questions is included in the supplementary material.

All variables were analyzed according to the severity of the complications using the chi-square test or Fisher's exact test. To evaluate factors associated with abortion-related complications, we constructed two generalized linear estimation models, one comparing SMO+PLTC *versus* mild complications and another model comparing mild complications *versus* moderate complications. The models were adjusted for age, marital status, number of previous births, gestational age, expulsion of ovular remains before arrival at the hospital and state of Brazil. Statistical analysis was performed using SAS for Windows version 9.2 (SAS Institute, Cary, NC, USA).

Results

We analyzed data from 1683 women with abortion-related complications, 789 in Maranhão (46.9%), 728 (43.3%) in the Federal District and 166 (9.8%) in Rondônia. Among these women, 1487 (86.7%) were over 20 years old, 705 (49%) were single and 1052 (83%) had an educational level greater than or equal to high school. The majority of women (91.6%) had previous births, gestational age less than 13 weeks (83.2%) and didn't expel POC before arrival at the health unit (83,2%). From all women who had abortion-related complications, 1389 (82.5%) had mild complications, 228 (13.6%) had moderate complications, 54 (3.2%) had PLTC, 12 (0.7%) severe maternal outcomes (SMO), being 10 cases of near miss and no deaths. Sociodemographic and obstetrics characteristics by severity of abortion-related complications are described in Table 1. The factors

independently associated with the occurrence of PLTC/SMO were having a gestational age ≥ 13 weeks (OR=3.44; 95% CI 1.52 – 7.78), having been treated in Maranhão (OR 0.25; 95% CI 0.11-0.60) and in Rondônia (OR 0.60; 95% CI 0.16 – 0.97). The expulsion of POC before arrival to the health facility (OR 3.07; 95% CI 1.87 – 5.05) and being treated in Maranhão (OR 0.52; 95% CI 0.33-0.82) were associated with moderate complications in comparison with mild complications (Table 2).

Of all the women included, 1586 (94.2%) required some type of management for uterine evacuation. Among these, 1451 (91.5%) required surgical uterine evacuation and 135 (8.5%) used only uterotonic medications. Among women who underwent surgical uterine evacuation, 1021 (70.4%) also received uterotonic medications (Figure 1). Of the women who underwent surgical evacuation and received uterotonics, 296 received single dose misoprostol (29%). The most frequently used surgical evacuation method was uterine curettage (66.9%), followed by manual intrauterine aspiration (32.3%) (Figure 2). 506 (43.8%) women who used uterotonics received misoprostol alone, 156 (13.5%) received oxytocin alone, 154 (13.3%) received the misoprostol/oxytocin combination and 174 (15%) received ergometrine alone (Figure 3). Among the other supportive treatment modalities used, 1239 (73.6%) received intravenous fluids, 5 (0.3%) received vasopressor agents, 401 (23.8%) received antibiotics, 9 (0.5%) received procoagulant agents, 22 (1.3%) received a blood transfusion, 3 (0.2%) underwent exploratory laparotomy, 1 (0.01%) underwent hysterectomy and 4 (0.2%) were treated in an intensive care unit. The use of misoprostol was higher than other groups among women with mild complications, and the use of oxytocin (isolated or in combination with

misoprostol) was more frequent in those with severe outcomes. Women with more severe complications used more intravenous fluids, vasopressors, antibiotics, procoagulants, blood transfusions, and were admitted to the ICU more often. Table 3 details the different types of treatment used for women according to the severity of complications.

70 women participated in the ACASI interview; 66 (95.6%) reported having received explanations about the treatment they received, 66 (95.6%) reported having been treated kindly and 65 (94.2%) were able to ask questions during the examination/treatment. However, 9 (13%) women reported that the professional did not explain everything she needed to know about the treatment and 7 (10.1%) women reported that their preferences about the treatment were not respected. Anxiety/stress during hospitalization was reported by 46 (66.7%) women. Among them, 12 (26.1%) were unable to communicate this feeling to the health professional. Among the 34 women who spoke about anxiety/stress with the health professional, 13 (38.2%) reported that the professional did not offer any help to alleviate the symptom. Table 4 details the responses to the ACASI questionnaire according to the severity of the complications.

Discussion

This study described, using standardized methodology, the severity of abortion-related complications, the type of management and the experience of care of women in 20 hospitals located in three states in Brazil. Expanding knowledge on the topic in a country with diverse socioeconomic contexts is essential for the development of public health policies aimed at reducing morbidity and mortality related to abortion. The results showed that the majority

of women presented mild complications. However, the use of non-recommended uterine evacuation methods, including curettage and double method, remains prevalent. When evaluating the experience of care, despite women reporting kindness during treatment, there is still a picture of anxiety and stress during hospitalization.

Since 2012, the use of a standardized classification for complications associated with pregnancy has allowed the comparison of different contexts in different regions [17]. In 2013, the WHO published the results of a large multi-center study using this classification to understand maternal and neonatal morbidity globally [18]. However, in the sample of women studied, abortion-related complications were underreported, which led to the development of a new research protocol, aimed at the specific study of complications in early pregnancy [11]. Recently, the main results of the WHOMCS-A study in Africa and Latin America were published. An important difference was observed in the severity of abortion-related complications on the two continents. While in Africa, almost 10% of women were classified as having serious complications (2.4% of SMO and 7% of PLTC) [12], in Latin America less than 5% had more serious complications (1.3% of SMO and 3.1% PLTC) [13].

In Brazil, data from the latest research suggested that health complications resulting from abortion are decreasing [7,10]. In 2010, it was estimated that 55% of women who had an abortion needed to be hospitalized, while in 2021, this proportion was estimated at 43% [7]. In the present study, we analyzed the severity of complications in women hospitalized due to abortion complications using Brazilian data from the WHOMCS-A. With this, we observed that the prevalence of serious complications in the country was similar to other Latin

American countries, as 3.2% of Brazilian women had PLTC and 0.7% had SMO. However, the number of complications classified as mild was higher in Brazil (82.5%) compared to the total of Latin American countries (46.3%). Abortion care can be classified according to its safety as safe, less-safe or least-safe, depending on the person providing the care and the method used [19]. Possibly, better access to health services in Brazil compared to other countries on the continent, associated with the transition from the use of rudimentary uterine evacuation methods to the use of misoprostol, even outside the formal health context, may explain these findings.

When observing factors associated with greater severity of complications, we found that having a higher gestational age and expelling uterine contents before arrival at the health unit were associated with more severe complications. Possibly, women with a greater quantity of intrauterine material (greater gestational age) and who had a longer delay in obtaining specialized care (expulsion of ovular contents before arriving at the hospital) presented with a greater volume of blood loss, and consequently were classified as having more severe complications. Women treated in Maranhão and Rondônia had less severe complications compared to women treated in the Federal District. Possibly, regional characteristics of access to health services influenced these findings. However, as the data collection period was relatively short (three months), and due to the large difference in area and population density, it is not possible to conclude that there are substantial differences in the quality of reproductive health care provided across these states.

In recent years, international organizations have encouraged the use of less invasive methods of uterine evacuation, including manual intrauterine

aspiration or uterine evacuation exclusively with medication [1; 20,21]. Curettage is a procedure associated with a greater occurrence of immediate complications, including uterine perforation [22], and late complications, including endometrial synechiae [23, 24]. Intrauterine manual aspiration has a lower incidence of complications, including hemorrhage requiring blood transfusion and uterine perforations, compared to curettage [21; 25]. In the present study, nine out of ten women who sought hospital care for abortion-related complications underwent some type of medical intervention to complete uterine emptying. The data obtained confirm that uterine curettage is still a widely performed procedure in Brazil, corroborating previous data that show that this is the second most performed obstetric procedure in public hospitals in the country [26]. Although uterine evacuation with the exclusive use of medication is considered a safe and effective procedure [27; 28], it had low use in the present study (8%). Some factors may influence this finding. Mifepristone, a medication that is included in the uterine evacuation protocol in several countries, is not approved for use in Brazil. Therefore, medicated emptying depends on the use only of misoprostol, which can prolong the time needed to expel ovular remains. Furthermore, the use of misoprostol in Brazil must be carried out exclusively in a hospital environment. A longer length of stay may justify the underuse of this method in Brazil. This hypothesis becomes clear when we analyze the double method data (medicines/surgery) obtained. We highlight that 70% of women undergoing surgical evacuation also received medication, but only 29% for cervix preparation. Possibly, women who did not use misoprostol to prepare the cervix started using misoprostol with the aim of non-surgical uterine emptying. However,

with a prolonged hospitalization, surgical evacuation may have been chosen to shorten the hospital stay.

When we specifically consider the type of uterotonic, we observed that the most commonly used was misoprostol, followed by oxytocin and ergometrine. Women with milder complications received more misoprostol, and women with more severe complications received more oxytocin. As expected, the use of more complex management methods, including hysterectomy, use of vasopressors, use of procoagulants and blood transfusion, were more frequent in women with more severe complications. However, we highlight the low number of ICU admissions. Despite the severity, only 25% of women who had SMO were admitted to intensive care beds. In 2018, according to data from the National Registry of Health Establishments, Brazil has almost 45,000 ICU beds. Less than half of these beds (49%) were available for the Unified Health System (SUS), while the other half were destined exclusively for private or supplementary healthcare, which served 23% of the population [29]. Although the number of ICU beds has increased in recent years, the number of beds remains insufficient, especially within the SUS. According to guidelines from the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health, the ideal proportion of ICU beds is 1 to 3 beds for every 10,000 inhabitants. The proportion of ICU beds available to the SUS among the states participating in the research was 1.01 per 10,000 in Rondônia, 0.59 per 10,000 in Maranhão and 0.89 per 10,000 in the Federal District, reflecting a deficit in the number of ICU beds, in addition to possible problems with the management of intensive care beds [29].

Women-centered health care is very important in post-abortion situations. The WHO Safe Abortion Manual recommends that women who arrive at health

services due to abortion complications may be treated urgently and respectfully, like any other emergency patient, without punitive, judgmental or biased attitudes [1]. However, in African countries, 60% of women with abortion-related complications reported at least one negative experience during treatment [14]. In Brazil, one in three women reported a lack of privacy in the establishment, mistreatment and discrimination by providers during care for complications from an induced abortion [30]. Treating people with kindness and ensuring that women's preferences, needs, and values are respected, impacts adverse outcomes and improves adherence to post-abortion care programs [14; 31]. In the present study, the majority of women with severe complications and eligible to respond to the hospital discharge interview (ACASI) reported having received explanations about the treatment received, were able to ask questions and were treated with kindness. However, 1 in 10 women did not feel their choices were respected. A similar situation was described in other Latin American countries, where 12.8% of women did not have the opportunity to ask questions about their treatment [12]. Anxiety and stress associated with abortion-related complications were common and can be expected in women with more severe clinical conditions. However, we highlight that approximately 1 in 4 women who felt anxious/stressed did not communicate this fact to the health team, and, in addition, among the women who commented on the subject, almost 40% did not get any type of help to improve the symptom. Lack of emotional support can worsen the anxiety faced by women [32].

This study has limitations that need to be acknowledged. Because it is a cross-sectional study, it is not possible to establish cause and effect relationships. The data collection period was not exactly the same in all hospitals and all

hospitals that met the inclusion criteria to participate in the research were public institutions. Consequently, the results cannot be extrapolated to the private healthcare system in Brazil. In the vast majority of cases it was not possible to differentiate spontaneous abortions from induced abortions. However, we highlight that the large number of women included, the appropriate randomization methodology of states and hospitals in the country, the detailed classification of abortion-related complications and the rigor in data collection contributed to the solidity of the results obtained. Furthermore, obtaining experience-of-care data highlighted that post-abortion care should always be patient-centered.

Nine out of ten women treated in Brazilian public hospitals due to abortion complications undergo some surgical procedure, the most common of which is uterine curettage. Approximately four in every hundred women experience severe complications, which occur more frequently in those with more advanced gestational age and who expel the uterine contents before reaching the hospital. Anxiety and stress are common in women who experience abortion-related complications. Access to post-abortion care must be broad and equitable. In a country with restrictive laws like Brazil, knowing the epidemiology of abortion-related complications is essential for formulating public policies that guarantee comprehensive care for women's health.

References

1. World Health Organization. Abortion care guideline Geneva: World Health Organization. 2022.
2. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2012. PMID: 23700650.

3. Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Abortion in Brazil: what do the official data say?. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36 (1): e00188718.
4. Domingues RMSM, Fonseca SC, Leal MC, Aquino EML, Menezes GMS. Unsafe abortion in Brazil: A systematic review of the scientific production, 2008–2018. *Cad Saude Pública*. 2020; 36:e00190418.
5. Malta M, Wells S, LeGrand S, Seixas M, Baptista A, da Silva CMFP, et al. Abortion in Brazil: the case for women's rights, lives, and choices. *Lancet Public Health*. 2019; 4:e552.
6. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG*. 2016; 123:1489–98.
7. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey - Brazil, 2021. *Cien Saude Colet*. 2023 Jun;28(6):1601-1606. doi: 10.1590/1413-81232023286.01892023. Epub 2023 Mar 22. PMID: 37255138.
8. Coube, M., Nikoloski, Z., Mrejen, M. et al. Persistent inequalities in health care services utilisation in Brazil (1998–2019). *Int J Equity Health*. 2023. 22(1):25.
9. Popinchalk A, Beavin C, Bearak J. The state of global abortion data: an overview and call to action. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2022;48:3-6.
10. Uliana MD, Marin DFD, Silva MB da, Giugliani C, Iser BPM. Internações por aborto no Brasil, 2008-2018: estudo ecológico de série temporal. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022; 31(1):e202134.

11. Kim CR, Tunçalp Özge, Ganatra B, et al. Who Multi-Country survey on Abortion-related morbidity and mortality in health facilities: study protocol. *BMJ Glob Health*. 2016;1:e000113.
12. Qureshi Z, Mehrtash H, Kouanda S, Griffin S, Filippi V, Govule P, Thwin SS, Bello FA, Gadama L, Msusa AT, Idi N, Goufodji S, Kim CR, Wolomby-Molondo JJ, Mugerwa KY, Bique C, Adanu R, Fawole B, Madjadoum T, Gülmezoglu AM, Ganatra B, Tunçalp Ö. Understanding abortion-related complications in health facilities: results from WHO multicountry survey on abortion (MCS-A) across 11 sub-Saharan African countries. *BMJ Glob Health*. 2021;6(1):e003702.
13. Romero M, Gomez Ponce de Leon R, Baccaro LF, et al. Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multi-country survey on abortion (MCS-A). *BMJ Global Health* 2021;6:e005618.
14. Govule P, Baumann S, Dossou JP, Calvert C, Goufodji S, Mehrtash H, Tunçalp Ö, Adu-Bonsaffoh K, Compaoré R, Filippi V. Experiences of women seeking care for abortion complications in health facilities: Secondary analysis of the WHO Multi-Country Survey on Abortion in 11 African countries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022;156 Suppl 1:44-52.
15. Sachs J, Lafortune G, Kroll C, Fuller G, Woelm F. From Crisis to Sustainable Development: the SDGs as Roadmap to 2030 and Beyond. *Sustainable Development Report 2022*. Cambridge.
16. Say L, Souza JP, Pattinson RC; WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss--towards a

- standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009 Jun;23(3):287-96.
17. Souza JP, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Costa ML, Katz L, Say L; Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Group; Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity. The WHO maternal near-miss approach and the maternal severity index model (MSI): tools for assessing the management of severe maternal morbidity. *PLoS One.* 2012;7(8):e44129.
18. Souza JP, Gulmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet.* 2013;381(9879):1747-55.
19. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet.* 2017 Nov 25;390(10110):2372-2381
20. Faundes A, Comendant R, Dilbaz B, Jaldesa G, Leke R, Mukherjee B, Padilla de Gil M, Tavara L; FIGO Initiative for the Prevention of Unsafe Abortion. Preventing unsafe abortion: Achievements and challenges of a global FIGO initiative. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020 Jan;62:101-112.
21. Kapp N, Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020; 63:37-44.

22. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol.* 1989; 161: 406.
23. Deans R, Abbott J. Review of intrauterine adhesions. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010; 17: 555.
24. Hanstede MM, van der Meij E, Goedemans L, Emanuel MH. Results of centralized Asherman surgery, 2003-2013. *Fertil Steril.* 2015; 104: 1561.
25. Tietze C, Lewit S. Joint program for the study of abortion (JPSA): early medical complications of legal abortion. *Studies in Family Planning.* 1972; 3 (6): 97-122.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Ministério da Saúde; 2011.
27. Begum F, Zaidi S, Fatima P, Shamsuddin L, Anowar-ul-Azim AK, Begum RA. Improving manual vacuum aspiration service delivery, introducing misoprostol for cases of incomplete abortion, and strengthening postabortion contraception in Bangladesh. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;126 Suppl 1:S31-5.
28. von Hertzen H, Piaggio G, Huong NT, Arustamyan K, Cabezas E, Gomez M, et al. Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet.* 2007; 369:1938.
29. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Menos de 10% dos municípios brasileiros possuem leitos de UTI. Disponível em:
<https://www.sbcm.org.br/v2/index.php/component/tags/tag/boletim-153>

30. Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2017;22(8):2771-2780.
31. Aantjes CJ, Gilmoor A, Syurina EV, Crankshaw TL. The status of provision of post abortion care services for women and girls in Eastern and Southern Africa: a systematic review. *Contraception.* 2018;14:S0010-7824(18)30094-5.
32. Pershad J, Mugerwa KY, Filippi V, Mehrtash H, Adu-Bonsaffoh K, Bello FA, Compaoré R, Gadama L, Govule P, Qureshi Z, Tunçalp Ö, Calvert C. Prevalence and determinants of self-reported anxiety and stress among women with abortion-related complications admitted to health facilities in Eastern and Southern Africa: A cross-sectional survey. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022 Jan;156 Suppl 1:53-62.

Table 1. Sociodemographic and obstetrical characteristics by severity of abortion-related complications (n=1683)

	Mild (n= 1389)	Moderate (n=228)	Potentially life- threatening complications (n=54)	Severe maternal outcomes (n=12)
Age (in years)				
< 20	183 (13.1)	33 (14.5)	7 (13.0)	2 (16.7)
20-29	625 (45.0)	117 (51.5)	21 (38.9)	7 (58.3)
≥30	581 (41.9)	77 (33.9)	26 (48.1)	3 (25.0)
Marital Status				
Single	598 (49.6)	83 (46.9)	20 (45.4)	4 (40.0)
Married/cohabitating	581 (48.2)	89 (50.3)	22 (50.0)	5 (50.0)
Separated/divorced/widowed	27 (2.2)	5 (2.8)	2 (4.6)	1 (10.0)
Educational Level				
No education	3 (0.3)	3 (2.1)	0	0
Primary	179 (16.5)	22 (15.6)	5 (14.7)	3 (33.3)
Secondary	748 (69.1)	103 (73.1)	21 (61.8)	6 (66.7)
Tertiary or higher	153 (14.1)	13 (9.2)	8 (23.5)	0
Gainful occupation				
Yes	426 (37.8)	61 (41.8)	23 (57.5)	4 (36.4)
No	700 (62.2)	85 (58.2)	17 (42.5)	7 (63.6)
Previous births				

≥1	892 (91.3)	141 (92.8)	36 (94.7)	9 (100)
0	85 (8.7)	11 (7.2)	2 (5.3)	0 (0)
Previous abortions				
≥1	344 (35.3)	49 (32.2)	21 (55.3)	3 (33.3)
0	630 (64.7)	103 (67.8)	17 (44.7)	6 (66.7)
Gestational age (in weeks)				
< 13	1089 (84.9) *	149 (80.1) *	22 (52.4)	6 (60)
≥13	194 (15.1)	37 (19.9)	20 (47.6) *	4 (40) *
Expulsion of products of conception before arrival to facility				
No	1166 (85.4) *	158 (71.2)	41 (78.9) *	9 (75)
Yes	199 (14.6)	64 (28.8) *	11 (21.1)	3 (25) *
State				
Federal District	537 (38.7)	142 (62.3) *	41 (76) *	8 (66.7) *
Maranhão	703 (50.6) *	70 (30.7)	12 (22.2)	4 (33.3)
Rondônia	149 (10.7) *	16 (7)	1 (1.8)	0 (0)

*p value<0.001. Chi-square test

Table 2. Factors associated with abortion-related complications (GLE)

Variable	Categories	PLTC/SMO vs Mild ^a			Moderate vs Mild ^b		
		p-value	OR	95% CI OR	p-value	OR	95% CI OR
Age (years)	≤19 (ref)	-	1.00	-	-	1.00	-
	20-29	0.85	1.21	0.15 – 10.07	0.08	0.50	0.22 – 1.11
	≥30	0.78	1.35	0.17 – 10.95	0.06	0.46	0.21 – 1.03
Marital status	With partner (ref)	-	1.00	-	-	1.00	-
	Without partner	0.14	0.53	0.22 – 1.25	0.68	0.91	0.59 – 1.42
Number of births	0 (ref)	-	1.00	-	-	1.00	-
	≥1	0.52	1.63	0.36 – 7.29	0.17	1.85	0.76 – 4.50
Gestaional age (weeks)	<13 weeks (ref)	-	1.00	-	-	1.00	-
	≥13weeks	<0.01	3.44	1.52 – 7.78	0.21	1.42	0.81 – 2.47
POC before arrival	No (ref)	-	1.00	-	-	1.00	-
	Yes	0.98	1.01	0.29 – 3.58	<0.01	3.07	1.87 – 5.05
State	DF (ref)	-	1.00	-	-	1.00	-
	Maranhão	<0.01	0.25	0.11 – 0.60	<0.01	0.52	0.33 – 0.82
	Rondônia	0.04	0.60	0.16 – 0.97	0.06	0.47	0.21 – 1.04

^aGLE - (n=788 Mild and n=27 PLTC/SMO). Ref.: reference level.

^bGLE - (n=788 Mild and n=99 Moderate). Ref.: reference level.

