



**DAIANA MARIA SANTOS DE SOUSA SILVA**

**ENTRE A CURETA E A CÂNULA: A TOMADA DE DECISÃO NO PÓS-ABORTO  
PARA ESVAZIAMENTO UTERINO EM DOIS HOSPITAIS PÚBLICOS DO  
DISTRITO FEDERAL**

Brasília-DF

2022

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL

DAIANA MARIA SANTOS DE SOUSA SILVA

**ENTRE A CURETA E A CÂNULA: A TOMADA DE DECISÃO NO PÓS-ABORTO  
PARA ESVAZIAMENTO UTERINO EM DOIS HOSPITAIS PÚBLICOS DO  
DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Rosamaria Giatti Carneiro

Brasília - DF

2022

DAIANA MARIA SANTOS DE SOUSA SILVA

**ENTRE A CURETA E A CÂNULA: A TOMADA DE DECISÃO NO PÓS-ABORTO  
PARA ESVAZIAMENTO UTERINO EM DOIS HOSPITAIS PÚBLICOS DO  
DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 20, de outubro de 2022

**BANCA EXAMINADORA**

Professora Doutora Rosamaria Giatti Carneiro – (presidente)  
Universidade de Brasília (UnB) - Presidente

Professora Doutora Erica Quinaglia Silva  
Universidade de Brasília (FCE/UnB) – Membro Externo

Professora Doutora Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá  
Universidade de Brasília (UnB) – Membro Interno

Professor Doutor Evérton Luís Pereira  
Universidade de Brasília – UnB (Suplente)

BRASÍLIA-DF

2022

*Na pessoa da minha cunhada, Andréia Soares Batista de Sousa, submetida a histerectomia aos 29 anos, em decorrência de curetagens sucessivas e não resolúveis para seu quadro clínico, dedico essa dissertação a todas as mulheres que tiveram qualquer tipo de agravo em decorrência do procedimento de Dilatação e Curetagem. Ainda, na pessoa da médica a Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, aos médicos obstetras que aplicam técnicas baseadas em evidências científicas, salvaguardando assim, os direitos reprodutivos e a fertilidade das mulheres. Vocês são nossos heróis.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todo corpo docente, discente e administrativo do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília-UnB. Especialmente a duas professoras que aqui marcaram minha caminhada acadêmica.

Gratidão a Professora Ximena Pamela Claudia Díaz Bermúdez. Em meio aos aportes teóricos da disciplina sob sua regência, tive certeza que a academia é um importante espaço de construção decolonial para as angústias sobre inequidade, classe, gênero e raça que me causam bastante inquietação.

A Profa. Orientadora, Rosamaria Giatti Carneiro, que assumiu o encargo desta orientação. No primeiro encontro de orientação ela me disse “querida, não será fácil pesquisar essa temática junto aos serviços de saúde. Mas, eu estarei com você. Seguiremos juntas para o que der e vier. Confia”. Ela cumpriu. Esteve presente em todas as dificuldades, apontando os caminhos, sem deixar que eu descreditasse. Obrigada por tanta generosidade ao partilhar conhecimento e tanta empatia por nós acadêmicos.

Você marca profundamente essa fase da minha vida. Para minha sorte, este ponto de partida se estenderá para o doutorado. Estou certa de que amadurecerei com seus ensinamentos na academia, e na vida, é uma profissional difícil de etiquetar, mas, posso assegurar, é espelho de dignidade acadêmica e humana.

Externo minha gratidão a banca de qualificação. Professora, Helena Paro, obrigada por pontuar generosamente as inúmeras questões de conteúdo que até a qualificação permaneciam cegas e/ou nebulosas ao meu conhecimento. Suas ponderações foram decisivas, para a rota que eu ainda precisava trilhar no estudo. Professora Maria Célia, obrigada por toda contribuição não só metodológica, mas de conteúdo, e por me estimular a usar mais “tintas jurídicas” adormecidas em meu estudo, diante de tantos questionamentos que recebi na caminhada, em ser formada em direito, mas pesquisando na saúde. Seu estímulo para manter as intersecções no campo do saber, foi essencial para a fase final deste estudo.

Agradeço aos meus colegas de turma, que direta ou indiretamente contribuíram com minha pesquisa, nas trocas de reflexões: Thiago, Alex, Katiuce. Em especial, a Érika da Silva Santos, que muito além de me estimular, mesmo imersa em sua pesquisa, sempre abdicou de um tempo para estar à disposição e trocar reflexões comigo sobre a temática.

Agradeço aos profissionais do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NUEP), das instituições co-participantes, que pacientemente, direcionavam-me indicando os trâmites internos e departamentais para submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Agradeço aos participantes do estudo, médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem, essenciais do início ao final na assistência de cuidados. Certamente, sem a participação de cada um de vocês, essa pesquisa, qualitativa, seria um pouco órfão, das evidências, potencialidades e dificuldades existentes no cotidiano dos serviços de saúde que afetam não somente as mulheres, mas os próprios profissionais na execução de seu ofício diário.

Agradeço a minha família, meus pais fonte de toda ternura. Meu esposo, pela paciência nos momentos de ausências que não foram poucos. Meus filhos, que trocaram comigo a posição de cuidado que recai sobre as mães, cuidando de mim nos momentos em que o cansaço era visível. Meus irmãos, minhas cunhadas, minha sogra, meu sogro (*in memoriam*) e minha sobrinha, vocês não têm mensuração do quanto cada um, contribui, renovando minhas forças para manter a caminhada acadêmica.

## RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) bem como o Ministério da Saúde (MS, 2022), recomendam pós-aborto de primeiro trimestre a preterição da técnica de Dilatação e Curetagem (D&C), pela Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), ou a gestão farmacológica. Entretanto, nos serviços de saúde públicos no Brasil para esvaziamento uterino pós-aborto, há prevalência de Dilatação e Curetagem (D&C). Esta pesquisa objetivou compreender a tomada de decisão médica para esvaziamento uterino, pós-aborto no primeiro trimestre gestacional, em dois hospitais públicos do Distrito Federal. Investigou-se, ainda, possíveis alterações de elegibilidade da técnica durante a pandemia da COVID-19. Metodologicamente, trata-se de estudo qualitativo, ancorado no campo das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. O estudo teve como cenário de campo, dois hospitais públicos vinculados a Secretária de Saúde (SES) do Distrito Federal nomenclaturados na pesquisa, como hospital (A) e hospital (B). Utilizou-se dois procedimentos metodológicos para coleta de dados, que ocorreu entre maio e setembro de 2022. O primeiro, entrevista gravada por meio de formulário semiestruturado com onze profissionais de saúde dentre os quais, três médicos; quatro enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem, lotados na obstetrícia/centro cirúrgico dos hospitais. Como segundo procedimento metodológico, coleta de dados em 73 prontuários clínicos de mulheres em pós-aborto de primeiro trimestre atendidas nos hospitais, nos anos de 2019 e 2020, e submetidas a esvaziamento uterino. Os resultados indicam para a tomada de decisão médica contextos dicotômicos, em ambos hospitais. No hospital (A), prevalece para esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre gestacional, a Aspiração Manual Intrauterina. O hospital (B), tem insumo para fazer AMIU, mas inversamente oposto ao hospital (A), tem na Dilatação e Curetagem a técnica prevalente na tomada de decisão médica. Evidenciou-se que a prevalência de Aspiração Manual Intrauterina no hospital A é centrada na difusão da técnica na unidade e habilidade dos médicos. A prevalência da Dilatação e Curetagem no hospital B, é motivada por ausência de habilidade técnica dos médicos para realizar Aspiração Manual Intrauterina. Recomenda-se para alteração do cenário no hospital B, curso de aperfeiçoamento para os médicos sobre a técnica de aspiração. Figura-se assim, a temática, prioridade a constar além da agenda política nacional na política de saúde pública local focada no direito reprodutivo de mulheres, à saúde eficaz, segura e pautada em contemporânea evidência científica.

**Palavras chaves:** Aborto espontâneo. Aborto induzido. Dilatação e Curetagem. Tomada de decisões.

## ABSTRACT

The World Health Organization (WHO, 2022) as well as the Ministry of Health (MS, 2022), recommend post-abortion in the first trimester the deprecation of the Dilation and Curettage (D&C) technique, by Manual Intrauterine Aspiration (MVA), or pharmacological management. However, in public health services in Brazil for post-abortion uterine evacuation, there is a prevalence of Dilation and Curettage (D&C). This research aimed to understand the medical decision-making for uterine evacuation, post-abortion in the first gestational trimester, in two public hospitals in the Federal District. Possible changes to the eligibility of the technique during the COVID-19 pandemic were also investigated. Methodologically, this is a qualitative study, anchored in the field of Social and Human Sciences in Health. The study had as a field scenario, two public hospitals linked to the Secretary of Health (SES) of the Federal District named in the research, as hospital (A) and hospital (B). Two methodological procedures were used for data collection, which took place between May and September 2022. The first was an interview recorded using a semi-structured form with eleven health professionals, including three physicians; four nurses and four nursing technicians, working in the obstetrics/surgical center of the hospitals. As a second methodological procedure, data collection from 73 medical records of women in post-abortion in the first trimester treated in hospitals, in the years 2019 and 2020, and submitted to uterine evacuation. The results indicate dichotomous contexts for medical decision-making in both hospitals. In the hospital (A), the Intrauterine Manual Aspiration prevails for post-abortion uterine emptying in the first trimester of pregnancy. Hospital (B) has input to perform MVA, but inversely opposite to hospital (A), Dilation and Curettage is the prevalent technique in medical decision making. It was evidenced that the prevalence of Manual Intrauterine Aspiration in hospital A is centered on the diffusion of the technique in the unit and the doctors' skills. The prevalence of Dilation and Curettage in hospital B is motivated by the lack of technical skill of the doctors to perform Manual Intrauterine Aspiration. It is recommended to change the scenario in hospital B, an improvement course for doctors on the aspiration technique. Thus, the theme appears, a priority to be included in addition to the national political agenda in the local public health policy focused on the reproductive right of women, to effective, safe health and based on contemporary scientific evidence.

**Keyword:** Abortion Spontaneous. Abortion induced. Dilatation and Curettage. Decision Making.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Técnicas para esvaziamento do canal uterino .....	24
Figura 2 - Técnicas disponíveis nos hospitais (A) e (B) para esvaziamento do canal uterino .....	47
Figura 3 - Prevalência da Técnica de esvaziamento uterino no hospital (A) - dados do livro de registro do bloco cirúrgico obstétrico no ano de 2020.....	48
Figura 4 - Prevalência da Técnica de esvaziamento uterino no hospital (B) - dados de prontuários no ano de 2019.....	49
Figura 5 - Prevalência da Técnica de esvaziamento uterino no hospital (B) - dados de prontuários no ano de 2020.....	49
Figura 6 - Categorização temática para análise de conteúdo .....	52
Figura 7 - Prevalência da Técnica de esvaziamento uterino no hospital (A) .....	68
Figura 8 - Prevalência da Técnica de esvaziamento uterino no hospital (B).....	69

## LISTA DE TILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Regiões de Saúde do Distrito Federal.....	29
Gráfico 1 - Quantitativo de Curetagem e AMIU em 2019 no DF .....	31
Gráfico 2 - Percentual Anual de Curetagem e AMIU em 2019 no DF .....	31
Gráfico 3 - Quantitativo de Curetagem e AMIU em 2020 no DF .....	32
Gráfico 4 - Quantitativo Anual de Curetagem e AMIU em 2020 no DF .....	32
Gráfico 5 - Quantitativo Anual de Curetagem e AMIU no Hospital A, 2019.....	33
Gráfico 6 - Quantitativo Anual de Curetagem e AMIU no Hospital A, em 2020.....	33
Gráfico 7 - Quantitativo Anual de Curetagem e AMIU no Hospital B, em 2019.....	34
Gráfico 8 - Quantitativo Anual de Curetagem e AMIU no Hospital B, em 2020.....	34
Tabela 1 - Perfil Sociodemográfico – Categoria Profissional dos entrevistados	43
Tabela 2 - Perfil Sociodemográfico – Faixa etária dos participantes.....	44
Tabela 3 - Perfil Sociodemográfico – Gênero dos entrevistados.....	44
Tabela 4 - Perfil Sociodemográfico – Especialização dos participantes.....	44
Tabela 5 - Perfil Sociodemográfico – Orientação religiosa.....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
CF	Constituição Federal
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
D&C	Dilatação e Curetagem
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
NUEP	Núcleo de Ensino e Pesquisa
PNA	Pesquisa Nacional do Aborto
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SRS	Regiões de Saúde
RA	Região Administrativa
TABNET	Tabulador genérico de domínio público
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO - TRAJETÓRIA ACADÊMICA E ORIGEM DO ESTUDO</b> .....	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	20
<b>2.1.1 Objetivos Específicos</b> .....	<b>20</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
3.1 CONCEITO DE ABORTO .....	21
3.2 ABORTO INCOMPLETO.....	22
3.3 TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO PÓS-ABORTO .....	24
<b>3.3.1 Técnicas de esvaziamento uterino no Distrito Federal</b> .....	<b>28</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>36</b>
4.1 PERMEANDO O CAMPO - DESAFIOS .....	36
<b>4.1.1 Riscos e Aspectos Éticos do Estudo</b> .....	<b>39</b>
4.2 PERCURSO METODOLÓGICO .....	40
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>46</b>
5.1 TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO EXISTENTES NOS HOSPITAIS CENÁRIO DO ESTUDO.....	47
5.2 PREVALÊNCIA DO USO DAS TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO NOS HOSPITAIS CENÁRIO DO ESTUDO.....	48
<b>5.2.1 Prevalência das Técnicas no Hospital A – Dados de Prontuários</b> .....	<b>48</b>
<b>5.2.2 Prevalência das Técnicas no Hospital B – Dados de Prontuários</b> .....	<b>49</b>
<b>5.2.3 Dados de marcadores sociais – hospital A e hospital B</b> .....	<b>50</b>
<b>6 ANÁLISE DA CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA QUE EMERGIU DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b> .....	<b>52</b>
6.1 TOMADA DE DECISÃO PELA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA (AMIU) E TOMADA DE DECISÃO PELA DILATAÇÃO E CURETAGEM (D&C) .....	53
6.2 EFEITOS DA COVID-19 NA TOMADA DE DECISÃO DO MÉDICO.....	56
6.3 PERCEPÇÃO SOBRE A ESCOLHA DA TÉCNICA PARA ESVAZIAMENTO UTERINO NA UNIDADE DE SAÚDE.....	58
6.4 DILEMA ÉTICO NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DIANTE DE SITUAÇÕES DE ABORTO .....	62

6.5 DISPONIBILIDADE DE INSUMOS PARA REALIZAR O ESVAZIAMENTO UTERINO NOS HOSPITAIS (A) E (B) .....	63
6.6 APRIMORAMENTO TÉCNICO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA A TOMADA DE DECISÃO.....	65
6.7 TOMADA DE DECISÃO E PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS E TÉCNICO DE ENFERMAGEM.....	67
<b>7 PERCEPÇÃO MARCANTE .....</b>	<b>71</b>
<b>8 PRODUTO TÉCNICO - PROPOSTA DE MEDIDA INTERVENTIVA.....</b>	<b>72</b>
8.1 TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA – TAC (MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS X SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	72
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE A- CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/FS.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/FEPESC.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO C - PRODUTO DERIVADO DO ESTUDO.....</b>	<b>95</b>

## APRESENTAÇÃO - TRAJETÓRIA ACADÊMICA E ORIGEM DO ESTUDO

Atualmente, compatibilizo a função de advogada com a docência e a pesquisa, em uma instituição de Ensino Superior privada no Distrito Federal. Após o ingresso na docência, passei a ministrar aulas de Sociologia Jurídica, Ética Jurídica, Direito e Processo do Trabalho, entre outras disciplinas. Passei a integrar um grupo de pesquisa, “Mulher, Direitos Humanos e Políticas Públicas” no ano de 2018, que protagonizou discussões e seminários temáticos sobre a perspectiva de gênero. Como integrante desse grupo, escrevi artigos sobre misoginia, práticas identificadas como violência obstétrica, condição feminina, violência simbólica, e aborto. Foi nessa caminhada acadêmica, que descobri na temática do aborto algo que contrasta com a concepção que tenho de liberdade e de direitos, e isso, me instigou na presente pesquisa.

No ano de 2019 ingressei no Mestrado Profissional em Direitos Sociais e Processos Reivindicatórios, no Centro Universitário de Educação Superior de Brasília-DF - IESB. Apresentei nesse Programa de Pós-Graduação a dissertação cujo título foi “Violência contra a Mulher: a objeção de consciência dos profissionais de saúde no Distrito Federal como obstáculo a concretização do aborto legal”, por meio da qual me tornei Mestra em 2022<sup>1</sup>.

Essa trajetória investigativa abriu muitas janelas de percepções sobre o tema, dentre elas, o quanto o pós-aborto e as implicações decorrentes dele na saúde reprodutiva das mulheres, ainda é um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde.

Assim, tomei conhecimento através de artigos sobre o tema de assistência pós-aborto, que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) e o Ministério da Saúde (OMS, 2022), por meio da Norma Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta para casos de Abortamento do Sistema Único de Saúde (SUS), recomendam a Aspiração Manual Intrauterina ou gestão farmacológica, para esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre. Entretanto, no Brasil, na assistência de cuidados

---

<sup>1</sup> Por ser um Mestrado Profissional apresentei como medida interventiva, um protocolo a ser executado pelos gestores de assistência à saúde. Esse protocolo seria uma ferramenta que pensasse a problemática da objeção de consciência antes da mulher que busca a interrupção legal da gestação chegar a unidade de saúde, realizando assim, um mapeamento dos objetores de consciência de forma a não lotar nas unidades que atendem mulheres que desejam a interrupção legal da gestação, profissionais que se recusem a realizar o procedimento, por razões de consciência individual, fatores religiosos ou questões de morais, sob pena de inocuidade da política pública.

pós-aborto de primeiro trimestre a técnica de Dilatação e Curetagem, não prioritária, figura como preferida pelos obstetras.

Esse cenário que não opta por cuidado abrangente pós-aborto elegendo técnica terapêutica moderna, colide frontalmente com as recomendações internacionais e nacionais, o que me causava muita inquietação. Foi a partir daí que mantive a linha investigativa já iniciada no campo dos estudos sobre o aborto no Distrito Federal. Em 2020, submeti ao processo seletivo do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva desta instituição, um projeto de pesquisa que me permitisse uma interface entre o Direito e a Saúde ancorando este estudo no campo das Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Diante de todo o dito, passei a refletir sobre dois enfoques: o primeiro, de que as práticas individuais dos profissionais de saúde médicos na tomada de decisão para o esvaziamento uterino influenciam a/na assistência de cuidado que estes ofertam as mulheres no pós-aborto, e isto, precisa de enfrentamento.

E segundo que, observei, em uma perspectiva de gênero, que nós mulheres, precisamos continuamente (re)agir para concretizar diversos de nossos direitos, sobretudo, aqueles relativos a direitos reprodutivos. Desse modo, ancorada no direito constitucional que assegura o direito à saúde e, no ideário de proteção irrestrita e plena à saúde reprodutiva das mulheres, reajo, propondo o presente estudo.

## 1 INTRODUÇÃO

Andreia, professora, submetida no ano de 2014 a duas curetagens uterinas para eliminação de restos ovulares. Os procedimentos não foram resolúveis para seu quadro clínico. Com febre e calafrios precisou regressar ao hospital. O regresso ao hospital, indicava quadro clínico sugestivo de infecção generalizada, o que resultou em internação urgente na UTI.

Não havia possibilidade de ser realizado outro procedimento para eliminar os restos ovulares, ainda presentes, que não fosse a histerectomia. Aos 29 anos de idade, em plena capacidade reprodutiva, Andréia foi submetida a histerectomia. Quero chamar atenção de que não se trata de um caso fictício. Esse é mais um caso concreto, de uma mulher, que, certamente, como outras, teve um agravo em decorrência de uma curetagem.

O agravo que Andréia sofreu influiu em seu direito reprodutivo. Não por acaso, recomenda-se a substituição da técnica de Dilatação e Curetagem por outra alternativa, segura e eficaz.

Estima-se no mundo que das gestações confirmadas entre 15% e 20% terminam em aborto espontâneo; a significativa maioria, ocorrendo nas primeiras 13 semanas gestacionais (OLIVEIRA *et al.* 2020).

Em âmbito mundial a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2022, afirmou que 6 em cada 10 gravidezes não planejadas, e 3 em cada 10 de todas as gravidezes terminam em aborto induzido. De todos os abortos do mundo segundo a (OMS, 2022), o percentual de 45% são abortos inseguros.

No aborto espontâneo (OLIVEIRA *et al.* 2020) ou, induzido de forma não segura (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020), nos casos em que o aborto não se completa, é necessária a intervenção terapêutica para esvaziamento do canal uterino. Trata-se de tema importante no contexto da Saúde Pública em razão do risco de complicações ao sistema reprodutor e fatalmente mortes maternas evitáveis.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) assegura que a assistência ao aborto incompleto constitui um direito da mulher, devendo ser respeitado pelos serviços de saúde. Eventuais complicações ao sistema reprodutor decorrente de um aborto incompleto, espontâneo ou induzido, requer intervenção assistencial adequada, segura e humanizada (BRASIL, 2011) por meio de cuidados abrangentes de saúde (OMS, 2022).

A abrangência dos cuidados no pós-aborto é igualmente assegurada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), por isso, ela consagra a recomendação de que a assistência para esvaziamento uterino pós-aborto deve ser realizada por técnicas mais modernas e que minimamente coloquem em risco a capacidade reprodutiva da mulher.

A literatura nacional (ROSAS, PARO, 2022) quanto à prevalência da técnica de esvaziamento uterino, elenca que a *práxis* no Brasil não conflui com a recomendação baseada na melhor evidência científica delineada pela Organização Mundial de Saúde.

A tomada de decisão dos médicos pela técnica para eliminação dos restos ovulares pós-aborto, no Brasil, tem sido frequentemente em torno de 95% (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020) a dilatação e curetagem. Tal situação revela cenário contrário a recomendação internacional (OMS, 2022) e nacional (BRASIL, 2022) de substituição dessa técnica, pela Aspiração Manual Intrauterina ou medicamentosa, violando, assim, um direito a saúde eficaz, sem risco e baseado na melhor evidência científica.

