



## Perfil de mulheres com perda gestacional do Rio Grande do Sul

Profile of womens with preegnancy loss in Rio Grande do Sul

Perfil de mujeres con pérdida de embarazo en Rio Grande do Sul

Isadora Santos Gomes<sup>1</sup>, Monique Eva Vargas Cardoso<sup>2</sup>, Rubellita Holanda Pinheiro Cunha Gois<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar o perfil de mulheres com perda gestacional do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudo quantitativo, de natureza descritiva-exploratória e transversal. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2022. A população foi constituída por 117 mulheres, tendo os seguintes critérios de inclusão: perda até as 20 semanas de gestação, ocorridas entre os anos de 2012 a 2020, com idade de 18 a 45 anos, mulheres com acesso à internet e moradoras do estado do Rio Grande do Sul. **Resultados:** Observou-se maior prevalência na faixa etária entre 25 e 30 anos 29,9%, 86,3% brancas, 75,2% eram casadas ou união estável, 47,9% possuíam  $\geq 4$  salários mínimos, 68,4% não tinham doenças prévias, 52,1% ocorreu o aborto antes das 8 semanas de gestação, 67,5% apresentaram apenas uma perda gestacional, 58,1% tiveram abortamento completo, 84,3% realizaram curetagem, 68,4% não descobriram a causa e 81% não tiveram complicações pela perda gestacional. **Conclusão:** Identificou-se no estudo que a maior prevalência de risco no perfil de mulheres com perda gestacional foram: brancas, com ensino superior incompleto, casadas ou em união estável.

**Palavras-chave:** Aborto, Fatores de risco, Gravidez, Perfil de saúde.

### ABSTRAC

**Objective:** Identify the profile of women with pregnancy loss in Rio Grande do Sul. **Methods:** Quantitative, descriptive and cross-sectional study. Data collection was carried out from August to October 2022. The population consisted of 117 women, with the following inclusion criteria: loss up to 20 weeks of pregnancy, occurring between the years 2012 to 2020, aged 18 to 45 years old, women with internet access and residents of the state of Rio Grande do Sul. **Results:** A higher prevalence was observed in the age group between 25 and 30 years old (29.9%), 86.3% white, 75, 2% were married or in a stable union, 47.9% had  $\geq 4$  minimum wages, 68.4% had no previous illnesses, 52.1% had an abortion before 8 weeks of gestation, 67.5% had only one pregnancy loss, 58.1% had a complete miscarriage, 84.3% underwent curettage, 68.4% did not discover the cause and 81% had no complications due to pregnancy loss. **Conclusion:** The study identified that the highest prevalence of risk in the profile of women with pregnancy loss were: white, with incomplete higher education, married or in a stable union.

**Keywords:** Abortion, Risk factors, Pregnancy, Health profile.

### RESUMEN

<sup>1</sup> Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT), Taquara-RS.

**Objetivo:** Identificar el perfil de las mujeres con pérdida del embarazo en Rio Grande do Sul. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. La recolección de datos se realizó de agosto a octubre de 2022. La población estuvo conformada por 117 mujeres, con los siguientes criterios de inclusión: pérdida de hasta 20 semanas de gestación, ocurrida entre los años 2012 a 2020, edad de 18 a 45 años, mujeres con acceso a internet acceso y residentes del estado de Rio Grande do Sul. **Resultados:** Hubo un 29,9% mayor prevalencia en el grupo de edad entre 25 y 30 años, 86,3% blanca, 75,2% casada o en pareja estable, 47,9% tenía  $\geq 4$  salarios mínimos, 68,4% no tenía enfermedades previas, 52,1 % había ocurrido antes de las 8 semanas de gestación, el 67,5% tuvo solo una pérdida del embarazo, el 58,1% tuvo un aborto espontáneo completo, el 84,3% se sometió a un procedimiento de legrado, el 68,4% no supo la causa y el 81% no tuvo complicaciones por la pérdida del embarazo. **Conclusión:** Se identificó en el estudio que las mayores prevalencias de riesgo en el perfil de mujeres con pérdida de embarazo fueron: blancas, con estudios superiores incompletos, casadas o en relación estable.