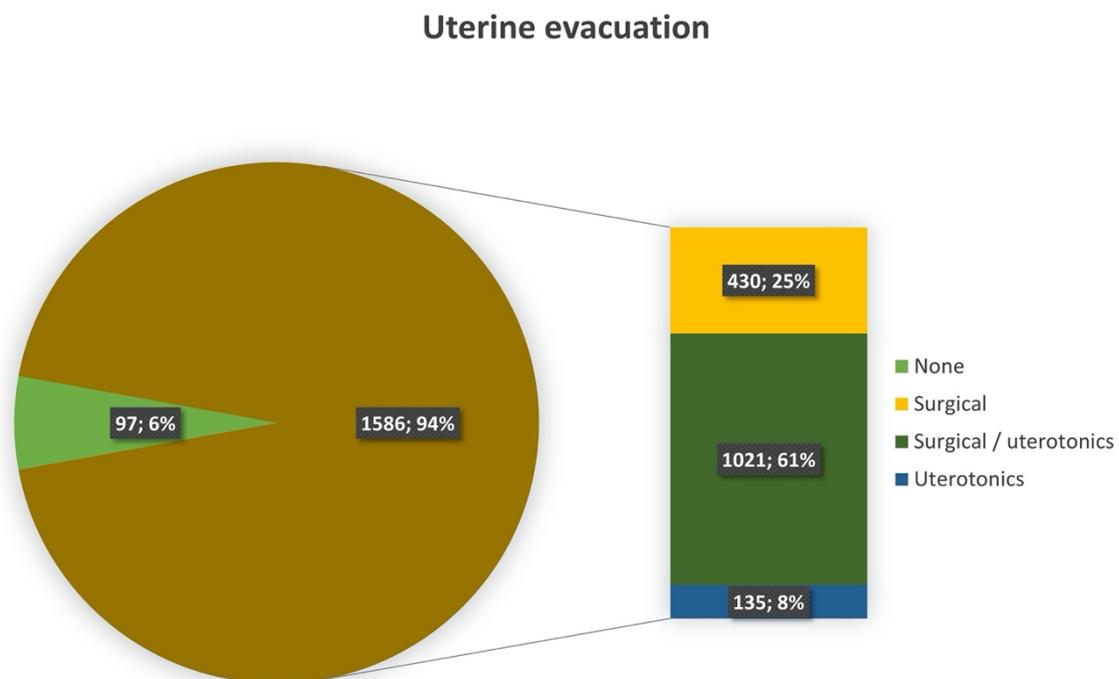
Figure 1. Uterine Evacuation Management

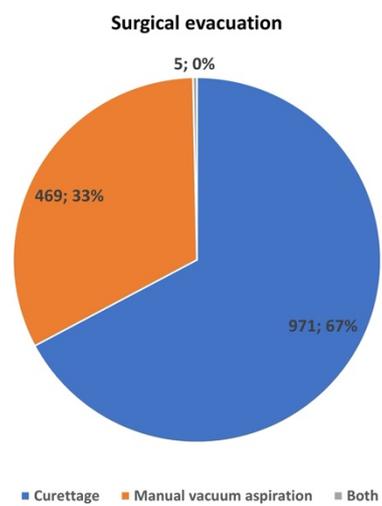
Figure 2. Surgical Evacuation Methods

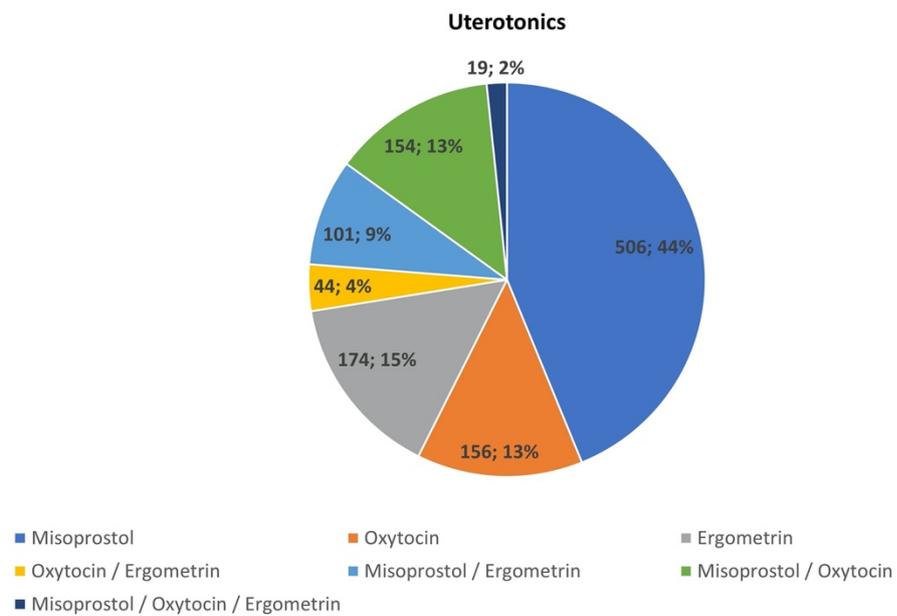
Figure 3. Uterotonic Administration

Table 3. Types of management according to severity of complications

Type of management	Mild	Moderate	PLTC	SMO	p-value*
Surgical uterine evacuation					0.72
Yes	1199 (86.3)	197 (86.4)	46 (85.2)	9 (75.0)	
No	190 (13.7)	31 (13.6)	8 (14.8)	3 (25.0)	
Use of uterotonics					0.89
Yes	956 (68.8)	153 (67.1)	39 (72.2)	8 (66.7)	
No	433 (31.2)	75 (32.9)	15 (27.8)	4 (33.3)	
Misoprostol					<0.01
Yes	705 (73.7)	55 (36)	16 (41)	4 (50)	
No	251 (26.3)	98 (64)	23 (59)	4 (50)	
Oxytocin					<0.01
Yes	262 (27.4)	84 (54.9)	21 (53.8)	6 (75)	
No	694 (72.6)	69 (45.1)	18 (46.2)	2 (25)	
Hysterectomy					<0.01
Yes	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (8.3)	
No	1389 (100)	228 (100)	54 (100)	11 (91.7)	
IV fluids					<0.01
Yes	958 (69)	219 (96)	51 (94.4)	11 (91.7)	
No	431 (31)	9 (4)	3 (5.6)	1 (8.3)	
Vasopressors					<0.01
Yes	1 (0.1)	0 (0)	2 (3.7)	2 (16.7)	
No	1388 (99.9)	228 (100)	52 (96.3)	10 (83.3)	
Antibiotics					<0.01
Yes	253 (18.2)	104 (45.6)	38 (70.4)	6 (50)	
No	1136 (81.8)	124 (54.4)	16 (29.6)	6 (50)	
Procoagulant agents					<0.01
Yes	2 (0.1)	3 (1.3)	3 (5.6)	1 (8.3)	
No	1387 (99.9)	225 (98.7)	51 (94.4)	11 (91.7)	
Blood transfusion					<0.01
Yes	0 (0)	0 (0)	18 (33.3)	4 (33.3)	
No	1389 (100)	228 (100)	36 (66.7)	8 (66.7)	
ICU admission					<0.01
Yes	0 (0)	0 (0)	1 (1.8)	3 (25)	
No	1389 (100)	228 (100)	53 (98.2)	9 (75)	

*Chi-square test

Table 4. Women's experience of care: ACASI answers by severity (n=70)

	Total	Severity of abortion-related complications			
		Mild N (%)	Moderate N (%)	PLTC N (%)	SMO N (%)
Did you use any methods to end your pregnancy? *					
Yes	7 (10)	3 (27.3)	0	3 (13)	1 (25)
No	63 (90)	8 (72.7)	32 (100)	20 (87)	3 (75)
During your stay at this hospital, were you given explanations regarding your care and treatment? ^a					
Yes	66 (95.6)	11 (100)	30 (93.8)	21 (95.4)	4 (100)
No	3 (4.4)	0 (0)	2 (6.2)	1 (4.6)	0
Were you able to ask questions during the examination and treatment? ^a					
Yes	65 (94.2)	11 (100)	30 (93.8)	20 (90.9)	4 (100)
No	4 (5.8)	0 (0)	2 (6.2)	2 (9.1)	0 (0)
Do you feel your healthcare provider told you everything you need to know about decisions taken for your care? ^a					
Yes	60 (86.9)	9 (81.8)	30 (93.8)	18 (81.8)	3 (75)
No	9 (13.1)	2 (18.2)	2 (6.2)	4 (18.2)	1 (25)
Did you encounter any anxiety or stress during your hospital stay? ^a					
Yes	46 (66.6)	8 (72.7)	21 (65.6)	14 (63.6)	3 (75)
No	23 (33.4)	3 (27.3)	11 (34.4)	8 (36.4)	1 (25)
When you told the doctor or nurse about feeling the anxiety or stress, did he or she offer additional support to help ease your anxiety or stress? * ^b					
Yes	21 (61.8)	0 (0)	11 (73.3)	8 (66.7)	2 (100)
No	13 (38.2)	5 (100)	4 (26.7)	4 (33.3)	0 (0)
Were you spoken to nicely?					
Yes	66 (95.6)	11 (100)	32 (100)	19 (86.4)	4 (100)
No	3 (4.4)	0	0 (0)	3 (13.6)	0

*Fisher's exact test – p < 0.05

Missing: a = 1; b = 12

Supplementary material**WHOMCS-A Brazil. Participating institutions.****Rondônia**

- Hospital Municipal de Ji-Paraná
- Hospital Regional Adamastor Teixeira de Oliveira
- Maternidade Mãe Esperança

Maranhão

- Hospital Universitário da UFMA
- Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz
- Complexo Hospitalar Materno Infantil Do Maranhão
- Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão
- Maternidade Carmosina Coutinho - Caxias
- Hospital Materno Infantil - Barra Do Corda
- Santa Casa de São Luís

Distrito Federal

- Hospital Regional de Ceilândia - 161
- Hospital Regional de Samambaia

- Hospital Regional de Gama (HRG)
- Hospital Materno Infantil de Brasília
- Hospital Regional do Paranoá (HRPA)
- Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)
- Hospital Regional de Planaltina (HRPL)
- Hospital Regional Asa Norte (HRAN)
- Hospital Regional de Taguatinga (HRT)
- Hospital Regional de Sobradinho (HRS)

5. Discussão Geral

Esta Tese de Doutorado apresenta o resultado de três estudos desenvolvidos ao longo dos últimos três anos, trazendo um estudo de corte-transversal original em forma de artigo original, um estudo de corte-transversal publicado em forma de comunicação rápida e análise secundária de um grande estudo de corte-transversal realizado na América Latina e na África.

O primeiro artigo trouxe a forma de entender os diversos manejos de esvaziamento uterino e os fatores associados a cada método utilizado, que foram realizados dentro de um hospital terciário, referência para o atendimento de casos de aborto e inserido dentro de uma universidade pública, que obedecem ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Nossa análise ocorreu após a instalação da rede de vigilância do CLAP, a rede MUSA. Além de monitorizar os casos de aborto e os serviços relacionados ao procedimento na América Latina e no Caribe, um dos objetivos da criação da rede CLAP/MUSA era de fortalecer e incentivar o uso de métodos seguros de esvaziamento uterino.

Nossos resultados evidenciaram um aumento no uso de um método cirúrgico recomendado pela OMS, a aspiração manual intrauterina (AMIU), porém o manejo medicamentoso com misoprostol permaneceu estável durante o período analisado. O ano de 2020 e idades gestacionais mais precoces estiveram associadas ao uso de AMIU, enquanto o maior nível educacional a escolha pelo método medicamentoso.

A implementação dessa rede de vigilância mostrou que a monitorização dos dados de aborto, dentro de uma instituição, tem o potencial de promover

diversas estratégias de mudança nas práticas clínicas. Esse mesmo recurso de utilização de uma rede de vigilância foi descrito nos Estados Unidos. Após uma grande coorte dos anos 1970 feito pelo CDC que mostrou maior segurança dos métodos de aspiração frente à CTG. O mesmo órgão documentou uma tendência de queda do uso da CTG ao longo dos anos e possibilitou que métodos de aspiração se tornassem a primeira escolha para manejo cirúrgico do aborto em gestações no primeiro trimestre nos Estados Unidos [156].

Para compreender a segurança do aborto e suas múltiplas dimensões é necessário entender o seu processo. Para isso, os sistemas de vigilância são essenciais para o fornecimento de informações. Assim como em nosso estudo, as informações sobre a manejo da indução do aborto proporcionou estratégias para mudança de métodos mais seguros ao redor do mundo. Diversas estratégias para substituição da CTG como método cirúrgico pela AMIU e estímulo ao aborto medicamentoso garantiram maior acesso das mulheres ao cuidado pós-aborto de forma integral e segura e melhoram os indicadores de qualidade dos sistemas de saúde [111].

Ainda que parte do protocolo institucional do serviço, tanto a forma de utilização, como a dosagem padronizada de acordo com a idade gestacional, o uso do misoprostol ainda se manteve sem tendência de aumento no período. Apesar do nosso estudo não ter analisado as causas da escolha pelo tipo de manejo, nem as doses de misoprostol utilizadas, ainda é necessário manter esforços de educação em saúde dos profissionais, principalmente dentro de um hospital universitário em que o ensino é um dos tripés. No Brasil, um estudo transversal multicêntrico com 21 hospitais revelou que entre os médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia, apesar da maioria dos profissionais ter

afirmado receber informações sobre a medicação durante seu programa de residência, ainda desconhecem sobre o uso do misoprostol, já que apenas 4 de cada 10 médicos residentes acertaram mais que 70% das perguntas acerca do método [157].

Entretanto, pudemos observar que a Rede CLAP/MUSA, através das suas reuniões científicas regulares que reforçavam a importância do aborto seguro, pôde, de forma indireta ou direta, melhorar a formação dos profissionais médicos. Ainda que não tenham sido descritos treinamentos para prática da realização de AMIU pelo staff médico, pode-se perceber que o aumento dessa prática ocorreu apenas no 11º trimestre, apesar de termos um período relativamente longo do início da rede MUSA até que o uso rotineiro da AMIU fosse estabelecido no hospital. A Iniciativa da FIGO para Aborto Seguro [108] pontuou diversas estratégias para prevenir o aborto inseguro, dentre elas: documentar dados sobre o aborto e recomendar que a administração dos serviços de saúde também fomente a promoção de métodos de gestão do aborto seguro. As reuniões promovidas pela Rede CLAP/MUSA podem ter sido essenciais para o impacto na sensibilização da equipa gestora da unidade de saúde para garantir a aquisição de insumos hospitalares necessários à realização rotineira da AMIU de forma permanente.

O segundo artigo buscou entender o acesso aos cuidados relacionados ao pós-aborto entre mulheres em condições de vulnerabilidade social após a instalação da rede CLAP/MUSA. Esse trabalho foi publicado em forma de comunicação breve (*Brief Communication*), já que foi uma análise concisa com um resultado comum, mostrando que essa rede de vigilância, a qual também

promovia o incentivo a boas práticas clínicas, teve um papel estratégico para a saúde pública.

Além de entender a legislação vigente acerca do aborto em um país, para avaliar o impacto da vulnerabilidade social é necessário também entender a situação de acesso e a qualidade dos serviços de saúde por parte das pessoas em situações de vulnerabilidade. Para tanto, realizamos nossa análise com todas as mulheres que deram entrada no hospital com quadro de aborto, por qualquer razão, e aquelas que internaram para aborto por interrupção legal da gestação. Dividimos, então, as mulheres em grupos de acordo com o número de vulnerabilidades presentes (idade, antecedente de violência, viver sozinha e baixa escolaridade) e comparamos com os desfechos que compreendem as recomendações do CIA que estão destacadas nas Diretrizes de Cuidado no Aborto da OMS [34]:

- Complicações: a presença de complicações é rara quando realizadas de forma segura. Já taxa de hospitalização por complicações mais severas aumenta quando o acesso aos serviços de aborto é feito de forma insegura;

- Presença de esvaziamento uterino: a maioria da amostra do nosso estudo foi submetida à CTG, ou seja, foi submetida à esvaziamento uterino através do método menos seguro;

- Contracepção: essencial no cuidado pós-aborto, o acesso amplo a métodos contraceptivos atua diretamente no planejamento familiar, na autonomia das mulheres e na redução de nova gravidez não planejada e, com isso, queda nas taxas do aborto inseguro;

- Analgesia: o manejo da dor é um componente importante para alcançar alto nível de qualidade dos cuidados integral, já que influencia as experiências de assistência ao aborto, como aumento da ansiedade, do desconforto e da dor. Segundo a OMS [34], as recomendações é que medicamentos analgésicos sejam administrados regularmente para tratamento da dor no aborto cirúrgico em qualquer idade gestacional (recomendação 11) e farmacológico (recomendação 15) em qualquer idade gestacional, e métodos adicionais para controlar a dor em idades gestacionais \geq a 12 semanas (recomendação 16).

Nossos resultados foram importantes, já que não houve diferença estatística entre os manejos recomendados pela OMS e mulheres com maior grau de vulnerabilidade social. Isso ressalta que uma estratégia de vigilância que propõe discussões sobre o CIA, pode ampliar a equidade de acesso ao aborto seguro. Diferente da literatura, em que há diversos relatos de impactos de vulnerabilidade.

Nosso estudo considerou idade em mulheres menores que 20 anos, já que para o Ministério da Saúde do país, que segue a OMS, a adolescência é um período que contempla mulheres dos 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias [158]. Na faixa etária dos 15 aos 19 anos concentram-se 15 % dos abortos inseguros do mundo e além da idade ser um fator de DSS, essas meninas quando apresentam associação com outros determinantes de vulnerabilidades como baixa escolaridade, meios de subsistência limitados e oportunidades de trabalho digno, possuem um impacto direto nos seus direitos de SSR e no acesso aos serviços de aborto [159].

Um assunto não abordado nesse artigo, mas que foi motivador para a realização dessa análise foi entender os estigmas do aborto no Brasil dentro de um hospital referência para atendimento de aborto. Sendo o Brasil, um país com leis restritivas, essa percepção do estigma é mais evidente [160]. Uma vez que o estigma reproduz e legitima modos de desigualdade social e estrutural, diferenciando os indivíduos seja por idade, gênero, raça e fatores socioeconômicos, ele contribuiu para inibir a qualidade de intervenções que apoiem qualidade na assistência ao aborto e na SSR das mulheres. Assim, nosso estudo buscou entender possíveis associações entre desfechos positivos ou negativos de CIA com algumas condições de vulnerabilidade social. Vale ressaltar que outros grupos vulneráveis como transgêneros ou não-binários, pessoas vivendo com HIV e baixa renda econômica não foram incluídos em nosso trabalho, mas também são grupos marginalizado que possuem barreiras ao CIA [34].

O estigma do aborto torna mais difícil para as pessoas obterem serviços de aborto seguro já que impede algumas mulheres de procurar cuidados médicos quando sofrem de complicações pós-aborto e até mesmo força as mulheres a procurar abortos inseguros que prometem maior sigilo quando padrões mais elevados de cuidados estão disponíveis [161]. A pesquisa da OMS mostrou que esse estigma aumenta os custos individuais e coletivos. As práticas sigilosas podem aumentar a necessidade de recursos financeiros com viagens e alimentação ou despesas com cuidados pós-aborto; e para o sistema de saúde, o tratamento de complicações relacionadas ao aborto inseguro são mais elevados do que os custos de proporcionar um aborto seguro [31].

É necessário destacar uma falha importante na ficha de coleta do MUSA. Na criação da sessão SIP para coleta de dados específicos relacionados a situações de abortamento (SIP-A), em que novas variáveis de interesse epidemiológico foram introduzidas, faltou a inserção de importante DSS: a raça/cor de pele. Diversos dados científicos apontam o racismo como um impulsionador de vários fatores sociais que perpetuam as desigualdades raciais na saúde. Dessa forma incluir esse fator sociodemográfico é fundamental para compreender as disparidades de acesso e os desfechos de saúde [41].

A classificação racial oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística preta, parda, branca, indígena e amarela [162] e isso pauta as pesquisas nacionais. Os estudos brasileiros sobre aborto mostram que mulheres pretas tem maiores barreiras institucionais para acessar os serviços de saúde para cuidado do aborto [163]. Elas têm maior probabilidade de passar por um tempo de espera ≥ 10 horas para esvaziamento uterino, ou seja, maior atraso no recebimento de cuidados pós- aborto que é um fator-chave na ocorrência de complicações relacionadas ao aborto mais severas [146].

Outrossim, outras desigualdades, como as socioeconômicas assolam a população preta e parda, restringido ainda mais o acesso à saúde. O medo de ser maltratada e não ter dinheiro de transporte, são as principais causas de entraves na busca de cuidados pós-aborto [164] e contribuem para que essas mulheres continuem arriscando suas vidas em práticas de aborto inseguro [35]. Cardoso e colaboradores, 2020 [22] ainda reforçou que mulheres de cor da pele preta assim como as mulheres indígenas têm maior risco de óbito por aborto.

Assim como a rede CLAP/MUSA, dentro do sistema mais robusto de vigilância de aborto do CDC dos Estados Unidos, existem 21 estados do país

que não informam a raça e etnia das mulheres. Com isso, o *Jornal Americano de Saúde Pública (American Journal of Public Health)* publicou um editorial fazendo um apelo para inclusão e obrigatoriedade da inclusão de raça para vigilância do aborto na saúde pública [165], já que o racismo e as suas manifestações prejudicam a capacidade reprodutiva de mulheres pretas. E dessa interação com o estigma do aborto permite que se perpetue a inequidade no acesso a cuidados de saúde abrangentes e universais. Não utilizar os dados de raça/cor de pele impedem a aplicação dos DSS materna para demanda do aborto seguro, não atua na redução da mortalidade materna e nas complicações relacionadas ao aborto, inviabilizando, assim, alcançar atingir os objetivos da Agenda 2030, os ODS. Como Coleman-Minahan K afirma “a vigilância do aborto também é politizada” [165].

Já o artigo 3 desta tese foi uma análise secundária do Estudo Multipaís sobre Aborto da Organização Mundial da Saúde (WHOMCS-A), que foi um grande estudo transversal realizado em 11 países da África e 6 países da América Latina. No Brasil, o professor Luiz Francisco Cintra Baccaro foi o investigador principal e responsável pela supervisão e implementação do estudo e garantiu a adesão ao protocolo nas unidades sanitárias participantes nos estados do Maranhão, Rondônia e no Distrito Federal. A publicação que avaliou as complicações relacionada ao aborto nos seis países da América Latina e do Caribe foi o primeiro estudo na região que abordou o aborto utilizando uma metodologia com a classificação padronizada baseada nos critérios da OMS [74].

Para entender a gravidade das complicações relacionadas ao aborto, os tipos de manejo utilizados e a opinião das mulheres que receberam atendimento em 20 hospitais no país, utilizamos a base de dados do WHOMCS-A. Para isso, todas as mulheres incluídas no estudo foram enquadradas pelo tipo de complicação relacionada ao aborto, de acordo com os critérios da OMS, em complicações leves, moderadas, potencialmente ameaçadoras da vida (PLTC) e morbidade materna grave (SMO) (que eram os casos de *near miss* e óbitos maternos). Avaliamos então as variáveis mais associados a severidade da complicação (leves vs SMO+PLTC) e (leve vs moderada).

Nossos resultados evidenciaram que a maioria das mulheres apresentou complicações leves, e utilizou de esvaziamento uterino, principalmente a curetagem e o método combinado (cirúrgico + medicamentoso), e ansiedade e estresse durante a internação estiveram presentes na avaliação da experiência do cuidado. A idade gestacional maior e a expulsão de conteúdo uterino antes da chegada na unidade de saúde se associaram a complicações mais graves. Além disso, mulheres atendidas no Maranhão e em Rondônia tiveram complicações menos graves relacionadas ao aborto em comparação às mulheres atendidas no Distrito Federal.

Estudos realizados em outros países também utilizaram a mesma metodologia utilizada em nosso trabalho. Em áreas afetadas por conflitos, a aplicação da metodologia padronizada WHOMCS-A permitiu a comparação das estimativas de gravidade e tipos de complicações entre as regiões e mostrou maior severidade na gravidade das complicações relacionadas com o aborto nesses cenários, destacando a necessidade de melhorar o acesso ao CIA a fim de prevenir complicações do aborto em ambientes frágeis e afetados por

conflitos [166]. Os dados dos países africanos participantes do WHOMCS-A culminaram em uma edição especial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics* em 2022 com sete artigos sobre a qualidade dos cuidados em complicações relacionadas com o aborto. Esses trabalhos destacaram recursos escassos para a gestão das complicações mais graves relacionadas com o aborto como profissionais especializados e unidades de terapia intensiva, predomínio de CTG, infecção como fator importante de letalidade, além de relatos de experiências negativas, principalmente em mulheres de baixo nível socioeconômico [73,144, 167-171].

Em nosso trabalho, é necessário destacar que o esvaziamento uterino cirúrgico ocorreu em 9 de cada 10 mulheres e as complicações foram classificadas, em sua maioria, como leves (82,5%). Apesar da taxa brasileira de complicações leves ser menor que a dos demais países da América Latina (46,3%) [74], nossa taxa de esvaziamento uterino é semelhante (93,2%). Nossos achados mostraram que quase 67 % das mulheres foram submetidas à CTG, o método considerado mais inseguro pela OMS [34]. Enquanto nos países latino-americanos, a CTG foi realizada em 31,7% das mulheres, nossa porcentagem é semelhante aos 70% dos casos de curetagem realizada em mulheres com SMO, em países em que o aborto é proibido ou permitido apenas para resguardar a vida materna, ou seja, leis muito mais restritivas ao aborto em comparação ao Brasil [63].

Mesmo que constantemente reforçada a necessidade de substituição da CTG por outros métodos de EU, nossa amostra reforça que os dados brasileiros de que a curetagem é o segundo método obstétrico mais realizado no país [99]. Além de invasivo, com necessidade de internação e anestesia, ser mais caro e

apresentar mais complicações para mulheres, alguns dados oficiais do país reforçam a persistência desse número elevado.

Mesmo a AMIU sendo o método cirúrgico de escolha no aborto, apresentar menos complicações, ter custos menores e ser tão eficaz quanto a CTG, dados do SIH mostraram que entre 2012 e 2021, dos manejos cirúrgicos de esvaziamento uterino, a AMIU foi realizada em 6,25%, enquanto foram 93,75% procedimentos de CTG [172] e entre 2008 e 2015, a aspiração correspondeu a apenas 5% [22]. Entretanto, um estudo brasileiro sobre aborto por interrupção legal, informou que dos 68 hospitais analisados, os métodos disponíveis nos serviços para a interrupção da gravidez eram a curetagem uterina (89%), aspiração manual intrauterina (86%) e medicamentos (97%), porém como manejo do aborto a AMIU foi realizada em 45% dos casos e o misoprostol em 32% [22]. Esses dados mostram que apesar de disponível, nossos dados corroboram para uma disparidade da utilização dos métodos cirúrgicos para EU.