O Movimento da Reforma Sanitária que postulou a democratização da saúde, resultou na inscrição do direito universal à saúde na Constituição Federal de 1988, no artigo 6º a definindo como direito social:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

Dada a importância deste direito social a constituinte assegura especificamente em toda a seção II, o tema da saúde. O artigo 196, institui que a saúde é direito de todos e deve ser garantida de forma universal e integral. Incumbindo ao Estado efetivá-lo, inclusive, por meio de políticas públicas e serviços que assegurem a promoção, proteção e recuperação.

Para alinhar a consecução desse ideário de saúde, ampla, irrestrita e integral, o artigo 198, da constituinte, preconiza o Sistema Único de Saúde no artigo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Infraconstitucionalmente, a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), e a Lei nº 8.142, de 12 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b) definem a saúde como um direito fundamental de todo ser humano, incumbindo ao estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício pleno.

Percebe-se, nesses normativos instituídos pela legislação constitucional e infraconstitucional, a existência de um processo legislativo inclinado a robustecer o direito à saúde, tanto que ele consta, na espinha dorsal do texto constitucional que é o art. 6º que trata dos direitos sociais.

Acordos internacionais que tratam de direitos humanos, do qual o Brasil é signatário, tais como, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979), a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais (1950) e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (1969) também reconhecem o acesso a um direito sexual e reprodutivo de qualidade.

A qualidade centrada no cuidado engloba vários componentes, dentre os quais, a eficácia; a centralidade na pessoa e a segurança. A eficácia inclui assistência de cuidados abalizados em dados factuais, que melhoram a saúde da pessoa e são relativos às necessidades de recuperação da saúde (OMS, 2022). A centralidade na pessoa deve incorporar as preferências e valores daquele que utiliza o serviço. Por fim, a segurança se traduz quando a assistência de cuidado terapêutico é fornecida de forma a minimizar quaisquer riscos ou danos para a mulher (OMS, 2022).

Uma assistência de cuidados pautada na eficácia, se traduz na aplicabilidade de abordagens terapêuticas, pós-aborto, demarcada em dados atuais que contribuam na máxima possibilidade para o restabelecimento da saúde das mulheres. Para tanto, há necessidade de trabalho articulado, interinstitucional, entre o Governo Federal, governos locais e municipais. Especialmente, deve compreender a interação intrainstitucional, na qual, os sujeitos sociais que operacionalizam o acesso ao direito reprodutivo, eficaz e seguro, quais sejam, os gestores e os profissionais de saúde, instituem ações de monitoramento e aperfeiçoamento contínuo em seus ambientes de trabalho, possibilitando a execução de práticas emergentes e confluentes, com

aquelas determinadas internacional e nacionalmente como a melhor evidência científica.

A assistência de cuidado centrada no restabelecimento da saúde das mulheres usuárias do serviço de saúde, em pós-aborto, deve preconizar, o fornecimento de informações claras, qualificadas, e embasadas em evidência científica que a cientifique dos riscos e benefícios para que estas possam apresentar sua preferência sobre a terapia ofertada.

No tocante a segurança das abordagens terapêuticas no pós-aborto nos serviços de saúde, compete ao Estado prover não só o aparato estrutural e de insumos, mas, igualmente, de recursos humanos, ou seja, profissionais de saúde que sejam estimulados e acompanhados pelo núcleo gestor da unidade, a continuamente aprimorar-se, de forma que estes estejam temporalmente habilitados a executar a técnica terapêutica recomendada como prioritária.

[...] Para o exercício pleno desse direito, é fundamental que a escolha do tipo de método para o abortamento faça parte de um processo de decisão compartilhada entre a mulher e os profissionais de saúde. Os diferentes métodos disponíveis devem ser igualmente oferecidos de forma apropriada, garantindo que a decisão seja a mais livre, consciente e informada possível. (BRASIL, 2011, p. 33).

Assim, trata-se de pesquisa que centralmente buscou investigar a incidência das técnicas para esvaziamento uterino no pós-aborto de primeiro trimestre gestacional no Distrito Federal, a prevalência destas, e os motivos determinantes para a eleição da abordagem terapêutica pelos médicos.

A reflexão sobre a tomada de decisão médica para eleição da técnica de abordagem terapêutica para esvaziamento do canal uterino pós-aborto, é, portanto, muito relevante, uma vez que compreender o que baliza a tomada de decisão médica, entre uma ou outra técnica, permite a partir da perspectiva de lançar um olhar de fora para dentro do serviço, visualizar as práticas do cotidiano médico no cenário do estudo.

Desponta, assim, relevância do presente estudo ainda, especialmente, as mulheres em processo de pós-aborto no primeiro trimestre gestacional quanto a serem assistidas por técnica que minimamente impacte seus direitos reprodutivos.

Não se olvida, que o benefício se estenda igualmente aos profissionais de saúde médicos, haja vista que é por meio dos seus conhecimentos técnicos e suas

práticas, que se efetiva o acesso à saúde. Logo, se suas práticas locais confluem com as melhores evidências científicas, deve haver difusão deste cenário para espelhamento aos serviços de saúde que ainda não conseguem efetivar as recomendações internacionais e nacionais. E, se, ao contrário, o cenário revela que as práticas baseadas em evidência científica ainda não estão difundidas o suficiente, para serem eleitas na tomada de decisão médica, o estudo possibilitará a coleta de subsídios para adequabilidade da assistência no pós-aborto de primeiro trimestre.

Nesse panorama, é importante para este estudo examinar o processo de tomada de decisão local, sob a ótica dos discursos e práticas nos serviços de saúde cenário do estudo. Não há dúvida de que se trata de questão situada no campo das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, relevantíssima, a justificar uma discussão acadêmica na Saúde Coletiva, a qual, no âmbito desta dissertação, é feita integrando o aspecto da saúde e do direito.

Evidência de estudo anterior no recorte do Distrito Federal (GARCIA *et al.*, 2022), orientou a hipótese dessa pesquisa de que a de que a *práxis* em Brasília não está de acordo com a recomendada pelos órgãos internacionais de saúde pública. Vislumbrou-se que uma coisa são as recomendações de atenção à saúde sexual e reprodutiva da mulher e, outra, bem diversa, são as práticas de cuidado.

Para tanto, a pesquisa buscou responder a seguinte questão: qual é a técnica prevacente para realizar o esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre, nos hospitais cenário de campo situados no Distrito Federal, e por quê? Com esse objetivo, delimitamos o período de 2019 e 2020 e o espaço de dois hospitais públicos do Distrito Federal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar/descrever alguns dos critérios que o profissional médico utiliza para tomada de decisão da técnica pós-aborto de primeiro trimestre em dois hospitais de grande porte no Distrito Federal.

#### **2.1.1 Objetivos Específicos**

- a) identificar nos hospitais cenários de campo qual técnica prevaleceu para esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre nos anos de 2019 e 2020;
- b) refletir com base nas entrevistas dos profissionais de saúde sobre possíveis transformações da tomada de decisão para esvaziamento uterino pós-aborto durante a pandemia de COVID-19;
- c) compreender a partir das variáveis categoria profissional, gênero e geração do profissional de saúde, as diferentes percepções que os mesmos podem difundir, sobre as técnicas de esvaziamento uterino no pós-aborto.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 CONCEITO DE ABORTO

A “Norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento” e o “Manual Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento” (BRASIL, 2011) são guias direcionados aos profissionais e serviços de saúde, portanto, “dirigidos aos gestores, serviços e profissionais de saúde para darem um atendimento de qualidade e respeitoso baseado nas melhores evidências que a população merece” (BRASIL, 2022, p. 5).

Ambos os documentos se referem ao termo abortamento, que é um termo não indexado nas bases científicas, mas amplamente utilizado nos documentos brasileiros emitidos pelo Ministério da Saúde.

Para a referida “Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento”, importa diferenciar o que é o aborto e o que é o abortamento. Assim, o documento descreve a definição de abortamento como sendo “a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g”. E, define o Aborto como “o produto da concepção eliminado no abortamento”.

Então, antes de mais nada, é importante impor já no início a terminologia usada neste trabalho. Considerando que o aborto é uma questão que suscita muitos e diferentes posicionamentos, o que acaba por impulsionar suavizações ao termo, a exemplo do que ocorre na Norma Técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2022), é imperioso mencionar que este estudo, fará referência ao termo aborto, adotando-o para menções ao longo do texto, em estrita observância a conceituação definida pela (OMS, 2022) com base na CID-11, conforme delinear-se-á adiante.

O termo conceituado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), na Classificação Internacional de doenças (CID), padronizada para todo o mundo que entrou em vigor no dia 11 de fevereiro de 2022, atualmente CID-11, e, portanto, indexado nas bases de dados científicas é aborto, codificado na base de dados da CID-11 (JA0Z).

As bases de dados da OMS, não conceitua aborto de forma isolada, fazendo referência a ramificação do termo, em aborto espontâneo ou aborto induzido. Para fins de conceituação do aborto existem duas modalidades. O aborto espontâneo

codificado na CID-11 como (JA00.0), e o aborto provocado/induzido codificado na base de dados como (JA00.1).

Segundo a Organização Mundial de Saúde a definição de aborto espontâneo “caracteriza-se pela morte do feto ou do embrião não provocado, ou pela expulsão do produto da concepção antes das 22 semanas de gestação ou quando o feto pesa menos de 500 gramas” (CID-11).

A Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2022) define aborto induzido como a “perda intencional de uma gravidez intrauterina por meios médicos ou cirúrgicos” (CID-11, 2022).

Percebe-se, então, que o conceito de aborto adotado na Norma Técnica (BRASIL, 2011) e no Manual de Atenção (BRASIL, 2022) ambos pelo Ministério da Saúde, contrasta com a definição de aborto da CID-11. O conceito de aborto definido na CID-11, tem relação com idade gestacional e viabilidade fetal, aspectos relevantes apenas para a conceituação de aborto na modalidade espontânea, em que há a perda da gravidez sem a intenção de perdê-la. O Aborto induzido não tem qualquer relação com viabilidade fetal.

Em ambas as modalidades de aborto, seja espontâneo, ou induzido, poderá resultar em um aborto incompleto, caracterizado pela não eliminação por completo dos restos ovulares da cavidade uterina, necessitando de intervenção médica para a eliminação completa, afastando-se assim, risco de complicações.

### 3.2 ABORTO INCOMPLETO

O aborto representa a quarta intercorrência obstétrica, e no Brasil, estima-se que o abortamento espontâneo ocorra entre 10% a 15% das gestações (BRASIL, 2011).

Por outro lado, aproximadamente 55 milhões de abortos ocorreram no mundo entre 2011 e 2014, e destes, 45% representavam abortos inseguros (GANATRA *et al.* 2014). A Pesquisa Nacional do Aborto (PNA), realizada em 2010 e 2016, em áreas urbanas do Brasil (DINIZ; MEDEIROS, 2010; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016) retratou que 1 em cada 5 mulheres até 40 anos de idade já experienciou o aborto.

Entre os anos de 2008 a 2018, registrou-se 2.258.104 (dois milhões duzentos e cinquenta e oito mil e cento e quatro) internações por aborto no Brasil, equivalente a uma taxa média anual de “37,4 internações a cada 10 mil mulheres em idade fértil”.

No tocante ao tipo de aborto, a categoria que teve maior incidência foi o espontâneo com percentual de 50,3% das internações, e internações denominadas como outras gravidezes que terminam em aborto no percentual de 48,9% das internações (ULIANA, 2022).

Olhar para os cuidados pós-aborto, espontâneo ou induzido, sob a ótica do direito social à saúde (BRASIL, 1988) significa, prioritariamente, analisar as condições e causas de complicações que necessitam de assistência junto ao Sistema Único de Saúde. Estimativas notabilizam que anualmente 230 mil mulheres sejam internadas pelo Sistema Único de Saúde, (SUS), para acesso ao tratamento do pós-aborto na modalidade induzida (ULIANA, 2022).

O aborto, tanto espontâneo como induzido, pode resultar em apresentação de restos ovulares, necessitando, nessa circunstância, de intervenção médica adequada, segura e humanizada (BRASIL, 2011) para completa eliminação do conteúdo uterino, obstaculizando assim, complicações e agravos evitáveis.

O pós-aborto gera efeitos sistêmicos para o contexto da saúde coletiva, e carrega consigo o risco de morte materna em decorrência de complicações (OLIVEIRA *et al.* 2020; CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020), além de ser fator de elevação de custos para o SUS (FONSECA *et al.* 1997; PEREIRA *et al.* 2006). A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento recomenda atenção clínica ao aborto (BRASIL, 2011, p. 29), enfatizando as técnicas a serem utilizadas para eliminação dos restos ovulares no aborto incompleto.

Então, para ambas formas de aborto, espontâneo ou induzido, importa interpelar as técnicas terapêuticas ofertadas na assistência de cuidado pós-aborto às mulheres, coadunando essa preocupação com o conceito de direitos reprodutivos. A tomada de decisão médica para a eliminação dos restos ovulares pós-aborto, ou seja, no aborto incompleto, deve preconizar técnicas que coloquem em risco mínimo a capacidade sexual e reprodutiva da mulher.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), recomenda ao mundo os cuidados de qualidade emergente para atenção no pós-aborto, elencando as técnicas que podem ser balizadas pelos profissionais de saúde para manejo do esvaziamento uterino.

### 3.3 TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO PÓS-ABORTO

As principais intercorrências que resultam do aborto são: laceração cervical, infecção e, perfuração uterina, hemorragia, complicações anestésicas e a eliminação incompleta dos restos ovulares, entre outras, (SACILOTO *et al.* 2011), representando essas intercorrências causas comuns para internação de mulheres no Brasil.

O estigma abrangente e profundo com a temática do aborto, envolve profissionais de saúde, sociedade e até as próprias mulheres que se submetem a prática do aborto, que imbuídas do preconceito espreado têm receio de revelar o procedimento, tornando este momento mais conflitivo, solitário e de repercussões de maior ou menor grau sobre sua saúde reprodutiva, nos casos de complicações e busca tardia de assistência à saúde.

A organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) por meio da “Diretriz sobre Cuidados Pós-aborto”, emitiu recomendações e orientações das técnicas para esvaziamento do canal uterino, preconizando a eficácia, segurança e modernidade da técnica aplicada.

No Brasil, o esvaziamento uterino pós-aborto, foi igualmente pauta de recomendação constando as orientações no “Manual Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento” (BRASIL, 2022). O manual (BRASIL, 2022), elenca como condutas a serem adotadas em pós- aborto:

Figura 1 - Técnicas para esvaziamento do canal uterino



Fonte: Realizado pela autora com base nas informações “Manual Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento”.

- A) Na conduta expectante a mulher recebe a orientação de aguardar a eliminação do produto do aborto, espontaneamente, podendo o procedimento perdurar por até duas semanas. Há possibilidade de alteração da conduta em qualquer sinal de infecção, hemorragia ou não eliminação espontânea em até quatro semanas (BRASIL, 2022).
- B) A conduta medicamentosa é utilizada para evitar a manipulação uterina, ou em casos de contraindicação cirúrgica. O misoprostol é considerado seguro e eficaz (MORRIS, 2017) se administrado na forma adequada. No Brasil, a conduta medicamentosa é realizada por meio do fármaco misoprostol, que é uma medicação de uso hospitalar exclusivo (BRASIL, 2022).

A Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, restringe a permissão de disponibilização e comercialização do medicamento misoprostol, somente autorizando a venda aos estabelecimentos de saúde.

Art. 25. A compra, venda, transferência ou devolução das substâncias constantes das listas "A1", "A2" (entorpecentes), "A3" , "B1" e "B2" (psicotrópicas), "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial), "C2" (retinóicas), "C4" (anti-retrovirais), "C5" (anabolizantes) e "D1" (precursores) deste Regulamento Técnico e de suas atualizações, bem como os medicamentos que as contenham, devem estar acompanhadas de Nota Fiscal ou Nota Fiscal Fatura, isentos de visto da Autoridade Sanitária local do domicílio do remetente.

Parágrafo único. As vendas de medicamentos a base da substância Misoprostol constante da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) deste Regulamento Técnico, ficarão restritas a estabelecimentos hospitalares devidamente cadastrados e credenciados junto a Autoridade Sanitária competente.

O uso do misoprostol é considerado como potencial redutor de custos ao sistema de saúde (WHO, 2018), por dispensar a internação clínica da mulher, e também, por dispensar o envolvimento de outros profissionais de saúde para a administração.

- C) Na Conduta cirúrgica os casos indicados são aqueles em que há sangramento excessivo, sinais de infecção, comorbidades hematológicas ou cardiovasculares, e, para aquelas pacientes que desejem uma solução mais rápida ou que a conduta expectante não foi viável. A conduta cirúrgica se ramifica em:

c.1) Aspiração Manual Intrauterina - com ou sem dilatação do colo uterino pelos riscos que a Dilatação e Curetagem apresenta. A aspiração manual intrauterina (FIOCRUZ, 2018) é a abordagem terapêutica consistente na aspiração por sucção do conteúdo uterino através de uma seringa de vácuo acoplada a cânulas de plástico flexível, rápido, com uso de anestesia local e realizado em ambulatório.

A Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), é uma alternativa segura e eficaz à curetagem uterina em 99,5% dos casos (SACIOTO, 2011), sendo preferível no primeiro trimestre, para que o colo uterino se ajuste adequadamente à cânula transferindo o vácuo da seringa à cavidade.

A recomendação de eleição da AMIU, segundo a Organização Mundial de Saúde e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), se mostra efetiva por esta apresentar “menor taxa de complicação, reduzida necessidade de dilatação cervical e promover a aspiração do material infectado” (SACIOTO, 2011).

Segundo Pereira *et al.* (2006), o procedimento da AMIU recomenda substituição da anestesia geral ou raquidiana, por analgesia, que pode ser associada, ou não, ao bloqueio paracervical, fator de redução da internação hospitalar; exposição das pacientes a infecções hospitalares e conseqüentemente, redução de morbimortalidade. Há também, redução dos custos hospitalares por precocidade da alta, e conseqüentemente face a desnecessidade de anestesia geral, permite que o procedimento seja realizado em serviços médicos de menor complexidade e com limitação de recursos.

Se o colo do útero estiver fechado, recomenda-se a dilatação medicamentosa com uma dose de misoprostol via vaginal até 3 horas antes da aspiração para facilitar o procedimento (FIOCRUZ, 2018).

Estando o colo do útero aberto, ou realizada a dilatação medicamentosa (observando a semana gestacional da paciente), é introduzida a cânula adaptada à uma seringa, que por intermédio do vácuo produzido dentro da cavidade uterina realiza uma suave sucção para dentro do cilindro aspirando os restos da gravidez que não evoluiu.

A finalização do procedimento é verificada pelos sinais clínicos de ausência de restos na cânula, presença de espuma rosada na cânula, contração do útero e aspereza no endométrio.

c.2) O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. 52) aponta que a Dilatação e Curetagem consiste em:

[...] dilatar o colo uterino com agentes farmacológicos ou dilatadores mecânicos, e nesta última forma, usando curetas de metal raspar as paredes do útero, extraindo-se o material desprendido pelo instrumental com uso de anestesia geral, realizada em centro cirúrgico.

O procedimento é finalizado quando clinicamente é possível que o médico identifique a presença de sangue vermelho vivo espumante e sensação de aspereza da cavidade uterina (PEREIRA, 2006).

Por se tratar de técnicas cirúrgicas ambas apresentam riscos. Embora as complicações sejam similares para a Dilatação e Curetagem e para a AMIU, a última é indicada como alternativa terapêutica à curetagem, pela vantagem de substituição da anestesia geral por analgesia; ou bloqueio paracervical; menor tempo de permanência hospitalar; precocidade da alta médica; redução de custos hospitalares pela redução de internação, bem como pelo uso de analgesia, adequabilidade de realização do procedimento em unidades de menor complexidade ou insumos escassos, melhorando inequivocamente, os riscos e a assistência pós-aborto para as pacientes (PEREIRA, 2006; HOLANDA, 2003; SACILOTO, 2011; ALMEIDA JUNIOR; *et al.* 2021).

No primeiro trimestre gestacional, recomenda-se como aceitáveis, dentre as opções terapêuticas cirúrgicas, a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) ou, a gestão farmacológica (OMS, 2022). Entretanto, a Dilatação e Curetagem (D&C) é a modalidade de intervenção cirúrgica mais utilizada no Brasil (GARCIA *et al.* 2022), embora os protocolos de internacionais e de melhores práticas recomendem como elegíveis *a priori* as técnicas aspirativas.

Para o Ministério da Saúde (OMS, 2022) baseado nas evidências de estudo da Organização Mundial de Saúde e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (SACILOTO *et al.* 2011), o tratamento do aborto em curso, induzido ou espontâneo, com idade gestacional até a 12ª semana, deve preferir a Aspiração Manual Intrauterina.

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o método de escolha para o tratamento pós-aborto de primeiro trimestre de gestação foi o esvaziamento uterino por meio da Dilatação e Curetagem (PEREIRA;

et al. 2011). Nos municípios de Sergipe, a Dilatação e Curetagem também figura como técnica prioritária (ALMEIDA JUNIOR *et al.* 2021).

No Brasil, os dois métodos cirúrgicos mais utilizados para a finalizar o processo de aborto são a Dilatação e a Curetagem e a Aspiração Manual Intrauterina. Entretanto, a curetagem tem prevalecido (ALMEIDA JUNIOR *et.al.* 2021), ainda que menos indicada e com maior taxa de complicações e morbidade (BERER, 2000).

Além dos pontos elencados como favorável a realização da AMIU, até a 12ª semana gestacional, outro ponto de convergência a substituição da prática de curetagem frente a AMIU, é o fato de redução de custeio para assistência no pós-aborto (FONSECA, 1997), que pode gerar receita para outras assistências ginecológicas e obstétricas.

A recomendação no Brasil, de eleição da técnica de tratamento pós-aborto que melhor “cuide” das mulheres, nessa condição, pautado nas evidências internacionais, é de eleição da Aspiração Manual Intrauterina (OMS, 2022).

Recomenda-se, sempre que possível, dar preferência para a aspiração do conteúdo uterino, se possível, pelos riscos de perfuração, maior perda sanguínea, dor, formação de aderências intrauterinas e necessidade de maior dilatação cervical com a curetagem.