**Palabras clave:** Aborto, Factores de riesgo, Embarazo, Perfil de salud.

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1970), o aborto é definido pela interrupção da gravidez ou incapacidade de desenvolvimento intrauterino, decorrente da inviabilidade na duração da gestação, peso do feto ou comprimento. O abortamento é a perda até a 20ª semana ou feto com menos de 500g. Estima-se que em 12 a 15% das gestações, a perda gestacional seja diagnosticada clinicamente (MARTINS C, *et al.* 2017).

No Brasil o abortamento é considerado um grave problema de saúde pública, estimativas comprovam que ocorrem mais de um milhão de abortamentos por ano, visto que é considerado a causa principal de morte materna no país (BRASIL, 2014).

O abortamento tem maior incidência em países em desenvolvimento, sendo uma das causas de mortalidade materna no mundo relacionados a vulnerabilidade, educação, aspectos sociais, culturais, religiosos e econômicos, principalmente pela falta de informação e direitos humanos. Para muitas mulheres a ocorrência do aborto é planejado, tendo como causas: falta de planejamento reprodutivo, falhas de contraceptivos, uso irregular ou inadequado deles, violência sexual, ausência de parceiro/companheiro e dificuldades financeiras (BRASIL, 2014).

A cada ano há uma estimativa de 208 milhões de mulheres no mundo que ficam grávidas, sendo que apenas 59% (123 milhões) escolhem ter uma gravidez planejada e desejada, podendo levar ao nascimento, perda gestacional espontânea ou morte fetal intrauterina (OMS, 2013).

Conforme a idade gestacional o aborto pode ser caracterizado como precoce até a 12ª semana e tardio entre a 13ª e a 20ª semana de gestação; espontâneo ou provocado sem intervenções, sendo esse o mais frequente; seguro e inseguro, sendo o seguro realizado por médico habilitado e o inseguro um procedimento que provoca riscos à vida e realizado em ambiente de condições inadequadas. Diante disso, os abortamentos são classificados de acordo com os sinais e sintomas apresentados (FEBRASGO, 2018) e são eles:

A ameaça de aborto é determinada por sangramento via vaginal ocorrido até à 20ª semana de gestação, com colo do útero fechado e sem eliminação do conteúdo. Abortamento retido é caracterizado pela permanência/retenção do conteúdo do aborto em gestações interrompidas entre a 8ª semana ou mais de gestação. Abortamento inevitável são episódios de sangramentos e dor abdominal relacionados a dilatação, podendo ocorrer também ruptura da bolsa amniótica, sendo confirmado pela eliminação do líquido. Em geral, após algumas horas os sintomas evoluem para abortamento completo ou incompleto e o abortamento incompleto é decorrente da expulsão incompleta do material ovular intrauterino, onde a mulher apresenta sangramento vaginal e dor abdominal (MARTINS C, *et al.* 2017).

Abortamento completo é definido pela eliminação completa do feto, sem necessidade de intervenções clínicas e os sintomas geralmente começam com sangramento e dores, que aliviam após a expulsão ovular do material (FEBRASGO, 2018). Abortamento infectado ocorre com frequência por infecção uterina polimicrobiana e provocadas, realizado por abortamentos inseguros com técnicas inadequadas. É considerado um problema grave e deve ser iniciado o tratamento precocemente, para evitar o desenvolvimento de peritonite (BRASIL, 2014).

O aborto legal é um procedimento autorizado quando a gravidez é resultado de abuso sexual ou que coloca em risco a saúde da mulher, conforme previsto no artigo 128 da Lei nº 2.848 de 07 de Dezembro de 1940. Além disso, essa lei garante que não há necessidade de comprovante indicando a violência sexual para a realização desse procedimento.

O principal fator de risco na ocorrência de abortamento é a idade materna, por alta incidência de cromossomopatias, sendo que as taxas aumentam conforme a idade. Entre 20 a 30 anos o risco é de 10% a 17%, entre 31 a 35 anos apresenta risco de 20%, entre 36 a 40 anos o risco é de 40%, entre 41 a 45 anos 80% de risco de abortamento (BRASIL, 2022).