O uso do aborto medicamentoso com misoprostol tem sido bastante estudado. Já bem estabelecido como seguro, efetivo e com poucas complicações graves [173]. Em vários países da América Latina o aborto medicamentoso permitiu a implementação de políticas de redução de danos e altamente eficazes na prevenção de mortes maternas relacionadas ao aborto [174]. Existem múltiplas formas de informações sobre esse método que se espalham principalmente por grupo de mulheres e organizações que fornecem instruções sobre o aborto medicamentoso, ou pela Internet que leva ao acesso através de fornecedores informais [175]. O estudo principal da WHOMCS-A mostrou que 55% das mulheres fizeram o uso de misoprostol, sendo 42,6% de

forma isolada e as demais em associação com outros uterotônicos [74], enquanto em nossa amostra apenas 8% realizou o uso de misoprostol.

Essa discrepância entre os demais países latino-americanos e o Brasil pode ser entendido por alguns contextos. Mesmo com registro para uso em todos os países do estudo principal WHOMCS-A, no Brasil as restrições ao misoprostol estão entre as maiores do mundo [176]. Hoje, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sua utilização é exclusivamente hospitalar. Apesar de fazer parte da lista de medicamentos essenciais da OMS, constar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a sua disponibilidade ser exigida para o funcionamento dos serviços de atenção à obstetrícia do país, estima-se que no ano de 2016, menos de 25% dos serviços disponíveis do SUS receberam misoprostol. Em 2018, o Ministério da Saúde não informou sobre a distribuição do misoprostol entre os de hospitais [177]. Essa escassez e falta de informação advém em partes da regulamentação restritiva e burocracias na comercialização e no estigma do aborto, o que faz com que o acesso ao aborto atinja menos de 50% das mulheres [174].

Apesar da criminalização, o aborto ocorre de forma generalizada em nosso país, e o misoprostol é facilmente disponível através de comércios informais e serviços clandestinos e é utilizado por inúmeras mulheres que querem interromper a gravidez. Sem incentivo das políticas públicas e ausência de interesse da indústria farmacêutica, não há interesse nem na disponibilização do misoprostol para administração fora do ambiente hospitalar, nem tampouco, na comercialização do mifepristone no país. No entanto, mesmo nesse contexto de ilegalidade, e apesar de parecer contraditório, o uso informal do misoprostol

conseguiu diminuir os riscos historicamente associados a métodos inseguros de aborto [178].

A grande questão por trás deste estudo é entender a qualidade do CIA de mulheres com complicações do aborto. Além de analisar o manejo das complicações, foi importante estudar também como essas mulheres passaram por essa experiência durante o atendimento, ou seja, uma forma de garantir informações sobre a qualidade da atenção recebida seja sobre comunicação efetiva, respeito, dignidade e apoio emocional do ponto de vista dessas mulheres.

É preciso destacar que essa coleta através de autoentrevistas assistidas por computador, pelo programa ACASI, foi uma ferramenta importante para medir comportamentos delicados e estigmatizantes como o aborto. Com isso, aumentaram-se as condições de confidencialidade, permitiu-se a participação de pessoas não alfabetizadas e eliminou as tendências devidas ao entrevistador no padrão das perguntas [179,180].

Em nossos resultados, 25% das participantes referiram ansiedade/stress. No estudo principal da WHOMCS-A, esse número chegou a 70%. Reportar algum grau de ansiedade é comum tanto no aborto espontâneo como nos induzidos [181]. O medo estigma relacionado ao aborto, maus tratos e discriminações fazem parte dos atendimentos dos serviços públicos brasileiros e podem ser fatores de atraso no tratamento de complicações relacionadas ao aborto [182].

Da mesma forma que a metodologia desse trabalho foi utilizar uma padronização das complicações de aborto, também se fazem necessárias utilizar

ferramentas adequadas para avaliar a experiência do cuidado a fim de entender os cuidados centrados na pessoa em todo o espectro da SSR.

Como profissional de saúde inserido num país caracterizado por desigualdades, iniquidades e violência de gênero e contrário as minorias sociais, trabalhar com aborto é mandatório para quem trabalha com saúde da mulher. Tema historicamente negligenciado, escanteado e abordado a partir de todas as sortes de vieses político-ideológicos, morais e culturais-institucionais, o tema do aborto e suas complicações estiveram sempre mais próximos de quem observa e julga e mais distantes de quem sofre diariamente as consequências de uma legislação ultrapassada. Logo, estar inserido como médico especialista nesta temática e poder assistir mulheres nas mais variadas situações de vulnerabilidade relacionadas ao aborto foi um dos motivadores para ingressar no programa de Doutorado. Acredito que este tem não só a função de formar cientistas e futuros docentes, mas também de estimular o criticismo construtivo e a aplicação em bom termo das evidências científicas dentro de uma sociedade que necessita mais de métodos seguros e menos culturas institucionais ultrapassadas e viciadas. Após um achado da dissertação de Mestrado, em que as mulheres que eram internadas por interrupção legal tiveram menores chances de receber métodos contraceptivos antes da alta hospitalar, entendi que trabalhar com aspectos que pudessem compreender a qualidade do cuidado ao aborto seria fundamental para o meu papel como ginecologista, obstetra e cientista na realidade ampliada na qual estou inserido. Fazer parte desse processo de construção da ciência que pode levar a mudanças do cuidado no aborto em prol de quem se beneficiará na ponta desse processo.

Além da produção desses dois artigos que fazem parte dessa Tese de Doutorado, pude colaborar com outras análises utilizando a rede CLAP/MUSA. Além de ser minha tese de Mestrado, com título “Uso de métodos contraceptivos durante a internação após perda gestacional no primeiro trimestre em um hospital universitário no Brasil”, com resultou na publicação “*Post-abortion contraception before hospital discharge after installation of a surveillance network in Brazil*” do *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [183]. E utilizando os dados coletados através da rede CLAP/MUSA, pude colaborar com outras análises secundárias como avaliação das complicações pós aborto e os fatores, que culminou no artigo “*Factors Associated with Abortion Complications after the Implementation of a Surveillance Network (MUSA Network) in a University Hospital*” [49]; e estudar o impacto da pandemia de COVID-19 no atendimento de mulheres no Hospital da Mulher Prof. Dr. J. A. Pinotti da Universidade de Campinas (UNICAMP), que resultou no artigo “*The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Care of Women Experiencing Abortion in a University Hospital in Brazil*” [184], ambos publicados na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, com fator de impacto 1.2. Sendo que esse último trabalho foi premiado no 28º Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia. Alguns dos nossos trabalhos da rede CLAP/MUSA compuseram a publicação “*Building a network of sentinel centres for the care of women in an abortion situation: advances in Latin America and the Caribbean*” do *BMJ Global Health* [37] que exemplificaram ações locais que fizeram a rede A Rede CLAP/MUSA uma ferramenta capaz de promover o CIA na América Latina e no Caribe.

Ainda não se pode mudar as leis do aborto no país, contudo, é possível traçar estratégias a fim de garantir o acesso as práticas seguras e de qualidade,

fomentar programas de melhorias para populações vulneráveis, promover a instalação de redes de vigilância do aborto etc. O aborto seguro é uma chave fundamental para eliminar barreiras persistentes para alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento feminino. Assegurar os direitos sexuais e reprodutivos é possibilitar que alcancemos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

6. Conclusão

6.1. A curetagem uterina foi realizada na maioria das mulheres. Durante o período, houve crescimento na realização de aspiração manual intrauterina, sendo mais frequente em mulheres admitidas no ano de 2020 e com menor idade gestacional. Já o aborto medicamentoso permaneceu estável no período e associou-se a mulheres com maior nível educacional.

6.2. Não houve associação entre vulnerabilidade social e cuidado pós-aborto após a instalação de uma rede de vigilância em um hospital de referência no Brasil. Isso ressalta que uma estratégia de vigilância pode ampliar a equidade de acesso ao aborto seguro.

6.3. A maioria das mulheres internadas por complicações relacionadas ao aborto apresentou complicações leves, entretanto, mais de 90% realizam esvaziamento uterino através do manejo cirúrgico, principalmente pelos métodos não recomendados de curetagem uterina. Na avaliação da experiência do cuidado, apesar das mulheres relatarem gentileza durante o tratamento, ainda há um retrato de ansiedade e estresse durante a internação e 1 de cada 10 mulheres sentiu que suas preferências não foram respeitadas na internação.

7. Referências

1. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. WHO.2023. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1517114528>. Acesso em 15 jul. 2023.
2. Cunningham FG et al. Williams Obstetrics. 23ed., NewYork: McGraw-Hill, 2010.
3. Jurkovic D, Overton C, Bender-Atik R. Diagnosis and management of first trimester miscarriage. BMJ. 2013; 19: 346: f3676.
4. Chames MC, Pearlman MD. Trauma during pregnancy: outcomes and clinical management. Clin Obstet Gynecol. 2008; 51(2):398-408.
5. Yuan S, Liu J, Larsson SC. Smoking, alcohol and coffee consumption and pregnancy loss: a Mendelian randomization investigation. Fertil Steril. 2021;116(4):1061-1067.
6. Ness RB, Grisso JA, Hirschinger N, Markovic N, Shaw LM, Day NL, Kline J. Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. N Engl J Med. 1999; 340(5):333-9.

7. Finer LB, Frohworth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005; 37(3):110-8.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Increasing access to abortion. ACOG Committee Opinion No. 815. *Obstet Gynecol* 2020; 136: e107–15.
9. Osis MJD, Hardy E, Faúndes A, Rodrigues T. Difficulties encountered in gathering information on illegal abortion in the population of women. *Rev de Saude Publica*. 1996; 30 (5):444-451.
10. World Health Organization. The Prevention and Management of Unsafe Abortion-Report of a Technical Working Group. WHO. 1992.
11. Moras Filho OB. Aborto: classificação, diagnóstico e conduta. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 21/ Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).
12. Petersen R, Moos MK. Defining and measuring unintended pregnancy: issues and concerns. *Women's Health Issues*. 1997;7(4):234-40.
13. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of

abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020; 8(9):e1152-e1161.

14. Silva SM, Wright SJ, Silva-Junior, EDS, Oliveira, IM, Gordilho HS. O aborto em pauta no poder público brasileiro: 30 anos de batalhas (des)favoráveis à autonomia feminina. *Interfaces Científicas – Direito*. 2019; 7(1): 11 - 36.

15. Ranzani OT, Marinho MF, Bierrenbach AL. Usefulness of the Hospital Information System for maternal mortality surveillance in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2023; 26(9):e230007.

16. Diniz D, Medeiros M. Itineraries and methods of illegal abortion in five Brazilian state capitals. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17:1671–81.

17. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

18. Madeiro AP, Diniz D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(2):563-72.

19. Brasil. Lei nº 12.845 de 01 de agosto de 2013. Diário Oficial da União. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm. Acesso em 03 nov. 2023.

20. Jacobs MG, Boing AC. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019?. *Cad Saude Publica*. 2020; 37(12):e00085321.

21. Artigo 19. Mapa do Aborto Legal. Disponível em: <https://mapaabortolegal.org>. Acesso em 05 dez. 2023.

22. Cardoso BB, Vieira FMDSB, Saraceni V. Abortion in Brazil: what do the official data say? *Cad Saude Publica*. 2020; 36: e00188718.

23. UNFPA. Impact of the COVID-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation and child marriage. Interim Technical Note Information. 2020.

24. Gupta S, Maghsoudlou P, Ajao M, Ivar Einarsson J, Perkins King L. Analysis of COVID-19 response and impact on gynecologic surgery at a large academic hospital system. *JSLs*. 2021; 25(04):21–56.

25. The American College of Obstetricians and Gynecologists Joint statement on abortion access during the COVID-19 outbreak. 2020. [Acessado em 20 de setembro de 2023]. Disponível em:

<https://www.acog.org/news/news-releases/2020/03/joint-statement-on-abortionaccess-during-the-covid-19-outbreak>. Acesso em 31 out. 2023.

26. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) and sexual and reproductive health. WHO. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/sexual-reproductive-health-and-rights-in-health-emergencies/covid-19](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/sexual-reproductive-health-and-rights-in-health-emergencies/covid-19). Acesso em 20 out. 2023.

27. Silva VR, Ferreira L. Só 55% dos hospitais que ofereciam serviço de aborto legal no Brasil seguem atendendo na pandemia. Carta Capital. Gênero e Número. 2020; Disponível em: <http://www.generonumero.media/so-55-dos-hospitais-que-ofereciam-servico-de-aborto-legal-no-brasil-seguem-atendendo-na-pandemia/>. Acesso em 30 out. 2023.

28. Pilecco FB, McCallum CA, Almeida MDCC, Alves FJO, Rocha ADS, Ortelan N, Gabrielli L, Menezes GMS. Abortion and the COVID-19 pandemic: insights for Latin America. Cad Saude Publica. 2021; 37(6):e00322320.

29. Diniz CSG, Cabral CDS. Reproductive health and rights, and public policies in Brazil: revisiting challenges during covid-19 pandemics. Glob Public Health. 2022;17(11):3175-3188.

30. The Lancet. Abortion: access and safety worldwide. Lancet. 2018; 391(10126):1121.

31. Footman K, Goel K, Rehnström Loi U, Mirelman AJ, Govender V, Ganatra BI. Inclusion of abortion-related care in national health benefit packages: results from a WHO global survey. BMJ Global Health. 2023; 8:e012321.

32. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet 2017; 390:2372–81.

33. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2:e323–33.

34.. World Health Organization. Abortion Care Guideline. WHO. 2022.

35. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. BJOG. 2016; 123: 1489-1498.

36. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associate mortality in 2003. WHO. 2007.

37. Gomez Ponce de Leon R, Baccaro LF, Rubio Schweizer G, Bahamondes V, Messina A, de Francisco LA, Serruya Jacob S; CLAP MUSA-Network Working Group. Building a network of sentinel centres for the care of women in an abortion situation: advances in Latin America and the Caribbean. *BMJ Glob Health*. 2022 ;7(10): e010059.

38. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Stud Fam Plann* 2011; 42:199–220.

39. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey – Brazil, 2021. *Cien Saude Colet*. 2023; 28 (6):1601-1606. 34.

40. Guttmacher Institute. Brazil country profile. 2022. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/regions/latin-america-caribbean/brazil>. Acesso em 30 de nov. 2023.

41. Domingues RMSM, Fonseca SC, Leal MDC, Aquino EML, Menezes GMS. Unsafe abortion in Brazil: a systematic review of the scientific production, 2008-2018. *Cad Saude Publica*. 2020; 36:e00190418.

42. Malta M, Wells S, LeGrand S, Seixas M, Baptista A, da Silva CMFP, et al. Abortion in Brazil: the case for women's rights, lives, and choices. *Lancet Public Health*. 2019; 4: e552.

43. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Uma mulher morre a cada 2 dias por aborto inseguro, diz Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/uma-mulher-morre-a-cada-2-dias-por-causa-doaborto-inseguro-diz-ministerio-da-saude_64714.html. Acessado em 18 nov. 2022

44. World Health Organization. Health systems financing: the path to universal coverage. WHO. 2010.

45. Footman K, Dessalegn B, Hayes G, Church K. Can universal health coverage eliminate unsafe abortion? *Sex Reprod Health Matters*. 2020; 28(2):1848398

46. Sajadi-Ernazarova KR, Martinez CL. Abortion Complications. StatPearls Publishing. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430793/>. Acesso em 20 nov. 2023.

47. Upadhyay UD, Johns NE, Barron R, Cartwright AF, Tapé C, Mierjeski A, McGregor AJ. Abortion-related emergency department visits in the United States:

An analysis of a national emergency department sample. *BMC Med.* 2018;16(1):88.

48. Uliana MD, Marin DFD, Silva MBD, Giugliani C, Iser BM. Hospitalization due to abortion in Brazil, 2008-2018: an ecological time-series study. *Epidemiol Serv Saude.* 2022; 31(1):e2021341.

49. Cavalari CAA, Veiga-Junior NN, Kajiura BD, Eugeni C, Tavares BVG, Baccaro LF. Factors Associated with Abortion Complications after the Implementation of a Surveillance Network (MUSA Network) in a University Hospital. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2021;43(7):507-512.

50. Graham W, Woodd S, Byass P, Filippi V, Gon G, Virgo S, Chou D, Hounton S, Lozano R, Pattinson R, Singh S. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet.* 2016; 388(10056):2164-2175.

51. Boerma T, Campbell OMR, Amouzou A, Blumenberg C, Blencowe H, Moran A, Lawn JE, Ikilezi G. Maternal mortality, stillbirths, and neonatal mortality: a transition model based on analyses of 151 countries. *Lancet Glob Health.* 2023;11(7):e1024-e1031.

52. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006; 367(9516):1066-1074.

53. Ferreira MES, Coutinho RZ, Queiroz BL. Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno. *Cad Saude Publica*. 2023;39(8):e00013923.

54. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. *Boletim Epidemiológico*. 2021;52(29).

55. Ferreira MES, Coutinho RZ, Queiroz BL. Morbimortalidade materna no Brasil e a urgência de um sistema nacional de vigilância do near miss materno. *Cad Saude Publica*. 2023;39(8):e00013923

56. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384(9947):980-1004.

57. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. *Cad Saude Publica* 2006; 22:255-64.

58. Say L, Barreix M, Chou D, Tunçalp Ö, Cottler S, McCaw-Binns A, Gichuhi GN, Taalo F, Hindin M. Maternal morbidity measurement tool pilot: study protocol. *Reprod Health*. 2016; 13 (1): 69

59. Say L, Souza JP, Pattinson RC; WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009; 23(3):287-96.

60. Adler AJ, Filippi V, Thomas SL, Ronsmans C. Quantifying the global burden of morbidity due to unsafe abortion: magnitude in hospital-based studies and methodological issues. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012; 118:S65-77.

61. Calvert C, Owolabi OO, Yeung F, Pittrof R, Ganatra B, Tunçalp Ö, Adler AJ, Filippi V. The magnitude and severity of abortion-related morbidity in settings with limited access to abortion services: a systematic review and meta-regression. *BMJ Glob Health*. 2018; 3(3):e000692.

62. Souza JP, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Costa ML, Katz L, Say L; Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity Group; Brazilian Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity. The WHO maternal near-miss approach and the maternal severity index model (MSI): tools for assessing the management of severe maternal morbidity. *PLoS One*. 2012; 7:e44129.

63. Dragoman M, Sheldon WR, Qureshi Z, Blum J, Winikoff B, Ganatra B; WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Overview of abortion cases with severe maternal outcomes in the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: a descriptive analysis. *BJOG* 2014;121(Suppl 1):25–31.

64. Pattinson R, Say L, Souza JP, Broek Nv, Rooney C; WHO Working Group on Maternal Mortality and Morbidity Classifications. WHO maternal death and near-miss classifications. *Bull World Health Organ*. 2009; 87(10):734.

65. Singh S, Prada E, Kestler E. Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *Int Fam Plan Perspect*. 2006; 32(3):136-45.

66. Singh S, Prada E, Mirembe F, Kiggundu C. The incidence of induced abortion in Uganda. *Int Fam Plan Perspect*. 2005; 31(4):183-91.

67. Prada E, Biddlecom A, Singh S. Induced abortion in Colombia: new estimates and change between 1989 and 2008. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2011; 37(3):114-24.

68. Juarez F, Cabigon J, Singh S, Hussain R. The incidence of induced abortion in the Philippines: current level and recent trends. *Int Fam Plan Perspect*. 2005; 31(3):140-9.

69. Juarez F, Singh S. Incidence of induced abortion by age and state, Mexico, 2009: new estimates using a modified methodology. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2012; 38(2):58-67.

70. Afulani PA, Nakphong MK, Sudhinaraset M. Person-centred sexual and reproductive health: A call for standardized measurement. *Health Expect*. 2023; 26(4):1384-1390.

71. Kim CR, Tunçalp Özge, Ganatra B, Gülmezoglu AM; WHO MCS-A Research Group. WHO Multi-Country Survey on Abortion-related Morbidity and Mortality in Health Facilities: study protocol. *BMJ Global Health* 2016;1:e000113.

72. Mehrtash H, Kim CR, Ganatra B, Tunçalp Ö. What's needed to improve safety and quality of abortion care: reflections from WHO/HRP Multi-Country Study on

Abortion across the sub-Saharan Africa and Latin America and Caribbean regions. *BMJ Glob Health*. 2021; 6(8):e007226.

73. Qureshi Z, Mehrtash H, Kouanda S, Griffin S, Filippi V, Govule P, Thwin SS, Bello FA, Gadama L, Msusa AT, Idi N, Goufodji S, Kim CR, Wolomby-Molondo JJ, Mugerwa KY, Bique C, Adanu R, Fawole B, Madjadoum T, Gülmezoglu AM, Ganatra B, Tunçalp Ö. Understanding abortion-related complications in health facilities: results from WHO multicountry survey on abortion (MCS-A) across 11 sub-Saharan African countries. *BMJ Glob Health*. 2021; 6(1):e003702.

74. Romero M, Gomez Ponce de Leon R, Baccaro LF, Carroli B, Mehrtash H, Randolino J, Menjivar E, Estevez Saint-Hilaire E, Huatuco MDP, Hernandez Muñoz R, Garcia Camacho G, Thwin SS, Campodonico L, Abalos E, Giordano D, Gambero H, Kim CR, Ganatra B, Gülmezoglu M, Tunçalp Ö, Carroli G. Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multi-country survey on abortion (MCS-A). *BMJ Global Health*. 2021;6:e005618.

75. Campbell J, Dussault G, Buchan J, et al.. A universal truth: no health without a workforce. Forum Report. Recife, Brazil. Geneva: Third Global Forum on Human Resources for Health, Global Health Workforce Alliance and World Health Organization. 2013.

76. World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs . Family planning: a global Handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration. WHO. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260156>. Acesso em 20 nov. 2023.

77. World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. WHO. 2020.

78. Riley T, Sully E, Ahmed A, Biddlecom A. Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. Int Perspect Sex Reprod Health. 2020;46:73–76.

79. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Disponível em: <https://sdgs.un.org/2030agenda>. Acesso em 20 nov. 2023.

80. Acharya S, Lin V, Dhingra N. The role of health in achieving the sustainable development goals. Bull World Health Organ. 2018; 96:591-591.

81. Sachs, J.D., Lafortune, G., Fuller, G., Drumm, E. (2023). Implementing the SDG Stimulus. Sustainable Development Report 2023. 2023.

82. Miranda WD, Silva GDMD, Fernandes LDMM, Silveira F, Sousa RP. Health inequalities in Brazil: proposed prioritization to achieve the Sustainable Development Goals. *Cad Saude Publica*. 2023; 39(4):e00119022.

83. Motta CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Cienc Saúde Colet* 2021; 26:4397-409.

84. Summerfield J, Regan L. How Can We Achieve Sustainable Development Goal-5: Gender Equality for All by 2030?. *Clin Obstet Gynecol*. 2021; 64(3):415-421.

85. World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion: report of a technical working group. WHO. 1993. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59705/WHO MSM 92.5.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59705/WHO_MSM_92.5.pdf?sequence=1) . Acesso em 21 nov. 2023.

86. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 2012; 379(9816):625-32.

87. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR Jr, Gülmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ.* 2014; 92(3):155.

88. Rossier C, Owolabi O, Kouanda S, Bangha M, Kim CR, Ganatra B, Feehan D, Breen C, Zan M, Compaoré R, Baguiya A, Ouédraogo R, Oduor C, Bagnoa V, Athero S. Describing the safety of abortion at the population level using network-based survey approaches. *Reprod Health.* 2022;19(1):231.

89. Organização Mundial da Saúde. Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Abortion care guideline: executive summary]. OMS. 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/355465/9789240051447-por.pdf?sequence=1>. Acesso em 05 dez. 2023.

90 Gerdt C, Bell SO, Shankar M, Jayaweera RT, Owolabi O. Beyond safety: the 2022 WHO abortion guidelines and the future of abortion safety measurement. *BMJ Glob Health.* 2022; 7(6):e009557.

91 World Health Organization. Standards of care to improve maternal and newborn quality of care in facilities. WHO. 2017. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/quality-of-care-brief-standards.pdf. Acesso em 30 nov.2023.

92. Darney BG, Powell B, Andersen K, et al Quality of care and abortion: beyond safety. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 2018;44:159-160.

93. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

94. World Health Organization. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. WHO. 2006. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/43470>. Acesso em 30 nov.2023.

95. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, Coll-Seck AM, Grover A, Laski L, Roa M, Sathar ZA, Say L, Serour GI, Singh S, Stenberg K, Temmerman M, Biddlecom A, Popinchalk A, Summers C, Ashford LS. *Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission*. *Lancet*. 2018; 391(10140):2642-2692.

96. Kortsmit K, Jatlaoui TC, Mandel MG, Reeves JA, Oduyebo T, Petersen E, Whiteman MK. *Abortion Surveillance - United States, 2018*. *MMWR Surveill Summ*. 2020; 69(7):1-29.

97. Kapp N, Lohr PA. Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020; 63:37-44.
98. Kulier R, Fekih A, Hofmeyr GJ, Campana A. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;2001(4):CD002900.
99. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. Ministério da Saúde; 2011.
100. Schiavon R, Collado ME, Troncoso E, Soto Sánchez JE, Zorrilla GO, Palermo T. Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization. *Reprod Health Matters.* 2010; (36):127-35.
101. Küng SA, Ochoa B, Ortiz Avendano GA, Martínez López C, Zaragoza M, Padilla Zuniga K. Factors affecting the persistent use of sharp curettage for abortion in public hospitals in Mexico. *Womens Health.* 2021; 17:17455065211029763.
102. Barghazan SH, Hadian M, Rezapour A, Nassiri S. Economic evaluation of medical versus surgical strategies for first trimester therapeutic abortion: A systematic review. *J Educ Health Promot.* 2022; 11:184.

103. Hu D, Grossman D, Levin C, Blanchard K, Goldie SJ. Cost-effectiveness analysis of alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Mexico City. *BJOG*. 2009; 116(6):768-79.

104. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 406.

105. Hooker AB, Lemmers M, Thurkow AL, Heymans MW, Opmeer BC, Brölmann HA, Mol BW, Huirne JA. Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. *Hum Reprod Update*. 2014; 20(2):262-78.

106. Salzani A, Yela DA, Gabiatti JR, Bedone AJ, Monteiro IM. Prevalence of uterine synechia after abortion evacuation curettage. *Sao Paulo Med J*. 2007; 125(5):261-4.

107. Tietze C, Lewit S. Joint program for the study of abortion (JPSA): early medical complications of legal abortion. *Studies in Family Planning*. 1973; 4(6): 133-8.

108. Faundes A, Comendant R, Dilbaz B, Jaldesa G, Leke R, Mukherjee B, Padilla de Gil M, Tavara L; FIGO Initiative for the Prevention of Unsafe Abortion. Preventing unsafe abortion: Achievements and challenges of a global FIGO initiative. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020; 62:101-112.
109. Minkobame U, Mayi-Tsonga S, Obiang PA, Komba OM, Ella JM, Meye JF, Faundes A. Transient reduction in abortion-related lethality after interventions to reduce delays in provision of care at Centre Hospitalier de Libreville, Gabon. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018; 143(2):247-248.
110. White K, Carroll E, Grossman D. Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. *Contraception.* 2015; 92(5):422-38.
111. Arshad A, Aziz H, Shabbir G, Shakya S, Munir Z. Improving safe post-abortion care practices: A study on interventions implemented by Ipas Pakistan. *Front Public Health.* 2023; 11:1004381.
112. Begum F, Zaidi S, Fatima P, Shamsuddin L, Anowar-ul-Azim AK, Begum RA. Improving manual vacuum aspiration service delivery, introducing misoprostol for cases of incomplete abortion, and strengthening postabortion contraception in Bangladesh. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;126:S31-5.

113. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology, Society of Family Planning. Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation: ACOG Practice Bulletin, 225. *Obstet Gynecol.* 2020;136(4):e31-e47.

114. World Health Organization. The selection and use of essential medicines 2023: Executive summary of the report of the 24th WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. WHO. 2023.

115. Zhang J, Zhou K, Shan D, Luo X. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2022.

116. Jayaweera RT, Moseson H, Gerdtz C. Misoprostol in the era of COVID-19: a love letter to the original medical abortion pill. *Sex Reprod Health Matters.* 2020;28(1):1829406.

117. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html. Acesso em 02 dez. 2023.

118. Raymond EG, Harrison MS, Weaver MA. Efficacy of Misoprostol Alone for First-Trimester Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):137-147.

119. Jayaweera R, Egwuatu I, Nmezi S, Kristianingrum IA, Zurbriggen R, Grosso B, Bercu C, Gerdtz C, Moseson H. Medication Abortion Safety and Effectiveness with Misoprostol Alone. *JAMA Network Open.* 2023; 6(10):e2340042.

120. Dao B, Blum J, Thieba B, Raghavan S, Ouedraogo M, Lankoande J, Winikoff B. Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. *BJOG.* 2007;114(11):1368-75.

121. Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, Mashaka N, Westheimer E, Clark W, Winikoff B. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: results from Tanzania. *BJOG.* 2007; 114(11):1363-7.

122. Cubo AM, Soto ZM, Haro-Pérez A, Hernández Hernández ME, Doyague MJ, Sayagués JM. Medical versus surgical treatment of first trimester spontaneous abortion: A cost-minimization analysis. *PLoS One.* 2019; 14(1):e0210449.

123. Nwafor JI, Agwu UM, Egbuji CC, Ekwedigwe KC. Misoprostol versus manual vacuum aspiration for treatment of first-trimester incomplete miscarriage in a low-resource setting: A randomized controlled trial. *Niger J Clin Pract.* 2020; 23(5):638-646.

124. Heath J, Mitchell N, Fletcher J. A comparison of termination of pregnancy procedures: Patient choice, emotional impact and satisfaction with care. *Sex Reprod Healthc.* 2019; 19:42-49.

125. Footman K. Revolution in abortion care? Perspectives of key informants on the importance of abortion method choice in the era of telemedicine. *Sex Reprod Health Matters.* 2023; 31(1):2149379.

126. Atuhairwe S, Byamugisha J, Kakaire O, Hanson C, Cleeve A, Klingberg-Allvin M, Tumwesigye NM, Gemzell-Danielsson K. Comparison of the effectiveness and safety of treatment of incomplete second trimester abortion with misoprostol provided by midwives and physicians: a randomised, controlled, equivalence trial in Uganda. *Lancet Glob Health.* 2022; 10(10):e1505-e1513.

127. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, Aguiar C, Saraiva Coneglian F, Diniz AL, Tunçalp Ö, Javadi D, Oladapo OT, Khosla R, Hindin MJ, Gülmezoglu AM. The Mistreatment of Women during Childbirth in

Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLoS Med. 2015; 12(6):e1001847.

128. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, Thwin SS, Aderoba AK, Vogel JP, Irinyenikan TA, Adeyanju AO, Mon NO, Adu-Bonsaffoh K, Landoulsi S, Guure C, Adanu R, Diallo BA, Gülmezoglu AM, Soumah AM, Sall AO, Tunçalp Ö. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. Lancet. 2019; 394(10210):1750-1763.

129. World Health Organization. Framework on integrated people-centred health services (IPCHS). WHO. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services>. Acesso em 20 nov. 2023.

130. World Health Organization. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. WHO and Organization for Economic Co-operation and Development and The World Bank; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf>. Acesso em 20 nov.2023.

131. Larson E, Sharma J, Bohren MA, Tunçalp Ö. When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. Bull World Health Organ. 2019; 97(8):563-569.

132. Baum SE, Jacobson L, Ramirez AM, Katz A, Grosso B, Bercu C, Pearson E, Gebrehanna E, Chakraborty NM, Dirisu O, Chowdhury R, Zurbriggen R, Filippa S, Tabassum T, Gerdtts C. Quality of care from the perspective of people obtaining abortion: a qualitative study in four countries. *BMJ Open*. 2023;13(9):e067513.

133. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, Daelmans B, Mathai M, Say L, Kristensen F, Temmerman M, Bustreo F. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG*. 2015; 122(8):1045-9.

134. Sudhinaraset M, Landrian A, Afulani PA, Phillips B, Diamond-Smith N, Cotter S. Development and validation of a person-centered abortion scale: the experiences of care in private facilities in Kenya. *BMC Womens Health*. 2020; 20(1):208.

135. Ouedraogo R, Kimemia G, Igonya EK, Athero S, Wanjiru S, Bangha M, Juma K. "They talked to me rudely". Women perspectives on quality of post-abortion care in public health facilities in Kenya. *Reprod Health*. 2023; 20(1):35.

136. Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2017; 22(8):2771-2780.

137. Mutua MM, Manderson L, Musenge E, Achia TNO. Policy, law and post-abortion care services in Kenya. *PLoS One*. 2018; 13(9):e0204240.

138. Ziraba AK, Izugbara C, Levandowski BA, Gebreselassie H, Mutua M, Mohamed SF, Egesa C, Kimani-Murage EW. Unsafe abortion in Kenya: a cross-sectional study of abortion complication severity and associated factors. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15:34.

139. Clark B, Preto N. Exploring the concept of vulnerability in health care. *CMAJ*. 2018; 190(11): E308-E309.

140. Ayres JRC, Paiva V, França Junior I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker P, Sommer M, editors. *Routledge handbook in global public health*. New York: Taylor & Francis; 2011, p. 98-107.

141. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-Quality health systems in the sustainable development goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018; 6:e1196–252.

142. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. WHO. 2010.

143. Malarcher S, Olson LG, Hearst N. Unintended pregnancy and pregnancy outcome: equity and social determinants. *Equity, social determinants and public health programmes*. WHO. 2010: 177-97.

144. Govule P, Baumann S, Dossou JP, Calvert C, Goufodji S, Mehrtash H, Tuncalp Ö, Adu-Bonsaffoh K, Compaoré R, Filippi V. Experiences of women seeking care for abortion complications in health facilities: Secondary analysis of the WHO Multi-Country Survey on Abortion in 11 African countries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022; 156:44-52.

145. Fusco CL, Silva Rde S, Andreoni S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(4):709-19.

146. Hamui RM, Aquino EML, Menezes GMS, Velho Barreto de Araújo T, Seabra Soares de Britto E Alves MT, Valongueiro Alves S, Almeida MDCC. Delays in obtaining hospital care and abortion-related complications within a context of illegality. *PLoS One*. 2023; 18(6):e0286982.

147. Guttmacher Institute. Abortion Reporting: Promoting Public Health, Not Politics. *Guttmacher Policy Review*. 2015;18 (2):40-47. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr1804015.pdf.

Acesso em 21 nov. 2023.

148. Kortsmitt K, Nguyen AT, Mandel MG, Hollier LM, Ramer S, Rodenhizer J, Whiteman MK. Abortion Surveillance - United States, 2021. *MMWR Surveill Summ*. 2023; 72(9):1-29.

149. Kortsmitt K, Nguyen AT, Mandel MG, Clark E, Hollier LM, Rodenhizer J, Whiteman MK. Abortion Surveillance - United States, 2020. *MMWR Surveill Summ*. 2022; 71(10):1-27.

150. Huda FA, Ahmed A, Ford ER, Johnston HB. Strengthening health systems capacity to monitor and evaluate programmes targeted at reducing abortion-related maternal mortality in Jessore district, Bangladesh. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15:426.

151. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. WHO. 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44692>. Acesso em 21 nov. 2023.
152. Popinchalk A, Beavin C, Bearak J. The state of global abortion data: an overview and call to action. *BMJ Sex Reprod Health* 2022; 48:3–6.
153. Simini F. Perinatal information system (SIP): a clinical database in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 1999; 354(9172): 75.
154. Serruya SJ, Gómez Ponce de León R, Bahamondes MV, De Mucio B, Costa ML, Durán P, Díaz-Rosello JL, Kim C, Lavelanet AF, Artigas A, Forster TA, Cecatti JG. EviSIP: using evidence to change practice through mentorship - an innovative experience for reproductive health in the Latin American and Caribbean regions. *Glob Health Action*. 2020;13(1):1811482.
155. Filippi V. EVA-PMDUP Zambia Near Miss Morbidity. (Unpublished data- Personal communication).
156. Cates W, Grimes DA and Schulz KF. Abortion surveillance at CDC: creating public health light out of political heat. *Am J Prev Med*. 2000; 19(1 Suppl.):12–17.

157. Pacagnella RC, Bento SF, Fernandes KG, Araújo DM, Fahl ID, Fanton TF, Benaglia T, Osis MJD, Duarte GA, Pádua KS, Faúndes A; Grupo de Estudos sobre Aborto no Brasil. Knowledge on medical abortion among Brazilian medical residents in Gynecology and Obstetrics. *Cad Saude Publica*. 2020;36(Suppl 1):e00187918.

158. World Health Organization. Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. WHO. 1986.

159. Khanna R, Sheth M, Talati P, Damor K, Chauhan B. Social and economic marginalization and sexual and reproductive health and rights of urban poor young women: a qualitative study from Vadodara, Gujarat, India. *Sex Reprod Health Matters*. 2021; 29(2):2059898.

160. Adesse L, Jannotti CB, Silva KS, Fonseca VM. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Cien Saude Colet*. 2016;21(12):3819-3832.

161. Shellenberg KM, Moore AM, Bankole A, Juarez F, Omideyi AK, Palomino N, Sathar Z, Singh S, Tsui AO. Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health*. 2011; 6:S111-25.

162. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de implementação do quesito Raça/Cor/Etnia / Ministério da Saúde, Universidade de Brasília. – Brasília. Ministério da Saúde. 2018.

163. Freitas Goes E, de Souza Menezes GM, Chagas de Almeida MDC, Velho Barreto-de-Araújo T, Valongueiro Alves S, Seabra Soares de Britto Alves MT, M L Aquino EM. Barriers in Accessing Care for Consequence of Unsafe Abortion by Black Women: Evidence of Institutional Racism in Brazil. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2021; 8(6):1385-1394.

164. Goes EF, Menezes GMS, Almeida MC, Araújo TVB, Alves SV, Alves MTSSBE, Aquino EML. Racial vulnerability and individual barriers for Brazilian women seeking first care following abortion. *Cad Saude Publica*. 2020; 36 (Suppl 1):e00189618.

165. Coleman-Minahan K. Evaluating the Impact of Policies, Disasters, and Racism on Abortion Access: A Call for Mandated and Standardized Public Health Abortion Surveillance. *Am J Public Health*. 2021; 111(8):1379-1381.

166. Pasquier E, Owolabi OO, Fetters T, Ngbale RN, Adame Gbanzi MC, Williams T, Chen H, Fotheringham C, Lagrou D, Schulte-Hillen C, Powell B, Baudin E, Filippi V, Benova L. High severity of abortion complications in fragile

and conflict-affected settings: a cross-sectional study in two referral hospitals in sub-Saharan Africa (AMoCo study). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023; 23(1):143.

167. Compaoré R, Mehrtash H, Calvert C, et al. Health facilities' capability to provide comprehensive postabortion care in Sub-Saharan Africa: evidence from a cross-sectional survey across 210 high-volume facilities. *Int J Gynecol Obstet*. 2022; 156(S1): 7-19.

168. Wolomby-Molondo JJ, Calvert C, Seguin R, Qureshi Z, Tunçalp Ö, Filippi V. The relationship between insecurity and the quality of hospital care provided to women with abortion-related complications in the Democratic Republic of Congo: A cross-sectional analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022;156 Suppl 1:20-26.

169. Qureshi Z, Jamner A, Filippi V, Gwako G, Osoti A, Mehrtash H, Baguiya A, Bello FA, Compaoré R, Gadama L, Kim CR, Msusa AT, Tunçalp Ö, Calvert C. Level and determinants of contraceptive uptake among women attending facilities with abortion-related complications in East and Southern Africa. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022;156 Suppl 1:27-35.

170. Baguiya A, Mehrtash H, Bonet M, Adu-Bonsaffoh K, Compaoré R, Bello FA, Govule P, Msusa AT, Kim CR, Kouanda S. Abortion-related infections across 11 countries in Sub-Saharan Africa: Prevalence, severity, and management. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022;156 Suppl 1:36-43.

171. Pershad J, Mugerwa KY, Filippi V, Mehrtash H, Adu-Bonsaffoh K, Bello FA, Compaoré R, Gadama L, Govule P, Qureshi Z, Tunçalp Ö, Calvert C. Prevalence and determinants of self-reported anxiety and stress among women with abortion-related complications admitted to health facilities in Eastern and Southern Africa: A cross-sectional survey. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022;156 Suppl 1:53-62.

172. Medeiros MOA, Rocha BRA, Vivas TB. Comparação da incidência da Aspiração Manual Intrauterina e da curetagem nas regiões brasileiras: um estudo transversal entre os anos 2012 e 2020. 46° Congresso da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de Rio de Janeiro.

173. Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG.* 2021; 128(9):1464-1474.

174. Dzuba IG, Winikoff B, Peña M. Medical abortion: a path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2013;18(6):441-50.

175. Drovetta RI. Safe abortion information hotlines: An effective strategy for increasing women's access to safe abortions in Latin America. *Reprod Health Matters*. 2015; 23(45):47-57.

176. Sneeringer RK, Billings DL, Ganatra B, Baird TL. Roles of pharmacists in expanding access to safe and effective medical abortion in developing countries: a review of the literature. *J Public Health Policy*. 2012; 33(2):218-29.

177. A regra da Anvisa que prolonga o sofrimento de mulheres. *El pais*. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-02-22/restricao-da-anvisa-impede-acesso-a-tratamento-recomendado-internacionalmente-para-saude-da-mulher.html>. Acesso em 30 nov. 2023.

178. Berer M. Reconceptualizing safe abortion and abortion services in the age of abortion pills: A discussion paper. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020; 63:45-55.

179. Lessler JT, O'Reilly JM. Mode of interview and reporting of sensitive issues: design and implementation of audio computer-assisted self-interviewing. *NIDA research monograph*. 1997;167:366-82.

180. O'Reilly JM, Hubbard ML, Lessler JT, Biemer PP, Turner CF. Audio and video computer assisted self interviewing: Preliminary Tests of New Technologies for Data Collection. *Journal of Official Statistics*. 1994;10(2):197-214.

181. Broen AN, Moum T, Bødtker AS, Ekeberg O. Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosom Med*. 2004; 66(2):265-71.

182. Adesse L. Assistência à mulher em abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. In: *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 371-387.

183. Veiga-Junior NN, Cavalari CA, Eugeni C, Kajiura BD, Stefano N, Baccaro LF. Post-abortion contraception before hospital discharge after installation of a surveillance network in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150(2):200-205.

184. Dantas PBF, Trabach CB, Junqueira AA, Nunes CC, Veiga-Junior NN, Baccaro LF. The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Care of Women Experiencing Abortion in a University Hospital in Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2023; 45(3):113-120.

8. Anexos

8.1. Anexo 1. Ficha de Variáveis do SIP-A para a Rede Musa

HISTÓRIA CLÍNICA - MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO - CLAP/SMR - OPAS/OMS

NOME: _____ SOBRENOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: dia _____ mês _____ ano _____

DOMICÍLIO: _____ ALFABETIZADA: não sim

LOCALIDADE / MUNICÍPIO: _____ TELEF.: _____ IDADE (anos): < de 15 > de 35

ESTUDOS: sem primário secund. univers. anos no maior nível _____

ESTADO CIVIL: casada união estável solteira outro vive sozinha não sim identidade

Lugar de procedência: _____ Lugar do parto/aborto: _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES não sim Tuberculose não sim diabetes não sim hipertensão não sim pré-eclâmpsia não sim eclâmpsia não sim outra cond. médica grave

PESSOAIS não sim cirurgia genito-urinária não sim infertilidade não sim cardiopat. não sim nefropatia não sim violência não sim HIV+

OBSTETRICOS gestações prévias _____ abortos _____ vaginais _____ nascidos vivos _____ filhos vivos _____ RESOLUÇÃO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO: dia _____ mês _____ ano _____ menos de um ano cesárea parto aborto

PESO PARTO PRÉVIO: n/c <250g normal 400g gestação e ectópica partos _____ cesáreas _____ natimortos _____ mortos 1º sem. _____ após a 1ª sem. _____

Antecedente de gemelidade: não sim

GESTAÇÃO ATUAL dia _____ mês _____ ano _____ IG CONFIÁVEL por DUM Eco <20s não sim

PESO ANTERIOR _____ Kg ALTURA (cm) _____ DPP _____ DUM _____

ANTECEDENTES: Fumante ativa não sim Fumante pass. não sim Drogas não sim Alcool não sim

GESTAÇÃO PLANEJADA: não sim Fracasso do método anticoncepcional: não usava barreira DIU hormonal emerg. natural genciana Inunção não sim

GRUPO: Rh _____ - +

ADMISSÃO POR ABORTO DATA DE INGRESSO: dia _____ mês _____ ano _____ hora _____ min _____

MOTIVO DA CONSULTA: metrorragia não sim febre não sim dor não sim outros não sim

ABORTO LEGAL: não sim indicação _____ semanas _____ dias por ECO _____

IDADE GESTACIONAL: por DUM _____ por ECO _____

ACOMPANHANTE: parceiro outro familiar nenhum

PROCEDÊNCIA: não sim qual? _____

TRANSPORTE: ambulância pessoal público desconhecido

TEMPO DE TRANSPORTE: dias _____ horas _____ minutos _____

PRÉ - PROCEDIMENTO

SINAIS VITAIS PULSO: ≥ 100 bpm ≤ 60 bpm Pressão Arterial: ≥ 140/90 mmHg ≤ 80/50 mmHg TEMPERATURA: ≥ 38°C FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA: rpm > 16

HEMOGLOBINA: <10.0 g/dL g/dL

VDR/LRPR: - não + não realizado sim

TTO. SIFILIS: não sim n/c

HIV: não realizado sim

DIAS e HORAS desde o início do 1º sintoma: _____

COMPLICAÇÕES não sim infecção genital não sim infecção pélvica não sim sepsis não sim hemorragia excessiva não sim choque hipovolêmico não sim perfuração ou dano vaginal não sim uterino não sim pelvico não sim

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA Estado do aborto atual: completo desconhecido incompleto não se aplica Tipo gestação: espont. frusto mola não viável terap. falido não especific. outro

COD DIAG CID 10: _____ Hipótese admissão: _____

TRATAMENTO / PROCEDIMENTO DATA DO PROCEDIMENTO: dia _____ mês _____ ano _____ hora _____ min _____

PREPARO DE COLO: não sim horas _____

ESVAZIAMENTO UTERINO: AMIU não sim AEU não sim CTG não sim MED não sim

exames: não sim partes não sim proced. não sim cirurg. não sim outros não sim

medicação recebida: não sim outro não sim código _____ medic 1 _____ medic 2 _____ medic 3 _____ medic 4 _____ ESCALA DE DOR _____

COMPLICAÇÕES INTRAOPERATÓRIAS não sim Cirúrgicas: sangramento excessivo não sim outra não sim especificar _____ Anestésicas: reação adversa não sim outra não sim especificar _____

COMENTÁRIOS

APÓS PROCEDIMENTO fim do procedimento: dia _____ mês _____ ano _____ hora _____ min _____

pressão arterial _____ pulso _____ temperatura _____ sangr. _____ dor _____

ORIENTAÇÕES/INFORMAÇÕES cuidados básicos oral escrito nenhuma não sim sinais de alerta não sim anticoncepção não sim consulta de seguimento não sim consulta de seguimento: dia _____ mês _____ ano _____

ALTA DATA: dia _____ mês _____ ano _____ hora _____ min _____

TIPO DE ALTA: alta médica contra vontade médica óbito fuga transferência morte

CONDIÇÕES DE ALTA: curada com patologia transferência morte

TRATAMENTO: atb prof. não sim atb terap. não sim analg. não sim outro não sim nenhum

CONFIRMAÇÃO DE DIAGNÓSTICO: compare com diagnóstico de admissão estado do aborto: _____ diagnóstico final: _____

ANTIRUBÉOLA: não sim

REFERENCIADA: não sim violência não sim infertilidade não sim HIV/DST não sim especifique _____

RESPOSÁVEL: _____

ANTICONCEPÇÃO início de MAC: não sim

ACO: não sim solicit. não sim receb. não sim outro hormonal (anel vaginal, adesivo) não sim solicit. não sim receb. não sim outro método de barreira não sim solicit. não sim receb. não sim implante não sim condom não sim abstinência não sim DIU não sim EC masc não sim EC fem não sim abstinência não sim

HCP_PORTUGUES_Aborto (1-03-2016) Esta cor significa ALERTA (não indicando necessariamente risco ou práticas inadequadas)

Esta cor significa ALERTA

VARIÁVEIS PARA IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS				não	sim
CRITÉRIOS CLÍNICOS / DISFUNÇÃO SISTÊMICA		LABORATÓRIO		INTERVENÇÕES	
Cardiovascular		Renal		Laboratório	
Choque <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Parada cardíaca <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Oligúria resistente a líquidos ou diuréticos <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Hematológicos / coagulação Alterações da coagulação <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Plaquetas < 50.000 por ml <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/> s/d	Creatinina \geq 300 micromols/l ou \geq 3,5 mg/dl <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não <input type="radio"/> s/d
Hepático		Neurológico		Administração contínua de agentes vasoativos <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não Qual? _____	
Ictericia em pré-eclâmpsia <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Coma <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Inconsciência prolongada > 12 hs <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Entubação e ventilação não relacionada com a anestesia <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não dias <input type="text"/> <input type="text"/>	Administração \geq 3 UI de hemoderivados <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não Internação em UTI \geq 7 dias <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não dias <input type="text"/> <input type="text"/>	
Respiratório		Acidente vascular cerebral <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não		Histerectomia <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	
Cianose aguda <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Convulsões incontroláveis / estado de mal epilético <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	Paralisia generalizada <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não		Diálise em caso de IRA <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não Reanimação cardiorrespiratória <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	
Respiração ofegante (gasping) <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não				<small>Critérios Near Miss: FLASOG \geq 3 UI OMS \geq 5 UI</small>	
Taquipneia severa FR > 40 rpm <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não					
Bradipneia severa FR < 6 rpm <input checked="" type="radio"/> sim <input type="radio"/> não					

8.2. Anexo 2. Termo de consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA MULHER:

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NO PROJETO:

Análise de dados clínicos de mulheres em situação de aborto Rede MUSA - Brasil

Você está sendo convidada a participar como voluntária de um projeto de registro de dados. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante do projeto e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O objetivo deste projeto é realizar a coleta de dados para avaliar e monitorar o atendimento a mulheres em situação de aborto em alguns hospitais

no Brasil e em outros países da América Latina e do Caribe. As informações coletadas poderão ser utilizadas para a análise científica no futuro por projetos de pesquisa que tenham sido aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa. Serão coletados dados referentes a diversos fatores relacionados ao abortamento, à gravidez ectópica (gravidez que ocorre fora da cavidade uterina) e à gestação molar (gravidez onde ocorre uma alteração da placenta que prejudica o desenvolvimento do feto). Com isso, será obtido um melhor conhecimento sobre como ocorre o atendimento a mulheres em situação de abortamento em diversos países, contribuindo para melhorar a assistência a mulheres com complicações na gravidez, podendo beneficiar indiretamente outras pacientes no futuro.