As especificidades de cada técnica e os riscos inerentes baseados na recomendação da OMS (2022), revelam a importância de compreender qual técnica tem prevalecido no recorte geográfico de dois Hospitais Públicos do Distrito Federal, e quais fatores ancoram essa prevalência, haja vista que, estudos mencionados nessa pesquisa têm indicado a incidência de Dilatação e Curetagem como prioritária.

### **3.3.1 Técnicas de esvaziamento uterino no Distrito Federal**

O Distrito Federal é uma das 27 unidades da federação do Brasil, e é dividida em 33 Regiões Administrativas (RA). Geograficamente tem encontro limítrofe com os municípios de Minas Gerais e Goiás (BRASIL, 2022).

A população do Distrito Federal segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), em 23 de maio de 2022, é estimada em 3.125.602 Habitantes (BRASIL, 2022).

O Decreto nº 38982/2018 (BRASIL, 2018) do Distrito Federal reestruturou a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que passou a ter estrutura

Administrativa disposta conforme o Anexo I do referido Decreto. Ainda, a reestruturação resultou na criação das Unidades de Referência Distrital, e das Regiões de Saúde subdivididas em: Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste. As 33 Regiões Administrativas (RA), foram divididas em cada qual dessas Regiões de Saúde.

Quadro 1 - Regiões de Saúde do Distrito Federal

<b>Região de Saúde Central</b>	responsável pela Saúde nas seguintes localidades do Distrito Federal: Asa Sul, Asa Norte, Cruzeiro, Lago Norte, Varjão e Vila Planalto.
<b>Região de Saúde Centro-Sul</b>	compreende as regiões administrativas: Candangolândia, Estrutural, Guarã, Park Way, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I, Riacho Fundo II, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA) e Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA).
<b>Região de Saúde Norte</b>	compreende as regiões administrativas de Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal.
<b>Região de Saúde Sul</b>	compreende as regiões administrativas de Gama e Santa Maria.
<b>Região de Saúde Leste</b>	compreende as cidades administrativas do Paranoá, Itapoã, São Sebastião, Jardim Botânico e Jardins Mangueiral.
<b>Região de Saúde Oeste</b>	compreende as regiões administrativas de Brazlândia e Ceilândia.
<b>Região de Saúde Sudoeste</b>	compreende as regiões administrativas de Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga e Vicente Pires.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados no site do Info Saúde-DF (BRASÍLIA, 2022).

As Regiões de Saúde (SRS) contam com Superintendências a quem incumbe gerir as políticas e ações de saúde, em diferentes níveis de atenção e na área de sua abrangência, sendo o eixo coordenador a Atenção Primária à Saúde, a quem recai também, fortalecer a governança do Sistema único de Saúde na região (BRASÍLIA, 2022).

As estimativas hospitalares da ocorrência do aborto guardam consigo sempre, a imprecisão, porque a cobertura de assistência à saúde para que o serviço consiga notificar o caso, depende da gravidade/complicação do caso que requer acesso aos serviços de saúde. Os casos leves tendem a sofrer a subestimação, pois, são geralmente resolvidos fora da unidade hospitalar.

No objetivo de identificar de forma mais específica o cenário de procedimentos de esvaziamento do canal uterino, pós-aborto, no Distrito Federal nos anos de 2019 e 2020, com base nos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados foram filtrados nos procedimentos do Sistema de Internação Hospitalar, utilizando filtro local para todas as regiões do Distrito Federal, mapeando assim, o cenário local.

A coleta de dados secundários da prevalência das técnicas nos dois hospitais públicos cenário de campo, realizou-se por meio de acesso ao site do Info Saúde-DF<sup>2</sup>. Para a coleta por hospital cenário do estudo utilizou-se filtro local por estabelecimento de saúde, específico aos hospitais cenário do estudo.

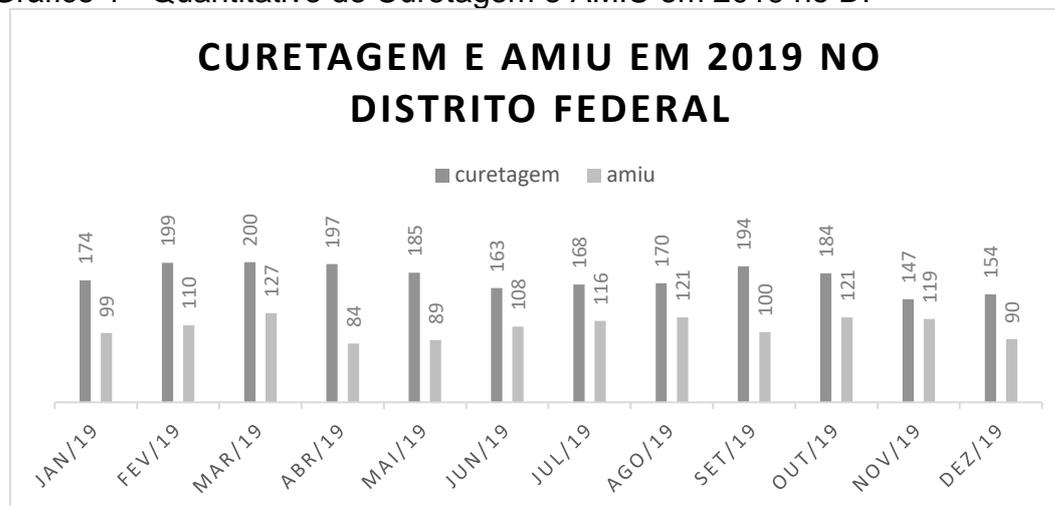
Para o procedimento de Dilatação e Curetagem, foi utilizado o Código 0411020013, que na base de dados do Info Saúde-DF significa “curetagem pós-abortamento/puerperal”. Por outro lado, para coletar dados do procedimento de Aspiração Manual Intrauterina, na mesma base de dados, foi utilizado o Código 0409060070, que significa uma busca por “esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intrauterina”.

O gráfico 1 demonstra segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde pelo acesso ao tabulador genérico de domínio público (TABNET), a ocorrência de eleição da Dilatação e Curetagem e Aspiração Manual Intrauterina no ano de 2019, no Distrito Federal.

---

<sup>2</sup> O Info-Saúde é o portal criado pela Secretária de Saúde (SES) do Distrito Federal em que está disposto a estrutura da SES-DF, orçamento, ações de planejamento, informações sobre os serviços de saúde, podendo ser consultado tanto por usuários, gestores e pesquisadores. (INFOSAÚDE-DF, 2022a)

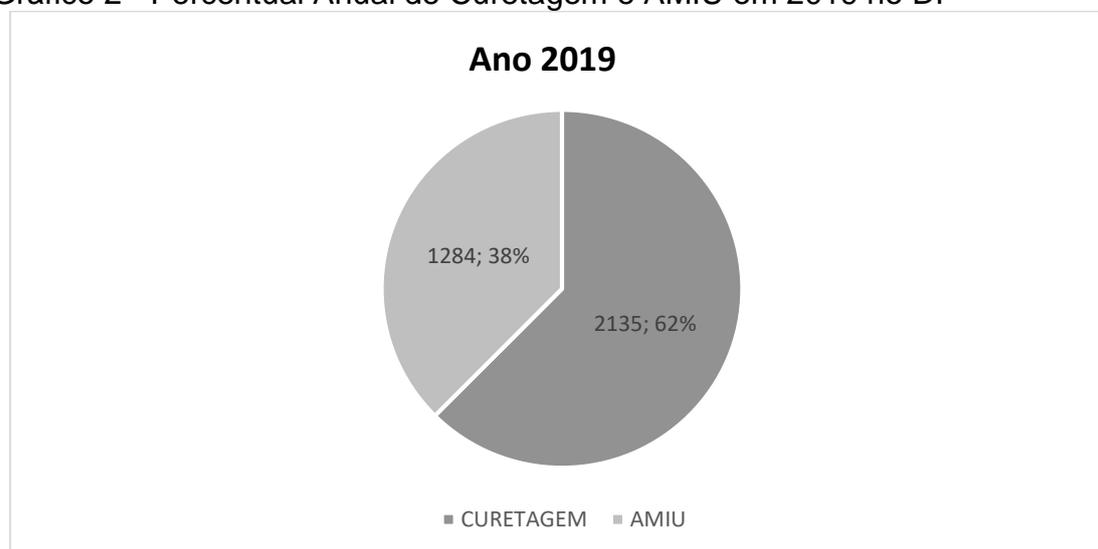
Gráfico 1 - Quantitativo de Curetagem e AMIU em 2019 no DF



**Fonte:** Gráfico elaborado pela autora com base nos dados coletados no [//tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def)

Vislumbra-se que no contexto do Distrito Federal, em 2019, a Dilatação e Curetagem foi mais realizada, prevalente em 62% dos casos, ao passo que a Aspiração Manual Intrauterina predominou em 38% dos casos.

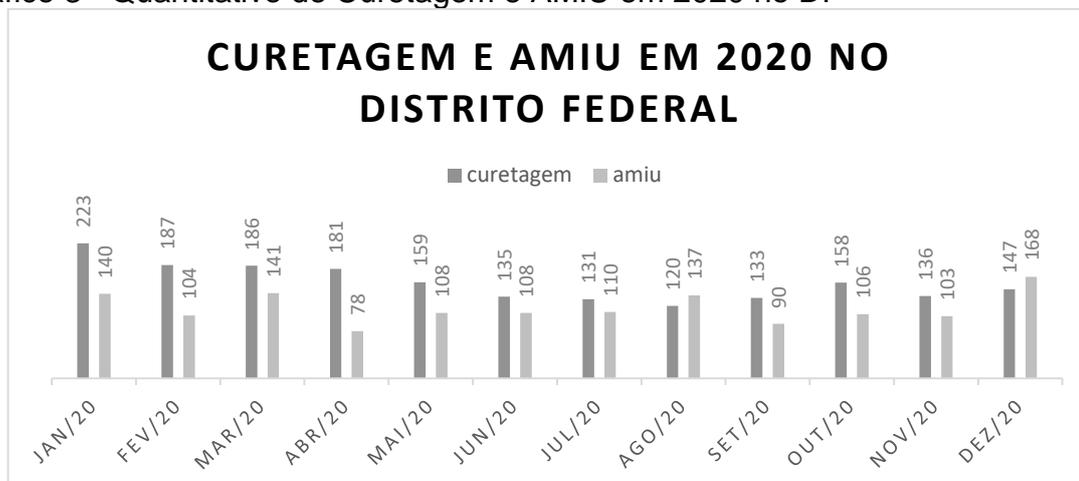
Gráfico 2 - Percentual Anual de Curetagem e AMIU em 2019 no DF



**Fonte:** Gráfico elaborado pela autora com base nos dados coletados no [//tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def)

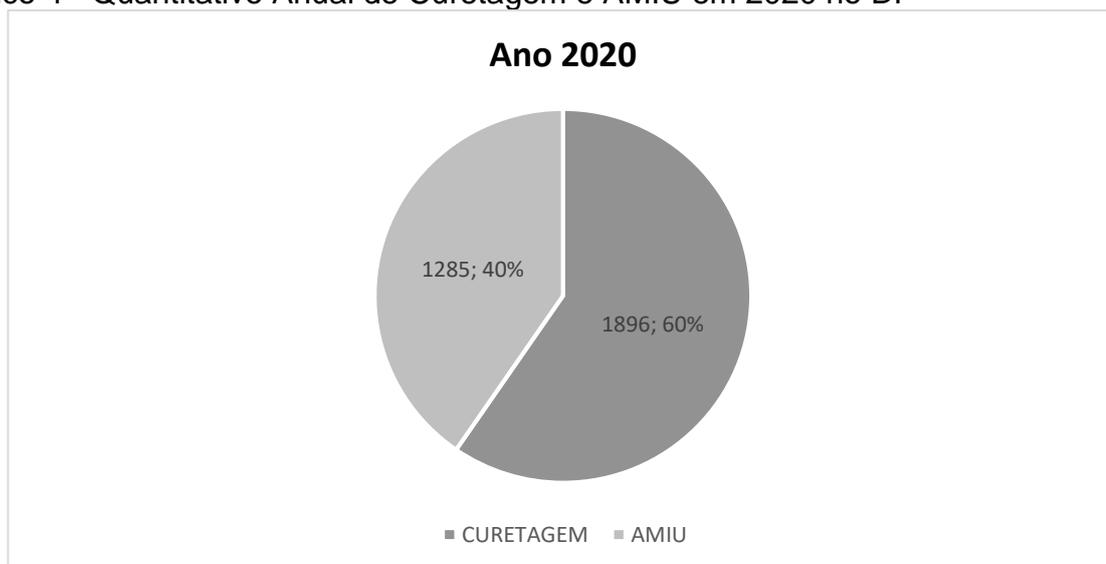
No mesmo sentido, os dados de 2020, coletados DATASUS/TABNET, Ministério da Saúde, revelam no referido ano, a prevalência de Dilatação e Curetagem, face a Aspiração Manual Intrauterina, sendo que em apenas, no mês de dezembro/2020, a AMIU foi prevalente sobre D&C.

Gráfico 3 - Quantitativo de Curetagem e AMIU em 2020 no DF



**Fonte:** Gráfico elaborado pela autora com base nos dados coletados no <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>

Gráfico 4 - Quantitativo Anual de Curetagem e AMIU em 2020 no DF

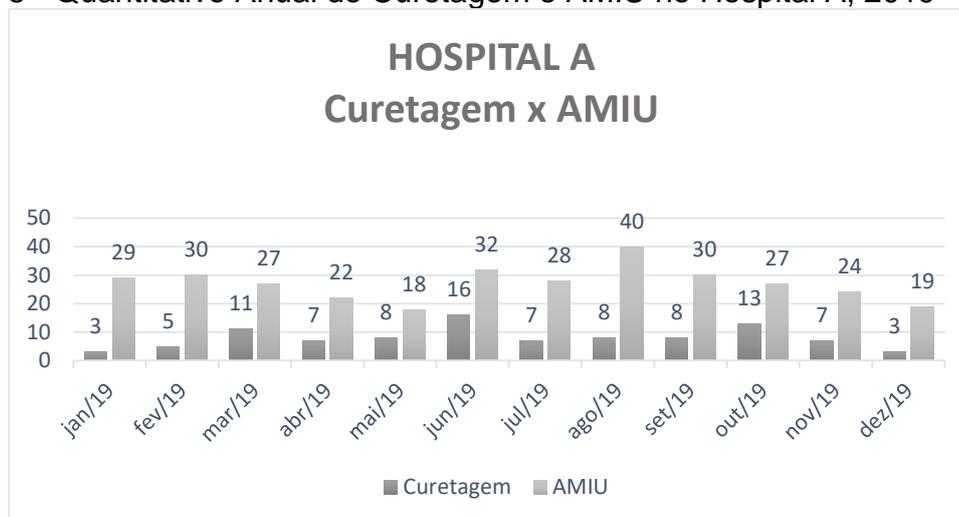


**Fonte:** Gráfico elaborado pela autora com base nos dados coletados no <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qiuf.def>

No contexto de prevalência da técnica eleita, vislumbra-se que no Distrito Federal, em 2020, a Dilatação e Curetagem foi mais realizada, tendo sido prevalente em 60% dos casos, ao passo que a Aspiração Manual Intrauterina teve predominância em 40% dos casos.

Para demonstrar o quantitativo de abordagem no pós-aborto nas duas unidades hospitalares públicas, cenário da pesquisa, no Distrito Federal, separou-se as unidades de saúde em Hospital A e Hospital B.

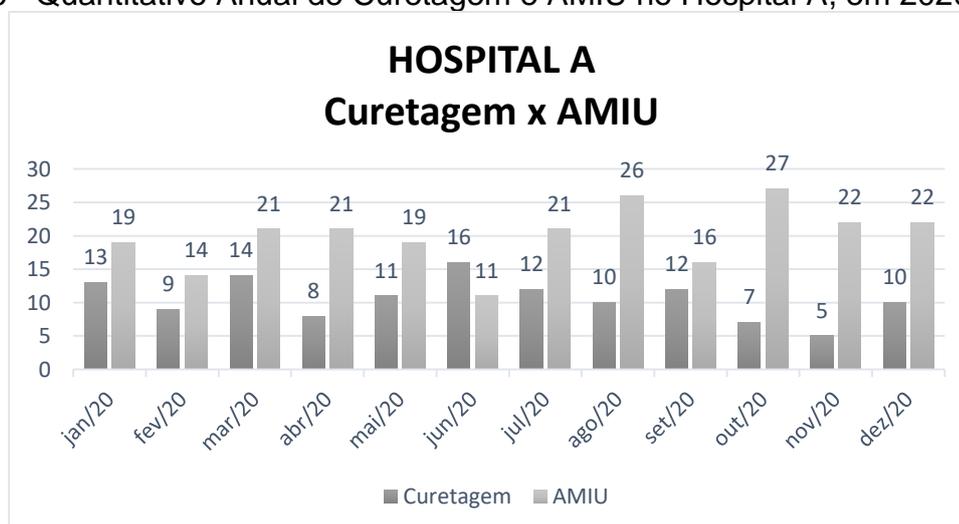
Gráfico 5 - Quantitativo Anual de Curetagem e AMIU no Hospital A, 2019



Fonte: Gráfico elaborado pela autora com base nos dados coletados no InfoSaúde (2022).

Os gráficos abaixo, revelam que no hospital A, no ano de 2019 a prevalência foi de Aspiração Manual Intrauterina, em um total de 326 casos, ao passo que, a técnica de curetagem foi eleita em 96 casos.

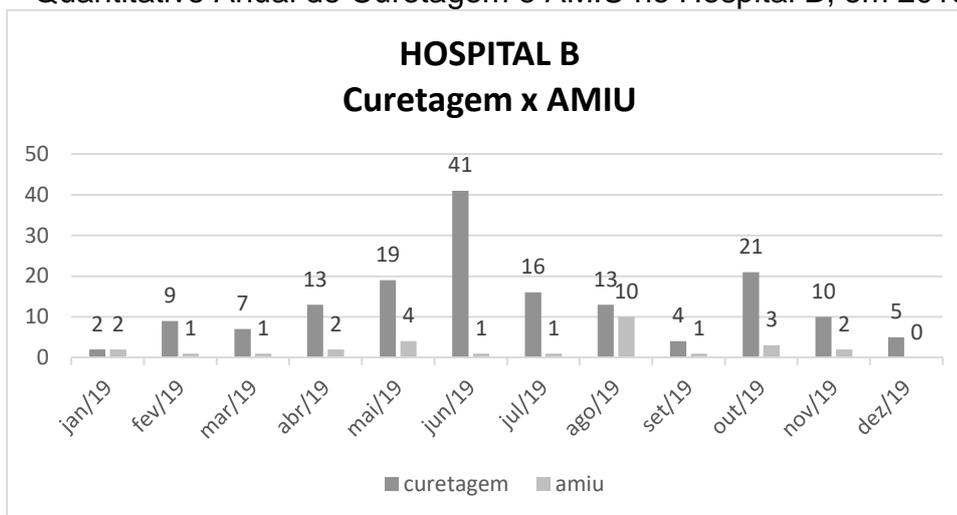
Gráfico 6 - Quantitativo Anual de Curetagem e AMIU no Hospital A, em 2020



Fonte: Gráfico elaborado pela autora com base nos dados coletados no InfoSaúde (2022).

Igualmente, no ano de 2020, no hospital A, a prevalência de Aspiração Manual Intrauterina, tendo sido realizadas em 239 casos.

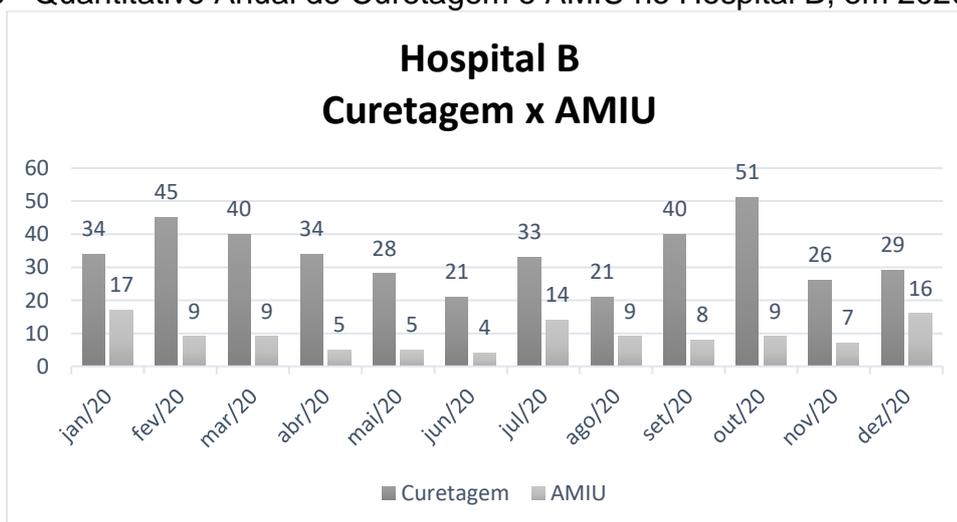
Gráfico 7 - Quantitativo Anual de Curetagem e AMIU no Hospital B, em 2019



**Fonte:** Gráfico elaborado pela autora com base nos dados coletados no <https://info.saude.df.gov.br/hospitalarsihprocedimentoprincipalsalasi/>

Entretanto, para o ano de 2019 no Hospital B o cenário revela que a Curetagem prevaleceu em 404 casos no pós-aborto, face a Aspiração Manual Intrauterina utilizada em 63 casos, conforme demonstração no gráfico a seguir com base nos dados coletados no InfoSaúde-DF, que é o portal virtual criado para disponibilizar dados e informações sobre a situação da saúde no Distrito Federal.

Gráfico 8 - Quantitativo Anual de Curetagem e AMIU no Hospital B, em 2020



**Fonte:** Gráfico elaborado pela autora com base nos dados coletados no <https://info.saude.df.gov.br/hospitalarsihprocedimentoprincipalsalasi/>

No ano de 2020, no Hospital B, a Aspiração Manual Intrauterina foi eleita como técnica cirúrgica no pós-aborto em 112 casos, ao passo que a Curetagem foi a opção de escolha em 402 casos.