Conforme estudo realizado por Diniz D, et al. (2017), uma a cada 5 mulheres com 40 anos já sofreram pelo menos um aborto, podendo ser persistente e frequente em mulheres de todas as classes sociais, com baixa escolaridade, pardas, pretas, indígenas e que residem na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

No Brasil os dados sobre abortamento e suas principais complicações ainda são incompletos, não permitindo uma estimativa de abortos que ocorrem no país, necessitando de mais estudos relacionados a temática (CARDOSO B, et al. 2020). Portanto este trabalho possibilitará maiores esclarecimentos sobre o assunto e melhor visualização do atual cenário. Diante desse problema de saúde, a pesquisa teve o objetivo de identificar o perfil de mulheres com perda gestacional do Rio Grande do Sul.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva-exploratória e transversal. A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2022. A população foi constituída por 117 mulheres, tendo os seguintes critérios de inclusão: perda gestacional até as 20 semanas de gestação, ocorridas entre os anos de 2012 a 2020, com faixa etária entre 18 e 45 anos, mulheres com acesso à internet e moradoras do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

A estratégia aplicada de amostragem foi Snowball ou Bola de Neve, que é uma técnica não probabilística, no qual os participantes indicaram novos participantes e, assim sucessivamente, até o pesquisador alcançar o total da amostra. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa iniciou a coleta de dados, onde os participantes foram contatados por redes sociais, e-mail e whatsapp.

Ao acessar o link, a participante leu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e aceitando participar, iniciou respondendo as questões do questionário. O questionário contou com questões de múltiplas escolhas, referente à profissão, idade, escolaridade, cidade de residência, estado civil, histórico de saúde e questões relacionadas à perda gestacional.

Os dados do estudo foram coletados através do formulário Google Forms, armazenados e organizados em planilha de Excel. As variáveis foram descritas por números absolutos e frequências. Para avaliar as associações entre as variáveis, o Teste Qui-quadrado foi aplicado em conjunto com a análise dos resíduos ajustados. O nível de significância adotada foi de 5% e as análises foram realizadas no programa estatístico Statistical Package for Social (SPSS) versão 27,0. O valor de "p" menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e registrado na Plataforma Brasil da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE: 60423322.0.0000.8135; PARECER: 5.596.522). Ainda que não houve ganhos diretos comprovadamente decorrentes da pesquisa, os benefícios observados foram esclarecer as

facilidades e dificuldades enfrentadas pela perda gestacional. Como riscos, mesmo que mínimos, pontuou-se a possibilidade de constrangimento ao responder às questões da pesquisa e também ao abalo emocional e psicológico que foi causado pela perda gestacional na mulher. Após a coleta de dados, as pesquisadoras realizaram o download dos dados e gravação em um pen drive, sendo deletado os dados do computador. O estudo está de acordo com as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos – Resolução 510/2016, (BRASIL, 2016) e Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2018).

Conforme o Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, as participantes não foram obrigadas a responder as questões que não se sentiam confortáveis, dando seguimento no questionário sem nenhum prejuízo.

## RESULTADOS

Fizeram parte do estudo 117 participantes, sendo que uma foi excluída por respostas inconclusivas. Essas mulheres tiveram perda gestacional entre os anos de 2012 a 2020. Conforme a **Tabela 1**, foram analisados dados sociodemográficos atuais, onde os dados profissionais demonstraram várias colocações, sendo a maioria das mulheres 38 (32,5%) da área da saúde, 13 (11,1%) da área da educação e 50 (42,7%) de outras áreas. Com relação a cor, a maioria das mulheres que responderam são de cor branca 101 (86,3%), 12 (10,3%) pardas e 4 (3,4%) pretas. A idade das participantes prevaleceu na faixa etária maior de 30 anos (74,4%).

Quanto à cidade de moradia, 65 (53%) residem na Região Metropolitana de Porto Alegre e 21 (18,1%) das mulheres residem em Porto Alegre, considerando uma amostra de 116 respostas, devido uma participante não responder. Com relação à escolaridade, 56 (47,9%) têm ensino superior completo, 31 (26,5%) têm ensino superior incompleto e 21 (17,9%) ensino médio completo.