Procedimentos:

Participando deste projeto você não será submetida a nenhum procedimento experimental. Serão colhidos dados através de um questionário composto por diversas perguntas relacionadas ao seu quadro clínico, aos seus antecedentes pessoais, aos seus antecedentes sexuais, além de seus dados sociodemográficos, como nível de escolaridade e estado civil. O questionário terá a duração média de vinte minutos e será aplicado durante sua internação hospitalar ou acompanhamento ambulatorial.

Desconfortos e riscos:

Ao responder o questionário, algumas perguntas poderão lhe trazer sentimentos profundos de tristeza e angústia, além de lhe provocar constrangimento no momento da entrevista. Entretanto você não é obrigada a

responder nenhuma pergunta que não desejar e pode solicitar a interrupção do questionário a qualquer momento. A entrevista será realizada de maneira privada e os dados obtidos serão analisados de modo sigiloso e confidencial. Este projeto não tem como objetivo tomar nenhuma medida legal quanto à causa do abortamento, e você não será questionada em nenhum momento se o aborto foi provocado, exceto nas situações em que o aborto é permitido pela lei. Todas as perguntas têm como objetivo apenas a melhoria do atendimento médico a mulheres com complicações relacionadas à gravidez.

Benefícios:

Este projeto de registro de dados não trará nenhum benefício imediato direto a você. Não haverá nenhum tipo de ressarcimento financeiro a você pela participação no projeto. Os resultados dos estudos que utilizarem estes dados, porém, poderão ajudar na otimização dos protocolos assistenciais de abortamento, gravidez ectópica e gestação molar, podendo trazer benefícios indiretos para outras pessoas.

Acompanhamento e assistência:

O seu tratamento e acompanhamento médico são independentes da sua participação nesse projeto. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos são definidos pelos médicos responsáveis pelo seu caso. Os membros da equipe de pesquisa que aplicam o questionário deste projeto de registro de dados não interferem nas condutas médicas que são tomadas e, portanto, não podem ser responsabilizados por nenhum desfecho de seu tratamento. Caso deseje, em

qualquer momento você poderá solicitar o cancelamento de sua participação neste projeto.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados de estudos que utilizarem dados deste projeto, seu nome não será citado. Este termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Uma das vias ficará com o pesquisador responsável e a outra será entregue a você. Caso você não queira participar do estudo, ou se você desistir de participar no meio do estudo, isso em nada prejudicará o seu atendimento no hospital.

Ressarcimento e Indenização:

Como a entrevista será realizada durante sua internação hospitalar ou acompanhamento ambulatorial, não está previsto ressarcimento de despesas, como vale transporte ou vale alimentação. Como não será testado nenhum procedimento experimental, este projeto de registro de dados não prevê nenhum dano ou seqüela aos participantes a longo prazo, entretanto, todo participante de qualquer pesquisa tem direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Luiz Francisco Cintra Baccaro no endereço: Rua Alexander Fleming, nº 101;

Cidade Universitária Zeferino Vaz; Campinas - São Paulo; CEP: 13.083-881. Telefone (19) 3521-9396, ou pelo e-mail: baccaro@unicamp.br. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP no endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecida sobre a natureza da coleta de dados, dos seus objetivos, métodos, sobre a possibilidade da análise de dados por estudos científicos no futuro, sobre os benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome da participante: _____

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura da participante)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o

material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador

8.3. Anexo 3. Termo de consentimento livre e esclarecido – Representante legal

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA MULHER:

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NO PROJETO:

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL:

Análise de dados clínicos de mulheres em situação de aborto Rede MUSA - Brasil

A menor de idade da qual você é representante legal está sendo convidada a participar como voluntária de um projeto de registro de dados. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar os direitos da menor de idade como participante do projeto e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode consultar seus familiares ou outras pessoas antes de autorizar a participação. Se você não quiser que a menor participe ou decida retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O objetivo deste projeto é realizar a coleta de dados para avaliar e monitorar o atendimento a mulheres em situação de aborto em alguns hospitais no Brasil e em outros países da América Latina e do Caribe. As informações coletadas poderão ser utilizadas para a análise científica no futuro por projetos de pesquisa que tenham sido aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa. Serão coletados dados referentes a diversos fatores relacionados ao abortamento, à gravidez ectópica (gravidez que ocorre fora da cavidade uterina) e à gestação molar (gravidez onde ocorre uma alteração da placenta que prejudica o desenvolvimento do feto). Com isso, será obtido um melhor conhecimento sobre como ocorre o atendimento a mulheres em situação de abortamento em diversos países, contribuindo para melhorar a assistência a mulheres com complicações na gravidez, podendo beneficiar indiretamente outras pacientes no futuro.

Procedimentos:

Participando deste projeto a menor de idade não será submetida a nenhum procedimento experimental. Serão colhidos dados através de um questionário composto por diversas perguntas relacionadas ao quadro clínico, aos antecedentes pessoais, aos antecedentes sexuais, além de dados sociodemográficos, como nível de escolaridade e estado civil. O questionário terá a duração média de vinte minutos e será aplicado durante a internação hospitalar ou acompanhamento ambulatorial.

Desconfortos e riscos:

Ao responder o questionário, algumas perguntas poderão trazer sentimentos profundos de tristeza e angústia, além de provocar constrangimento no momento da entrevista. Entretanto a menor de idade não é obrigada a responder nenhuma pergunta que não desejar e pode solicitar a interrupção do questionário a qualquer momento. A entrevista será realizada de maneira privada e os dados obtidos serão analisados de modo sigiloso e confidencial. Este projeto não tem como objetivo tomar nenhuma medida legal quanto à causa do abortamento, e a menor de idade não será questionada em nenhum momento se o aborto foi provocado, exceto nas situações em que o aborto é permitido pela lei. Todas as perguntas têm como objetivo apenas a melhoria do atendimento médico a mulheres com complicações relacionadas à gravidez.

Benefícios:

Este projeto de registro de dados não trará nenhum benefício imediato direto à menor de idade. Não haverá nenhum tipo de ressarcimento financeiro a você ou à menor de idade pela participação no projeto. Os resultados dos estudos que utilizarem estes dados, porém, poderão ajudar na otimização dos protocolos assistenciais de abortamento, gravidez ectópica e gestação molar, podendo trazer benefícios indiretos para outras pessoas.

Acompanhamento e assistência:

O tratamento e acompanhamento médico da menor de idade são independentes da participação nesse projeto. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos são definidos pelos médicos responsáveis pelo caso. Os membros da equipe de pesquisa que aplicam o questionário deste projeto de registro de dados não interferem nas condutas médicas que são tomadas e,

portanto, não podem ser responsabilizados por nenhum desfecho do tratamento. Caso a menor ou você desejem, em qualquer momento poderá ser solicitado o cancelamento da participação neste projeto.

Sigilo e privacidade:

A menor de idade tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados de estudos que utilizarem dados deste projeto o nome da menor de idade não será citado. Este termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Uma das vias ficará com o pesquisador responsável e a outra será entregue a você. Caso a menor de idade não queira participar do estudo, ou se desistir de participar no meio do estudo, isso em nada prejudicará o seu atendimento no hospital.

Ressarcimento e Indenização:

Como a entrevista será realizada quando a menor de idade estiver internada no hospital ou em acompanhamento ambulatorial, não está previsto ressarcimento de despesas, como vale transporte ou vale alimentação. Como não será testado nenhum procedimento experimental, este projeto de registro de dados não prevê nenhum dano ou seqüela aos participantes a longo prazo, entretanto, todo participante de qualquer pesquisa tem direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Luiz Francisco Cintra Baccaro no endereço: Rua Alexander Fleming, nº 101; Cidade Universitária Zeferino Vaz; Campinas - São Paulo; CEP: 13.083-881. Telefone (19) 3521-9396, ou pelo e-mail: baccaro@unicamp.br. Em caso de denúncias ou reclamações sobre a participação da menor de idade no estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP no endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecida sobre a natureza da coleta de dados, dos seus objetivos, métodos, sobre a possibilidade da análise de dados por estudos científicos no futuro, sobre os benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito a participação da menor de idade no projeto:

Nome da participante: _____

Nome do representante legal

_____ Data: ____ / ____ / ____.

(Assinatura do representante legal)

Responsabilidade do Pesquisador

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador

8.4. Anexo 4. Termo de assentimento livre e esclarecido

ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA MULHER:

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NO PROJETO:

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL:

Análise de dados clínicos de mulheres em situação de aborto Rede MUSA -
Brasil

Você está sendo convidada a participar como voluntária de um projeto de registro de dados. Este documento, chamado Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, tem como objetivo esclarecer para você do que se trata a pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que ela possa lhe acarretar. Este termo é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, você pode consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Para que você possa participar da pesquisa,

além desse Termo de Assentimento direcionado a você, seu representante legal terá que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Justificativa e objetivos

O objetivo deste projeto é realizar a coleta de dados para avaliar e monitorar o atendimento a mulheres em situação de aborto em alguns hospitais no Brasil e em outros países da América Latina e do Caribe. As informações coletadas poderão ser utilizadas para a análise científica no futuro por projetos de pesquisa que tenham sido aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa. Serão coletados dados referentes a diversos fatores relacionados ao abortamento, à gravidez ectópica (gravidez que ocorre fora da cavidade uterina) e à gestação molar (gravidez onde ocorre uma alteração da placenta que prejudica o desenvolvimento do feto). Com isso, será obtido um melhor conhecimento sobre como ocorre o atendimento a mulheres em situação de abortamento em diversos países, contribuindo para melhorar a assistência a mulheres com complicações na gravidez, podendo beneficiar indiretamente outras pacientes no futuro.

Procedimentos

Participando deste projeto você não será submetida a nenhum procedimento experimental. Serão colhidos dados através de um questionário composto por diversas perguntas relacionadas ao seu quadro clínico, aos seus antecedentes pessoais, aos seus antecedentes sexuais, além de seus dados sociodemográficos, como nível de escolaridade e estado civil. O questionário

terá a duração média de vinte minutos e será aplicado durante sua internação hospitalar ou acompanhamento ambulatorial.

Desconfortos e riscos

Ao responder o questionário, algumas perguntas poderão lhe trazer sentimentos profundos de tristeza e angústia, além de lhe provocar constrangimento no momento da entrevista. Entretanto você não é obrigada a responder nenhuma pergunta que não desejar e pode solicitar a interrupção do questionário a qualquer momento. A entrevista será realizada de maneira privada e os dados obtidos serão analisados de modo sigiloso e confidencial. Este projeto não tem como objetivo tomar nenhuma medida legal quanto à causa do abortamento, e você não será questionada em nenhum momento se o aborto foi provocado, exceto nas situações em que o aborto é permitido pela lei. Todas as perguntas têm como objetivo apenas a melhoria do atendimento médico a mulheres com complicações relacionadas à gravidez.

Benefícios

Este projeto de registro de dados não trará nenhum benefício imediato direto a você. Não haverá nenhum tipo de ressarcimento financeiro a você pela participação no projeto. Os resultados dos estudos que utilizarem estes dados, porém, poderão ajudar na otimização dos protocolos assistenciais de abortamento, gravidez ectópica e gestação molar, podendo trazer benefícios indiretos para outras pessoas.

Acompanhamento e assistência

O seu tratamento e acompanhamento médico são independentes da sua participação nesse projeto. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos são definidos pelos médicos responsáveis pelo seu caso. Os membros da equipe de pesquisa que aplicam o questionário deste projeto de registro de dados não interferem nas condutas médicas que são tomadas e, portanto, não podem ser responsabilizados por nenhum desfecho de seu tratamento. Caso deseje, em qualquer momento você poderá solicitar o cancelamento de sua participação neste projeto.

Sigilo e privacidade

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados de estudos que utilizarem dados deste projeto, seu nome não será citado. Este termo de assentimento foi elaborado em duas vias. Uma das vias ficará com o pesquisador responsável e a outra será entregue a você. Caso você não queira participar do estudo, ou se você desistir de participar no meio do estudo, isso em nada prejudicará o seu atendimento no hospital.

Ressarcimento e Indenização

Como a entrevista será realizada durante sua internação hospitalar ou acompanhamento ambulatorial, não está previsto ressarcimento de despesas, como vale transporte ou vale alimentação. Como não será testado nenhum procedimento experimental, este projeto de registro de dados não prevê nenhum dano ou sequela aos participantes a longo prazo, entretanto, todo

participante de qualquer pesquisa tem direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Luiz Francisco Cintra Baccaro no endereço: Rua Alexander Fleming, nº 101; Cidade Universitária Zeferino Vaz; Campinas - São Paulo; CEP: 13.083-881. Telefone (19) 3521-9396, ou pelo e-mail: baccaro@unicamp.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP no endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

Assentimento livre e esclarecido

Após ter sido esclarecida sobre a natureza da coleta de dados, dos seus objetivos, métodos, sobre a possibilidade da análise de dados por estudos científicos no futuro, sobre os benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome da participante: _____

_____ Data: ____ / ____ / ____.

(Assinatura da participante)

Responsabilidade do Pesquisador

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante, além de ter solicitado a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo representante legal. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador

8.5. Anexo 5. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise dos casos de mulheres em situação de aborto e seus agravos após implementação da Rede MUSA no Brasil

Pesquisador: NELIO NEVES VEIGA JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93060618.9.1001.5404

Instituição Proponente: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.899.572

Apresentação do Projeto:

Aborto é definido como o feto expelido ou removido do útero durante a primeira metade da gestação, ou seja, 20 semanas ou menos, ou quando o feto tem peso inferior a 500 gramas [1]. O aborto é a complicação mais frequente da gravidez, podendo ocorrer de maneira espontânea ou provocada. Estima-se que em torno de 12 a 24% das mulheres com atraso menstrual e -hCG urinário positivo evoluam com quadro de abortamento [2]. Acredita-se que essa taxa possa ser ainda maior, já que muitos abortos podem acontecer na fase pré-clínica, antes até que haja qualquer atraso menstrual [2]. Dos abortos espontâneos, cerca de 80% ocorrem até a décima segunda semana de gravidez, sendo que em até 85% dos casos são detectadas anomalias cromossômicas. Dentre essas anomalias, a monossomia do cromossomo X (45,X) é a cromossomopatia isolada mais comum em casos de abortamento, ocorrendo em aproximadamente 10% dos casos, com pico de ocorrência na 8ª semana. Quando analisadas em conjunto, as trissomias correspondem a aproximadamente dois terços das alterações cromossômicas que causam aborto no primeiro trimestre, dentre elas as mais comuns são as dos cromossomos 16, 21 e 22 [1, 3]. Os abortamentos de fetos euploides tendem a ocorrer mais tardiamente na gestação, com pico de ocorrência na 13ª semana e os fatores responsáveis pela perda da gestação incluem: síndrome do anticorpo antifosfolípide, as trombofilias hereditárias, as anomalias uterinas, o diabetes tipo I e as tireoidopatias [4]. A associação entre abortamento espontâneo e condições socioeconômicas, consumo de cafeína, tabagismo e álcool é menos clara

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



UNICAMP - CAMPUS
CAMPINAS



Continuação do Parecer: 2.899.572

[4]. O abortamento provocado é um tema que traz dilemas ético-morais e que é difícil de ser estudado. O maior desafio para a avaliação científica da magnitude do abortamento provocado é a dificuldade de acesso a dados fidedignos, já que muitas mulheres omitem o ato deliberado de terminação da gravidez, uma vez que a indução de aborto é ilegal em muitos países, dentre eles o Brasil [5,6]. A taxa anual estimada de abortos provocados no Brasil foi de 2,07/100 mulheres entre 15 e 49 anos [5]. Dentre as mulheres que realizam aborto provocado no país, a maioria tem entre 20 e 29 anos, convivem em união estável, têm oito anos ou menos de estudo, são católicas, com pelo menos um filho e abortam utilizando mais frequentemente o misoprostol [5]. Quanto ao uso prévio de métodos anticoncepcionais, dados mostram que as adolescentes com idade até 19 anos fazem menor uso de métodos quando comparadas às mulheres adultas jovens com idade de 20 a 29 anos. Entretanto, o aborto na adolescência corresponde a apenas 7 a 9% do total de abortos realizados por mulheres em idade reprodutiva [7]. O conceito de aborto inseguro é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizado por pessoas sem treinamento ou em um ambiente sem mínimos padrões sanitários [8]. Estima-se que entre 1992 e 2005 tenham ocorrido aproximadamente um milhão e cinquenta mil casos de abortamentos provocados de maneira insegura no Brasil, sendo a maioria nas regiões Nordeste e Sudeste [5]. No mundo, o número de mortes maternas diminuiu em 43% entre 1990 e 2015. A maior redução ocorreu no leste da Ásia (72%), seguida pelo sul da Ásia (67%), sudeste da Ásia (66%), norte da África (59%), Oceania (52%), Ásia central (52%), América Latina e Caribe (50%), África Subsaariana (45%) e Oeste da Ásia (43%) [9]. Estes números isoladamente não são tão significativos já que houve concomitantemente aumento na utilização de métodos contraceptivos com consequente redução da fertilidade. Dentre as causas de mortalidade materna, as complicações relacionadas ao abortamento se mantêm em destaque. Estudos mostram que aproximadamente 7,9% de todas as mortes maternas no mundo sejam decorrentes de aborto, incluindo abortos espontâneos, induzidos e gestações ectópicas [10]. Apesar do aumento na utilização de métodos contraceptivos e da redução da fertilidade, estima-se ainda que 21,6 milhões de abortos inseguros ocorram no mundo [11]. Deste grupo, aproximadamente 7 milhões de mulheres por ano apresentam complicações de procedimentos abortivos inseguros, principalmente nos países não desenvolvidos [12]. De uma forma geral, estima-se que a taxa de aborto inseguro seja de aproximadamente 35 para cada 1000 mulheres com idade entre 15 e 44 anos. Os países desenvolvidos têm mais de 20% da população mundial, mas somente 5% dos abortos provocados, devido ao fato de que na maioria desses países a indução de abortamento é legal, e nos países em de baixa e média renda, a grande maioria dos abortamentos é realizada de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

Continuação do Parecer: 2.899.572

maneira ilegal e insegura [13].