Os dados secundários revelaram que as tomadas de decisões médicas pela técnica de esvaziamento uterino, nos dois hospitais públicos do Distrito Federal, não guardam convergência. No hospital A, nos anos de 2019 e 2020, prevalece a técnica de Aspiração Manual Intrauterina, ao passo que no Hospital B, foi prevaiente a Dilatação e Curetagem, nos anos de 2019 e 2020. Assim, é imperioso compreender quais os motivos determinam o cenário, tal qual, os dados secundários revelaram.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 PERMEANDO O CAMPO - DESAFIOS

É importante antes de mencionar o resultado dos pareceres do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde – UnB, e do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPESC, registrar que a fase pré-campo, foi tensa, difícil e exaustiva. Isto se revelou não só pelo tema, mas talvez, também, pelas barreiras de acesso que se ergueram durante o movimento de aproximação desta pesquisadora para com os serviços de saúde.

Para iniciar o percurso investigativo fiz contato com o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NUEP) de cada um dos hospitais, para entender o fluxo de submissão do projeto para acesso ao campo. O NUEP, tem o seguinte fluxo: a) recebe o projeto, com todos os demais documentos necessários para envio a plataforma Brasil (folha de rosto, termo de co-participação já assinado pela gestora do local onde a pesquisa vai ocorrer (no caso deste projeto a médica chefe da obstetrícia/ginecologia), TCLE, currículo da pesquisadora e orientadora, documentos de coleta de dados); b) analisa e aponta adequações.

Fui informada de que deveria levar o projeto, com toda a documentação que estava disponível no site da FEPECS, já com a assinatura da gestora da obstetrícia e ginecologia no termo de co-participação. Depois disso, o projeto passaria por uma pré-análise do NUEP, antes de envio da folha de rosto e termo de co-participação para a diretoria da unidade Hospitalar.

Antes do NUEP levar o projeto e demais documentos à diretoria do Hospital, há o crivo do próprio NUEP que analisa o projeto, propõe alterações e se, de acordo, encaminha, por fim, à diretoria para posterior remessa do projeto ao CEP/FEPESC.

Foi nesse caminho de iniciar os primeiros passos visando a autorização por meio da assinatura no termo de co-participação para a inserção no campo, que percebo na pesquisa sobre o aborto a imposição de grandes desafios, redobrados, ainda mais, quando o estudo demarca análise de práticas médicas. Observei logo no início da trajetória pré-campo o movimento de contrafluxo que o campo da saúde faz às pesquisas com a temática de aborto.

Por vezes, refleti o quão contraditório se faz esse movimento de contrafluxo no campo da saúde, às pesquisas sobre aborto. Outras vezes, refletia que talvez não

seja contradição, mas um movimento de proteção considerando que o aborto suscita muitas posições, nem sempre, ancoradas em uma visão de liberdade, direitos, e assistência em saúde despartada de juízo de valor individual, moral e fundamentalista.

Nas duas oportunidades de visita que fiz a um dos NUEP, dos hospitais cenário de campo para discutir as alterações que foram “solicitadas” fui interpelada, a todo momento, sobre os riscos institucionais da unidade autorizar o estudo, e sobre reais chances de eventuais benefícios. Além de ser interpelada no sentido de explicar o liame entre a minha formação acadêmica (em Direito), com o objeto de estudo da pesquisa.

Brevemente expus que as temáticas transversalizadas que ampliavam o grau de abertura e interação científica, me interessam. O *insight* foi tentar obstar e contornar a concepção de julgamento, fundamentando que não havia ali um contexto de investigação policial ou um estudo de avaliação enviesado. Mas, uma investigação científica local, para identificar as confluências ou dissidências das práticas terapêuticas pós-aborto de primeiro trimestre.

Na outra unidade de saúde, a recepção no NUEP contou com interpelações mais técnicas, especificamente quanto à exigência de retirada do nome da unidade de saúde do título, e apresentação da documentação exigida, tal qual, o Comitê de Ética em pesquisa da FEPESC exige. E como pergunta principal da gestora da unidade obstétrica: “por que escolheu essa unidade de saúde para sua pesquisa”?

Superada as tratativas nos NUEPS’s das instituições co-participantes, e com todos os documentos assinados, iniciei o processo de submissão do projeto à Plataforma Brasil, para análise ética.

É importante registrar o trâmite do projeto no Comitê de Ética em pesquisa, sobretudo, da Faculdade de Ciências da Saúde – UnB, que é o comitê da casa, uma vez que esta fase é primordial para autorização da entrada em campo. A primeira submissão do projeto para análise dos aspectos éticos ocorreu em 28/11/2021. A primeira pendência foi notificada na Plataforma Brasil em 30/11/2021, e respondida em 01/12/2021, devolvida pelo CEP, novamente, em 02/12/2021, sanada a pendência a reencaminhada para reanálise no mesmo dia. Até esta fase parecia que o trâmite ocorreria em tempo razoável.

Na plataforma Brasil o projeto ficou com status de aguardando parecer de 14/12/2021, até a data de 27/01/2022. Embora, várias diligencias tenham sido por

realizadas por e-mails, a secretaria do Programa sempre respondia que eu deveria aguardar a reunião do colegiado para liberação do parecer. Em todos esses contatos, eu ressaltasse a minha preocupação. A pesquisa ainda seria submetida a outro Comitê de Ética em Pesquisa, logo, restariam poucos meses para efetivamente realizar o estudo em campo, mas a recomendação era de aguardar.

As pendências versaram sobre: a) ajuste no cronograma, b) colocar campo de assinatura em todos as páginas do TCLE (embora essa recomendação não esteja no site no local em que se encontram as recomendações para submissão dos documentos); c) esclarecimentos no termo de cessão de uso de imagem e/ou voz para fins científicos e acadêmicos de que tipo de som seriam captados no estudo, e , por fim, d) quanto a solicitação de dispensa de TCLE para pacientes, em que esta pesquisadora argumentou que fazê-las reviverem as memórias do aborto poderia despertar sentimentos diversos, o CEP se manifestou recomendando que os “Hospitais coparticipantes emitam um Termo de Concordância e Responsabilidade se comprometendo em disponibilizar os dados na forma de dados secundários para a pesquisadora”.

Acredito que a solicitação de dispensa de TCLE para as pacientes, foi o motivo determinante para a demora de emissão de parecer no CP/FS. Tanto, que este, recomendou como saída que os hospitais se comprometessem por meio de termo a fornecer os dados secundários. Obviamente, os hospitais não se comprometeram a realizar a sugestão determinada pelo CEP/FS, uma vez que, se assim o fizessem, estariam realizando o trabalho de mapear os dados para o presente estudo.

Acredito que a preocupação do CEP/FS/UnB com o acesso aos dados primários em prontuários clínicos seja salutar, entretanto, se houverem barreiras de acesso a dados primários, e estímulo forte de acesso somente a dados secundários, hipotetiza-se a possibilidade de multiplicação de pesquisas quantitativas e com dados secundários, o que afasta em muito possibilidade de identificar em campo, escutando aqueles que diariamente lidam com o fenômeno o motivo deste.

A pesquisa em campo permite a verificação *in locu* da problemática, a identificação da percepção de quem diariamente enfrenta os desafios da assistência à saúde, e acima disso, a partir destas experiências, coletar insumos para melhorar os serviços, tanto para os usuários como para quem está prestando a assistência de cuidado.

Assim, percebi ao realizar o estudo que se revela essencial, “ouvir” nas pesquisas qualitativas os participantes de estudos, haja vista que só a análise documental não nos conta os desafios diários, as percepções, os usos e práticas, as potencialidades. É preciso ouvir, para compreender os dilemas cotidianos.

A demora em analisar e emitir parecer para o mestrado que tem curto lapso temporal (02 anos) pode desestimular as pesquisas qualitativas. O projeto ficou aguardando parecer até a data de 27/01/2022 oportunidade em que foi disponibilizado com novas pendências. Na data de 03/02/2022, foi reenviado o projeto com os ajustes solicitados, sendo liberado parecer de aprovação em 09/02/2022.

Superada essa caminhada no CEP/FS, houve vinculação direta do projeto ao CEP/FEPESC, em 09/02/2022, o que foi necessário face a pesquisa ser realizada em hospitais da rede da Secretaria de Saúde (SES) do Distrito Federal, tendo recebido duas pendências, uma em 19/03/2022 e outra em 29/04/2022, e parecer de aprovação em 04/05/2022.

Foram longos cinco meses de tramite entre os Comitês de Ética em Pesquisa. Esse tempo foi de ansiedade e preocupação, o que me fez querer inúmeras vezes transformar o estudo em uma análise quantitativa, desistindo do aspecto qualitativo. Hoje, respiro aliviada de ter insistido. O aspecto qualitativo jamais poderia ser relegado nesse estudo. Ele até poderia ser realizado apenas quantitativamente, mas seria, sem sombra de dúvidas, um pouco órfão e em grande medida inacabado.

Penso que a Faculdade de Ciências da Saúde, deva ter uma alta demanda de projetos que essencialmente passam pelo crivo do CEP. Nesse sentido, compreendendo que são humanos que fazem essa análise, e não robôs, e entendendo que a função do CEP é demasiadamente importante para a eticidade nos estudos em saúde com seres humanos, acredito que o Comitê de Ética em Pesquisa FS/UnB, precisa adequar a demanda que recebe ao número de pessoas que analisam os projetos.

#### **4.1.1 Riscos e Aspectos Éticos do Estudo**

A pesquisa apresentou riscos quanto a confidencialidade da identidade dos profissionais de saúde. Porém, esses riscos foram minimizados pela garantia de sigilo, e garantia aos profissionais de saúde de que pudessem externar sua desistência a qualquer momento da pesquisa. Essas informações constam expressamente no

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e no Termo de Cessão de Uso de Voz para fins Científicos e Acadêmicos.

O risco para as pacientes da confidencialidade dos dados coletados em seus prontuários foi igualmente considerado. Entretanto, todos os cuidados à segurança pelo acesso aos prontuários clínicos, foram tomados, atendo-se, exclusivamente, ao mapeamento dos dados constantes no (apêndice A).

Assim, a pesquisa observou estritamente as exigências da Resolução CND 466/2012, 510/2016, sendo submetida ao Comitês de ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB, e em 09/02/2022, após as diversas adequações para garantir a segurança dos participantes, obteve aprovação sob o registro do parecer CAAE 54084521.7.0000.0030.

Considerando a inserção em campo em dois hospitais vinculados a Secretária de Saúde do Distrito Federal, para permissão de ingresso em campo e coleta de dados, o projeto foi submetido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPESC recebendo o registro CAAE 54084521.7.3002.5553 e parecer aprovação em 03/05/2022.

## 4.2 PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa teve como cenário de campo dois hospitais públicos vinculados à Secretária de Saúde (SES) do Distrito Federal que atendem emergências obstétricas. Em resguardo a confidencialidade e sigilo dos dados dos participantes, a identidade dos hospitais será mantida, sendo estes, nomeados na pesquisa como: hospital (A) e hospital (B).

Geograficamente, o hospital A, está sediado na parte Central de Brasília, que conta com habitantes de maior poder aquisitivo. É Unidade de Referência Distrital para saúde da mulher, e conta com um pronto socorro de atendimento 24 horas às Urgências e Emergências Ginecológicas e Obstétricas. Para entrada na referida unidade de saúde o único requisito é o comparecimento espontâneo, assim, a unidade atende mulheres residentes em diversas localidades do Distrito Federal.

O hospital B, é um hospital geograficamente localizado em uma das Regiões Administrativas do Distrito Federal mais afastada da parte Central de Brasília, na qual

seus habitantes se comparados com a região central tem menor poder aquisitivo. Essa unidade de saúde, atende mulheres residentes tanto dessa Região Administrativa, quanto do Entorno do Distrito Federal, a exemplo do hospital A, é porta aberta, atendendo 24 horas, às Urgências e Emergências Ginecológicas e Obstétricas.

Trata-se uma pesquisa qualitativa, em Ciências Sociais em Saúde no grande campo da Saúde Coletiva, que utilizou procedimento metodológico secundário e dois procedimentos metodológicos primários.

Por meio do procedimento metodológico secundário coletou-se dados de esvaziamento uterino pós-aborto no Distrito Federal, realizados por meio da técnica de Dilatação e Curetagem ou Aspiração Manual Intrauterina, no ano de 2019 e 2020. Coletou-se ainda, dados secundários das técnicas de esvaziamento uterino nos hospitais cenário de campo, hospital A e B, em 2019 e 2020.

No tocante aos dados primários, o estudo se concentrou em utilizar os seguintes procedimentos metodológicos primários:

- 1) Coleta de dados em livro de registro de bloco cirúrgico de pacientes que foram atendidos em pós-aborto de primeiro trimestre, no hospital A (no ano de 2020), e coleta de dados em prontuários clínicos no hospital B (no ano de 2019 e 2020);
- 2) Entrevistas semiestruturadas de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem).

Vale ressaltar que o hospital (A) disponibilizou apenas os dados anotados em livro de procedimentos do bloco cirúrgico referente ao ano de 2019, sendo assim, a etapa de coleta de dados no hospital A foi realizado apenas no livro de registro de procedimentos do bloco cirúrgico obstétrico.

Utilizou-se na coleta de dados o critério de inclusão: paciente entre 20 e 35 anos de idade; que tivesse passado por um aborto até a 12<sup>a</sup> semana gestacional, no ano de 2019 ou 2020, e foi atendida no hospital (A) ou hospital (B), oportunidade em que foi submetida a técnica de esvaziamento uterino.

Os dados das técnicas empregadas para esvaziamento do canal uterino das pacientes atendidas nos referidos hospitais, foram coletados de forma consecutiva na ordem registrada no livro do bloco cirúrgico do centro obstétrico dos referidos hospitais (A) e hospital (B), no período de maio e junho/2022.

No hospital (A) foram coletados os dados (técnica empregada para o esvaziamento uterino, número de semanas gestacionais e data de atendimento) em

25 prontuários clínicos de pacientes atendidas na unidade de saúde, entre 13/01/2020 a 30/12/2020 que atendiam ao critério de inclusão.

No hospital (B) foi possível efetuar a coleta de dados diretamente nos prontuários, foram coletados os mesmos dados coletados no hospital (A), em 48 prontuários clínicos de pacientes que atendiam ao critério de eleição e receberam assistência médica na unidade de saúde, entre 01/01/2019 a 19/01/2019.

Destaca-se que houve dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para as pacientes, solicitada ao argumento de que o aborto é um processo que desperta inúmeros sentimentos nas pacientes, por esse motivo, a dispensa do TCLE evitaria que as pacientes revivessem esse processo, o que fora acatado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPESC.

Os critérios de exclusão dos prontuários clínicos foram: pacientes atendidas no hospital (A) ou no hospital (B) nos anos de 2019 ou 2020, com idade inferior a 20 e superior a 35 anos; àqueles que tiveram aborto após o primeiro trimestre gestacional; aqueles que sofreram ameaça de aborto não concretizado face a intervenção terapêutica frutífera.

Os dados dos prontuários clínicos foram coletados entre maio e julho de 2022, por meio do instrumento de coleta de dados, formulário excel contendo as variáveis: data de atendimento, data de nascimento, idade, idade gestacional e técnica empregada.

No tocante aos profissionais de saúde, foi realizada entrevista gravada, com base em formulário semiestruturado, com onze profissionais de saúde. A categoria dos profissionais elegíveis para a inclusão foram: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, de diferentes níveis de qualificação, idade e gênero, atendendo ainda para inclusão estar lotado na obstetrícia/ginecologia do hospital (A) ou hospital (B).

A entrevista gravada foi realizada com três médicos, quatro enfermeiros e quatro técnicos de enfermagem, nos hospitais cenários de campo, no próprio hospital, em horário de descanso da jornada dos profissionais de saúde. Como critério de inelegibilidade, todos os profissionais de saúde ainda que pertencentes as categorias delineadas anteriormente, lotadas em outra unidade do hospital foram excluídos da pesquisa.

A gravação foi iniciada com a apresentação da pesquisa, ressaltando os riscos e benefícios do estudo, a faculdade de que a qualquer momento pudesse desistir de participar e a informação clara de que todas as medidas para manter o sigilo dos

dados dos participantes seriam observadas, procedendo, ao final, para aqueles que voluntariamente aceitaram participar do estudo à coleta de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Cessão de uso da voz.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, e após, categorizadas em dois blocos: 1) dados do perfil sociodemográfico em planilha excel, com as seguintes variáveis: idade, gênero, orientação religiosa, estado civil, categoria profissional, nível de qualificação técnica; 2) questões abertas que se subdividiu em 3 fases: 2.1) pré-análise, consistente na organização por meio da leitura do material a ser analisado e marcação dos trechos a serem estudados; 2.2) codificação das entrevistas, que gerou um código para cada entrevistado (idade do profissional, a primeira letra do gênero e um número que indica a ordem em que foi realizada a entrevista, por exemplo, 26M07), após, categorização e classificação do material; e, por fim, 2.3) o material classificado e codificado foi submetido a análise de conteúdo temático, que se deu por interpretação dos resultados que foram confrontados pela tendência de temas identificados nas entrevistas (similaridade e diferença) segundo os preceitos definidos por Laurence Bardin (2010).

O perfil dos participantes profissionais de saúde das categorias de profissionais do hospital (A) e do Hospital (B), é traçada a seguir:

Tabela 1 - Perfil Sociodemográfico – Categoria Profissional dos entrevistados

<b>Categoria profissional</b>		
<b>Técnico de Enfermagem</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Médico</b>
4	4	3

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados em entrevista

Destes, 5 (cinco) foram são profissionais de saúde integrantes do hospital (A), observado o critério de inclusão para o estudo: 1 (um) é médico; 2 (dois) são enfermeiros, e 2 (dois) são técnicos de enfermagem, lotados no centro obstétrico/ginecologia.

Os demais 6 (seis) profissionais de saúde que atenderam a categoria elegível para o estudo, 2 (dois) médicos, 2 (dois) enfermeiros e 2 (dois) técnicos de enfermagem estavam lotados no centro obstétrico/ginecologia do hospital (B).

O perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde quanto a faixa etária, demonstrou que estes tinham idade situada entre 20 e 60 anos, conforme tabela da faixa etária, abaixo.

Tabela 2 - Perfil Sociodemográfico – Faixa etária dos participantes

Perfil dos participantes			
Faixa etária			
Entre 20 e 30 anos	Entre 31 e 40 anos	Entre 41 e 50 anos	Entre 51 e 60 anos
2	6	2	1

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados em entrevista

No tocante ao gênero, os entrevistados desse estudo se declararam massivamente do gênero feminino. Das diversas idas aos hospitais, que ocorreram em diversos horários do dia e da noite, percebeu a pesquisadora que os plantões são compostos em sua significativa maioria por pessoas do gênero feminino. Em que pese não ser objeto do presente estudo, é importante mencionar que o cuidado na assistência pós-aborto nos dois hospitais (A) e (B) está atrelado amplamente as mulheres.

Tabela 3 - Perfil Sociodemográfico – Gênero dos entrevistados

Gênero	
Feminino	Masculino
10	1

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados em entrevista

A exceção de um profissional de saúde, todos os demais têm nível de especialização, conforme revelam os dados em tabela:

Tabela 4 - Perfil Sociodemográfico – Especialização dos participantes

Especialização					
Obstetricia	Enfermagem do Trabalho	Direito Penal e Processual	Centro Cirúrgico	Pediatria	Não possui
6	1	1	1	1	1

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados na entrevista dos profissionais de saúde

O perfil que apresentou maior diversidade foi o da religião, conforme a tabela do perfil sociodemográfico abaixo:

Tabela 5 - Perfil Sociodemográfico – Orientação religiosa

Orientação religiosa			
Católica	Espírita	Evangélica/cristão	sem religião
4	1	4	2

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados coletados por meio de entrevista semiestruturada gravada

Vale ressaltar que apesar de ter sido autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS, no hospital A, eu não tive acesso aos prontuários (importante limitador do estudo) que foi parcialmente contornado pelo acesso permitido aos registros dos procedimentos realizados no centro cirúrgico obstétrico, no ano de 2020.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Pesquisar qualquer fato ou temática relativa ao aborto no Brasil exige um esforço hercúleo. Em minha visão, é um desafio, desde a escolha do tema, das discussões coletivas nos seminários de sala aula, na fase de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e, não diferentemente, também na fase de campo. O desafio, ainda se mostra presente na fase de análise e discussão dos dados, ensejando, então, um cuidado metodológico minucioso.

A matemática transcendental de Kant (*apud* MINAYO, 2017) menciona que a intensidade de todo fenômeno pode ser analisada sob o enfoque da qualidade, e isto, o torna particular. Assim, a pesquisa qualitativa na visão de Kant está balizada pela investigação da 'intensidade do fenômeno' o que reflete na dimensão sociocultural que se expressa através das crenças, valores, opiniões e representações, simbologias, usos, costumes e comportamento e práticas (*apud* MINAYO, 2017).

A tomada de decisão para eleição da técnica de esvaziamento uterino, no pós-aborto de primeiro trimestre por meio da Dilatação e Curetagem, se revela intensa no Brasil (BRASIL, 1988). Visibiliza seus efeitos socioculturais no campo das Ciências Sociais em Saúde, e, especificamente, no cenário de assistência aos direitos reprodutivos das mulheres.

Assim, a intensidade da tomada de decisão por uma técnica de esvaziamento uterino, ou por outra, torna particular os usos, costumes e práticas médicas, ensejando a precisa categorização das entrevistas, para posterior análise da realidade, sob o ponto de vista da tomada de decisão médica e da percepção das profissionais de saúde enfermeiras e técnicas de enfermagem, que participam do processo de atenção e assistência no pós-aborto.

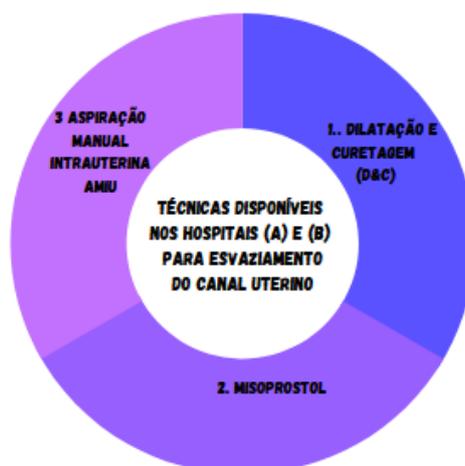
Nesse sentido, demonstrar-se-á os dados do livro de procedimentos do bloco cirúrgico obstétrico do hospital A, e dos prontuários clínicos do hospital B, acerca das técnicas disponíveis nos hospitais e o quantitativo de procedimentos realizados em 2019 e 2020. Após, serão delineadas as categorias temáticas identificadas com base na análise de conteúdo da intelectual Laurence Bardin (2010).