**Tabela 1** - Perfil de mulheres analisados atualmente (n=117).

Variáveis	N	%
<b>Profissão</b>		
Área da saúde	38	32,5
Área da educação	13	11,1
Estudante	2	1,7
Advogada	5	4,3
Área calçadista	1	0,9
Área administrativa	8	6,8
Outros	50	42,7
<b>Cor</b>		
Branca	101	86,3
Parda	12	10,3
Preta	4	3,4
<b>Idade</b>		
Entre 18 e 25 anos	11	9,4
Entre 25 e 30 anos	19	16,2
Entre 30 e 35 anos	23	19,7
Maiores de 35 anos	64	54,7
<b>Cidade de moradia (116)*</b>		
Porto Alegre	21	18,1
Região Metropolitana	65	53,0
Vale do Paranhana	20	17,2
Outros	10	8,6
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	2	1,7
Ensino fundamental completo	3	2,6
Ensino médio incompleto	4	3,4

Ensino médio completo	21	17,9
Ensino superior incompleto	31	26,5
Ensino superior completo	56	47,9

**Legenda:** As variáveis estão expressas em percentuais e números absolutos.

\*Amostra menor, pois uma participante não respondeu à pergunta.

**Fonte:** Gomes IS, et al., 2024.

A **Tabela 2** analisou o perfil de mulheres no momento da perda gestacional. Com relação ao estado civil, 88 (75,2%) eram casadas ou viviam em união estável durante a perda e 16 (13,7%) estavam morando juntos. De acordo com a renda familiar, 56 (47,9%) possuíam  $\geq 4$  salários mínimos, 32 (27,4%) viviam com 2 a 3 salários mínimos e 21 (17,9%) com 1 a 2 salários mínimos. Com relação à idade, houve uma prevalência 35 (29,9%) entre as idades de 25 e 30 anos, porém vale destacar que mulheres maiores de 35 anos apresentaram um potencial significativo 33 (28,2%) na perda gestacional.

**Tabela 2 - Perfil de mulheres segundo a perda gestacional (n=117).**

Variáveis	N	%
<b>Estado civil</b>		
Solteira	11	9,4
Casada/ Em união estável	88	75,2
Morando junto	16	13,7
Namorando	2	1,7
<b>Renda familiar</b>		
Até 1 salário mínimo	6	5,1
De 1 a 2 salários mínimos	21	17,9
De 2 a 3 salários mínimos	32	27,4
4 Salários mínimos ou mais	56	47,9
Não especificado	2	1,7
<b>Idade</b>		
Entre 18 e 25 anos	25	21,4
Entre 25 e 30 anos	35	29,9
Entre 30 e 35 anos	24	20,5
Maiores de 35 anos	33	28,2

**Legenda:** As variáveis estão expressas em percentuais e números absolutos.

**Fonte:** Gomes IS, et al., 2024.

A **Tabela 3** avaliou a perda de mulheres segundo o histórico da perda gestacional, onde foi constatado que 80 (68,4%) das mulheres não tinham doenças prévias relacionadas à perda, já 19 (16,2%) apresentaram ansiedade e depressão, 6 (5,1%) hipertensão arterial e outros problemas não especificados. Ao analisar a idade gestacional da perda, observou-se que ocorreu com mais frequência antes das 8 semanas de gestação 61 (52,1%), 46 (39,3%) entre 8-12 semanas e 10 (8,5%) das mulheres com mais de 16 semanas. Concluiu-se que a maioria das perdas ocorreram no primeiro trimestre da gestação.

Na história pregressa das pacientes, 79 (67,5%) apresentaram apenas uma perda gestacional, 23 (19,7%) duas perdas gestacionais, 11 (9,4%) tiveram três perdas gestacionais e 4 (3,4%) com 4 ou mais perdas. Ao analisar a paridade segundo à perda gestacional, demonstrou que 65 (55,6%) sofreram perda gestacional na primeira gestação, já 35 (29,9%) na segunda gestação e 17 (14,5%) na terceira gestação ou mais.