Os maiores percentuais de morte materna por aborto são encontrados na América Latina (17%) e Sudeste da Ásia (19%) [14]. Este fato se associa intimamente às taxas de aborto inseguro no mundo, onde as taxas mais altas de incidência por grupo de 1000 mulheres entre 15 e 44 anos de idade são observadas na América Latina (31/1000), seguida da África (28/1000) e da Ásia (11/1000) [9]. Dentre as regiões que compõem a América Latina, a taxa mais alta de aborto inseguro se encontra na América do Sul (30/1000) [9], sendo que o país que mais contribui com este número é o Brasil [15]. Segundo a OMS, o aborto inseguro é uma das causas de mortalidade materna mais facilmente evitável. Em países com poucas restrições ao abortamento, as complicações são raras devido à utilização de técnicas de interrupção mais seguras. Quando realizado de maneira adequada e em ambiente apropriado, pouquíssimas mulheres têm consequências negativas a longo prazo para a sua saúde física e reprodutiva [16]. Apesar de representarem um grande problema de saúde pública, mortes maternas são raras em números absolutos, especialmente quando as unidades de saúde são consideradas individualmente [17]. Há 25 anos, devido à queda no número de mortes maternas em países desenvolvidos, foi sugerido que os casos de morbidade materna grave, que têm a vantagem de não serem tão raros quanto os casos de morte materna, poderiam ser utilizados para melhor avaliar a assistência obstétrica dispensada em diversas instituições de saúde [18]. Mulheres que experimentavam uma condição de saúde grave durante a gravidez, parto ou puerpério e sobreviviam eram consideradas como casos de “near miss” ou morbidade materna aguda grave [19,20]. Entretanto, a implementação dos casos de morbidade materna como uma ferramenta de avaliação enfrentou dificuldades devido à falta de uniformidade para a definição detalhada da classificação dos casos [21]. Mais recentemente, a OMS propôs uma definição e os critérios para a identificação de casos de “near miss”/ morbidade materna aguda grave. Considerando que o termo “near miss materno” reflete melhor o conceito de “ter quase morrido, mas ter sobrevivido” a OMS recomenda que o termo “near miss materno” seja preferido ao termo “morbidade materna aguda grave”. Segundo a OMS um caso de “near miss materno” é definido como “uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu a uma complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias do término da gravidez” [17]. A identificação de um caso de “near miss materno” é retrospectiva e baseada na ocorrência de disfunção/falência orgânica-sistêmica em casos de condições potencialmente ameaçadoras da vida como condições hemorrágicas, hipertensivas ou outras condições sistêmicas como endometrite, choque séptico ou edema agudo de pulmão. Nos últimos anos têm sido publicados estudos sobre aborto utilizando os novos critérios sugeridos pela OMS. Entre junho de 2009 e

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.899.572

maio de 2010 foi realizado um estudo de corte transversal multicêntrico com dados de alguns hospitais brasileiros. De 9555 mulheres que apresentaram complicações obstétricas, 237 (2,5%) foram decorrentes de aborto. Dessas complicações, 81,9% foram condições potencialmente ameaçadoras da vida, 15,2% “near miss materno” e 3% foram mortes maternas [22]. Em 2014 foi publicada uma análise secundária baseada em um estudo de corte transversal multicêntrico da OMS. Os dados foram colhidos de 314.623 mulheres em 359 unidades de saúde em 29 países, entre maio de 2010 e dezembro de 2011. Embora a maioria das mulheres tivesse sido admitida para parto, uma pequena parcela dos dados foi colhida de mulheres com morbidade materna grave (“near miss materno” e morte materna) decorrentes de aborto. Durante o período do estudo foram identificados 322 casos de morbidade materna grave que ocorreram em 85 hospitais de 23 países diferentes. Desses, 295 foram classificados como “near miss materno” e 27 como morte materna, o que se traduziu em uma taxa de 83 mortes para cada 1000 casos de morbidade materna grave. As mulheres com morbidade materna grave tinham mais frequentemente idade entre 20 e 34 anos, eram casadas ou amasiadas, tinham escolaridade baixa e apresentaram o aborto com menos de 14 semanas de gestação. Os casos de morbidade materna grave relacionados ao aborto foram mais comuns em países com Índice de Desenvolvimento Humano médio e baixo, além de países com leis restritivas para o aborto. Hemorragia relacionada ao aborto foi a condição de gravidade mais encontrada entre mulheres com “near miss materno” e infecção relacionada ao aborto foi a condição de gravidade mais encontrada entre mulheres que morreram. Transfusão sanguínea foi a intervenção médica mais frequentemente utilizada. Mulheres que morreram foram submetidas com maior frequência a laparotomia, histerectomia e antibioticoterapia quando comparadas a mulheres que apresentaram “near miss materno”. De todas as disfunções sistêmicas, a que ocorreu com maior frequência foi a disfunção cardiovascular (80,1%). Cinquenta em um por cento das mortes ocorreram dentro das primeiras 24 horas da admissão hospitalar [23]. Mais recentemente, foram publicados dados de um estudo de corte-transversal que investigou complicações relacionadas ao abortamento na Nigéria. Entre julho de 2011 e janeiro de 2012 os autores identificaram 137 casos de “near miss materno”, dos quais 13 (10%) foram em decorrência de abortamento inseguro. Desses casos, a maioria ocorreu no primeiro trimestre da gravidez, em mulheres com média etária de 20 anos, de baixa classe socioeconômica, e sem companheiro fixo. A maioria das condições ameaçadoras da vida nos casos de aborto se iniciaram antes da mulher chegar ao hospital [24]. Nesse contexto, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), [25] propôs diversas iniciativas para prevenir o abortamento inseguro. Dentre elas, o aumento na utilização efetiva do contraceptivo antes da

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.899.572

ocorrência de uma gestação indesejada. O planejamento e realização efetiva de contracepção logo após o aborto é essencial, já que aproximadamente 85% das mulheres que apresentam um aborto, seja medicamentoso ou cirúrgico, ovulam antes de voltar a menstruar [26,27] e mais da metade dessas mulheres, retomam relações sexuais após 2 semanas do evento [28]. Dessa forma, a FIGO fortemente recomenda, como forma de prevenção quaternária, definida como um conjunto de intervenções que podem preservar a fertilidade de forma apropriada e aceitável, a programação e implementação dos métodos contraceptivos logo após o abortamento [29]. As unidades de saúde que realizam assistência a mulheres em situação de aborto, no entanto, encontram entraves para a instalação de programas de contracepção pós aborto, uma vez que podem não possuir o MAC escolhido pela mulher para utilização imediata. Com isso, pode ser necessário o encaminhamento para outro serviço de saúde, muitas vezes sendo necessário aguardar o próximo ciclo menstrual para início do método. De acordo com Gillet e colaboradores [28], menos que um terço das mulheres fazem uso do contraceptivo de sua escolha após um abortamento, principalmente quando o método escolhido é o dispositivo intrauterino (DIU). Nesse estudo, 42% das mulheres que manifestaram o desejo de uso do DIU e foram encaminhadas para a inserção posterior ao aborto não retornaram ao serviço. Além disso, nas mulheres usuárias de DIU inseridos imediatamente após o aborto, a taxa de continuidade do uso método era maior quando comparada à de mulheres que optaram pela inserção tardia. Em 2014, Langston e colaboradores [31], observaram que entre mulheres que optaram pelo adiamento da contracepção, 27,3% engravidaram e 17,7% apresentaram novo episódio de abortamento após 12 meses; sendo que entre mulheres que iniciaram o uso do método imediatamente após o aborto, após 12 meses, a taxa de gravidez foi de 15% e a de outro abortamento de 9,9%. Um estudo finlandês também encontrou uma taxa significativamente menor de novo abortamento quando qualquer método contraceptivo foi fornecido imediatamente após o aborto em comparação com o agendamento da mulher para retornar e iniciar o método mais tardiamente [32]. Dessa forma, após um aborto, a contracepção deve ser iniciada precocemente, de acordo com as expectativas e escolhas da mulher, com informação clara, objetiva e personalizada sobre todos os contraceptivos disponíveis [33]. Em 2015 o Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) iniciou um processo de revisão da sessão de aborto do Sistema Informatizado Perinatal (SIP). O SIP é um sistema informatizado desenvolvido pela OPAS, utilizado desde 1983 em diversos países da América Latina e do Caribe para acompanhamento de gestantes. Foram definidas as variáveis mínimas que deveriam estar contempladas na história clínica de mulheres em situação de aborto, englobando os novos critérios de morbidade materna grave propostos pela

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.899.572

OMS. Além disso, foi dada atenção especial ao uso de métodos contraceptivos, tanto ao uso de anticoncepcionais prévios ao abortamento, quanto à utilização de anticoncepcionais logo após o término da gestação. Através do SIP-aborto cada unidade de saúde pode produzir dados locais através do banco de dados gerados pelo sistema. A nível central, o SIP pode consolidar os dados de diversas regiões do mesmo país, além de unificar os dados do continente, e descrever a situação de diversos indicadores de saúde relacionados ao aborto. Dessa forma, a CLAP instituiu uma rede multicêntrica na América Latina e Caribe para coleta de dados, a Rede MUSA (Mulheres em Situação de Aborto). No Brasil, a Rede MUSA é composta por quatro núcleos sentinela localizados no Estado de São Paulo: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – Campus São Paulo, o Hospital Pérola Byington, CAISM-Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – Campus Ribeirão Preto. Esses núcleos sentinela foram selecionados pela OPAS/OMS por atenderem um volume significativo de gestantes com hemorragias de primeiro trimestre, além de apresentarem uma reconhecida estrutura acadêmica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Avaliar os fatores associados à morbidade materna grave e outras complicações em mulheres em situação de aborto, além de monitorar a utilização de métodos anticoncepcionais após abortamento nos núcleos sentinela que compõe a Rede MUSA – Brasil.

Objetivos Específicos:

- Descrever as principais complicações em casos de aborto, gravidez ectópica e gestação molar de acordo com os novos critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde.
- Avaliar os fatores associados a uma maior frequência de complicações em casos de aborto, gravidez ectópica e gestação molar de acordo com os novos critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde.
- Avaliar a prescrição de anticoncepcionais e a administração dos mesmos ainda durante a internação hospitalar em mulheres após quadro de abortamento, gravidez ectópica e gestação molar a partir da implementação do Sistema Informatizado Perinatal nos núcleos sentinelas que compõe a Rede MUSA - Brasil.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.899.572

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores, os riscos são mínimos para a participação no projeto. Algumas perguntas do questionário poderão trazer sentimentos profundos de tristeza e angústia para as participantes da pesquisa, além de provocar constrangimento no momento da entrevista.

Em relação aos benefícios, os pesquisadores esclarecem que os resultados dos estudos que utilizarem estes dados poderão ajudar na otimização dos protocolos assistenciais de abortamento, gravidez ectópica e gestação molar, podendo trazer benefícios indiretos para outras pessoas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo se refere aos Projeto de Pesquisa intitulado “Análise dos casos de mulheres em situação de aborto e seus agravos após implementação da Rede MUSA no Brasil”, cujo Pesquisador Responsável é o Prof. Dr. Luiz Francisco Cintra Baccaro, do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP, orientador do projeto de Mestrado do aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia Nelio Neves Veiga Junior. A instituição a Proponente do estudo é o Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM e a equipe de pesquisa é composta pelos seguintes membros:

1. Bárbara Virginia Gonçalves Tavares - Médica- Aluna de Mestrado do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP
2. Camila Ayume Amano Cavalari - Médica- Residente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP.
3. Luís Henrique Alves de Souza Moraes Ferreira Leão - Médico- Residente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP
4. Juliana Motta Ragozzino - Aluna Graduação em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP.
5. Natalia Stefano - Aluna de Graduação em Medicina Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP.
6. Éric Eidi Kodama - Aluno de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP.

De acordo com os pesquisadores, será realizado um estudo de corte-transversal com coleta de dados prospectivo com base nos dados colhidos através da rede MUSA-BRASIL no período de outubro/2018 a dezembro/2020.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.899.572

As mulheres atendidas no Pronto Atendimento ou internadas nas Enfermarias de Ginecologia e Patologia Obstétrica do Hospital da Mulher "Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti do CAISM-UNICAMP, além daquelas atendidas nos outros hospitais pertencentes à Rede MUSA – Brasil, que preencherem os critérios de elegibilidade, aceitarem participar do projeto de registro de dados (MUSA-Brasil) e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O público alvo são mulheres com quadro de abortamento retido, em curso, incompleto ou completo, de qualquer causa e em qualquer faixa etária e, também, mulheres com quadro de gravidez ectópica ou gestação molar em qualquer faixa etária, perfazendo um total de 600 pessoas.

A coleta dos dados ocorrerá por meio do “registro de dados” digitados na sessão sobre abortamento do Sistema Informatizado Perinatal (SIP-A), e posteriormente, serão revisados pelo Pesquisador Responsável, visando garantir o controle de qualidade dos dados e a revisão do preenchimento dos formulários e da entrada dos dados no SIP, evitando possíveis inconsistências. O SIP armazena os dados em um arquivo com extensão “.mdb” possibilitando análises posteriores. A atividade de coleta caberá aos médicos assistentes, médicos residentes, ou acadêmicos de medicina, sob supervisão do Professor Responsável. Para a análise dos dados, será realizada estatística descritiva, sendo que as variáveis quantitativas serão expressas em média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo. As variáveis qualitativas serão expressas em frequências relativas. Para avaliar se houve mudança na frequência de prescrição e utilização de anticoncepcionais logo após abortamento após a instituição da Rede MUSA no Brasil será realizado o teste de tendência (Cochran-Armitage). Para testar a associação entre as variáveis dependentes e independentes, será realizada análise bivariada através dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para as variáveis dependentes quantitativas e através dos testes de qui-quadrado e Fisher para as variáveis categóricas. Finalmente, para testar a associação independente entre as variáveis, será realizada a análise múltipla através de regressão logística múltipla. O nível de significância será assumido em 5%. De acordo com as Informações Básicas do Projeto, a pesquisa tem um orçamento estimado em R\$ 200,00 (duzentos reais) para ser utilizado despesas com materiais de consumo como lápis, caneta, papel e cópias xerox, sendo que o financiamento caberá ao pesquisador responsável. O cronograma apresentado contempla início do estudo no segundo semestre de 2018 e prevê a conclusão da elaboração dos artigos referentes ao estudo no primeiro semestre de 2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória abaixo listados.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126	
Bairro: Barão Geraldo	CEP: 13.083-887
UF: SP	Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187
	E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.899.572

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise do protocolo de pesquisa e dos documentos associados, o projeto atende à Resolução CNS nº 466 de 2012, podendo ser considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Continuação do Parecer: 2.899.572

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

-O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1155934.pdf	10/09/2018 13:14:42		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartarespostaCEP080918.pdf	10/09/2018 13:14:09	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_NOVO.pdf	10/09/2018 01:25:30	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoconcordanciaunicamp.pdf	10/09/2018 01:23:50	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2810808.pdf	10/09/2018 01:20:50	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisacorrigido.pdf	08/09/2018 15:26:18	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito
Outros	vinculo_inst.pdf	04/07/2018 14:19:10	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_nova.pdf	04/07/2018 14:15:30	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	21/06/2018 08:59:36	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito
Outros	Parecer_Circunstanciado.pdf	21/06/2018 08:56:19	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoassentimento.pdf	21/06/2018 08:51:35	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	21/06/2018 08:51:06	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1.pdf	21/06/2018 08:51:01	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.899.572

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 17 de Setembro de 2018

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

8.6. Anexo 6. Formulário Institucional (WHOMCS-A)

 Organização Mundial da Saúde	ESTUDO MULTI-PAIS SOBRE ABORTO	FORMULARIO INSTITUCIONAL																
		07/set/15 Página 1/2																
IDENTIFICAÇÃO																		
i) Código de país <input type="text"/> <input type="text"/> ii) Código da instituição <input type="text"/> <input type="text"/>																		
iii) Nome da unidade sanitária participante: <input type="text"/> <input type="text"/>																		
iv) Endereço completo: <input type="text"/> <input type="text"/>																		
v) Nome e título do coordenador do hospital: <input type="text"/>																		
vi) Correio eletrônico e telefone do coordenador do hospital: <input type="text"/>																		
vii) Data do início da recolha de dados: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>a</td><td>a</td><td>a</td><td>a</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		d	d	m	m	a	a	a	a									
d	d	m	m	a	a	a	a											
viii) Data do fim da recolha de dados: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>a</td><td>a</td><td>a</td><td>a</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		d	d	m	m	a	a	a	a									
d	d	m	m	a	a	a	a											
LOCALIZAÇÃO E TIPO DE UNIDADE SANITÁRIA																		
1. Localização 1= Urbana 2= Suburbana 3= Rural <input type="checkbox"/>																		
2. Qual é a proporção de mulheres que recebem serviços de aborto gratuitamente nesta unidade sanitária? (por favor escreva a proporção) <input type="text"/>																		
3. Esta é uma unidade sanitária que inclui estudantes de medicina e enfermagem? (0 = Não 1 = Sim) <input type="checkbox"/>																		
4. Funciona exclusivamente como maternidade? (0 = Não 1 = Sim) <input type="checkbox"/>																		
5. Qual é o nível de atenção desta unidade sanitária (U.S.) Por favor responda: <input type="checkbox"/> 1= Primário 3= Terciário 2= Secundário 4= Outro nível de referência																		
ESTRUTURA E CAPACIDADE DO HOSPITAL																		
6. Número de camas obstétricas em uso <input type="text"/> <input type="text"/>																		
7. Número de nascimentos por mês <input type="text"/> <input type="text"/>																		
8. Número de camas ginecológicas em uso <input type="text"/> <input type="text"/>																		
9. Número médio por mês de pacientes ginecológicas que permanecem uma noite no hospital (cama/chão) <input type="text"/> <input type="text"/>																		
Para P10 à P14, por favor responda: 0 = Não 1 = Sim																		
10. Qual dos seguintes recursos estão disponíveis e a funcionar? a) Electricidade <input type="checkbox"/> b) Gerador <input type="checkbox"/> c) Geleira <input type="checkbox"/> d) Telefone/chamadas por radio <input type="checkbox"/> f) Correio eletrónico/internet <input type="checkbox"/> g) Incinerador <input type="checkbox"/> h) Ambulância <input type="checkbox"/> i) Água potável <input type="checkbox"/> j) Sistema de esgotos <input type="checkbox"/>																		
		11. Qual dos seguintes serviços estão a funcionar nesta U.S.? <ul style="list-style-type: none"> a) Triagem de rotina de doadores de sangue para HIV, Hepatite B, Sífilis <input type="checkbox"/> b) Unidade de cuidados intensivos para adultos <input type="checkbox"/> c) Unidade de cuidados para recém-nascidos com incubadoras <input type="checkbox"/> d) Serviço de cuidados para gravidez de alto risco <input type="checkbox"/> e) Camas para gravidez de alto risco <input type="checkbox"/> f) Departamento de radiologia <input type="checkbox"/> g) Serviço de ultrassom <input type="checkbox"/> h) Laboratório clínico/bioquímico <input type="checkbox"/> i) Equipamentos esterilizados <input type="checkbox"/> 																
		12. Quais dos seguintes serviços estão disponíveis nesta U.S.? <ul style="list-style-type: none"> a) Antibióticos parenterais <input type="checkbox"/> b) Oxitocina <input type="checkbox"/> c) Misoprostol <input type="checkbox"/> d) Fluidos intravenosos <input type="checkbox"/> e) Remoção manual de placenta <input type="checkbox"/> f) Remoção de restos retidos (asp. manual por vácuo ou outra técnica) <input type="checkbox"/> h) Transfusão de sangue <input type="checkbox"/> i) Histerectomia <input type="checkbox"/> j) Oxigénio por máscara ou cateter <input type="checkbox"/> k) Ventilação mecânica <input type="checkbox"/> l) Diálise <input type="checkbox"/> m) Anticoncepção pós-aborto <input type="checkbox"/> 																
		13. Quais dos seguintes exames de laboratório estão disponíveis nesta unidade sanitária? <ul style="list-style-type: none"> a) Análise de gases no sangue/gasimetria <input type="checkbox"/> b) Creatinina <input type="checkbox"/> c) Bilirrubina <input type="checkbox"/> d) Lactato <input type="checkbox"/> e) Hemoglobina <input type="checkbox"/> f) Contagem de plaquetas <input type="checkbox"/> g) Testes de coagulação (por exemplo RNI, TPP) <input type="checkbox"/> 																
		14. Quais dos seguintes recursos são utilizados actualmente nesta unidade sanitária? <ul style="list-style-type: none"> a) Normas/manual clínico para o aborto seguro <input type="checkbox"/> b) Normas da OMS (p.ex. para hemorragia pós-parto) <input type="checkbox"/> c) Normas locais adaptadas baseadas na evidência <input type="checkbox"/> d) Auditoria clínica (p.ex. revisão das mortes maternas) <input type="checkbox"/> 																
		15. Quais dos dias seguintes os profissionais estão disponíveis nesta unidade sanitária? Por favor responda: 1= 24h/dia, 7 dias/semana, na unidade sanitária 2= 24 h/dia, 7 dias/semana, a disposição mas fora da U.S. 3= disponível tempo parcial (p.ex. horário de consulta, alguns dias por semana) 4= não está disponível na unidade sanitária <ul style="list-style-type: none"> a) Médico especializado em obstetrícia <input type="checkbox"/> b) Clínico não médico <input type="checkbox"/> c) Médico especializado em medicina interna <input type="checkbox"/> d) Médico especializado em medicina intensiva <input type="checkbox"/> e) Médico especializado em anestesia <input type="checkbox"/> f) Enfermeira anestesista <input type="checkbox"/> g) Auxiliar em anestesia <input type="checkbox"/> 																

 Organização Mundial da Saúde	ESTUDO MULTI-PAIS SOBRE ABORTO	FORMULARIO INSTITUCIONAL Página 2/2
ACESSO DA MAE A CUIDADOS INTENSIVOS		
<p>16. Para cada item, selecione a opção que reflecte melhor sua opinião: 1= de acordo 2= não estou de acordo</p> <p>a) Este hospital tem uma UCI de adultos/materna adequada, com capacidade de oferecer monitoria permanente e supervisão médica (24h/dia), ventilação mecânica e drogas vasoativas. <input type="checkbox"/></p> <p>b) Se uma mulher necessita cuidados intensivos, deve ser referida a outro hospital. <input type="checkbox"/></p> <p>c) As mortes maternas raramente acontecem antes do ingresso a UCI. <input type="checkbox"/></p> <p>d) O acesso a cuidados intensivos é um problema importante para as mulheres com complicações graves. <input type="checkbox"/></p>	<p>a) Quantos esvaziamentos uterinos cirúrgicos foram realizados (AMIU ou D&C)</p> <p>1) Nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/></p> <p>2) Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/></p> <p>3) Total num mês típico <input type="checkbox"/></p> <p>b) Quantos abortos médicos foram realizados (com mifepristona + misoprostol ou somente misoprostol; incluindo manejo médico do aborto incompleto)?</p> <p>1) Nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/></p> <p>2) Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/></p> <p>3) Total num mês típico <input type="checkbox"/></p>	
IDENTIFICAÇÃO DOS CASOS DE NEAR MISS MATERNO		
<p>17. Para cada um dos parâmetros descritos abaixo, como que voce avalia a sua utilização para identificar casos de near miss materno em sua unidade sanitária?</p> <p>Por favor responda 1= impossível 2= possível</p> <p>a) Disfunção orgânica clínica</p> <p>i. Cianose aguda <input type="checkbox"/></p> <p>ii. Respiração ofegante <input type="checkbox"/></p> <p>iii. Respiração > 40 ou < 6 bpm <input type="checkbox"/></p> <p>iv. Choque <input type="checkbox"/></p> <p>v. Parada cardíaca <input type="checkbox"/></p> <p>vi. Oligúria que não responde a fluidos ou diuréticos <input type="checkbox"/></p> <p>vii. Perda de consciência por período > 12 horas <input type="checkbox"/></p> <p>viii. AVC <input type="checkbox"/></p> <p>ix. Convulsões incontroláveis/estado de mal epiléptico <input type="checkbox"/></p> <p>x. Paralisia global <input type="checkbox"/></p> <p>xi. Icterícia em presença de preeclampsia <input type="checkbox"/></p> <p>xii. Impossibilidade de formar coágulos <input type="checkbox"/></p> <p>b) Marcadores de laboratório de disfunção orgânica</p> <p>i. Saturação de oxigênio < 90% durante > 60 minutos <input type="checkbox"/></p> <p>ii. PAO₂/FiO₂ < 200 mmHg <input type="checkbox"/></p> <p>iii. Creatinina > 300 umol/ml ou > 3,5 mg/dl <input type="checkbox"/></p> <p>iv. Bilirubina > 100 umol/L ou > 6,0 mg/dL <input type="checkbox"/></p> <p>v. pH < 7,1 <input type="checkbox"/></p> <p>vi. Lactato > 5mEq/L <input type="checkbox"/></p> <p>vii. Trombocitopenia aguda (< 50 000 plaquetas/ml) <input type="checkbox"/></p> <p>c) Indicadores de manejo de gravidade</p> <p>i. Histerectomia posterior a infecção ou hemorragia <input type="checkbox"/></p> <p>ii. Uso continuado de drogas vasoativas <input type="checkbox"/></p> <p>iii. Ressuscitação cardiopulmonar <input type="checkbox"/></p> <p>iv. Diálise para insuficiência renal aguda <input type="checkbox"/></p> <p>v. Qualquer tipo de intubação ou ventilação exceto anestésica <input type="checkbox"/></p> <p>vi. Transfusão de > 5 volumes de sangue ou de eritrócitos <input type="checkbox"/></p>	<p>20. Descrição dos serviços de aborto</p> <p>i. O aborto médico cirúrgico é um método utilizado quando a idade gestacional é de até 12-14 semanas? (AMIU/D&C)</p> <p>a) Não <input type="checkbox"/></p> <p>b) Sim <input type="checkbox"/></p> <p>ii. A unidade sanitária oferece aborto médico (incluindo manejo médico de aborto incompleto)?</p> <p>a) Não <input type="checkbox"/></p> <p>b) Sim* <input type="checkbox"/></p> <p>* Em caso afirmativo por favor especifique o método: _____</p> <p>iii. A unidade sanitária oferece aborto para idade gestacional > 13-14 semanas?</p> <p>a) Não <input type="checkbox"/></p> <p>b) Sim* <input type="checkbox"/></p> <p>* Em caso afirmativo por favor especifique o método: _____</p> <p>iv. A maturação do colo do útero é oferecida rotineiramente?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p> <p>v. A profilaxia com antibióticos é oferecida rotineiramente?</p> <p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>21. A unidade sanitária oferece contracepção pós-aborto?</p> <p>a) Não <input type="checkbox"/></p> <p>b) Sim <input type="checkbox"/></p> <p>i. Em caso afirmativo, é oferecido como parte dos cuidados pós-aborto?</p> <p>a) Não <input type="checkbox"/></p> <p>b) Sim <input type="checkbox"/></p> <p>ii. Por favor marque os métodos que são oferecidos:</p> <p>Contracepção de emergência <input type="checkbox"/></p> <p>Preservativos masculinos <input type="checkbox"/></p> <p>Preservativos femininos <input type="checkbox"/></p> <p>Pílula <input type="checkbox"/></p> <p>Injetáveis <input type="checkbox"/></p> <p>DIU <input type="checkbox"/></p> <p>Implantes <input type="checkbox"/></p> <p>Contracepção masculina permanente <input type="checkbox"/></p> <p>Contracepção feminina permanente <input type="checkbox"/></p>
SERVIÇOS PARA O CUIDADO DO ABORTO/ POS-ABORTO		
<p>18. Quantas mulheres receberam cuidados relacionados com um aborto ou <input type="checkbox"/></p> <p>Nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/></p> <p>Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/></p> <p>Total num mês típico <input type="checkbox"/></p>		
<p>19. Quantas admissoes ginecológicas foram feitas devido a CPA?</p> <p>Nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/></p> <p>Nos últimos 3 meses <input type="checkbox"/></p> <p>Total num mês típico <input type="checkbox"/></p>	<p>COORDENADOR DO HOSPITAL</p> <p>Data: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Assinatura: _____</p>	

8.7. Anexo 7. Ficha de Registos Médicos (WHOMCS-A)**MCS-A**

Estudo OMS Multi-país sobre o Aborto

Estudo A65905Formulário de recolha de dados individuais
(*Individual data collection form*)**Instruções**

1. Este formulário é composto por várias secções.
2. Todas as secções DEVEM ser preenchidas para todas as mulheres atendidas para o aborto ou complicações do aborto.
3. No caso de insuficiência de dados no processo clínico da mulher, deve obter informação através do provedor de saúde.
4. No caso de erro no preenchimento, risca a resposta com cuidado, escreva a resposta correcta fora do quadradinho, e escreva as suas iniciais.
5. Se não tiver informação sobre um dado, ou se não estiver disponível, preencha com "9", "99" ou "999" (excepto nos casos que tiverem instruções de salto).
6. Se o dado não for aplicável, deixa a caixinha em BRANCO.