## 5.1 TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO EXISTENTES NOS HOSPITAIS CENÁRIO DO ESTUDO

O manual Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos casos de aborto elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), elenca como condutas a serem adotadas em pós- aborto: conduta expectante; conduta medicamentosa; Conduta cirúrgica, que se divide em Aspiração Manual Intrauterina ou Dilatação e Curetagem.

A pesquisa pôde evidenciar pela entrevista dos profissionais de saúde das categorias entrevistadas, que nos dois hospitais para esvaziamento do canal uterino há insumo para as seguintes técnicas:

Figura 2 - Técnicas disponíveis nos hospitais (A) e (B) para esvaziamento do canal uterino



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas com os profissionais de saúde.

Das 11 (onze) participantes entrevistadas, todas mencionaram a existências das referidas técnicas constante no “Manual Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Aborto” elaborada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). Dentre as quais, 04 (quatro) entrevistadas no hospital (A) mencionaram a existência da técnica de Aspiração Manual Intrauterina e Dilatação e Curetagem no hospital; e 01 (uma) participante afirmou a existência das três técnicas, Aspiração Manual Intrauterina (AMIU); Dilatação e Curetagem (D&C) e, a técnica medicamentosa.

As entrevistas relataram que o misoprostol é utilizado para dilatar o colo uterino, logo, como procedimento associado e prévio, as técnicas cirúrgicas. Em nenhuma

entrevista, e nenhum dos prontuários analisados, houve uso da técnica medicamentosa, de forma autônoma.

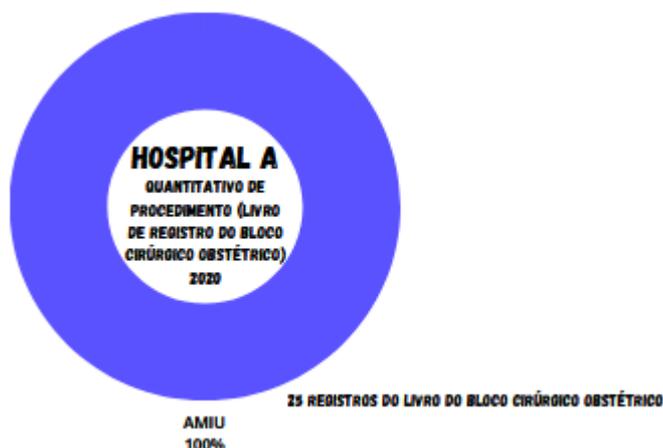
No hospital (B) três profissionais de saúde relataram que as técnicas disponíveis na unidade hospitalar, são Aspiração Manual e Intrauterina, e os outros três profissionais entrevistados mencionaram que a unidade dispões de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) e Dilatação e Curetagem (D&C) e a técnica medicamentosa.

## 5.2 PREVALÊNCIA DO USO DAS TÉCNICAS DE Esvaziamento Uterino NOS HOSPITAIS CENÁRIO DO ESTUDO

### 5.2.1 Prevalência das Técnicas no Hospital A – Dados de Prontuários

A partir da coleta de dados em prontuários clínicos no hospital A, evidenciou-se que, houve tomada de decisão médica no ano de 2020, prevalente pela Aspiração Manual Intrauterina.

Figura 3 - Prevalência da Técnica de esvaziamento uterino no hospital (A) - dados do livro de registro do bloco cirúrgico obstétrico no ano de 2020



**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos dados coletados em livro de registro do bloco cirúrgico obstétrico do hospital A.

Os dados de procedimentos realizados no hospital A, no ano de 2019, não foram disponibilizados, motivo pelo qual, não foi possível mensurar dados documentais para este ano e hospital em 2019.

### 5.2.2 Prevalência das Técnicas no Hospital B – Dados de Prontuários

No hospital B, no ano de 2019, dos 25 dados coletados nos prontuários entre 02/01/2019 e 19/04/2019, a tomada de decisão para esvaziamento da cavidade uterina pós-aborto de primeiro trimestre, foi 100% a Dilatação e Curetagem.

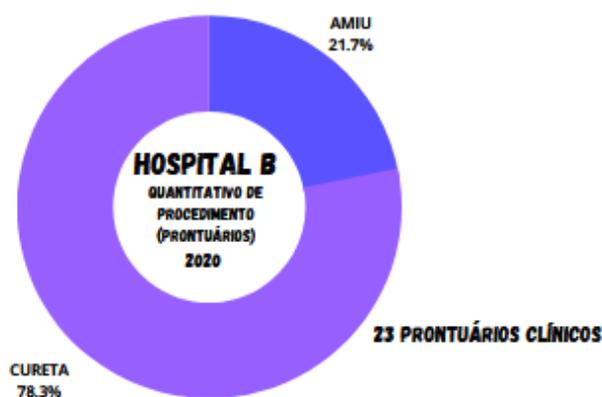
Figura 4 - Prevalência da Técnica de esvaziamento uterino no hospital (B) - dados de prontuários no ano de 2019



**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos dados coletados em prontuários clínicos do hospital B.

A coleta de dados do ano de 2020 no hospital B em 23 prontuários clínicos, revelou a técnica de Dilatação e Curetagem como preferida pelos médicos em 78,3% dos casos.

Figura 5 - Prevalência da Técnica de esvaziamento uterino no hospital (B) - dados de prontuários no ano de 2020



**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos dados coletados em prontuários clínicos do hospital B

Despontam dois cenários dos dados coletados no livro de registro do bloco cirúrgico obstétrico do hospital A, e dos prontuários clínicos do hospital B, ambos de 2020. No hospital A, a Aspiração Manual Intrauterina foi realizada em 100% dos casos, ao passo que, no hospital B, embora tenha havido aumento de Aspiração Manual Intrauterina em 21,7% dos casos atendidos (5), a preferência foi pela eleição da Técnica de Dilatação e Curetagem em 78,3% (18).

Embora, não tenha sido possível comparar os dados dos prontuários entre os hospitais A e B, do ano de 2019, em razão de que não foi ofertado acesso aos dados, é importante, entretanto, mencionar que o cenário de prevalência da técnica de a Dilatação e Curetagem no hospital B no ano de 2019 (100%) apresentou alteração em 2020, reduzindo em 21,7% a prevalência da referida técnica.

### **5.2.3 Dados de marcadores sociais – hospital A e hospital B**

Marcadores de raça, classe e etnia são importantes balizadores para implantação, efetivação e concretude de políticas públicas que visem a integralidade, universalidade e a equidade. Costumeiramente há barreiras estruturais que se erguem no campo da assistência à saúde, e que incidem negativamente nos indicadores de saúde, sobretudo, da população negra, que é mais tensionada quando essa população está em classe social e econômica mais vulnerável (SILVEIRA, *et al.* 2021), maioria significativa da dessa população.

Inserções da temática de saúde da População negra, em âmbito nacional passaram a ser pauta na década de 1980, e foram impulsionadas por Movimento Social negro e de pesquisadores (BRASIL, 2017).

Após toda a interlocução política ocasionada pelas reivindicações do Movimento Social negro que o Ministério da Saúde percebe que a população negra, sofre em maior amplitude as consequências de não se problematizar, mapear, pensar, categorizar e estruturar ações específicas para essa população. Assim, o Ministério da Saúde se imbuíu da responsabilidade de pensar a saúde comprometida com o ideal de equidade e justiça social, derivando, assim, a partir dessa percepção, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) por meio da Portaria do Ministério da Saúde, nº 992, de 13 de maio de 2009 (BRASIL, 2017).

A publicação dessa Portaria se traduz não só no reconhecimento da necessidade de ferramentas para a equidade da saúde integral da população negra, mas, sobretudo, na necessidade de enfrentamento ao racismo institucional no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra por meio da Portaria do Ministério da Saúde, nº 992, de 13 de maio de 2009 determina dentre as diversas estratégias e responsabilidades das esferas de gestão a “inclusão do quesito cor nos instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação do SUS”.

A coleta de dados nos livros de registros do bloco cirúrgico obstétrico do hospital A, e nos prontuários clínicos do hospital B, dos anos de 2019 e 2020, não revelaram o mapeamento do quesito cor das mulheres atendidas em ambas unidades de saúde. Os hospitais A e B, revelam o não atendimento da exigência de anotação do marcador raça determinada na Portaria do Ministério da Saúde, nº 992, de 13 de maio de 2009, o que compromete certamente, o registro e o apontamentos para políticas públicas.

## 6 ANÁLISE DA CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA QUE EMERGIU DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A análise de conteúdo foi fragmentada. Inicialmente, codificando as entrevistas, de forma manual, sem uso de softwares, a partir da qual, emergiram 8 (oito) principais categorias temáticas das falas dos participantes, para posterior análise na perspectiva qualitativa de BARDIN (2010) as quais, são detalhadas a seguir:

Figura 6 - Categorização temática para análise de conteúdo



Fonte: Elaborado pela autora com base na análise de conteúdo das entrevistas

A primeira categoria é a da **tomada de decisão médica pela técnica de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU)**, em que os médicos entrevistados relatam os motivos determinantes para sua tomada de decisão. A segunda categoria temática, é a da **tomada de decisão pela técnica de Dilatação e Curetagem (D&C)**, que discute o que motiva de que discute o que motiva o médico a elegê-la, no pós-aborto de primeiro trimestre.

Embora Dilatação e Curetagem (D&C) e Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), tenham sido categorizadas separadamente, o panorama dessa tomada de decisão obstétrica implica nos direitos reprodutivos das mulheres e se revelou entre as duas técnicas apontadas como mais eleitas, por este motivo, será discutido em um único tópico.

A terceira categoria é sobre os **efeitos da Covid-19 na tomada de decisão** do médico para eleição da técnica de esvaziamento uterino, abordando se o contexto de emergência de saúde influenciou ou alterou a tomada de decisão médica. A quarta

categoria temática é a **percepção dos profissionais de saúde sobre a escolha da técnica para esvaziamento uterino**, no qual os profissionais relatam suas percepções acerca da eleição entre uma técnica ou outra, qual delas é mais eleita na unidade hospitalar e por quais motivos.

A quinta categoria abordará se o profissional de saúde durante a atuação profissional já passou por algum **dilema ético sobre a temática do aborto**. A sexta categoria revela a **(in)disponibilidade de insumo para realizar as técnicas de esvaziamento uterino**. Abordar-se-á, nessa categoria se o profissional médico dispõe de material necessário para optar entre as técnicas.

E, por última categoria temática, a sétima, delinea-se sobre o **aprimoramento técnico do profissional de saúde médico para tomada de decisão pela técnica de esvaziamento intrauterino**.

#### 6.1 TOMADA DE DECISÃO PELA ASPIRAÇÃO MANUAL INTRAUTERINA (AMIU) E TOMADA DE DECISÃO PELA DILATAÇÃO E CURETAGEM (D&C)

A Aspiração Manual Intrauterina (FIOCRUZ, 2018), é a abordagem terapêutica utilizada no primeiro trimestre gestacional, quando a mulher sofre um aborto e, não elimina por completo os restos da cavidade uterina. Realiza-se, assim, aspiração por sucção do conteúdo uterino através de uma seringa de vácuo acoplada a cânulas de plástico flexível e de diferentes diâmetros.

A OMS (WHO, 2022) recomenda que a tomada de decisão pela terapia cirúrgica prioritária no pós-aborto, ocorridos entre 12, no limite 14 semanas gestacionais seja pela Aspiração Manual Intrauterina (AMIU). A Aspiração Manual Intrauterina embora apresente resultados semelhantes da Dilatação e Curetagem (HOLANDA, *et al.* 2003) figura como técnica cirúrgica com baixo percentual de complicações (perfuração uterina, hemorragia e laceração do colo uterino).

O contexto político regulamentar de saúde por meio da Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) instituiu como atribuição dos serviços hospitalares “utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) até a 12ª semana”.

Em termo global, a aspiração manual intrauterina (AMIU) tem sido utilizada enquanto alternativa segura e eficiente (PEREIRA *et al.* 2006) à curetagem uterina (D&C).

**“No primeiro trimestre, eu não vejo uma indicação clara para cureta, a não ser que a gente não consiga fazer vácuo com a Amiu [...] [...]“Aspiração manual.[...] e a aspiração é mais prática e para a gente traz mais segurança aspirar do que fazer a cureta também, pra ela também é melhor aspirar do que curetar [...]”** 26M07 (grifou-se)

No mesmo sentido do achado desta pesquisa, de que a Aspiração Manual Intrauterina, é mais prática e mais segura o estudo realizado por HOLANDA (2003) enfatizou que por parte dos médicos há relatos de bom grau de satisfação ao aplicar a técnica de aspiração manual intrauterina.

Corroborando a referida evidência científica a participante médica do hospital (B), relatou o fator segurança e baixo risco de complicação que a faz optar pela aspiração manual intrauterina (AMIU).

**“[...] eu tenho a impressão que a AMIU daria menos sinéquias<sup>3</sup>, que é menos agressivo[...]”.** 43F01 (grifou-se)  
**“tem menos risco de sinéquias, também tem risco né, mas menos que a cureta”** 26M07. (grifou-se)

A única médica participante do hospital (B) que mencionou fazer opção por Aspiração Manual Intrauterina, ainda considerou em sua fala, que é importante para sua tomada de decisão entre as técnicas disponíveis para esvaziamento do canal uterino pela Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) o fator habilidade técnica, somado ao fato que o procedimento prescinde muitas vezes de dilatação, conforme pode se perceber de seu relato: “Primeiro que tenho mais treinamento para AMIU, e porque não precisa muito usar nenhuma dilatação”. 43F01

Entretanto, embora a participante 43F01 tome a decisão pela técnica de Aspiração Manual intrauterina, ela mencionou que na unidade (hospital B), cada um faz aquilo que é mais cômodo fazer que é mais treinado, “[...] porque cada um acaba fazendo aquilo que é mais cômodo fazer que é mais treinado para aquilo”[...] “eu vejo

---

<sup>3</sup>Sinéquias uterinas são “aderências intra-uterinas geralmente resultantes de endometrites, curetagens, cirurgia intra-uterina para remoção de mioma ou correção de defeito estrutural do útero e operação cesariana. Consiste, portanto, em uma anormalidade uterina adquirida, sendo considerada responsável por alterações menstruais, infertilidade e abortamento

aqui que quem elege mesmo é isso... Quem gosta mais de cureta faz cureta, quem mais gosta de AMIU, faz AMIU”.

A aspiração manual intrauterina (AMIU) figurou segundo as entrevistas como a técnica que é massivamente utilizada pelos médicos do hospital (A), revelando as falas dos profissionais que há insumo para realizar o procedimento, e profissional habilitado para uso da técnica.

A literatura nacional bastante lida sobre aborto, e técnicas terapêuticas pós-aborto (ROSAS, PARO, 2021) elenca um quantitativo ainda expressivo de pós-aborto, no primeiro trimestre gestacional, que recebe a terapia de Dilatação e Curetagem (D&C) para o esvaziamento uterino, o que ficou evidenciado no estudo pela tomada de decisão para uma participante médica que prioriza a curetagem uterina e por uma médica que prioriza a Aspiração Manual Intrauterina, mas percebe que os demais profissionais do hospital preferem curetar.

“[...] eu particularmente a Curetagem uterina, **porque eu não tenho experiência com AMIU**”. 53F02. (grifo nosso)

“Porque ainda se faz muita cureta, então...” 43F01

“**o que a gente vê muito aqui é que nem todos os médicos fazem AMIU, nem todos fazem**” [...] “**a permanência dela aqui dentro é maior, porque não tem médico que faz esse procedimento**, aí tem quem esperar no outro plantão, para ter um médico que faz a AMIU.” 49F05 (grifo nosso)

“**Então a gente sabe que no primeiro trimestre a melhor coisa é o AMIU**, é muito melhor para a mulher, só que infelizmente a gente vê que eles fazem muito mais a adoção pela cureta”.32F03

Causou bastante reflexão nesta pesquisadora o relato da participante 49F05 de que ocorre internação prolongada da paciente haja vista que nem todos os plantonistas do hospital (B) realizam a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), o que acaba por ocasionar após a internação hospitalar da mulher, uma espera por um profissional que realize a aspiração.

A qualidade do atendimento é um dos balizadores para avaliar a incidência das complicações no pós-aborto. Em países como o Brasil em que a técnicas cirúrgicas obsoletas a exemplo da curetagem, tida como desatualizada e mais propensa à complicações, se comparada com a medicação (misoprostol) e Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), e falta de profissionais habilitados para manejo técnica mais atual e recomendada (SINGH; REMWZ; TARTAGLIONE, 2010), supõe uma falha da prestação de serviço ofertada pelo Estado.

Embora, se revele uma tomada de decisão pela técnica de dilatação e curetagem no hospital (B) e a aspiração manual intrauterina (AMIU) tenha figurado segundo os dados coletados como a técnica que é massivamente utilizada pelos médicos do hospital (A), é significativamente indispensável registrar que no hospital (B), há profissional habilitado para a referida técnica, mas em percentual reduzido.

Por este motivo, o profissional lá lotado, não tem opção de tomada de decisão diversa que não, a de aplicar cirurgicamente a curetagem, técnica para a qual foi ensinado a fazer, e tem capacidade técnica de realizar, conforme revelou uma participante médica da unidade que elege a aspiração manual intrauterina, entretanto justifica a alta opção dos colegas do hospital (B) por curetagem. “[...] os médicos que fazem cureta aqui, são bem habilitados para fazer...” 43F01.

Vale registrar ainda que, nos cinco casos em que a tomada de decisão foi pela Aspiração Manual Intrauterina no ano de 2020, no hospital B, atendidos entre janeiro de 2020 e abril de 2020, todos foram realizados pelo mesmo médico, homem, descrito pelas enfermeiras com faixa etária entre 50 e 60 anos. Este, inclusive foi quem recomendou Aspiração Manual Intrauterina para uma paciente de cinco semanas gestacionais atendida em 2019 no hospital B, mas que acabou sendo submetida por outro profissional, na troca de plantão, a Dilatação e Curetagem. Atualmente, o referido profissional médico não faz mais parte do quadro de servidores do hospital B.

## 6.2 EFEITOS DA COVID-19 NA TOMADA DE DECISÃO DO MÉDICO

Os efeitos ocasionados pela covid-19 são vivenciados ainda pela sociedade em diferentes frentes: no cuidado, na economia, na educação, e principalmente, na saúde e na forma de gestão política para enfrentamento dos problemas.

Um dos objetivos específicos do estudo se propôs a averiguar se houve alteração para tomada de decisão do médico quanto a eleição da técnica para esvaziamento do canal uterino, em decorrência do cenário pandêmico da covid-19. Todas as profissionais, tanto do hospital (A) quanto do hospital (B), relataram que não perceberam alteração da tomada de decisão em razão da pandemia da covid-19; “A pandemia ao meu ver, não influenciou em nada não” 37F06; “Não pelo fator covid” 40F08; “Nenhuma [...] sem qualquer alteração nesse tipo de emergência” 43F01.

Embora os participantes da pesquisa tenham sido uníssonos ao afirmarem que, a pandemia da covid-19 não foi um fator que influenciou ou, alterou a elegibilidade da

técnica para esvaziamento uterino, no Brasil, durante a emergência de saúde pública ocasionada pela Covid-19, houve um resfriamento da atenção e cuidado da saúde reprodutiva das mulheres (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

Na contramão do cenário internacional que movimentou comitês de gestão para discussões sobre as vias de acesso para continuidade à assistência reprodutiva das mulheres, incluindo os cuidados abrangente no aborto na lista de serviços essenciais de saúde OMS (WHO, 2022) o Estado Brasileiro mostrou-se apático (BRANDÃO; CABRAL, 2021). Houve inobservância estatal de que, a despeito da pandemia de covid-19, o fluxo de atenção e cuidado à saúde reprodutiva das mulheres punha, nesse cenário, ainda mais pelo caráter de essencialidade e irrevogabilidade.

Especificamente acerca do aborto legal, que não é objeto do presente estudo, mas revela o comportamento assumido pelo Estado brasileiro, importa para esta pesquisadora registrar que convergente à literatura referenciada acima, o Hospital Pérola Byngton referência nacional em aborto legal no Brasil, interrompeu os atendimentos durante a pandemia da Covid-19 ((BERTHO, 2020). A falta de atendimento nesta unidade de saúde, escancarou o desfacelamento no período pandêmico à assistência ao aborto legal, que é um direito reprodutivo de mulheres e meninas, reacendendo o alerta do grave risco de mulheres trilharem a rota do aborto inseguro.

É nesse sentido, que chamou bastante atenção dessa pesquisadora o relato de duas participantes do estudo, ambas lotadas no hospital (B). A participante 30F04, embora não tenha notado alteração para eleição da técnica para o esvaziamento uterino, no pós-aborto de primeiro trimestre, mencionou que, houve aumento significativo de atendimento de mulheres em processo de aborto:

**“Não, eu não vi diferença assim nos critérios de escolha não, eu acho que aumentou muito o número de abortamento né, aqui no hospital a gente tem quatro leitos, em tese, que são específicos para pacientes em observação pela ginecologia, que na maioria das vezes são pacientes de abortamento em curso, ou abortamento retido. Na pandemia a gente começou a ficar com nove, dez, onze pacientes. 30F04”** (grifou-se)

A narrativa da participante 30F04, lotada no hospital (B), vai ao encontro do relato da participante 32F03 lotada no mesmo hospital tendo esta revelado que:

**“Teve muitos casos, isso a gente percebeu. O tanto que a gente estava lidando, teve superlotação durante o período de isolamento, numa**

**enfermaria que era para ficar três, quatro pacientes, as vezes a gente encontrava uma enfermaria com seis, o dobro, por causa disso”.** (grifou-se)

A emergência de saúde internacional decorrente da covid-19, não causou alterações para tomada de decisão médica, por uma técnica, ou por outra, para o esvaziamento uterino e nem alterou a disponibilidade de insumos necessários para atenção ao pós-aborto, em ambos os hospitais (A) e (B).

Entretanto, os dados coletados revelam que, houve um significativo aumento de casos de pós-aborto, o dobro, segundo a participante 32F03, e do triplo de mulheres conforme a participante 30F04, deram entrada na unidade hospitalar B, em processo de aborto.