Outro fator analisado foi o uso de substâncias (cigarro e álcool) durante a gestação, sendo que 111 (94,4%) das mulheres não utilizavam substâncias, já 5 (4,3%) fumavam ou bebiam e 1 (0,9%) fazia o uso das duas substâncias durante a gestação.

Na análise do tipo de aborto, 68 (58,1%) tiveram abortamento completo, 44 (37,6%) abortamento retido e 2 (1,7%) desenvolveram uma gravidez ectópica. Somente 51 (43,6%) mulheres descreveram o tipo de procedimento realizado após o aborto, onde 43 (84,3%) tiveram que realizar curetagem, 5 (9,8%) realizaram AMIU (Aspiração Manual Intrauterina) e 3 (5,9%) necessitaram realizar salpingectomia.

Ao analisar a causa da perda gestacional, 80 (68,4%) não foi descoberta a causa, somente 36 (30,8%) descobriu, sendo que 12 (33,3%) apresentaram malformação do feto, 6 (16,7%) alteração hormonal e 5 (13,9%) distúrbio genético.

Além disso, considerando uma amostra de 116 respostas, 94 (81%) das mulheres não apresentaram complicações por perda gestacional, mas 12 (10,3%) tiveram complicações por hemorragia e 8 (6,9%) por infecção.

**Tabela 3** - Perfil de mulheres segundo o histórico da perda gestacional (n=117).

Variáveis	N	%
<b>Problema de saúde quando ocorreu a perda</b>		
Nenhum	80	68,4
Ansiedade/depressão	19	16,2
Problemas de coagulação	4	3,4
Hipotireoidismo/hipertireoidismo	4	3,4
Hipertensão	6	5,1
Diabetes	1	0,9
Asma	4	3,4
Outro	6	5,1
<b>Idade gestacional da perda</b>		
Menos 8 semanas	61	52,1
8 - 12 semanas	46	39,3
Mais de 16 semanas	10	8,5
<b>Quantidade de perdas</b>		
1 perda gestacional	79	67,5
2 perdas gestacionais	23	19,7
3 perdas gestacionais	11	9,4
4 ou mais perdas gestacionais	4	3,4
<b>Paridade da perda gestacional</b>		
Primeira gestação	65	55,6
Segunda gestação	35	29,9
Terceira ou mais gestações	17	14,5
<b>Fumava ou bebia</b>		
Sim	5	4,3
Não	111	94,9
Os dois	1	0,9
<b>Tipo de aborto</b>		
Abortamento completo	68	58,1
Abortamento retido	44	37,6
Ectópica	2	1,7
Espontâneo	2	1,7
Não especificado	1	0,9
<b>Procedimento</b>		
Sim	51	43,6
Não	66	56,4
<b>Tipo de procedimento (51)</b>		
Curetagem	43	84,3
Amiu	5	9,8
Retirada das trompas	3	5,9
<b>Causa descoberta</b>		
Sim	36	30,8
Não	80	68,4
Não sei	0	0
Ainda não	1	0,9
<b>Tipo da causa (36)</b>		
Malformação do feto	12	33,3

Problemas de coagulação	3	8,3
Malformação do útero	3	8,3
Distúrbio genético	5	13,9
Infecção	3	8,3
Alteração hormonal	6	16,7
Não lembro/não sei	4	11,1
<b>Complicação (116)*</b>		
Sim, infecção	8	6,9
Sim, hemorragia	12	10,3
Não	94	81,0
Não lembro/não sei	2	1,7

**Legenda:** As variáveis estão expressas em percentuais e números absolutos.

\*Amostra menor, pois uma participante não respondeu à pergunta.

**Fonte:** Gomes IS, et al., 2024.

A **Tabela 4** avaliou a correlação entre o perfil de mulheres com perda gestacional relacionado ao estado civil e paridade. A paridade foi considerada: 1 perda gestacional, 2 perdas gestacionais e 3 perdas gestacionais.