Nome do Inquiridor:

Data:



A	História clínica		Sim	Não	Descon.
	1) Identificação				
	a) Código do país	<input type="text"/>			
	b) Código da unidade sanitária	<input type="text"/>			
	c) No. do Formulário Individual	<input type="text"/>			
	d) No. da paciente na unidade sanitária	<input type="text"/>			
	2) Internada na unidade sanitária?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	3) Mulher transferida de uma outra U.S.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	4) Data de apresentação/admissão na unidade sanitária:	<input type="text"/>			
	5) Hora de admissão ao hospital:	<input type="text"/>			
	6) Data de nascimento	<input type="text"/>			
	7) Idade (anos completados)	<input type="text"/>			
	8) Estado civil				
	<input type="checkbox"/> Solteira				
	<input type="checkbox"/> Separada/Divorciada/Viúva				
	<input type="checkbox"/> Casada/vive com parceiro				
	<input type="checkbox"/> Desconhecido				
	9) Nível de escolaridade				
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade				
	<input type="checkbox"/> Educação pré-primária				
	<input type="checkbox"/> Educação primária - Incompleta				
	<input type="checkbox"/> Educação primária - Completa				
	<input type="checkbox"/> Educação secundária - Incompleta				
	<input type="checkbox"/> Educação secundária - Completa				
	<input type="checkbox"/> Educação superior - Incompleta				
	<input type="checkbox"/> Educação superior - Completa				
	<input type="checkbox"/> Desconhecido				
	10) Trabalho remunerado?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	11) No. de gravidezes (incluindo o actual)	<input type="text"/>			
	12) No. de nascimentos prévios	<input type="text"/>			
	13) No. de abortos prévios (incluindo aborto espontâneo ou induzido)	<input type="text"/>			
	14) No. de cesarianas prévias	<input type="text"/>			
	15) Outro tipo de cirurgia uterina (excluindo cesariana)	<input type="text"/>			
	16) Outras condições		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	a. Hipertensão crónica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	b. Diabetes Mellitus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	c. HIV +	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	d. SIDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	e. Anemia falciforme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	f. Obesidade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	g. Doença cardíaca	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	h. Doença pulmonar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	i. Doença renal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	j. Doença mental	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	k. Outra doença crónica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	17) Alguma das seguintes infecções na gravidez actual?				
	<input type="text"/> ITU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> Malária	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> DST	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> Zika	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	18) (a) Melhor estimativa da idade gestacional (semanas completas)	<input type="text"/>			
	(b) Método				
	<input type="checkbox"/> Ecografia				
	<input type="checkbox"/> Pela data da última menstruação				
	Caso sim, <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Pelo tamanho uterino ao exame clínico				
	<input type="checkbox"/> Desconhecido				

**B**

Avaliação inicial no momento da chegada à urgência

- 19) Diagnóstico inicial
- 1 = Aborto induzido/espontâneo (caso 1, resposta Pergunta 20-22)
- 2 = Gravidez ectópica (caso 2, resposta somente P. 23)
- 3 = Gravidez molar (caso 3, resposta somente P. 24)

Aborto provocado/espontâneo (P 19=1)

- 20) Duração dos sintomas Dias
- 21) Expulsão dos produtos de concepção ocorreu antes da chegada numa unidade sanitária
- Não Sim Descon.
- 22) O registo clínico indica um aborto induzido?
- N S

→ P25

Caso SIM, marca na caixinha relevante:

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| a) Método | b) Local | c) Provedor |
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Numa U.S. | <input type="checkbox"/> Prof. capacitado |
| <input type="checkbox"/> Cirúrgico | <input type="checkbox"/> Fora da U.S. | <input type="checkbox"/> Farmacêutico |
| <input type="checkbox"/> Outro método | <input type="checkbox"/> Em casa | <input type="checkbox"/> Comerciante |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido | <input type="checkbox"/> Desconhecido | <input type="checkbox"/> Comunidade |
| | | <input type="checkbox"/> Ela própria |
| | | <input type="checkbox"/> Desconhecido |

Passa para P25

Gravidez ectópica (Q19=2)

- 23) Se gravidez ectópica, a mulher apresentou alguns desses sintomas?
- Não Sim
- a. Sangramento vaginal N S
- b. Dor abdominal N S
- c. Nível anormal de hcg N S
- d. Encaminhada por suspeita gravidez ectópica N S
- e. Colapso/desmaiou/sincope N S

Passa para P25

Gravidez molar (P.19=3)

- 24) Se gravidez molar, a mulher apresentou alguns desses sintomas?
- Não Sim
- a. Sangramento vaginal N S
- b. Tamanho uterino maior do que esperado para idade gestacional N S
- c. Vômitos N S
- d. Encaminhada por suspeita de gravidez molar N S

Exame físico no momento da admissão

- 25) Sinais vitais:
- a. Temperatura Celsius
- b. Frequência cardíaca bpm
- c. Pressão arterial sistólica mm Hg
- d. Pressão arterial diastólica mm Hg
- e. Frequência respiratória por min

- 26) Aparência
- Não Sim
- a. Normal..... N S
- b. Doente N S
- c. Pálida N S
- d. Ictérica N S
- e. Sudorese N S

- 27) Estado mental
- Não Sim
- a. Alerta N S
- b. Agitada N S
- c. Letárgica N S
- d. Comatosa N S

- 28) Exame abdominal
- Não Sim
- a. Normal..... N S
- b. Descompressão brusca + / Defesa ... N S
- c. Distendido N S
- d. Ruídos intestinais reduzidos N S
- e. Tenso/duro N S
- f. Dor à palpação N S

- 29) Exame ginecológico
- Não Sim
- a. Corrimento vaginal com mau cheiro N S
- b. Sangramento vaginal..... N S
- c. Colo uterino Aberto Fechado Descon.
- d. Dor a Mobilização do Colo N S
- e. Tamanho uterino semanas
- f. Dor à palpação uterina N S
- g. Presença de corpo estranho N S
- i. Caso sim, especifica: _____
- h. Massa anexial N S



C	Admissão (avaliação e resultados durante a permanência na U.S.)	
	<p>Para perguntas 30-36, por favor indica</p> <p>1 = Não</p> <p>2 = Sim, no momento da chegada à U.S. ou dentro de 24 horas na U.S.</p> <p>3 = Sim, depois de 24 horas na U.S.</p> <p>30) Sangramento <input type="checkbox"/> <i>Sangramento vaginal abundante, vermelho vivo (com ou sem coágulos); compressas/toalhas/roupas empapadas de sangue, palidez</i></p> <p>31) Lesão intra-abdominal <input type="checkbox"/> <i>Dor abdominal/cólica, náusea, vômitos; Abdômen distendido/tenso/rígido; Dor referida no ombro; Ruídos intestinais reduzidos, dor à descompressão brusca, dor à palpação</i></p> <p>32) Infecção <input type="checkbox"/> <i>Calafrios, febre, sudorese; Corrimento vaginal com mau cheiro; História de tentativa de interromper a gravidez</i></p> <p>Complicações com potencial para ameaça à vida</p> <p>33) Hemorragia grave <input type="checkbox"/> <i>Perda sanguínea anormal percebida (>1000mL), qualquer hemorragia acompanhada de hipotensão, qualquer hemorragia que necessita transfusão de sangue</i></p> <p>34) Infecção sistêmica grave <input type="checkbox"/> <i>Presença de febre (temperatura corporal >38 °C), infecção confirmada ou suspeita (aborto séptico, endometrite, corioamnionite), alteração do estado de consciência (instalação ou piora), frequência respiratória ≥22, pressão arterial sistólica ≤ 100</i></p> <p>35) Ruptura uterina <input type="checkbox"/> <i>Ruptura uterina confirmada por laparotomia</i></p> <p>36) Disfunção orgânica grave ("Near miss")</p> <p>a) Disfunção cardiovascular <input type="checkbox"/> <i>Choque, parada cardíaca Hipoperfusão grave, acidose grave Uso continuado de drogas vasoativas Ressuscitação cardiopulmonar</i></p> <p>b) Disfunção respiratória <input type="checkbox"/> <i>Cianose aguda, respiração ofegante ("gasping") Taquipnéia grave (frequência respiratória >40 inspirações/min) Bradipnéia grave (frequência respiratória <6 inspirações/min) Hipoxemia grave (saturação de O₂ <90% ou PAO₂/FiO₂ <200) Intubação/ventilação não relacionada com a anestesia</i></p>	<p>c) Disfunção renal <input type="checkbox"/> <i>Oligúria que não responde a fluidos ou diuréticos Azotemia aguda grave (creatinina > 300umol/ml ou > 3,5 mg/dL) Diálise para insuficiência renal aguda</i></p> <p>d) Disfunção da coagulação <input type="checkbox"/> <i>Incapacidade de formar coágulos Trombocitopenia aguda grave (<50.000 plaquetas/ml) Transfusão massiva de sangue ou glóbulos vermelhos (≥ 5 unidades)</i></p> <p>e) Disfunção hepática <input type="checkbox"/> <i>Icterícia em presença de pré-eclâmpsia Hiperbilirrubinemia aguda grave (bilirrubina >100umol/L ou > 6.0 mg/dL)</i></p> <p>f) Disfunção neurológica <input type="checkbox"/> <i>Período prolongado de inconsciência ou coma (duração >12 horas.) AVC Convulsões incontroláveis/estado de mal epilético Paralisia global</i></p> <p>g) Disfunção uterina <input type="checkbox"/> <i>Histerectomia devida a infecção uterina, ruptura ou hemorragia uterina</i></p> <p>Resultados de exames de laboratório</p> <p>37. Hemoglobina (mais baixo disponível) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> , <input type="text"/><input type="text"/> g/dl</p> <p>38) Leucócitos (mais alto disponível) <input type="text"/><input type="text"/> x 10⁹/L</p> <p>39) Plaquetas (mais baixo disponível) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> x 10⁹/L</p>
D	Tratamento	<p>40) Diagnóstico final</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto incompleto</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto séptico</p> <p><input type="checkbox"/> Gravidez ectópica</p> <p><input type="checkbox"/> Gravidez molar</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto completo</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto completo com complicação</p>



Por favor indique se algumas das seguintes opções de tratamento foram usadas:

- 41) Administração de uterotônicos Não Sim
→ P42
- a) Misoprostol..... Não Sim
→ P41b
- i) Indicação
- Esvaziamento uterino Descon.
- Controle de sangramento
- ii) Dose única (passa para pergunta iv)
- Dose múltipla
- iii) Frequência cada horas
- iv) Dose mcg
- v) Via
- Vaginal Rectal
- Oral/sublingual/bucal Descon.
- Caso utilizou-se várias doses/vias, acrescente mais informações nas "observações".*
- b) Ocitocina..... Não Sim
→ P41c
- i) Dose IU
- ii) Via: IM IV Desconhecido
- c) Outros uterotônicos Não Sim
→ P41c
- Caso sim, marque as caixinhas relevantes:
- i. Metilergonovina
- ii. Ergometrina.....
- iii. Carboprost.....
- iv. Carbotecina.....
- v. Syntometrina.....
- vi. Desconhecido.....
- 42) Tratamento médico para gravidez ectópica ou molar Não Sim
- 43) Soros endovenosos Não Sim
- 44) Uso de vasopressores Não Sim

- 45) Antibióticos Não Sim
Caso sim, marque as caixinhas relevante:
- a) Oral.....
- b) Parenteral.....
- c) Para profilaxia cirúrgica
- d) Desconhecido
- 46) Agentes procoagulantes Não Sim
Caso sim, marca as caixinhas relevantes:
- a) ácido tranexâmico
- b) "traje anti-choque"
- c) Desconhecido
- 47) Transusão de hemoderivados Não Sim
Caso sim, quantas unidades transfundidas
- 48) Reparação de laceração (cervical ou vaginal)..... Não Sim
- 49) Esvaziamento uterino..... Não Sim
Caso sim, marque as caixinhas relevantes:
- a) Aspiração manual a vácuo...
- b) Dilatação e curetagem.....
- c) Curetagem por sucção
- d) Desconhecido
- 50) Histerectomia..... Não Sim
- 51) Laparotomia exploradora Não Sim
- 52) Laparoscopia..... Não Sim
- 53) Admissão a unidade de cuidados intensivos..... Não Sim

E Resultados

- 54) Estado da mulher na alta
- Viva Falecida
- Transferida para uma U.S. de referência
- 55) Data da alta, falecimento ou transferência
-

Observações:

.....

.....

Nome do coletor dos dados:

Data:

8.8. Anexo 8. Ficha ACASI

Nome do arquivo	Texto a ser narrado
Welcome	<i>Bem-vinda! Por favor ajuste o volume para um nível confortável. Quando estiver pronta por favor pressione a seta para começar.</i>
T_01	<i>Obrigada pelo seu apoio neste estudo importante.</i>
T_02	<i>Antes de iniciar, vamos apresentar-lhe três perguntas de ensaio para que você aprenda como responder as perguntas.</i>
T_03	<i>Você vai ouvir cada uma das perguntas, e a seguir deverá PRESSIONAR ou TOCAR em um dos botões de resposta no meio da tela.</i>
T_04	<i>Se quiser ouvir novamente a pergunta e as respostas, PRESSIONE o botão do alto-falante que se encontra aqui.</i>
T_05	<i>Se não quiser responder a uma pergunta, PRESSIONE este botão aqui.</i>
T_06	<i>Se quiser parar com a entrevista, PRESSIONE este botão aqui.</i>
T_06A	<i>Esta barra lhe mostrará quanto da sua entrevista já está completa.</i>
T_07	<i>Depois de responder a cada pergunta, uma seta aparecerá aqui.</i>
T_08	<i>PRESSIONE esta seta para avançar para a primeira pergunta</i>
T_09	<i>Esta primeira pergunta de ensaio tem duas opções de resposta, que são: SIM e NÃO.</i>
T_010	<i>Você esta pronta para começar? Caso SIM, PRESSIONE 1. Caso NÃO, PRESSIONE 2</i>
T_011	<i>Não. Se não estiver pronta, por favor peça ajuda.</i>
T_012	<i>Sim. Parabéns! Você respondeu a sua primeira pergunta. Agora PRESSIONE a seta para seguir para a próxima pergunta.</i>

T_013	<i>A segunda pergunta de ensaio lhe pede para digitar um número. Por favor PRESSIONE qualquer número entre 0 e 9.</i>
T_014	<i>Ótimo! Agora PRESSIONE a seta para avançar para a próxima pergunta.</i>
T_015	<i>A terceira pergunta do ensaio pergunta-lhe sobre o seu nível de satisfação. Esta pergunta tem 5 opções de resposta, que são: Muito satisfeita ... Satisfeita... Nem satisfeita, nem insatisfeita... Insatisfeita... Muito insatisfeita</i>
T_016	<i>Qual é o seu nível de satisfação com o seu sono ontem à noite?</i> <i>Para muito satisfeita, PRESSIONE 1.</i> <i>Para satisfeita, PRESSIONE 2</i> <i>Para nem satisfeita, nem insatisfeita, PRESSIONE 3</i> <i>Para insatisfeita, PRESSIONE 4</i> <i>Para muito Insatisfeita, PRESSIONE 5</i>
T_017_01_VS	<i>Muito satisfeita.</i> <i>Muito bem! Você respondeu as 3 perguntas do ensaio.</i> <i>Agora PRESSIONE a seta para iniciar.</i>
T_017_02_S	<i>Satisfeita.</i> <i>Muito bem! Você respondeu as 3 perguntas do ensaio.</i> <i>Agora PRESSIONE a seta para iniciar.</i>
T_017_03_N	<i>Nem satisfeita, nem insatisfeita.</i> <i>Muito bem! Você respondeu as 3 perguntas do ensaio.</i> <i>Agora PRESSIONE a seta para iniciar.</i>
T_017_04_D	<i>Insatisfeita.</i> <i>Muito bem! Você respondeu as 3 perguntas do ensaio.</i> <i>Agora PRESSIONE a seta para iniciar.</i>
T_017_05_VD	<i>Muito insatisfeita.</i> <i>Muito bem! Você respondeu as 3 perguntas do ensaio.</i> <i>Agora PRESSIONE a seta para iniciar.</i>
PRIVACY	<i>Agora iniciaremos as perguntas da entrevista.</i> <i>Agradecemos as suas respostas e queremos lembrar que todas as perguntas são confidenciais.</i> <i>O sistema usado para esta entrevista protege a sua privacidade.</i>

INTRO_101	<p><i>As próximas perguntas são sobre o seu padrão de vida.</i></p> <p><i>Por favor escute cada pergunta e responda SIM ou NÃO.</i></p>
Q_101	<i>Você tem água encanada na sua casa?</i>
Q_102	<i>Durante o último mês, o seu rendimento familiar foi suficiente para cobrir todas as suas necessidades pessoais, tais como comida e saúde?</i>
Q_103	<i>Depois de pagar as despesas mensais da casa, algum membro da sua família conseguiu poupar algum dinheiro durante o mês passado?</i>
Q_104	<i>Durante o último mês, alguma vez tiveram que passar um dia inteiro sem nenhuma refeição devido à falta de comida ou de dinheiro para comprar comida?</i>
Q_105	<i>Durante o último mês, você ganhou o seu próprio dinheiro?</i>
Q_106	<i>Durante o último mês, você estudou em tempo integral?</i>
INTRO_107	<i>As próximas perguntas são sobre as suas gravidezes.</i>
Q_107	<i>Você já teve algum parto antes desta gravidez?</i>
Q_108	<i>Você já teve alguma interrupção da gravidez, também chamada de aborto?</i>
Q_109	<i>Quantos abortos já teve?</i>
Q_110	<i>Você estava de quantos meses quando perdeu a atual gravidez?</i>
Q_111	<i>Quando você engravidou, você queria ficar grávida?</i>
Q_112	<i>Você usou algum método anticoncepcional para prevenir a gravidez?</i>
INTRO_113	<p><i>Existem muitas razões que fazem com que uma mulher perca uma gravidez.</i></p> <p><i>Por exemplo, uma mulher pode perder uma gravidez depois de uma queda, depois de tomar algum medicamento, ou depois de alguém lhe bater. Ou, simplesmente, pode-se não saber a razão.</i></p> <p><i>Por favor, nos diga qual você acha que foi a principal razão para que você perdesse a gravidez.</i></p> <p><i>Lembre-se que as suas respostas são todas confidenciais e anônimas.</i></p>

Q_113	<i>Você caiu de barriga ou teve uma queda grave de lado ou de costas?</i>
Q_114	<i>Você tomou algum medicamento?</i>
Q_115	<i>Você tomou, ou inseriu na vagina, alguma preparação a base de ervas?</i>
Q_116	<i>O seu marido ou parceiro ou outra pessoa lhe bateu?</i>
Q_117	<i>A perda da sua gravidez aconteceu de repente sem aviso?</i>
Q_118	<i>Aconteceu alguma outra coisa que não foi mencionada acima?</i>
INTRO_119	<i>Estamos interessados em saber a principal razão que lhe levou a vir ao hospital. Pode ser que você tenha vindo porque estava com febre, dor, corrimento ou sangramento vaginal. Ou, pode ser que você tenha vindo para realizar um procedimento para limpeza do útero, ou para confirmar que o aborto foi completo. Gostaríamos de saber o principal motivo que lhe levou a vir ao hospital.</i>
Q_119	<i>A razão principal de vir ao hospital foi porque estava com febre, dor, corrimento ou sangramento vaginal?</i>
Q_120	<i>A razão principal de vir ao hospital foi para realizar o procedimento de limpeza do útero?</i>
Q_121	<i>A razão principal de vir ao hospital foi para confirmar que o aborto foi completo?</i>
INTRO_122	<i>As seguintes perguntas são para saber mais sobre a perda da sua gravidez. Lembre-se que todas as suas respostas são confidenciais. É comum uma mulher engravidar sem querer. É também comum uma mulher decidir interromper a gravidez. <i>Existem várias formas de interromper uma gravidez, seja com medicamentos, ervas, inserção de algo na vagina ou procedimento cirúrgico.</i></i>
Q_122	<i>Você usou algum método para interromper a sua gravidez?</i>
INTRO_123	<i>Gostaríamos de saber qual método ou métodos você usou para interromper a sua gravidez. As perguntas seguintes são sobre maneiras que você pode ter usado para interromper a sua gravidez.</i>
Q_123	<i>Você usou o misoprostol, também chamado de citotec, que é um comprimido para provocar o aborto, que pode ser tomado ou colocado na vagina?</i>

Q_124	Você usou dois tipos diferentes de comprimidos?
Q_125	Você utilizou alguma outra medicação, tanto tomando pela boca, ou introduzindo na vagina?
Q_126	Você tomou pela boca ervas, alguma substância, ou uma combinação de substâncias? Por exemplo, medicações contra malária como cloroquina ou quinina, alvejante, gasolina, ou detergente?
Q_127	Você inseriu alguma coisa na vagina?
Q_128	Você realizou algum procedimento para limpar o conteúdo do seu útero?
Q_129	Você utilizou alguma massagem abdominal tradicional?
Q_130	Você usou alguma outra coisa para interromper a gravidez?
INTRO_131	<i>As vezes as pessoas obtêm informações sobre como interromper uma gravidez com outras pessoas, como membros da família, amigos ou farmacêuticos, ou por meio da rádio, televisão, internet ou outros locais. Gostaríamos de saber como você obteve informação sobre como interromper esta gravidez.</i>
Q_131	<i>Você obteve informação sobre que método usar para interromper a sua gravidez de alguém?</i>
Q_132	<i>Você obteve informação sobre o método para interromper sua gravidez do seu marido, namorado ou companheiro?</i>
Q_133	<i>Você obteve a informação sobre o método para interromper sua gravidez através de outras pessoas da sua família?</i>
Q_134	<i>Você obteve a informação sobre o método para interromper sua gravidez através de um amigo ou uma amiga?</i>
Q_135	<i>Você obteve a informação sobre o método para interromper sua gravidez pela internet ou redes sociais?</i>
Q_136	<i>Você obteve a informação sobre o método para interromper sua gravidez pela rádio ou televisão?</i>
Q_137	<i>Você obteve a informação sobre o método para interromper sua gravidez através de um médico?</i>
Q_138	<i>Você obteve a informação sobre o método para interromper sua gravidez através de uma enfermeira ou parteira?</i>

Q_139	Você obteve a informação sobre o método para interromper sua gravidez através de um farmacêutico ?
Q_140	Você obteve a informação sobre o método para interromper sua gravidez através de um comerciante ?
Q_141	Você obteve a informação sobre o método para interromper sua gravidez através de uma parteira tradicional ?
Q_142	Você obteve a informação sobre o método para interromper sua gravidez através de um trabalhador de saúde comunitário ?
Q_143	Você obteve a informação sobre o método para interromper sua gravidez através de uma outra pessoa ?
INTRO_144	Às vezes as mulheres têm alguém que lhes ajuda a interromper uma gravidez, como um médico, enfermeiro, parteira, amigos, família ou outra pessoa.
Q_144	Você recebeu ajuda de outra pessoa para interromper esta gravidez?
Q_145	Você recebeu ajuda de um médico para interromper esta gravidez?
Q_146	Você recebeu ajuda de um enfermeiro, enfermeira, assistente de enfermagem ou uma parteira para interromper esta gravidez?
Q_147	Você recebeu ajuda de um farmacêutico ou outra pessoa na farmácia para interromper esta gravidez?
Q_148	Você recebeu ajuda de alguém de outro tipo de estabelecimento comercial ou no mercado para interromper esta gravidez?
Q_149	Você recebeu ajuda de um trabalhador comunitário de saúde para interromper esta gravidez?
Q_150	Você recebeu ajuda de amigos ou amigas para interromper esta gravidez?
Q_151	Você recebeu ajuda de uma pessoa da família para interromper esta gravidez?
Q_152	Você recebeu ajuda de um médico tradicional ou curandeiro para interromper esta gravidez?
Q_153	Você recebeu ajuda de uma parteira tradicional para interromper esta gravidez?
Q_154	Você recebeu ajuda de um professor para interromper esta gravidez?