Não se pode afirmar nesse estudo, se o aumento dos casos se deram em razão do efeito que a covid-19 provoca no organismo de uma mulher gestante, ou se, o desfacelamento à assistência reprodutiva no período pandêmico abriu uma rota crítica para abortos inseguros, ou ainda, se gestaram mais, e por isso, teve mais abortos. Considerando a relevância do referido dado, isso, escancara a mim, um novo convite, para uma investigação futura.

### 6.3 PERCEPÇÃO SOBRE A ESCOLHA DA TÉCNICA PARA ESVAZIAMENTO UTERINO NA UNIDADE DE SAÚDE

Em que pese competir exclusivamente ao profissional médico a eleição da técnica de abordagem pós-aborto, além dessa categoria de profissionais, foram igualmente incluídos no estudo, os profissionais da saúde enfermeiros e técnicos de enfermagem, lotados no centro obstétrico das duas unidades de saúde cenário da pesquisa e que participam do acolhimento, da assistência e do procedimento, cada qual, exercendo suas respectivas funções.

O objetivo de incluir estes profissionais no estudo foi de refletir a partir das variáveis categoria profissional, gênero e geração, a percepção destes profissionais acerca da eleição das duas técnicas divulgada no meio científico brasileiro como as mais utilizadas em hospitais públicos, Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) e Dilatação e Curetagem (D&C) no pós-aborto de primeiro trimestre, compreendendo no recorte geográfico local a visão destes sobre as técnicas.

O termo percepções pode eclodir visões infinitas sobre determinado assunto. Assim, ao analisar as entrevistas foi categorizado o que mais emergiu das falas,

quando os entrevistados mencionaram suas percepções sobre as técnicas existentes no hospital (A) e no hospital (B) sendo identificadas as seguintes: tempo de internação e recuperação; segurança para a paciente; exposição a riscos e, por fim, habilidade técnica do profissional que emergiu com acentuada frequência nas entrevistas no hospital (B), sendo, portanto, destacada da categorização percepção e categorizada individualmente, e suas particularidade analisadas na categoria sete.

Emergiu da pesquisa a percepção de um profissional de saúde do hospital (A) que não há recomendações médicas às pacientes em processo de pós-aborto de primeiro trimestre de seguir o protocolo, tal qual orientado pela OMS, e as opções que mais se usa no hospital (A) ou é Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) ou é comprimido (misoprostol).

O ideal era que a paciente fosse incentivada à espera da resolução espontânea, essa eu acho que seria ideal, depois disso, se ela não aceitou, ou se ela esperou e não aconteceu a resolução, ela fosse motivada a fazer uso do misio" [...] "Mas aí eu noto que muitos profissionais não se sentem muito encorajados, porque demora né, no país de primeiro mundo a paciente não precisaria ficar internada, faria o uso e iria pra casa, mas aqui ela fique internada, passa tempo fazendo as aplicações, muitos profissionais querem que ela faça a ecografia para ver se ficaram restos ou não, que não seria de todo indicado realmente, então o ideal seria que ela seguisse essa cadeia espontânea, não resolveu, comprimido, não resolveu, Amiu" [...] "Mas acaba que fica ou comprimido ou Amiu logo, porque o Amiu já resolve e a paciente vai de alta e não fica aquele acúmulo de pacientes". 26M07

No quesito tempo de internação hospitalar o estudo realizado por (SACILOTO, 2003) identificou que a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), requer menos tempo de internação hospitalar das pacientes. Isso, também foi identificado no estudo realizado por (FONSECA *et al.* 1997), e igualmente, na pesquisa de (HOLANDA, 2003), o que possibilita maior precocidade da alta médica se comparada com a Dilatação e Curetagem (D&C), menor risco de exposição a agentes patológicos no ambiente hospitalar, sendo uma alternativa segura a Curetagem e Dilatação (D&C).

Essa pesquisa, vai ao encontro dos estudos realizados pelos intelectuais acima citados. A percepção dos profissionais de saúde quanto ao tempo de realização do procedimento de Aspiração Manual Intrauterina frente a Dilatação e Curetagem (D&C), bem como referente ao tempo de internação para alta médica, denota que a primeira é mais rápida e tem maior viabilidade temporal para alta médica da paciente.

O tempo de internação para pacientes submetidas a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) foi, por uma médica do hospital (B) que adota Dilatação e

Curetagem (D&C) para o esvaziamento uterino no primeiro trimestre, ponderada como fator que pode reduzir o tempo de internação hospitalar.

**“[...] Talvez o tempo de internação seja menor no caso da AMIU”.** Porque as vezes, realmente, a gente como eu te falei, é necessário esperar um processo acontecer para fazer a curetagem, as **vezes a AMIU não necessita do centro cirúrgico**, existe talvez uma facilidade maior nesse sentido” [...] **já que a curetagem necessita de um tempo maior de observação, tempo maior de internação, precisa de um profissional anestesista [...]** 53F02 ” (grifou-se)

**“A AMIU A paciente se estiver tudo bem, e não estiver infectada, acaba recebendo alta após o procedimento, então para ela é um procedimento mais tranquilo, uma recuperação mais tranquila, a curetagem não, já é, acaba tendo em indicação de internação, pelo menos até o dia seguinte.”** 37F10 ” (grifou-se)

A facilidade de manuseio, como pela rapidez do procedimento e, maior viabilidade temporal da alta médica da paciente, fatores ponderados a partir da percepção de duas das médicas entrevistadas foram reiteradas por duas enfermeiras e por uma técnica de enfermagem, como diferenciais para a paciente e para o serviço.

Vislumbrou-se quanto a exposição a risco e segurança da paciente, que os profissionais do hospital (A) e do hospital (B), consideram a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), mais segura, com menor probabilidade de uma complicação.

**“Eu acho que a cureta é mais invasiva, o risco de ter uma lesão no útero é muito maior, porque faz aquela raspagem coloca o espectro e faz uma raspagem, então para ter uma perfuração uterina é muito grande,** já com AMIU, que é a cânula eu acho que é bem mais seguro.” 37F06 ” (grifou-se)

**“Então isso é uma coisa que a gente até estava discutindo esses dias na equipe médica, porque tinha muito caso que não precisaria de curetagem, porque na curetagem você expõe muito mais a paciente com uso da cureta,** que pode depois ter uma intercorrência para a mulher” [...] só que [...] **“mas eles acabam utilizando muito mais a técnica de curetagem”** 32F03 ” (grifou-se)

**“[...] porque a curetagem ela tem que ficar aqui, tem que colocar a indução por misio, tem que abri o colo, ela vai para o centro cirúrgico, aí utiliza a cureta, aqui é uma, um instrumento que vai fazer a raspagem uterina, que depois em futuras gestações pode ter alguma alteração da implantação da placenta, então pode ter sucessivos complicações depois, então a gente sabe que no primeiro trimestre a melhor coisa é o AMIU, é muito melhor para a mulher”** 32F03 ” (grifou-se)

**“Aspiração manual[...] para a gente como profissional, é muito mais prático, mais rápido, menos risco de perfuração, para a paciente também menos risco de complicação, menos risco de sinéquia, para pacientes que ainda desejam reproduzir. [...]menos que a cureta”** 26M07 ” (grifou-se)

“[...] Eu auxilie uma colega, porque ela teve um aborto espontâneo e ela fez um AMIU, uma AMIU, né?, então naquela época eu não tinha noção da diferença entre um e outro, mas eu observei que a recuperação dela foi mais rápido do que quando a mulher é submetida a curetagem. Então, eu não sabia que existia diferença entre um e outro”. [...] “eu percebo que a recuperação para a mulher o procedimento é menos invasivo.” 40F08

As vantagens, especialmente o menor tempo de internação que influi em redução de custos ao Sistema Único de Saúde, menor tempo de exposição a infecções, maior segurança e eficácia permite afirmar que a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), como alternativa para esvaziamento do canal uterino, no pós-aborto de primeiro trimestre, é altamente resolúvel para as usuárias do serviço de saúde público (SACILOTO, 2011).

É importante registrar que dos relatos médicos dois mencionam que a AMIU está sendo realizada com dilatação e em centro cirúrgico, e que isso, pode ter alterado a concepção de que o procedimento deve ser realizado em ambulatório proporcionando assim, menor tempo de internação hospitalar, e limitação de uso de recursos públicos.

“A minha percepção mesmo, pós: igual das duas pacientes, já que a amiu aqui não está sendo feita como era para ser. Chegou, faz ambulatorial e vai embora. Porque essa seria para mim a grande vantagem. Porque a Paciente chega, resolve e vai embora. Como ela acaba esperando, se tiver fetinho, a gente põe miso, espera uma sedação no centro cirúrgico e faz amiu, no final das contas, o tempo dela vai ser o mesmo” [...] “Mas só que aqui na unidade acaba que virou quase uma rotina sedar a paciente para fazer amiu. Então, em termos de tempo de hospital está quase ficando a mesma coisa. Porque o amiu que era uma técnica ambulatorial acabou virando aqui uma técnica que se faz dentro do centro cirúrgico, para paciente tranquilo que seda mais acaba que ela fica esperando mais um tempo, igual curetagem” 43F01

**“[...] a AMIU não necessita do centro cirúrgico, existe talvez uma facilidade maior nesse sentido” [...] já que a curetagem necessita de um tempo maior de observação, tempo maior de internação, precisa de um profissional anestesista, as vezes na amiu não, mas as vezes também precisa [...]” 53F02** ” (grifou-se)

Essa evidência, supõe que a prática médica de sedar a paciente para realizar em centro cirúrgico a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), com a imperiosa presença de anestesista, requeira maior tempo de internação. Isso, pode ser um fator que interfira na alta hospitalar em menor tempo e na redução de custos hospitalares. Entretanto, essa evidência que eclodiu nesse estudo não pode ser confirmada nessa pesquisa, sendo necessário uma averiguação científica futura mais detalhada da

rotina médica, tal qual, como evidenciada neste estudo, tanto para fins de identificar os impactos para as pacientes quanto para as unidades de saúde.

#### 6.4 DILEMA ÉTICO NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL DIANTE DE SITUAÇÕES DE ABORTO

Dado o estigma social que ronda o aborto é sempre importante compreender as a visão e as experiências diante de tal situação dos profissionais de saúde de unidades de emergência, tal qual, o cenário da presente pesquisa.

Os entrevistados foram questionados se já vivenciaram algum dilema ético frente ao aborto em sua atuação profissional. Curiosamente, os participantes respondiam inicialmente que não. Mas, um dos participantes, complementou sua resposta atrelando o dilema ético ao aborto nas hipóteses legais.

**“Em relação ao abortamento, então, eu acredito que a paciente tem o direito de abortamento legal” [...] “Mas, por causa da violência sexual, eu acredito que a paciente tem o direito, mas se eu tiver que executar se não tiver outra pessoa, que possa executar, porque para mim é muito delicado sabe, para qualquer pessoa é, se eu puder não executar, eu preferiria” [...] “Isso, prefiro fazer objeção”. 26M07 ” (grifou-se)**

A objeção de consciência dos profissionais de saúde sobre o aborto legal, nas hipóteses legalmente permitidas que fora objeto de pontuação nas falas dos participantes, nesse estudo, fora objeto da pesquisa de mestrado pela qual me tornei mestra em Direitos Sociais e Processos Reivindicatórios, realizada no recorte geográfico do Distrito Federal.

A maioria significativa dos profissionais de saúde questionados, se no dia a dia, já enfrentaram algum dilema relacionado ao aborto, a resposta sempre se voltava aos casos de aborto legal, em que há interrupção pela autorização dos permissivos legais. Relataram estes, que objetariam a consciência, ou que já objetaram ao trabalhar em unidades que atendem casos de solicitação e aborto legal.

Nenhum deles relatou qualquer dilema ético nos atendimentos de mulheres que chegavam em processo de aborto, por exemplo, induzido (ilegal), necessitando de esvaziamento uterino. O dilema para eles, se revela em ter que atuar em procedimentos de aborto legal.

À exceção de uma profissional de saúde que revelou buscar afastar-se sua consciência individual quando está exercendo atenção de cuidado. Relatou está que discorda do aborto, mas entende que quando a mulher busca a assistência não cabe a ela ou, aos colegas, furtar-se de prestar o cuidado:

“[...] quando você nega assistência a mulher em estado de aborto pelo seu dogma religioso, você está inclusive indo contra seu próprio dogma. **Porque eu sou evangélica, sou contra o aborto.** Entretanto, é bíblico que Deus apregoou que um dos maiores preceitos amar o próximo como a nós mesmos. **Então, se eu deixo de auxiliar um procedimento abortivo, eu estou levando essa mulher para um cenário clandestino onde talvez ela mesma tente fazer o aborto e tenha consequências piores, inclusive a morte,** perdendo, portanto, o privilégio da salvação. Porque ela pode se arrepender do procedimento, inclusive ela pode se arrepender antes mesmo através de uma simples conversa, explicando para ela que tem outras possibilidades, mas sem tentar forçar o não aborto, né?. Explicar para ela que existe a possibilidade da adoção, depois do nascimento etc e tal, e assim, sucessivamente. **Então, embora eu seja evangélica e contra o aborto, eu não tenho problema em auxiliar porque eu sei que a escolha é da mulher e não cabe a mim qualquer tipo de tomada de decisão**”. 40F08 ” (grifou-se)

## 6.5 DISPONIBILIDADE DE INSUMOS PARA REALIZAR O Esvaziamento Uterino nos Hospitais (A) e (B)

Uma das hipóteses negativa que se vislumbrou para a problemática estudada foi a de que seria realizada mais curetagem, no pós-aborto de primeiro trimestre, que tem recomendação de prioritariamente ser por Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), em razão de haver escassez de insumo para aspirar o canal uterino à vácuo nos campos de estudo, hospital (A) e (B).

A Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), dispõe sobre o Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. A referida resolução em atenção as disposições constitucionais e da legislação infraconstitucional, Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata entre outros da promoção, prevenção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano, disciplina que os serviços que prestam atenção ao parto normal e cirúrgico independente de sua complexidade devem possuir “material para AMIU e curetagem uterina”.

A referida Resolução determina que a unidade de saúde deve disponibilizar o insumo que o médico utilize caso a tomada de decisão seja pela eleição da Aspiração Manual Intrauterina (AMIU).

**[...] Tem material também, até que anda tendo material, mas se for fazer todas Amiu vai faltar, então vai ter que ter mais cânula...** [...] “talvez não teria tantos assim, porque ainda se faz muita cureta, então” 43F01 ” (grifou-se)

Uma das participantes da pesquisa, interessantemente, relatou que o material para aspirar o canal uterino que idealmente é para um único procedimento, logo, descartável, após o uso, é esterilizado. Isso, foi mencionado por um profissional de saúde do hospital (A) e um profissional de saúde do hospital (B).

**“É porque as cânulas, seringas de aspiração elas são esterilizadas aqui”** [...] não falta né, **idealmente não era para ser esterilizada, né, mais a gente esteriliza e sempre tem aqui**” 26M07 ” (grifou-se)

“Não, aqui para gente não, porque nós estamos na emergência. Eu não sei quanto a AMIU semiótica [...] **“Esse material é reutilizável né, ele vai para o CME para ser esterilizado.”** 49F05 ” (grifou-se)

A suposição negativa não se confirmou. Ao revés, tanto o hospital (A) que faz uso frequente de Aspiração Manual Intrauterina, quanto o hospital (B) que usa frequentemente Dilatação e Curetagem, atendem ao que determina a Resolução nº 36 de 2008, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Entretanto, ficou evidenciado quanto a disponibilidade do insumo, que no hospital (A) tem insumo para a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) a disposição médica em razão de que os insumos são esterilizáveis, diferentemente do recomendado que é a descartabilidade do material após o uso.

E, no hospital (B) há material para fazer Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), em razão de que os médicos da unidade ainda fazem muito cureta, mas que se a realidade se alterasse para uso maior de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), o material a disposição não seria suficiente e deveria passar por adequabilidade para atendimento da demanda da unidade.

## 6.6 APRIMORAMENTO TÉCNICO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA A TOMADA DE DECISÃO

O objetivo do estudo delineado centrou-se em compreender o processo de tomada de decisão médico, para eleição da técnica de esvaziamento uterino, no primeiro trimestre gestacional. As entrevistas no hospital (A) evidenciaram uso frequente da técnica de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) recomendada internacional e nacionalmente como prioritária para o esvaziamento uterino cirúrgico.

Em 2021 (SUAREZ, 2022) estima-se que 151 mil mulheres no Brasil foram submetidas ao procedimento de Dilatação e Curetagem (D&C) em decorrência de um aborto. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) reiterou o que já havia recomendado por meio do “Manual Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde” (OMS, 2022) que a Dilatação e Curetagem seja substituída pela técnica de Aspiração Manual Intrauterina.

A recomendação global (OMS, 2022) faz parte das diversas ações multidimensionais proposta pela Organização Mundial da Saúde e direcionada aos Estados-nações, para que a assistência ao pós-aborto de primeiro trimestre seja ofertada pelas unidades de saúde com o uso de técnica evidenciada seguramente como eficaz e balizada pela atual e melhor evidência científica.

A partir da pauta de proteção, garantia, e restauração dos direitos reprodutivos há exigência de que o Estado os garanta articulando às ações os profissionais de saúde. Aos gestores representantes do Estado há o dever de primar por uma oferta de assistência de cuidado parametrizada pelo aprimoramento constante das técnicas terapêuticas. Haverá então, aos gestores a incumbência de ofertando qualificação aos profissionais de saúde, instituindo fluxos de monitoramento em suas unidades locais de prestação de serviços de saúde, para adequação de acesso, cobertura e qualidade do cuidado, de mulheres em processo de aborto.

Há relatos recorrentes tanto da equipe médica do hospital (B) quanto das profissionais da equipe, de outras categorias, como, por exemplo, enfermeiras e técnicas de enfermagem, que denotam o uso prioritário da técnica de Dilatação e Curetagem (D&C) em suas rotinas de atendimento às pacientes em pós aborto. A evidência clínica de uso da Dilatação e Curetagem (D&C) no hospital (B) é corroborada pelos demais profissionais que participam do procedimento. Ainda que

a tomada de decisão seja exclusiva da equipe médica, há que se considerar os demais relatos

**“Eu particularmente a Curetagem uterina, porque eu não tenho experiência com AMIU.” 53F02 ” (grifou-se)**

**“[...] Muito mais cureta, porque são poucos os profissionais que tem capacitação para fazer Amiu aqui no hospital, infelizmente. [...] então, agora, eu acho que a gente só tem dois, duas, no máximo três profissionais que fazem a Amiu, então a maior quantidade ainda é a cureta, infelizmente [...] mesmo no primeiro trimestre gestacional” 30F04 ” (grifou-se)**

Emerge do dado coletado que o uso frequente da técnica de Dilatação de Curetagem, técnica que deve ser preterida, é eleita em razão de que é aquela para a qual a profissional médica tem habilitação técnica para fazer. Os achados levam a perceber que os profissionais de saúde médicos do hospital (B) reconhecem a importância de atualização e capacitação das práticas clínicas no pós-aborto, e reivindicam uma capacitação realizado para a equipe médica da unidade para aprimoramento e difusão das terapias atuais.

**“Eu vejo é porque precisava mesmo é de um curso para difundir mais para todos os plantonistas terem habilidade que não é difícil, né, só questão de formação e também para ser mais rápido o tempo de internação.” 43F01 ” (grifou-se)**

**“Eu acho que é uma questão de treinamento, pode não ter treinamento, ou ele não se sentir apto para fazer, e eu não tiro a razão dele, porque é melhor ele não fazer, do que ficar brincando, né, assim, vou fazer só para poder a paciente ir para casa.” 49F05 ” (grifou-se)**

A medida pedagógica em atenção ao aborto de primeiro trimestre pode proporcionar, a expansão da utilização de Aspiração Manual Intrauterina, impulsionando uma tomada de decisão pela técnica recomendada para a abordagem terapêutica pós-aborto de primeiro trimestre.

A (OMS, 2022, p. 1) recomenda para a qualidade de atenção ao aborto, que esta seja acessível e prestada em contexto de competências adequado as necessidades médicas. O estudo cristalinamente evidenciou que há oferta de insumo para que o profissional possa tomar a decisão de eleger a técnica de Aspiração Manual Intrauterina. Entretanto, os profissionais entrevistados no hospital (B) relatam que não tem muitos médicos com habilidade técnica para realizar a Aspiração Manual

Intrauterina, e talvez por isso, os médicos da unidade não se sentem encorajados a utilizarem a técnica.

**“[...] eu particularmente a Curetagem uterina, porque eu não tenho experiência com AMIU”. 53F02.**

O relato dessa médica declarando o desconhecimento técnico do uso da Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), face a mesma ter recebido em sua formação treinamento apenas para Curetagem, conflui com as falas e percepções dos outros profissionais lotados na unidade de que falta aprimoramento técnico para difusão da técnica entre a equipe médica.

## 6.7 TOMADA DE DECISÃO E PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS E TÉCNICO DE ENFERMAGEM

A partir das falas das entrevistadas foi sequenciado por unidade hospitalar (A) ou (B) um mapeamento da frequência da técnica predominante na unidade. Apenas, uma participante no hospital (A) não soube dizer segundo a sua percepção qual técnica de esvaziamento uterino predomina na referida unidade hospitalar.

Uma participante médica, mencionou que toma decisão no primeiro trimestre gestacional pela técnica recomendada como prioritária nacional e internacionalmente, ou seja, a Aspiração Manual Intrauterina. E, outras 03 (três) profissionais disseram que, segundo suas percepções a técnica prevalente de eleição eleita pelos médicos na unidade é a Aspiração Manual Intrauterina.

**“Eu acho não. Faz muito mais AMIU do que cureta” [...]“Aspiração Manual [...] é melhor aspirar do que curetar” 26M07 ” (grifou-se)**

**“Eles sempre tentam fazer AMIU, entretanto, nem sempre conseguem devido a vários fatores, que eles avaliam [...]” 40F08 ” (grifou-se)**

**“[...] por AMIU, geralmente.” 32F11**

Figura 7 - Prevalência da Técnica de esvaziamento uterino no hospital (A)



**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos dados coletados nas entrevistas no hospital A.

Observou ainda, no estudo que no hospital (B), a tomada de decisão de uma profissional de saúde médica é pela Aspiração Manual Intrauterina (AMIU); e outra participante do estudo, também médica, disse que a sua tomada de decisão é pela Dilatação e Curetagem. As outras quatro participantes, enfermeiras e técnicas de enfermagem, enfatizaram que suas percepções é que a técnica mais empregada no hospital pelos médicos é a Dilatação e Curetagem.