Ao correlacionar o estado civil com a paridade, demonstrou estatisticamente significativo ( $P=0,0496$ ), sendo assim, mulheres casadas ou em união estável tem um risco maior de ter 2 a 3 perdas gestacionais, quando comparadas a mulheres solteiras.

**Tabela 4** - Características da amostra e associação de perfil de mulheres com perda gestacional entre estado civil e paridade

Variáveis	Perdas gestacionais (N%)			p < 0,05
	1°	2°	3°	
Solteira	11 (13,92%) *	0 (0%)	0 (0%)	0,049
Casada/união estável	52 (65,82%)	21 (91,3%) *	15 (100%) *	
Morando junto	14 (17,72%)	2 (8,7%)	0 (0%)	
Namorando	2 (2,54%)	0 (0%)	0 (0%)	

**Legenda:** \*Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados. A 5% de significância.

&Teste Qui-quadrado.  $p < 0,05$ .

**Fonte:** Gomes IS, et al., 2024.

A **Tabela 5** realizou a correlação do perfil de mulheres pelas variáveis raça/cor e a causa descoberta da perda gestacional. Ao correlacionar as variáveis, os resultados mostraram significância ( $P=0,041$ ), ou seja, mulheres brancas apresentam um risco aumentado para perda gestacional relacionado às outras raças, mesmo sem descobrir a razão pela causa ocorrida.

**Tabela 5** - Perfil de mulheres relacionado a cor associado a causa descoberta da perda gestacional.

Variáveis	Sim (N %)	Não (N%)	p < 0,05
Branca	27 (75,0%)	73 (91,25%) *	0,041
Parda	6 (16,7%)	6 (7,50%)	
Negra	3 (8,3%)	1 (1,25%)	

**Legenda:** \*Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados. A 5% de significância.

&Teste Qui-quadrado.  $p < 0,05$ .

**Fonte:** Gomes IS, et al., 2024.

A **Tabela 6** mostra a correlação do perfil de mulheres com escolaridade associado às complicações desenvolvidas após a perda gestacional.

Ao associar as variáveis da escolaridade com relação às complicações desenvolvidas após a perda gestacional, apresentou estatisticamente significativo ( $P=0,011$ ), sendo assim, mulheres com ensino superior completo têm menor risco de desenvolver complicações após a perda gestacional, já as mulheres com ensino superior incompleto têm maior risco em desenvolver as complicações.

**Tabela 6** - Perfil de mulheres associado à escolaridade relacionado às complicações após perda gestacional.

Variáveis	Sim (N %)	Não (N %)	$p < 0,05$
Ensino fundamental incompleto	1 (5,0%)	1 (1,06%)	0,011
Ensino fundamental completo	0 (0%)	2 (2,12%)	
Ensino médio incompleto	3 (15,0%) *	1 (1,06%)	
Ensino médio completo	5 (25%)	15 (15,96%)	
Ensino superior incompleto	6 (30,0%)	24 (25,54%)	
Ensino superior completo	5 (25%)	51 (54,26%) *	

**Legenda:** \*Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados. A 5% de significância.

&Teste Qui-quadrado.  $p < 0,05$ .

**Fonte:** Elaborado pela autora (2024).

## DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível observar que a maioria das mulheres são brancas (86,3%), com idades de 25 a 30 anos (29,9%), destacamos também que mulheres maiores de 35 anos apresentaram um potencial significativo de perda gestacional (28,2%), com ensino superior completo (47,9%) e a maioria delas da área da saúde (32,5%). Concomitantemente, o estudo de Fortuna I, et al. (2020) demonstrou que grande parte das mulheres escolhem ter uma gravidez tardia com prevalência da idade acima dos 30 anos na primeira gestação. Já 41,5% também possuem nível superior de escolaridade, onde o autor relacionou com a busca de capacitação na vida acadêmica e a conquista da carreira profissional, com objetivo de ter independência e melhores condições financeiras, priorizando a carreira.

Mulheres com idade elevada e acima de 35 anos apresentam fator de risco significativo para malformação fetal e aborto espontâneo, por senilidade dos óvulos (RODRÍGUEZ C, et al. 2016).