Q_155	Você recebeu ajuda de uma outra pessoa para interromper esta gravidez?
INTRO_156	Existem muitos locais onde alguém pode tentar interromper uma gravidez, por exemplo em casa ou num outro lugar como farmácia, unidade de saúde ou consultório médico.
Q_156	Você tentou interromper esta gravidez em sua casa ?
Q_157	Você tentou interromper esta gravidez numa farmácia ?
Q_158	Você tentou interromper esta gravidez em um outro estabelecimento comercial?
Q_159	Você tentou interromper esta gravidez numa clínica privada autorizada ?
Q_160	Você tentou interromper esta gravidez em uma clínica ilegal ?
Q_161	Você tentou interromper esta gravidez numa unidade de saúde pública ?
Q_162	Você tentou interromper esta gravidez num consultório médico ?
Q_163	Você tentou interromper esta gravidez na casa de uma outra pessoa ?
Q_164	Você tentou interromper esta gravidez em outro lugar ?
INTRO_165	As próximas perguntas são sobre o atendimento durante a sua permanência neste hospital.
Q_165	Durante a sua internação aqui, você recebeu explicações sobre os cuidados e o tratamento que ia receber?
Q_166	Você podia fazer perguntas durante o exame e o tratamento?
Q_167	Você acha que foi informada adequadamente pela pessoa que lhe atendeu sobre as decisões tomadas durante o seu tratamento?
Q_168	Você sentiu alguma ansiedade ou stress durante a sua permanência no hospital?
Q_169	Você poderia falar para o médico ou enfermeiro que te atendeu que estava se sentindo ansiosa ou estressada?
Q_170	Quando você falou para o médico ou para o enfermeiro que estava se sentindo ansiosa ou

	estressada, ele ou ela te ofereceu ajuda adicional para melhorar a ansiedade ou o stress?
Q_171	<i>Você acha que as suas escolhas e preferências foram respeitadas durante a internação no hospital?</i>
Q_172	Você foi tratada com gentileza?
Q_173	Você recebeu remédios para dor durante a sua internação?
Q_174	Os remédios ajudaram a melhorar a dor?
INTRO_175	As próximas perguntas serão sobre o quão satisfeita você ficou com o seu tratamento durante a internação neste hospital. <i>Para essas perguntas, vamos usar essas 5 caras para você escolher uma se você ficou "Muito Satisfeita", "Satisfeita", "Nem Satisfeita, Nem Insatisfeita", "Insatisfeita" ou "Muito Insatisfeita".</i>
Q_175	<i>Qual é o seu nível de satisfação com os serviços que recebeu no hospital?</i>
Q_176	<i>Qual é o seu nível de satisfação com a privacidade durante o exame e tratamento?</i>
Q_177	<i>Qual é o grau de satisfação com relação ao tempo que você teve que esperar para ser atendida por um profissional de saúde nesta instituição?</i>
Q_178	<i>Qual é o grau de satisfação com o valor que pagou do seu bolso para os serviços que recebeu?</i>
Q_179	<i>Qual é o grau de satisfação com as informações sobre saúde que recebeu dos profissionais de saúde?</i>
INTRO_180	<i>Obrigada por ter respondido as perguntas sobre satisfação. As perguntas restantes têm respostas SIM ou NÃO.</i>
Q_180	<i>Você diria a uma outra mulher que estivesse nas mesmas condições que você, que viesse a este hospital para ser atendida?</i>
INTRO_181	<i>Existem muitos métodos diferentes para prevenir a gravidez. Alguns desses métodos incluem: esterilização como a laqueadura, DIU, implante, injeção, pílulas, adesivos, anel vaginal ou métodos de barreira como a camisinha.</i>
Q_181	<i>Você recebeu informação sobre como prevenir uma gravidez durante a sua permanência no hospital?</i>
Q_182	Caso você não tenha recebido informação sobre maneiras de prevenir a gravidez, você gostaria de

	receber informações sobre os diferentes métodos disponíveis?
INTRO_183	Existem muitos métodos diferentes para prevenir a gravidez. <i>Um deles é a esterilização que é permanente. Um exemplo da esterilização é ligar as tubas da mulher, também chamado de laqueadura. Outro exemplo é cortar ou amarrar os tubos que carregam os espermatozoides do parceiro, também chamado de vasectomia.</i>
Q_183	Você foi submetida a um procedimento de esterilização como a ligadura das tubas ou laqueadura?
Q_184	Você foi submetida a esta ligadura tubária ou laqueadura durante esta internação no hospital?
Q_185	<i>A esterilização foi a sua opção preferida de método contraceptivo?</i>
INTRO_186	Como mencionamos anteriormente, existem diferentes métodos para prevenir a gravidez. Alguns desses métodos incluem: DIU, implante, injeção, pílulas, adesivos, anel vaginal ou métodos de barreira como a camisinha. <i>Às vezes as mulheres pedem algum método contraceptivo para evitar a gravidez no futuro. Gostaríamos de saber qual teria sido o seu método preferido, mesmo que você não tenha recebido este método.</i>
Q_186	Você solicitou um DIU nesta internação no hospital?
Q_187	Você solicitou um implante nesta internação no hospital?
Q_188	Você solicitou uma injeção nesta internação no hospital?
Q_189	Você solicitou pílula anticoncepcional nesta internação no hospital?
Q_190	Você solicitou um adesivo nesta internação no hospital?
Q_191	Você solicitou um anel vaginal nesta internação no hospital?

Q_192	Você solicitou um método de barreira como camisinha nesta internação no hospital?
INTRO_193	Às vezes as mulheres recebem um método anticoncepcional ou uma prescrição de anticoncepcional para levar para casa após a internação para evitar futuras gravidezes.
Q_193	<i>Você vai para a casa com algum método contraceptivo ou com uma receita médica de algum método?</i>
Q_194	Isto é porque você já não está mais tendo um relacionamento?
Q_195	Isto é porque você tem receio dos efeitos colaterais?
Q_196	<i>Isto é porque quer engravidar de novo?</i>
Q_197	<i>Isto é porque o seu parceiro não concorda?</i>
Q_198	<i>Você já começou a usar este método contraceptivo?</i>
Q_199	<i>Você vai para a casa com: um DIU?</i>
Q_200	<i>Você vai para a casa com: implante?</i>
Q_201	<i>Você vai para a casa com: uma injeção?</i>
Q_202	<i>Você vai para a casa com: pílulas anticoncepcionais?</i>
Q_203	<i>Você vai para a casa com: adesivo?</i>
Q_204	<i>Você vai para a casa com: anel vaginal?</i>
Q_205	<i>Você vai para a casa com: camisinha?</i>
THANKS	<p><i>Muito obrigada pela sua participação!</i></p> <p><i>Estamos muito gratos por seu apoio neste estudo importante.</i></p> <p><i>Por favor, informe o assistente de pesquisa que você já terminou.</i></p>
G_01	<p><i>Você disse que não quer responder esta pergunta.</i></p> <p><i>Lembre-se que todas as suas respostas são confidenciais, não serão compartilhadas ou mostradas para ninguém, e são muito importantes para nós.</i></p>

	<i>Você pode sempre escolher uma outra resposta. Ou pode passar para a próxima pergunta.</i>
<i>G_02</i>	<p><i>Você disse que quer parar com a entrevista agora.</i></p> <p><i>Lembre-se que todas as suas respostas são confidenciais, não serão compartilhadas com ninguém, e são muito importantes para nós.</i></p> <p><i>Se você decidir terminar a entrevista agora, não poderá responder mais nenhuma pergunta.</i></p> <p><i>Tem certeza que quer terminar a entrevista agora?</i> <i>Para SIM, PRESSIONE 1. Para NÃO, PRESSIONE 2.</i></p>
<i>R1-YES</i>	<i>Sim</i>
<i>R2-NO</i>	<i>Não</i>
<i>R3-VS</i>	<i>Muito satisfeita</i>
<i>R4-S</i>	<i>Satisfeita</i>
<i>R5-N</i>	<i>Nem satisfeita nem insatisfeita</i>
<i>R6-D</i>	<i>Insatisfeita</i>
<i>R7-VD</i>	<i>Muito insatisfeita</i>
<i>RG-01</i>	<p><i>Para SIM, PRESSIONE 1.</i></p> <p><i>Para NÃO, PRESSIONE 2.</i></p>
<i>RG-02</i>	<p><i>Para Muito satisfeita, PRESSIONE 1.</i></p> <p><i>Para Satisfeita, PRESSIONE 2.</i></p> <p><i>Para Nem Satisfeita, Nem Insatisfeita, PRESSIONE 3.</i></p> <p><i>Para Insatisfeita, PRESSIONE 4.</i></p> <p><i>Para Muito Insatisfeita, PRESSIONE 5.</i></p>

8.9. Anexo 9. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO MULTIPAIS DA OMS SOBRE MORBIDADE RELACIONADA AO ABORTO

Pesquisador: Luiz Francisco Cintra Baccaro

Área Temática: Pesquisas com coordenação e/ou patrocínio originados fora do Brasil, excetuadas aquelas com copatrocínio do Governo Brasileiro;

Versão: 9

CAAE: 78745317.1.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM

Patrocinador Principal: ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE - OPAS/OMS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.870.079

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1199951_E2.pdf, de 13/08/2018) e Projeto Detalhado (projetodepesquisalimpo.docx, de 04/05/2018).

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os abortos são responsáveis por 8% (4,7 – 13,2) da mortalidade materna em todo o mundo. (1) No entanto, obter informação precisa sobre abortos é um desafio especialmente naqueles lugares onde está restringido por lei. Em 2010, o Estudo Multipaís da OMS (MCS) sobre Saúde Materna e Neonatal coletou dados em 29 países, de mais de 300 000 mulheres que foram atendidas em unidades sanitárias por condições relacionadas com a gravidez. Com respeito ao aborto, o MCS somente coletou dados daquelas mulheres que tiveram consequências graves ("near miss" ou morte materna). (2) Os dados relativos a aborto do MCS sugeriam uma subnotificação de dados de morbidade e mortalidade devidas a aborto e destacou a necessidade de oferecer serviços de atendimento ao aborto baseados na evidência em consonância com a literatura recente. (2-4) Considerando esses dados, estamos a realizar um estudo multipaís baseado na experiência obtida com o MCS anterior para melhorar a captação da informação sobre

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.870.079

o impacto, a gravidade e o manejo das complicações do aborto nas mulheres que se apresentarem nas unidades sanitárias. Nós coletaremos dados tanto de abortos espontâneos quanto de abortos induzidos. Também vamos estudar as condições de segurança relacionadas ao aborto de acordo com as recomendações da OMS sobre aborto seguro (5) e a experiência das mulheres com relação ao atendimento recebido.

HIPÓTESE

Nossa hipótese é que as mulheres com complicações do aborto que permanecem internadas por períodos mais longos e/ou são internadas têm mais probabilidades de haver induzido o aborto.

METODOLOGIA

Este é um grande estudo de corte-transversal com levantamento prospectivo de dados em unidades sanitárias. Será implementado em unidades sanitárias em 30 países das regiões OMS na África, Américas, Mediterrâneo Oriental, Europa, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental. Para identificação dos países, províncias/estados e unidades sanitárias se utilizará amostragem em várias etapas. Algumas das unidades sanitárias podem ter sido incluídas previamente no Estudo Global e Estudo Multipaís da OMS. (31-32) Um formulário para avaliação da unidade sanitária será utilizado para apoiar na seleção das unidades sanitárias que serão incluídas para o levantamento de dados individuais. Uma vez que as unidades sanitárias forem selecionadas, o levantamento de dados será realizado utilizando dados do registro médico e das entrevistas de saída realizadas a mulheres que foram atendidas por complicações do aborto no período do estudo.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. Todas as mulheres, de qualquer faixa etária, que estiveram na unidade sanitária com sinais e sintomas de complicações do aborto (espontâneo ou induzido) e que são capazes de dar seu consentimento serão a população de estudo para revisão do registro médico.
2. Todas as mulheres, de qualquer faixa etária, que estiveram internadas durante um período mínimo de 24 horas por complicações do aborto e que são capazes de dar seu consentimento para participar no estudo. E também, pelo menos uma das seguintes condições:
 - a. Infecção (definida pela presença de corrimento vaginal como odor fétido, febre, peritonite, necessidade de tratamento com antibióticos por via parenteral)
 - b. Hemorragia/anemia (definida como volume de perda sanguínea > 1000cc, hemoglobina

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.870.079

<10g/dL, transfusão de sangue, choque)

- c. Órgão perfurado ou lesão nos órgãos reprodutivos (por exemplo ruptura uterina, laceração cervical)
- d. Complicações do aborto que resultem em manejo cirúrgico

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. O critério de exclusão será mulheres grávidas com diagnóstico de ameaça de aborto definido por sangramento vaginal com colo de útero fechado. (36)
2. Um outro critério de exclusão será mulheres que apresentam na unidade sanitária para questões não relacionadas com aborto mas cujos registros clínicos indicam uma história prévia de complicações pós-aborto.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO(S) PRIMÁRIO(S)

1. Avaliar a frequência das complicações do aborto.
2. Avaliar a gravidade das complicações do aborto.
3. Determinar o manejo das complicações do aborto nas unidades sanitárias incluídas no estudo.
4. Determinar as condições (lugar, provedor de serviço, manejo segundo a idade gestacional) daqueles abortos que causaram complicações.
5. Estudar a experiência das mulheres com relação ao atendimento que receberam nas unidades sanitárias quando foram atendidas por complicações do aborto.

OBJETIVO (S) SECUNDÁRIO (S)

1. Avaliar a capacidade institucional de oferecer aborto e manejo das complicações do aborto de forma segura.
2. Estudar os resultados das perdas fetais precoces não devidas a aborto como as gestações ectópicas ou molares.
3. Fortalecer as capacidades de pesquisa sobre aborto nos países participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Os riscos para as participantes incluem uma reação possivelmente negativa dos funcionários da unidade sanitária devido à participação no estudo, que pode refletir negativamente sobre os

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.870.079

provedores de saúde. Para solucionar esta questão, serão tomadas medidas para informar adequadamente a equipe de profissionais de saúde da unidade sanitária e enfatizar a importância da sensibilidade e confidencialidade neste processo. As informações das participantes serão mantidas de forma confidencial e manejadas da mesma forma que os outros registros médicos.

BENEFÍCIOS

As participantes não receberão nenhum benefício direto e/ou imediato por sua contribuição ao estudo. No entanto, os resultados deste estudo serão utilizados em projetos futuros relacionados com o aborto. Dessa forma se observará uma ajuda indireta para as mulheres pela melhoria do conhecimento sobre suas necessidades em saúde reprodutiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda 02

A presente emenda é referente a inclusão de 02 centros coparticipantes no estudo, a saber:

CENTROS COPARTICIPANTES:

1. Estado do Maranhão - Secretaria de Estado da Saúde (CNPJ 02.973.240/0014-12).
2. Fundo Municipal de Saúde (CNPJ 10.452.044/0001-06).

LISTA ATUALIZADA DE CENTROS COPARTICIPANTES

1. Hospital Regional da Asa Norte - HRAN (CNPJ 00.054.015/0016-19).
2. Hospital Regional de Taguatinga - HRT (CNPJ 00.394.700/0009-65).
3. Distrito Federal Secretaria de Saúde (CNPJ 00.394.700/0003-70).
4. Santa Casa de Misericórdia do Maranhão (CNPJ 06.275.762/0001-87).
5. Hospital Regional de Samambaia (Demétrio Antônio da Silva Gomes).
6. Município de Vilhena (CNPJ 04.092.706/0002-62).
7. Distrito Federal Secretaria de Saúde (CNPJ 00.394.700/0014-22).
8. Fundo Municipal de Saúde de Ji-Paraná (CNPJ 19.122.075/0001-73).
9. Fundação Hospitalar do Distrito Federal (CNPJ 00.054.015/0017-08).
10. Município de Caxias - Prefeitura Municipal (CNPJ 06.082.820/0002-37).
11. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA (CNPJ 06.279.103)

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.870.079

/0002-08).

12. Estado do Maranhão - Secretaria de Estado da Saúde (CNPJ 02.973.240/0014-12).
13. Estado do Maranhão - Secretaria de Estado da Saúde (CNPJ 02.973.240/0032-02).
14. Hospital Materno Infantil de Brasília – HMIB (Lucila Nagata).
15. Distrito Federal Secretaria de Saúde (CNPJ 00.394.700/0011-80).
16. Hospital Regional do Gama (Mariana Viana Almeida).
17. Fundo Municipal de Saúde (CNPJ 10.452.044/0001-06).
18. Distrito Federal Secretaria de Saúde (CNPJ 00.394.700/0024-02).
19. Rondônia Secretaria de Estado da Saúde (CNPJ 04.287.520/0002-69).
20. Secretaria Municipal de Porto Velho (Maria da Conceição Ribeiro Simões).
21. Estado do Maranhão - Secretaria de Estado da Saúde (CNPJ 02.973.240/0005-21).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram identificados óbices éticos nesta emenda.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da Emenda proposta ao projeto de pesquisa.

Situação: Emenda aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1199951 E2.pdf	13/08/2018 20:55:33		Aceito
Outros	termodeanuenciacomplexohospitalarmaranhao.pdf	13/08/2018 20:54:25	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.870.079

Outros	termodeanuenciabarradocorda.pdf	13/08/2018 20:54:03	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Outros	emenda130818.docx	13/08/2018 20:51:30	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Outros	cartarespostaaoccep.docx	06/07/2018 13:38:20	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Outros	emenda.docx	18/06/2018 08:50:06	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo6destacado.docx	11/05/2018 12:03:56	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo6limpo.docx	11/05/2018 12:03:46	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo5destacado.docx	11/05/2018 12:03:33	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo5limpo.docx	11/05/2018 12:03:23	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo4destacado.docx	11/05/2018 12:03:03	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo4limpo.docx	11/05/2018 12:02:52	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo3destacado.docx	11/05/2018 12:02:41	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo3limpo.docx	11/05/2018 12:02:29	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Outros	anexo14corrigido.docx	04/05/2018 18:30:52	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Outros	anexo8limpo.docx	04/05/2018 18:30:15	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Outros	anexo8destacado.docx	04/05/2018 18:29:47	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de	anexo11limpo.docx	04/05/2018	Luiz Francisco	Aceito

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.870.079

Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo11limpo.docx	18:28:58	Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo11destacado.docx	04/05/2018 18:28:47	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo10limpo.docx	04/05/2018 18:28:31	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo10destacado.docx	04/05/2018 18:28:22	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo9limpo.docx	04/05/2018 18:28:12	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo9destacado.docx	04/05/2018 18:27:57	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo7limpo.docx	04/05/2018 18:27:43	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anexo7destacado.docx	04/05/2018 18:27:34	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisalimpo.docx	04/05/2018 18:24:09	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisadestacado.docx	04/05/2018 18:23:43	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Outros	Anexo13.pdf	06/03/2018 16:36:03	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Outros	Anexo12.pdf	06/03/2018 16:35:16	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Outros	Parecercircunstanciado.pdf	10/10/2017 11:40:13	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Outros	identidadefuncional.pdf	10/10/2017 11:39:13	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Outros	Anexo2.pdf	10/10/2017 11:36:50	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-049

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.870.079

Outros	Anexo1.pdf	10/10/2017 11:36:30	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	10/10/2017 11:31:49	Luiz Francisco Cintra Baccaro	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

BRASILIA, 04 de Setembro de 2018

Assinado por:
FRANCISCA VALDA DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: SRNTV 701, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.719-049
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5877 **E-mail:** conep@saude.gov.br

8.10. Anexo 10. Autorização de Copyright para Inclusão do Artigo 1

Citation: Veiga-Junior NN, Eugeni C, Kajiura BD, F. Dantas PB, Trabach CB, Junqueira AA, et al. (2023) Analysis of uterine evacuation methods in postabortion care after implementation of a surveillance network (CLAP MUSA-Network) at a university hospital. PLoS ONE 18(12): e0296009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296009>

Editor: Ganesh Dangal, National Academy of Medical Sciences, NEPAL

Received: August 11, 2023; **Accepted:** December 1, 2023; **Published:** December 15, 2023

Copyright: © 2023 Veiga-Junior et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability: Data cannot be shared publicly because of ethical restrictions on the subject (abortion). Data are available from the Ethics Committee (cep@unicamp.br) for researchers who meet the criteria for access to confidential data.

Funding: The work was possible owing to financial support from Pan American Health Organization and its Latin American Centre for Perinatology, Women's Health and Reproductive Health. The opinions expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent the opinion of either funding institution. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

8.11. Anexo 11. Autorização de Copyright para Inclusão do Artigo 2

12/12/2023, 12:27

marketplace.copyright.com/rs-ui-web/mp/license/ffc1ee0c-1e45-4924-aa3e-627b979dc5da/6e32880d-7631-4607-b47a-fa6e64f523cd



This is a License Agreement between Nelio Neves Veiga Junior ("User") and Copyright Clearance Center, Inc. ("CCC") on behalf of the Rightsholder identified in the order details below. The license consists of the order details, the Marketplace Permissions General Terms and Conditions below, and any Rightsholder Terms and Conditions which are included below.

All payments must be made in full to CCC in accordance with the Marketplace Permissions General Terms and Conditions below.

Order Date	01-Dec-2023	Type of Use	Republish in a thesis/dissertation
Order License ID	1422551-1	Publisher	International Federation of Gynecology and Obstetrics
ISSN	1879-3479	Portion	Chapter/article

LICENSED CONTENT

Publication Title	International journal of gynaecology and obstetrics	Publication Type	e-Journal
Article Title	Social inequities and postabortion care: Brazil's university hospital experience	Start Page	991
Author/Editor	International Federation of Gynecology and Obstetrics.	End Page	993
Date	01/01/1969	Issue	3
Language	English	Volume	159
Country	United States of America	URL	http://www.sciencedirect.com/science/journal/00207292
Rightsholder	John Wiley & Sons - Books		

REQUEST DETAILS

Portion Type	Chapter/article	Distribution	Other territories and/or countries
Page Range(s)	991, 992, 993	Enter Territories/Countries	Brazil
Total Number of Pages	3	Translation	Original language of publication
Format (select all that apply)	Print, Electronic	Copies for the Disabled?	No
Who Will Republish the Content?	Author of requested content	Minor Editing Privileges?	No
Duration of Use	Life of current edition	Incidental Promotional Use?	No
Lifetime Unit Quantity	Up to 499	Currency	USD
Rights Requested	Main product		

NEW WORK DETAILS

Title	PhD Thesis: Comprehensive Abortion Care	Institution Name	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Instructor Name	NELIO NEVES VEIGA JUNIOR	Expected Presentation Date	2024-01-05

8.12. Anexo 12. Comprovante de Submissão do Artigo 3



The screenshot shows the top navigation bar of the journal's website. On the left, there are two logos: a blue circle with 'em' and a white circle with a blue 'L'. To the right of the 'L' logo is the text 'The Lancet Regional Health - Americas'. Below the navigation bar, there is a horizontal menu with the following items: 'Home', 'Main Menu', 'Submit a Manuscript', 'About' (with a dropdown arrow), and 'Help' (with a dropdown arrow). The main content area is divided into two columns. The left column is titled 'Author's Decision'. The right column contains a notification box with a thin border, containing the text: 'Thank you for approving "Abortion-related complications in Brazil: results from the WHO multi-country survey on abortion (MCS-A)".' Below this notification box, there are two links: 'Publishing Options' and 'Main Menu'.

em | **L** The Lancet Regional Health - Americas

Home Main Menu Submit a Manuscript About ▾ Help ▾

Author's Decision

Thank you for approving "Abortion-related complications in Brazil: results from the WHO multi-country survey on abortion (MCS-A)".

[Publishing Options](#)
[Main Menu](#)