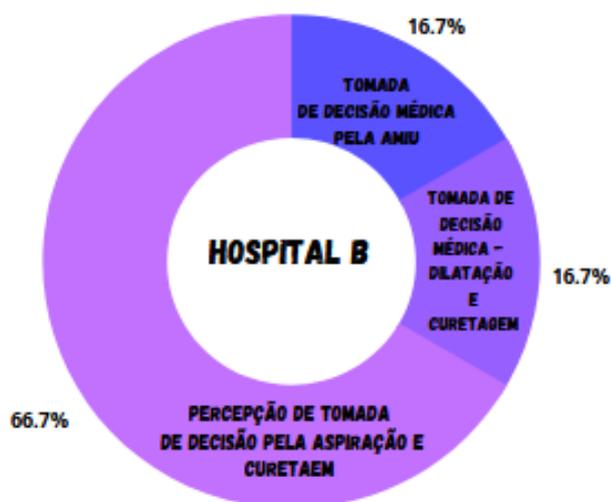
**“[...] eles fazem mais, eles sentem mais seguros em fazer a curetagem [...] eu continuo afirmando que faz muito mais cureta do que AMIU” 30F04 (grifou-se)**

“Eu particularmente a Curetagem uterina[...]” 53F02

“[...] Se ela está sangrando muito ela vai direito para cureta” Independente se ale tem alguma ecografia, ou se o médico na hora do exame percebe que era uma gestação, a mulher já sabia, mas não tem nenhuma ecografia e está sangrando muito, o colo aberto, vai direto” [...] “já faz a curetagem” [...] “pela curetagem [...]” 49F05

**“Aqui a rotina maior é a curetagem e a aspiração, que é a Aspiração Manual Intrauterina” [...] Mas, a gente vê que é bem mais a curetagem” 32F03 ” (grifou-se)**

Figura 8 - Prevalência da Técnica de esvaziamento uterino no hospital (B)



Fonte: Elaborado pela autora com base nas entrevistas realizadas no hospital B.

A pesquisa evidenciou que há significativa diferença no uso e práticas médicas para a tomada de decisão por uma técnica ou outra de esvaziamento uterino (Aspiração Manual Intrauterina/Dilatação e Curetagem).

O Hospital (A) torna particular a prática médica de tomada de decisão pela Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), isso, ficou evidenciado pela tomada de decisão médica, bem como pela percepção dos profissionais de saúde enfermeiros e técnicos de enfermagem, que participam do procedimento.

De outro lado, quanto ao hospital (B) a pesquisa vislumbrou que a tomada de decisão médica é pela técnica de Dilatação e Curetagem (D&C); bem como pela percepção dos profissionais de saúde enfermeiros e técnicos de enfermagem. A percepção destes, é de que os médicos optam pela cureta, a exceção de uma médica da unidade que disse optar por Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) em razão de que tem habilidade e experiência para uso da técnica.

É relevante registrar que em um caso de pós-aborto de primeiro trimestre no hospital (B), a conduta médica preconizou o seguimento da recomendação da OMS. Iniciou com conduta expectante, orientando a paciente a retornar caso não houvesse finalização espontânea. A paciente retornou e foi iniciado o protocolo de esvaziamento uterino medicamento com uso de misoprostol na quantidade indicado Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). Ainda assim, não evoluiu para aborto completo, sendo finalizado por conduta aspirativa por Aspiração Manual Intrauterina (AMIU).

Neste caso, houve a recomendação médica observado a condição clínica da paciente, de início do procedimento por meio de técnica natural, seguida da

medicamentosa e, por fim, a cirúrgica preconizando a técnica de eleição prioritária. No hospital (B) há médicos que preconizam a um passo-a passo para esvaziamento do canal uterino, revelando que embora esta unidade tenha registrado uso prevalente da técnica de Dilatação e Curetagem (D&C).

## 7 PERCEPÇÃO MARCANTE

Embora percepção marcante não tenha sido elencada como uma categoria temática, esta pesquisadora considerou relevante, fazer o registro de que a norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), delinea que o tratamento pós-aborto constitui direito da mulher, devendo ser respeitado e garantido pelos serviços de assistência à saúde. Em atenção a esse direito é imprescindível que a escolha do método seja parte de uma decisão compartilhada entre o profissional médico e a mulher (BRASIL, 2011, p. 33).

Contudo, quando foi questionado aos entrevistados como se dava o processo de tomada de decisão acerca da técnica para esvaziamento uterino, pós-aborto, a exceção de uma profissional técnica de enfermagem, nenhum profissional mencionou o compartilhamento da decisão com a mulher, a exemplo, o relato “[...] Inclusive, conversar com a paciente para que ela também possa opinar entre um procedimento e outro quando isso é possível”. [...] “Sim dos riscos, pode opinar [...]” 40F08

Entretanto, estudo realizado com mulheres que receberam atendimento pós-aborto no contexto da América Latina (ROMERO, 2021), incluindo o Brasil revelou que 12,8% afirmaram não ter lhes sido ofertada a oportunidade de perguntar sobre os exames e tratamentos

Nesta pesquisa, nenhum dos médicos entrevistados revelou que compartilha com a mulher a disponibilidade das técnicas, indicando os riscos e benefícios, para que esta opine qual técnica deseja ser submetida.

## **8 PRODUTO TÉCNICO - PROPOSTA DE MEDIDA INTERVENTIVA**

Diante do resultado da análise, como um dos produtos dessa investigação se anexou ao trabalho, conforme exigência do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UnB, uma proposta de recomendação ao Ministério Público do Distrito Federal e Territórios para que realize um Termo de Ajustamento de Conduta com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

A recomendação sugerida por meio do TAC objetiva alterar o cenário no hospital B, de forma que as mulheres lá atendidas possam receber dos médicos abordagem terapêutica, por meio da técnica de aspiração manual intrauterina pós-aborto de primeiro trimestre gestacional, passando a refletir nessa unidade de saúde adequação as recomendações nacionais e internacionais de saúde na assistência pós-aborto.

### **8.1 TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA – TAC (MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS X SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

Excelentíssimo (a) Senhor (a) Procurador (a) Geral da Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde – Pró-vida-Brasília/DF

1. CONSIDERANDO que a Política Pública Nacional Ministério da Saúde (2022) e internacional da Organização Mundial de Saúde (2022), recomendam a preferência pela técnica de Aspiração Manual Intrauterina na tomada de decisão médica para abordagem terapêutica pós-aborto de primeiro trimestre, e que este não tem sido o cenário no hospital “B” Vinculado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal que tem eleito em maior percentual técnica não prioritária, qual seja, de Dilatação e Curetagem obsoleto e indicada para ser preterida;
2. CONSIDERANDO que o uso da técnica obsoleta constitui uma barreira de acesso a técnica moderna e baseada em evidência científica de que há técnica que apresenta menos riscos a fertilidade e saúde das mulheres;

3. CONSIDERANDO que é dever do poder público prestar assistência às mulheres no pós-aborto, sendo de sua responsabilidade a seleção, bem como a disponibilização de ofertando recursos, palestras, wokshopp e todos os mecanismos indispensáveis par a consecução da finalidade de aprimoramento contínuo de seus servidores prezando pela capacidade e aptidão para a prestação de uma assistência à saúde reprodutiva eficaz;
4. CONSIDERANDO que cabe ao poder público o acompanhamento do aprimoramento técnico dos profissionais de saúde de sorte que as mulheres sob os cuidados de assistência à saúde recebam um atendimento de qualidade comprometido com a efetivação do direito fundamental ao seu bem-estar físico e psicológico;
5. CONSIDERANDO que a atenção de cuidado é baseada na centralidade da paciente e integralidade do cuidado ofertado, em benefício da qual o profissional deve agir com o máximo de sua capacidade profissional;
6. CONSIDERANDO que as evidências científicas reconhecem o avanço no uso de práticas terapêuticas resultando em disponibilizar práticas mais modernas, para garantia da máxima proteção aos direitos reprodutivos e a fertilidade das mulheres, exigindo para tanto, educação continuada e compartilhamento do saber;
7. CONSIDERANDO as diretrizes do curso de mestrado profissional, que demanda do mestrando a apresentação de um produto técnico que possa se apresentar para além dos muros acadêmicos como uma intervenção social prática, na realidade social, para a efetivação do direito social à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, que seja de qualidade, que respeite, e, sobretudo, que garanta a proteção de sua fertilidade, beneficiando, assim, as mulheres atendidas no hospital B, e igualmente, que beneficie os profissionais de saúde no fluxo contínuo de seu aprimoramento técnico profissional, apresenta-se como proposta interventiva:

Encaminho, para à consideração de V.Sa., proposta, no sentido de tornar possível a plena concretização do direito das mulheres de serem submetidas a abordagem terapêutica pós-aborto, no primeiro trimestre gestacional, por meio de técnica atual indicada por evidência científica como prioritária para eleição pelos médicos no momento de tomada de decisão para esvaziamento uterino pós-aborto.

A recomendação é no sentido de que o a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, torne efetivo o uso da Aspiração Manual Intrauterina, pós-aborto de primeiro trimestre gestacional, para tanto, ofertando curso de capacitação e aprimoramento aos seus obstetras/ginecologistas lotados no hospital B.

Para tanto, sugestiona-se que o Ministério Público do Distrito Federal e territórios, por intermédio de seu Departamento competente, Justiça Criminal de Defesa dos Usuários no Serviço de Saúde (Pró-vida), solicite o levantamento pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal de todo o quadro de médicos lotados no hospital B.

Sugestiona que após, seja proposto que a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, apresente um plano de trabalho de capacitação mantendo o dia de remuneração dos médicos obstetras do hospital B, enquanto estiverem se capacitando para manejo da técnica de Aspiração Manual Intrauterina.

Centrada no uso racional do dinheiro público, e pensando na racionalidade das ferramentas que a Secretaria de Saúde já dispõe, o curso de aprimoramento/capacitação que poderá ser realizado por meio da Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, vinculada a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPESC) responsável por desenvolver ações de educação permanente dos profissionais de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

A Secretaria de Saúde no plano de trabalho poderá caso entenda pertinente e viável, utilizar o hospital A, que utiliza a técnica de AMIU de forma prevalente (a técnica recomendada como prioritária), como espelhamento da rotina obstétrica pós-aborto de primeiro trimestre replicando tanto para o hospital B, quanto para outras unidades hospitalares do Distrito Federal que atendem emergências e urgências obstétricas, a boa prática desenvolvida no hospital A.

Sugestiona-se ainda, que o plano de trabalho apresentado pela Secretária de Saúde do Distrito Federal, conte que os gestores da obstetrícia do hospital B, façam diligências ao hospital A, e que as práticas deste hospital sejam utilizadas como espelhamento para o hospital B, no intuito de ajustar as boas práticas de esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre em um modelo já executado no âmbito da Secretaria de Saúde.

O Ministério Público do Distrito Federal e territórios, revertido de sua função precípua na defesa de direitos transindividuais, caso deste estudo, poderá por meio

do Termo de Ajuste de Conduta imbuir-se do encargo de determinar na maior brevidade possível, a apresentação do plano de trabalho pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, bem como monitorar a inscrição dos médicos no curso de aprimoramento, monitorar a entrega de certificado de conclusão do curso, impondo sanção de multa à Secretaria de Saúde e ao profissional médico, averbando ainda, o descumprimento da obrigação para aqueles que deixem de comparecer ao curso.

Poderá periodicamente acompanhar o cenário do hospital B, por meio de relatórios a serem expedidos pelos gestores da unidade hospitalar no tocante aos procedimentos realizados, com o fito de identificar se a técnica de Dilatação e Curetagem apresenta percentual de redução.

Esta é a sugestão que encaminho a V.Exa., com a convicção de que esta contribuição possa melhorar de forma significativa a oferta de técnica de esvaziamento uterino balizada por evidência científica que oferte menos riscos e agravos às mulheres que buscam o serviço público gerido pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta de pesquisa indagou qual é a técnica prevalecte para realizar o esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre, nos hospitais cenário de campo situados no Distrito Federal, e por quê? A hipótese que norteou o estudo foi a de que, a *práxis* em Brasília não está de acordo com a recomendada pelos órgãos internacionais de saúde pública. Em outras palavras, supôs-se, que uma coisa são as recomendações de atenção à saúde sexual e reprodutiva da mulher e, outra, bem diversa, são as práticas de cuidado.

O problema e a hipótese se relacionaram com as evidências de estudos anteriores, que indicam a Dilatação e Curetagem como técnica de preferência dos obstetras. Então, o objetivo foi identificar qual técnica tem prevalência no âmbito de dois hospitais públicos do Distrito Federal, e por quais motivos.

Metodologicamente, buscou-se a partir da teoria de Laurence Bardin, analisar o conteúdo das narrativas que emergiram das falas dos profissionais de saúde, realizando assim, um estudo qualitativo, que se baseou em 11 entrevistas semiestruturadas realizadas nos hospitais A e B.

Os resultados da pesquisa evidenciaram que nos dois hospitais públicos do Distrito Federal, hospitais A e B, há insumos para que o médico opte entre as técnicas, medicamentosa ou cirúrgica, sendo esta última ramificada em Aspiração Manual Intrauterina ou Dilatação e Curetagem.

Também se observou que a técnica medicamentosa é utilizada de forma complementar, nos casos de aborto incompleto sem dilatação do colo do útero, para que este seja dilatado antes dos procedimentos de Dilatação e Curetagem ou, Aspiração Manual Intrauterina,

Vale destacar que o esvaziamento uterino por meio unicamente da conduta medicamentosa, não foi evidenciada em nenhum dos prontuários clínicos ou registro do livro do bloco cirúrgico obstétrico, nos dois hospitais em que se coletou os dados. Igualmente, nas entrevistas, nenhum dos profissionais mencionou o uso medicamentoso isolado, mas tão somente de forma antecedente ao uso da curetagem ou aspiração.

A coleta de dados no livro de registro do bloco cirúrgico obstétrico evidenciou que os médicos do hospital A, elegem prioritariamente em 100% dos casos coletados

nesse estudo, o esvaziamento uterino por meio Aspiração Manual Intrauterina pós-aborto no primeiro trimestre gestacional.

As entrevistas neste hospital, vão ao encontro dos dados coletados nos prontuários clínicos, revelando, pela narrativa médica e percepção das enfermeiras e técnicas de enfermagem, que as práticas e usos médicos nesta unidade de saúde espelham a atenção ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde, quanto a preferência na eleição da técnica pela Aspiração Manual Intrauterina. Portanto, o uso da curetagem, nessa unidade de saúde, somente ocorre nos casos em que não há viabilidade de procedimento de aspiração manual intrauterina.

Por outro lado, no hospital B, os dados revelaram cenário inversamente contrário ao do hospital A. Os dados de prontuários demonstraram que no ano de 2019, 100% das pacientes em pós aborto até a décima segunda semana gestacional, foram submetidas a Dilatação e Curetagem.

O cenário desse hospital na eleição da técnica de esvaziamento uterino, no ano de 2020, apresentou alteração em razão do aumento da tomada de decisão médica pela Aspiração Manual Intrauterina em 21,7% dos casos, entretanto, a Curetagem e Dilatação continuou, nesta unidade de saúde, a preferência dos médicos.

É importante registrar que dos dados de prontuários clínicos todas as aspirações realizadas no hospital B, em 2020, foram motivadas pela tomada de decisão do mesmo médico. Todos os casos clínicos em que a abordagem terapêutica foi Aspiração Manual Intrauterina, nesse ano, foi o mesmo profissional que realizou, em dias e turnos diferentes de plantão.

Assim, foi possível identificar nos hospitais cenário de campo por meio dos dados coletados nos livros de registro do bloco cirúrgico obstétrico do hospital A, e nos prontuários clínicos do hospital B, qual a técnica foi prevalente para esvaziamento uterino pós-aborto nos anos de 2019 e 2020, alcançando assim, o delineamento do primeiro objetivo específico do estudo.

O relato dos profissionais médicos do hospital B, quanto a tomada de decisão, denotaram que os médicos da unidade não têm habilidade técnica para realizar o procedimento de aspiração, preferindo, assim, a curetagem. Revelou-se ainda, que embora em quantidade pequena de médicos, há profissionais nesta unidade de saúde que fazem a aspiração, a exemplo do médico que no ano de 2020 protagonizou o aumento de aspirações, nos cinco casos identificados na coleta de dados.

A percepção das profissionais de saúde enfermeiras e técnicas de enfermagem, lotadas no hospital B, quanto a técnica que prevalece na unidade é uníssona em afirmar que a Dilatação e Curetagem é a preferência dos médicos, embora, em muitos dos casos percebam que a aspiração seja fosse possível de ser realizar, embora preterida.

Percebeu-se ainda, a partir das falas das médicas e demais profissionais de saúde entrevistadas na obstetrícia do hospital B, que a tomada de decisão para esvaziamento uterino pela curetagem se concretiza não por ausência de insumo. Ao contrário, a alta prevalência de Dilatação e Curetagem no hospital B, resulta da falta de habilidade técnica do médico que opta pela curetagem em razão de que é a técnica que este domina.

A referida limitação faz eclodir o seguinte cenário do serviço de saúde no hospital B: maior tempo de internação da mulher ou maior tempo de espera para realizar o procedimento. O maior tempo de internação se revela para as pacientes que ficam internada por terem sido submetidas a Curetagem. O cenário de espera maior, para fazer o procedimento, decorre da pouca disponibilidade de médicos capacitados para abordagem por meio da Aspiração Manual Intrauterina. Ou seja, há aumento de internação porque se submete a técnica obsoleta, o que requer, maior tempo de observação para recuperação, ou, espera mais tempo para realizar o procedimento prioritário face a escassez de médico que domine a técnica recomendada.

Um dos médicos do hospital A relatou que na unidade sempre tem o insumo em razão de que o material é esterilizado, então, não falta. Uma médica do hospital B, disse que embora as cânulas para realizar a aspiração sejam esterilizadas, atualmente, a quantidade que recebem de insumo é suficiente para a demanda, uma vez que se faz muito mais curetagem no hospital B, mas, relatou que se o cenário mudar, seria preciso quantidade maior de insumo. Não foi possível analisar se isto, é uma medida para evitar que falte o insumo, embora, mas foi possível perceber que a ausência de insumo, definitivamente não é um dos balizadores para a tomada de decisão médica.

Foi possível ainda perceber que embora o insumo para realizar a aspiração manual intrauterina, seja descartável, em ambas unidades de saúde A e B, há esterilização do material, o que ocasiona a reutilização do insumo que tem como recomendação a descartabilidade. O referido achado provoca reflexões no sentido de

pensar por quais motivos, se reutiliza o insumo? Essa reutilização implica alguma incidência de saúde para as mulheres? Há implicação econômica para o Sistema Único de Saúde? Problematisa-se mais, se não houvesse reutilização do insumo os hospitais A e B, teriam, ainda assim, insumos em seus estoques? Lacunas em aberto, não alcançadas no presente estudo, mas que ficam como provocações podendo ser objeto de investigação futura.

Assim, no tocante ao objetivo geral do estudo, foi possível descrever que a técnica prevalecente para realizar o esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre, no hospital A, é a Aspiração Manual Intrauterina, e aquela realizada no hospital B é a Dilatação e Curetagem, a técnica que deve ser preterida.

A motivação para a tomada de decisão no hospital A pela AMIU, é decorrente de disponibilidade de insumos e de profissionais capacitados para manuseio e execução da técnica. De outro lado, a motivação para predominância do uso da técnica de Dilatação e Curetagem no hospital B, se dá em razão de que embora tenha insumos para opção entre as técnicas os profissionais lá lotados não têm conhecimento técnico para optarem pela AMIU, sentindo-se mais seguros a realizarem a Dilatação e Curetagem.

É imperioso destacar que a melhor prática terapêutica é realizada no hospital A, hospital de Referência Distrital, ao passo que a técnica não recomendada é realizada no hospital B, que fica mais afastado do centro da capital. Esse achado revela que no âmbito local, no Distrito Federal, está sendo disseminado tratamento diferente do recomendado cientificamente para as mulheres atendidas no hospital B.

Curiosamente, foi no hospital em que a melhor técnica é praticada que este estudo enfrentou a maior resistência na fase pré-campo e de campo. Ao passo que, no hospital B em que a técnica utilizada é aquela não prioritária, houve receptividade tanto na parte administrativa na fase pré-campo, quando dos profissionais de saúde na fase de campo.

Não se pode negligenciar a reflexão de que ser uma Unidade de Saúde tida como Referência à saúde das mulheres, que tem maior autonomia administrativa e financeira, implicações não só em direitos como, repasse de verbas, transmissão de financiamento, mas, também, no cumprimento de diversos deveres e responsabilidades no tocante a vigilância, fiscalização do cumprimento de leis e atendimentos, atrelando boas práticas à economia da saúde.

Me intriga a disparidade que me deparei nessa pesquisa, qual seja: considerando que os dados revelam que o hospital A, Referência à saúde das mulheres, realiza a melhor técnica atendendo as recomendações nacionais e internacionais, qual o motivo de tanta resistência ao estudo. E, no tocante ao hospital B, comprovado no estudo como aquele que realiza a técnica menos recomendada, porque tanta receptividade no recebimento da pesquisa? Isso, ainda me intriga. Por que será?

Vislumbro as seguintes hipóteses para as unidades de saúde cenário do estudo: a) o hospital A, diante de toda a incumbência que lhe recai por ser uma Unidade de Referência tem uma visão institucional de fiscalizar minuciosamente as pesquisas *“in locu”*; b) O hospital B, na pessoa dos profissionais de saúde entrevistados entendendo a importância da temática para a saúde reprodutiva das mulheres, não se furtaram em participar do estudo como forma de divulgar que a unidade carece de implementação de medidas de aprimoramento profissional para manuseio da melhor técnica. Talvez, uma hipótese para “mergulhos” investigativos vindouros.

No tocante ao primeiro objetivo específico que buscou refletir sobre as possíveis transformações na tomada de decisão por uma técnica ou outra de esvaziamento uterino, pós-aborto durante a pandemia da COVID-19, ficou evidenciado segundo o relato dos profissionais de saúde que não houve alterações na escolha da técnica para esvaziamento uterino em razão da pandemia da covid-19.