No entanto, em outro estudo demonstrou associação contrária, mulheres com baixa escolaridade (até 8 anos de estudo) apresentaram falta de informação e conhecimento, fazendo com que as mulheres realizem o pré-natal tardio, com isso impossibilita a identificação precoce de complicações na gestação, desse modo, torna-se um importante fator de risco para aborto espontâneo (OLIVEIRA MTS, et al. 2020).

O estresse no trabalho também apresentou relação significativa com a perda gestacional. Atualmente as mulheres altamente instruídas estão ocupando cargos gerenciais, que demanda uma carga de trabalho pesada, por consequência a falta de tempo para qualidade de vida, controle adequado da alimentação e precauções que são necessárias durante a gestação, podendo ocasionar em uma perda gestacional (BRINTON MC, et al 2019).

Se tratando da cor/raça, predominaram mulheres que se consideram brancas (86,3%). De acordo o estudo realizado por Botiglieri e Evangelista (2022), no total da amostra por abortos espontâneos, também foi predominante mulheres da cor branca (66%), similar ao estudo realizado por Soares e Cançado (2018), que mostraram a incidência de mulheres brancas na sua amostra (47,5%). No que concerne ao perfil das mulheres segundo a perda gestacional, o presente estudo mostrou que em sua maioria (75,2%) eram casadas ou estavam vivendo em união estável. No trabalho realizado por Da Silva J, et al. (2020), a maior parte delas eram casadas (73,3%), estavam na faixa etária dos 20 a 39 anos (93,4%) e tiveram entre uma e duas gestações.

A renda familiar do presente estudo teve maior prevalência (47,9%) 4 salários mínimos, já para De Barros S, et al. (2022), uma revisão sistemática, afirmou que tal realidade não é uniforme, mulheres de baixa

vulnerabilidade relacionado ao nível socioeconômico apresentam relação significativa para aborto espontâneo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem um papel fundamental na disponibilidade de acesso a serviços com brevidade, limitando as chances dessa problemática ser voltada somente para população com baixa condição socioeconômica, diferente das mulheres de condições socioeconômicas mais elevadas que têm acesso rápido aos serviços, prevenindo que ocorra uma perda gestacional.

Com relação à idade materna, houve uma prevalência entre as idades de 25 e 30 anos (29,9%), porém vale destacar que mulheres maiores de 35 anos apresentaram um potencial significativo na perda gestacional (28,2%). No trabalho realizado por Soares e Cançado (2018), o perfil de mulheres com perda gestacional prevaleceu com idade acima de 30 anos e também no primeiro trimestre de gestação.

Segundo De Sousa C, et al. (2021), a gestação tardia ou idade materna avançada é considerada um fator de risco, devido ocorrer em mulheres com idade igual ou maior a 35 anos. Esses fatores podem desencadear em sérias complicações como: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Pré-Eclâmpsia (PE), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), Aneuploidia Fetal e Aborto Espontâneo (MARTINS PL e MENEZES RA, 2022).

Em uma revisão sistemática e metanálise, onde o objetivo da pesquisa era identificar estudos com ocorrência de aborto em mulheres com e sem histórico de estresse psicológico, o estresse antes e durante a gestação foi associado com um risco elevado (42%) de aborto espontâneo (QU F, et al. 2017). De acordo com DeMontigny F. et al. (2020), mulheres que sofreram aborto nos últimos 4 anos, podem desenvolver problemas de saúde mental após o abortamento.

Estima-se que até 6 meses os sintomas de depressão são fatores de risco significativo, já a ansiedade e luto perinatal não apresentou significância referente ao tempo da perda. Na nossa pesquisa, 16,2% apresentavam ansiedade e depressão durante a perda gestacional, sendo que esses problemas podem estar concomitantemente associados aos fatores psicológicos de estresse.

No que tange à idade gestacional e paridade, observou-se em nosso estudo uma prevalência da perda gestacional antes das 8 semanas de gestação (52,1%), 67,5% teve 1 perda gestacional, sendo 55,6% na primeira gestação. No trabalho de Correia L, et al. (2018), mostra o oposto: cerca de 62,4% das pacientes sofreram aborto entre a segunda e terceira gestação, enquanto 22,6% delas tiveram a perda na primeira gestação.