Entretanto, é salutar ressaltar que duas enfermeiras do hospital B, pontuaram que se notabilizou no período de maior agravamento epidemiológico da covid-19, um maior número de internação hospitalar de mulheres em processo de aborto. Essa percepção relatada na fala das profissionais, não é capaz de desvelar o motivo da incidência maior de internação pós-aborto, mas deixa em aberto a hipótese de que a covid-19 é um risco acentuado para as mulheres gestantes, ou a hipótese de que no período da pandemia as mulheres gestaram mais.

Reflete-se ainda, que a tomada de decisão médica pela Dilatação e Curetagem incide em maior prazo de internação, e associado ao fato de maior quantidade de internação hospitalar de mulheres em pós-aborto no período mais singular da pandemia da covid-19, pode ter sido um fator de maior risco epidemiológico na propagação da transmissão de Covid-19 no espaço do hospital.

Quanto ao segundo objetivo específico, que buscou compreender a partir das variáveis categoria profissional, gênero e geração do profissional de saúde, as diferentes percepções que os mesmos podem difundir, sobre as técnicas de esvaziamento uterino no pós-aborto, foi possível perceber quanto a categoria profissional que ambas categorias médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem percebem a técnica de AMIU, como mais segura, mais prática, mais benéfica a saúde das mulheres, mesmo a médica que mencionou que usa curetagem disse perceber que a AMIU tem menos riscos de sinéquias.

Quanto ao gênero que predominantemente foi do gênero feminino foi perceptível que as profissionais de saúde, percebem a AMIU como a técnica que deve ser priorizada no momento da tomada de decisão médica.

E por fim, quanto a esse segundo objetivo específico, a geração revelou uma peculiaridade. Uma das médicas entrevistadas estava na faixa entre 51 e 60 anos de idade, fazendo opção pelo esvaziamento uterino por meio da técnica de Dilatação e Curetagem, e aquele médico que fora o profissional que fez AMIU em todos os casos analisados nos prontuários clínicos do hospital B, no ano de 2020, que ressalte-se, não foi entrevistado para esse estudo, mas considerando que está pesquisadora notou que somente ele faia AMIU, questionou-se as outras profissionais entrevistadas qual a faixa etária desse médico, tendo sido informada que estava entre 50 e 60 anos. Logo, no tocante a geração foi possível perceber que a geração do médico opta entre uma técnica e outra.

Diante dos benefícios, tais quais, a segurança do procedimento, precocidade de alta hospitalar, menos riscos de complicações que afetem a fertilidade da mulher relatados pelos profissionais de saúde médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, reflete-se, que o método de escolha médica no momento de esvaziar a cavidade uterina pós-aborto incompleto, havendo condições clínicas da mulher para tanto, deveria ser a aspiração ou técnica medicamentosa. Entretanto, o cenário de campo, evidenciou que somente o hospital A, reflete a boa prática, e o hospital B, carece de médicos habilitados para refletir um cenário de conformidade ao uso de prática de esvaziamento uterino de primeiro trimestre recomendada para atenção pós-aborto, qual seja, Aspiração Manual Intrauterina.

É importante frisar, que não se trata de dizer que o hospital B, aplica técnica proibida no esvaziamento uterino pós-aborto, mas que este prefere técnica que deve

ser preterida, e somente utilizada como último recurso e, não como prioridade, realidade que eclodiu dos achados desse estudo.

Embora no hospital B, a prevalência da técnica de curetagem seja evidente, noticiou-se, nesse estudo, a percepção de todos os profissionais de saúde que a Aspiração Manual Intrauterina, seja a técnica mais benéfica para as mulheres, a mais rápida e com menores riscos de complicações.

Há nos relatos dos profissionais de saúde do hospital B, médicos enfermeiros e técnicos de enfermagem não só a percepção de que é necessária uma melhor e maior difusão da técnica de Aspiração Manual Intrauterina na unidade, mas também a vontade desses médicos na disponibilização de cursos de aperfeiçoamento para que todos os plantonistas dominem a execução da referida técnica.

Essa amostra, revela a necessidade de uma política institucional local de enfrentamento do desconhecimento técnico de prática emergente benéfica aos direitos reprodutivos de mulheres, por meio de uma gestão ativa que mapeie os profissionais de saúde do hospital B que não tem aptidão técnica para usar a técnica de aspiração, e oferte aprimoramento, bem como acompanhe a realidade para promover a alteração do cenário das práticas de esvaziamento uterino pós-aborto de primeiro trimestre, monitorando a partir de um plano de trabalho de curto prazo a substituição da prática obsoleta pela recomendada.

Assim, há necessidade de uma urgente articulação entre a equipe gestora da obstetrícia do hospital B, com a Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (EAPSUS), responsável por ministrar cursos de aperfeiçoamento para os profissionais de saúde da Secretária de Saúde (SES) do Distrito Federal, para implementação e monitoramento do aprimoramento técnico dos médicos do hospital B, para manejo da Aspiração Manual Intrauterina.

Desse estudo, ainda resultou outro produto um artigo científico (constante nos anexos) que foi submetido a Revista Saúde e Sociedade, e aguardar avaliação da submissão.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA JUNIOR, E. C.; *et al.* Incidência das mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento no serviço de saúde pública. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. 3, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/daiana.sousa/Downloads/11901-Article-159031-1-10-20210125-2.pdf> Acesso em: 9 out. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Coimbra: Gráfica Coimbra, 2010.
- BERER, M. Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 5, p. 580-590, 2000.
- BERTHO, H. Hospital Pérola Byington reabre serviço de aborto legal. Azmina, 2020. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/hospital-perola-byington-reabre-servico-de-aborto-legal/>. Acesso em: 23 ago. 2022.
- BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, Botucatu, v. 25, n. Supl. 1, e200762, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200762>. Acesso em: 23 ago. 2022.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Emendas Constitucionais. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 13 Abril de 2022.
- BRASIL. **Decreto nº 38.982, de 10 de Abril de 2018**. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do DF. Brasília-DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/92544ffe2f874e1288cde5c6d195214e/Decreto\\_38982\\_10\\_04\\_2018.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/92544ffe2f874e1288cde5c6d195214e/Decreto_38982_10_04_2018.html) Acesso em: 20 Abril.2022
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html> acesso em 23 Abril de 2022
- BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990a.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 12 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. . Brasília: Presidência da República, 1990b.
- BRASIL. **Norma Técnica. Ministério da Saúde**. Atenção humanizada ao abortamento. 2011. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf)  
acesso em: 20 Abril de 2022, pag. 18

BRASIL. **Plano Distrital de Saúde 2020-203**. Brasília: Governo do Distrito Federal. Secretária de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento em Saúde- SUPLANS. 2019 Disponível em: [https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2020\\_06\\_01\\_PDS-2020-2023\\_Aprovada\\_CSDF\\_v\\_publicizada.pdf](https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf) .Acesso em: 08 maio 2022.

BRASIL. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036\\_03\\_06\\_2008\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html). Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. **Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde Materno Infantil. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 72 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_avalicao\\_conduta\\_abortamento\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_avalicao_conduta_abortamento_2ed.pdf). Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 1998. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344\\_12\\_05\\_1998\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html). Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. **Subsecretaria de Planejamento em Saúde - SUPLANS**. Plano Distrital de Saúde 2020-203. Brasília: Governo do Distrito Federal. Secretária de Estado de Saúde, 2019. Disponível em: [https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2020\\_06\\_01\\_PDS-2020-2023\\_Aprovada\\_CSDF\\_v\\_publicizada.pdf](https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf). Acesso em: 08 maio 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASÍLIA. Região de saúde. Secretaria de saúde do distrito federal, 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/regioes-de-saude>. Acesso em: 26 out. 2022.

CARDOSO, B. B.; VIEIRA, F. M. S. B.; SARACENI, V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, São Paulo, v. 36, n. Suppl

1, e00188718, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>. Acesso em: 3 maio 2022.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 15, suppl 1, p. 959-966, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700002>. Acesso em: 20 maio 2022.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. Acesso em: 9 out. 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Método de Aspiração Manual Intrauterina AMIU: quando e como fazer. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/48044/2/AMIU%20quando%20e%20como%20fazer.pdf>

FONSECA, W.; *et al.* Uso da aspiração manual a vácuo na redução do custo e duração de internamentos por aborto incompleto em Fortaleza, CE, Brasil. **Revista da Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 472-8, 1997.

GANATRA, B.; *et al.* From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. **Bull World Health Organ**, v. 92, n. 155, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24700971/>. Acesso em: 23 ago. 2021.

GARCIA, R. V.; *et al.* Perfil de mulheres submetidas à curetagem uterina em uma unidade de médio porte do Distrito Federal. **Health Residencies Journal - HRJ**, [S. l.], v. 3, n. 14, p. 261–281, 2022. DOI: 10.51723/hrj.v3i14.377. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/377>. Acesso em: 27 out. 2022.

GUIMARÃES, Filho, *et al.* Diagnóstico de sinéquias uterinas por histerossonografia transvaginal. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 52, n. 5 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000500016>>. Epub 08 Dez 2006. ISSN 1806-9282. Acesso em: 21 outubro de 2022.

HOLANDA, A. A. R., *et al.* Tratamento do Abortamento do primeiro trimestre da gestação: Curetagem versus Aspiração Manual a vácuo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – RBGO**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/wXxB3NjdGxQ4Skj9RgHfR9q/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 5 maio 2022.

INFOSAÚDE-DF. Página inicial. Brasília, 2022<sup>a</sup>. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/> Acesso em: 19 out. 2022.

INFOSAÚDE-DF. Produção hospitalar dos estabelecimento da SES-DF processada pelo Sistema de Informações Hospitalares- SIH/SUS. Brasília, 2022. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/hospitalarsihprocedimentoprincipalsalasi/> Acesso em: 20 abril 2022

MENEZES, G. M. S.; *et al.* Aborto e saúde no Brasil: desafios para a pesquisa sobre o tema em um contexto de ilegalidade. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 36, n. Suppl 1 [Acessado 9 Maio 2022], e00197918, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197918>. Acesso em: 9 maio 2022..

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017. Recuperado de <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>

MORRIS, J. L.; *et al.* FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 138, n. 3, p. 363-366, 2017.

OLIVEIRA, M. T. S. *et al.* Factors associated with spontaneous abortion: a systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]**, v. 20, n. 2, p. 361-372, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>. Acesso em: 3 maio 2022.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes sobre cuidados no aborto resumo**. África: Organização mundial da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240045163>. Acesso em: 12 set. 2022.

PEREIRA, P. P. *et al.* Tratamento do abortamento incompleto por aspiração manual ou curetagem. **Revista da Associação Médica Brasileira [online]**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 304-307, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000500015>. Acesso em: 23 ago. 2022.

ROMERO, M.; *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 Glob Health**, v. 6, n. 8, e005618, 2021. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/8/e005618.citation-tools>. Acesso em: 3.maio. 2022.

ROSAS, C. F.; PARO, H. B. M. S. **Serviços de atenção ao aborto previsto em lei: desafios e agenda no Brasil**. São Paulo: Cfemea/ SPW, 2021. Disponível em: [https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2021/02/Texto-Cristiao-e-Helena\\_Final\\_26fev-1.pdf](https://sxpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2021/02/Texto-Cristiao-e-Helena_Final_26fev-1.pdf). Acesso em: 13 set. 2022.

SACIOTO, M. P. *et al.* Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [online]**, São Paulo, v. 33, n. 10, p. 292-296, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001000004>. Acesso em: 7 maio 2022.

SILVEIRA, R. *et al.* Reflexões sobre a coleta do quesito raça/cor na Atenção Básica (SUS) no Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade [online]**, São Paulo, v. 30, n. 2,

e200414, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200414>. Acesso em: 26 out. 2022.

SINGH, S.; REMWZ, L.; TARTAGLIONE, A. **Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review**. New York: Guttmacher Institute/IUSSP, 2010. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/compilations/IUSSP/abortion-methodologies.pdf>. Acesso em; 10 nov. 2021.

SUAREZ, J. 90% dos abortos atendidos pelo SUS são feitos com procedimento ultrapassado. Azmina, 2022. Disponível em: <https://azmina.com.br/reportagens/abortos-atendidos-pelo-sus-sao-feitos-com-procedimento-ultrapassado/>. Acesso em: Acesso em; 10 nov. 2021.

ULIANA, M. D. *et al.* Internações por aborto no Brasil, 2008-2018: estudo ecológico de série temporal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, Brasília, v. 31, n. 1, e2021341, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100017>. Acesso em: 3 maio 2022.

WHO - WORD HEALTH ORGANIZATION. **Medical Management of abortion**. Geneva: Who, 2018.

## APÊNDICE A- CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

### CATEGORIA: PERCEPÇÃO SOBRE AS TÉCNICAS

"A minha percepção mesmo [...] que a Amiu aqui não está sendo feita como era para ser. 43F01

"... os médicos que fazem cureta aqui, são bem habilitados para fazer..." 43F01

"[...] Talvez o tempo de internação seja menor no caso da Amiu". 53F02

"Tinha muito caso que não precisaria de curetagem, porque na curetagem você expõe muito mais a paciente com uso da cureta, que pode depois ter uma intercorrência para a mulher. Só que, pelo comodismo, não comodismo, mas eles acabam utilizando muito mais a técnica de curetagem, e eu já ouvi também alguns relatos deles falarem que as vezes não terem as cânulas disponíveis que eles gostariam". 32F03

"Então a gente sabe que no primeiro trimestre a melhor coisa é o Amiu, é muito melhor para a mulher, só que infelizmente a gente vê que eles fazem muito mais a adoção pela cureta".32F03

"Muito mais cureta, porque são poucos os profissionais que tem capacitação para fazer Amiu aqui no hospital, infelizmente". 30F04

"Não, eu não vi diferença assim nos critérios de escolha não, eu acho que aumentou muito o número de abortamento né, aqui no hospital a gente tem quatro leitos em tese que são específicos para pacientes em observação pela ginecologia, que na maioria das vezes são pacientes de abortamento em curso, ou abortamento retido na pandemia a gente começou a ficar com nove 10,11 pacientes".30F04

"Eu acho que durante a pandemia o Amiu passou a ser a técnica mais utilizada"

**CATEGORIA: DILEMA ÉTICO**

“É, a paciente fez um aborto, e necessitou de transfusão e aí teve aquele dilema da família não querer, por causa da religião dela”. 37F06

“Em relação ao abortamento, então, eu acredito que a paciente tem o direito de abortamento legal [...]as por causa de violência sexual, eu acredito que a paciente tem o direito, mas se eu tiver que executar se não tiver outra pessoa que possa executar, porque pra minha é muito delicado sabe, pra qualquer pessoa é, se eu puder não executar, eu preferiria”. 26M07

**CATEGORIA: NECESSIDADE DE APRIMORAMENTO TÉCNICO DOS MÉDICOS**

---

“Eu vejo é porque precisava mesmo é de um curso para difundir mais para todos os plantonistas terem habilidade que não é difícil, ne, só questão de formação e também para ser mais rápido o tempo de internação”. 43F01

“[...]treinamento profissional”.30F04

“Eu acho que é uma questão de treinamento, pode não ter treinamento, ou ele não se sentir apto para fazer, e eu não tiro a razão dele, porque é melhor ele não fazer do que ficar brincando né, assim, vou fazer só pra poder a

### CATEGORIA INSUMO PARA REALIZAR A AMIU

"[...] aqui na unidade eu tenho insumos para fazer".43F01

**"Então tem que difundir mais. Tem material também, até que anda tendo material, mas se for fazer todas Amiu vai faltar, então vai ter que ter mais cânula...[...]porque ainda se faz muita cureta, então..." 43F01**

"Esse material é reutilizável né, ele vai para o CME para ser esterilizado". 49F05

**"É porque as cânulas, seringas de aspiração elas são esterilizadas aqui". 26M07**

**"Não falta né, idealmente não era para ser esterilizada né mais, a gente esteriliza e sempre tem aqui". 26M07**

### CATEGORIA: INFLUENCIA DA PANDEMIA DE COVID-19 NO PROCESSO DE DE ESCOLHA DA TECNICA DE TRATAMENTO PÓS ABORTO.

"Nenhuma [...] sem qualquer alteração nesse tipo de emergência". 43F01

"Não. Nenhuma. Porque a área de atenção emergencial não sofreu nenhum tipo de alteração". 53F02

**"Teve muitos casos, isso a gente percebeu o tanto que a gente estava lidando, teve superlotação durante período de isolamento, numa enfermaria que era pra ficar 3, 4 pacientes, as vezes a gente encontrava uma enfermaria com seis, o dobro, por causa disso". 32F03**

"Não, havendo a necessidade do médico, agir de acordo com a conduta mesmo dele. A pandemia ao meu ver não influenciou em nada não". 37F06

**"Aqui no hospital, como a gente costuma não atender pacientes com**

## APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA

### APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO- PROFISSIONAIS DE SAÚDE

#### APÊNDICE B ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

##### I. Parte Direcionada a todas as categorias dos participantes profissionais de saúde

###### Perfil sociodemográfico

Prezado (a) participante, fique estritamente à vontade para deixar de responder qualquer questionamento abaixo solicitado. Nenhuma informação capaz de o (a) identificar será divulgada.

###### 1. Área de atuação profissional:

- Enfermeiro (a)  
 Ginecologista/ obstetra  
 Técnico (a) de Enfermagem  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

###### 2. Gênero:

- Feminino ( ) Masculino

###### 3. Faixa etária

- de 18 a 24 anos ( ) de 36 50 anos ~~anos~~  
 de 25 a 35 anos ( ) acima de 51 anos

###### 4. Estado civil:

- não possui companheiro (a)  
 possui companheiro cônjuge (a)

###### 5. Qual sua orientação religiosa?

- católica  
 evangélico  
 umbanda/ candomblé  
 Agnóstico/ateu  
 Espírita  
 Outra \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional: \_\_\_\_\_

###### 6. Possui especialização?

- não  
 Sim \_\_\_\_\_

**v. a qual especialização:**

- não  
 Especialização \_\_\_\_\_  
 Mestrado  
 Doutorado  
 Area: \_\_\_\_\_

- II. Parte - Conhecimento sobre as técnicas de tratamento do abortamento.  
 Direcionada a todas as categorias dos participantes profissionais de saúde.**

1. Quais técnicas são utilizadas na unidade para abordagem do pós-abortamento no primeiro trimestre gestacional?
2. No período da pandemia da Covid-19, observou alguma alteração na escolha médica pela técnica terapêutica pós-abortamento? Se sim, quais motivos entende ter motivado a alteração?
3. Conte-me se já enfrentou algum dilema ético relacionado ao aborto.

**Perguntas específicas para os profissionais de saúde - médicos**

4. Qual o critério usado para eleição da técnica de tratamento para o pós-abortamento no primeiro trimestre gestacional? E por quê?
5. Qual das técnicas mais usa, no primeiro trimestre gestacional, e por quê?
6. O que lhe faz optar entre a técnica de dilatação e curetagem ou ~~amni~~ para tratamento do pós-abortamento, no primeiro trimestre gestacional?

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/FS**

Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 13 de 14



Continuação do Parecer: 5.232.338

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

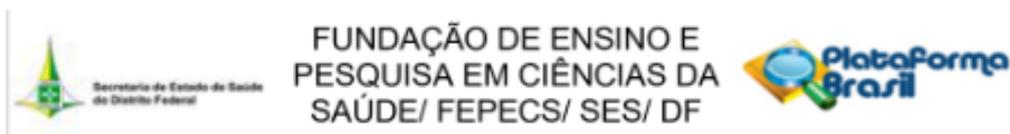
BRASILIA, 09 de Fevereiro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Fabio Viegas Caixeta**  
**(Coordenador(a))**

---

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/FEPECS



Continuação do Parecer: 5.385.054

Outros	APENDICE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO PROFISSIONAIS DE SAUDE.pdf	28/11/2021 15:29:55	Silva	Aceito
Outros	Apendice roteiro de Entrevistas estruturado Profissionais de Saude.pdf	28/11/2021 15:25:13	Daiana Maria Santos de Sousa Silva	Aceito
Outros	APENDICE BROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO PROFISSIONAIS DE SAUDE.docx	28/11/2021 15:24:29	Daiana Maria Santos de Sousa Silva	Aceito
Outros	Apendice A Dados de Prontuarios.pdf	28/11/2021 15:23:12	Daiana Maria Santos de Sousa Silva	Aceito
Outros	Apendice A Dados de Prontuarios.docx	28/11/2021 15:22:44	Daiana Maria Santos de Sousa Silva	Aceito
Outros	Planilha de Orcamento.docx	28/11/2021 15:21:58	Daiana Maria Santos de Sousa Silva	Aceito
Outros	Curriculo Lattes Daiana Maria Santos de Sousa Silva.pdf	28/11/2021 15:21:02	Daiana Maria Santos de Sousa Silva	Aceito
Outros	Curriculo Lattes Rosamaria Giatti Carneiro.pdf	28/11/2021 15:20:29	Daiana Maria Santos de Sousa Silva	Aceito

## Lista de Instituições deste Projeto Coparticipante

CNPJ	Nome da Instituição
00.394.700/0008-12	HOSPITAL REGIONAL DO GAMA
	Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB

## Situação do Parecer:

Aprovado

## Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 03 de Maio de 2022

Assinado por:  
Marcondes Siqueira Carneiro  
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)2017-1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br

## ANEXO C PRODUTO DERIVADO DO ESTUDO

## ARTIGO

 Saúde e Sociedade

[Início](#)

[Autor](#)

---

Confirmação da submissão [Imprimir](#)

---

**Obrigado pela sua submissão**

---

**Submetido para**  
Saúde e Sociedade

**ID do manuscrito**  
SAUSOC-2022-0762

**Título**  
CURETA OU CÂNULA: a eleição da abordagem terapêutica pós-aborto de primeiro trimestre gestacional em dois hospitais públicos do Distrito Federal

**Autores**  
SOUSA, DAIANA  
Cameiro, Rosamaria

**Data de submissão**  
10-out-2022

---

---

Para acesso a íntegra do artigo ou do Termo de Ajustamento de Conduta acesse o link abaixo:

[https://drive.google.com/drive/folders/1\\_tx30dEjKDTw3h6EGSSse4C\\_T1pFIP5u?usp=share\\_link](https://drive.google.com/drive/folders/1_tx30dEjKDTw3h6EGSSse4C_T1pFIP5u?usp=share_link)