Além disso, foi evidenciado que a idade e paridade são fatores de risco para o aborto, considerando que mulheres jovens tem mais chance de ter menos filhos ou não ter. Já para os autores Soares e Cançado (2018), 60% das mulheres tiveram perda gestacional antes de 12 semanas, 95% estavam no primeiro trimestre de gestação e 82,5% foram a primeira perda gestacional.

De acordo com os dados apresentados nesse estudo, a maior prevalência em relação a classificação do aborto, 58,1% são por abortamentos completos, sendo que 51 mulheres realizaram procedimentos, prevalecendo a curetagem uterina 84,3%. Na pesquisa De Almeida J, et al. (2021), a curetagem uterina é um procedimento cirúrgico realizado em casos de aborto, em ambiente hospitalar com necessidade de tempo de internação, ocorrendo um aumento de 10% entre os anos de 2017 a 2019.

Na análise dos dados, 81% das mulheres não apresentaram complicações por perda gestacional, mas 10,3% tiveram complicações por hemorragia, sendo que a escolaridade com ensino superior incompleto apresentou um risco de 30% para complicações após perda gestacional.

De acordo com estudo realizado por Freitas S, et al. (2020), das 3.569.661 internações por complicações de abortamento do ano de 2000 a 2015, o Nordeste foi a região com maior taxa de internação (7,0 internações/1.000 mulheres), já o Sul foi a região com a menor taxa de internação por complicações de perda gestacional (3,2). No Brasil estima-se que diariamente 535 internações no país são ocasionadas por aborto.

Em 2019 verificou que a cada 100 internações clínicas relacionadas a perda gestacional, 99 eram causadas por abortos espontâneos sem causa específica e apenas 1 aborto foi classificado como legal. As principais vítimas que morrem por aborto são mulheres com faixa etária entre 20-29 anos, solteiras e de cor parda/negra. Nos anos de 2009 a 2018, os registros do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentaram 721 mortes de mulheres por aborto, a maioria negras ou pardas, com falta de informações e cuidados humanizados. A cada 10 mulheres que vem a óbito, 6 são pretas ou pardas (BOMFIM V, et al. 2021).

Segundo Van DMM, et al. (2020), após duas perdas gestacionais, houve uma prevalência de causas de 5,3% para anormalidades cromossômicas e após três perdas gestacionais houve um aumento de 6,6% dos casos. Em outro estudo onde se avaliou a prevalência e as anormalidades cromossômicas em casais com aborto recorrente, o estudo demonstrou que o aborto é recorrente por anormalidades cromossômicas de 1,23% a 12%, devido as alterações estruturais (MARQUI ABT, 2018). Foi similar ao encontrado na nossa pesquisa, onde a maior prevalência de causa de perda gestacional foi por malformações do feto 33,3%.

## CONCLUSÃO

O abortamento no Brasil é considerado um grave problema de saúde pública, acarretando um impacto significativo na saúde da mulher, tanto no aspecto físico como psicológico. Diante do estudo, constatou-se após análise geral dos dados: mulheres brancas, casadas ou em união estável, têm uma prevalência de risco em ter 2 a 3 perdas gestacionais, além disso, mulheres que têm ensino superior completo têm menor risco de desenvolver complicações após a perda gestacional e mulheres com ensino superior incompleto têm um risco elevado em desenvolver as complicações. Por fim, reconhecemos que encontramos limitações na busca de atualizações científicas para contribuir com o estudo proposto, sabemos que a perda gestacional é um momento difícil, com uma possibilidade de viés da memória, devido a lembrança que é gerada por um momento comovente na vida da mulher. Se faz necessário mais pesquisas sobre o tema, com o intuito de agregar conhecimentos baseados em evidências e prevenir a ocorrência desse evento.

## REFERÊNCIAS

1. BOMFIM V, et al. Mortalidade por aborto no Brasil: Perfil e evolução de 2000 a 2020. *Research, Society and Development*, 2021.
2. BOTIGLIERI T e EVANGELISTA FF. Demographic profile and prevalence of spontaneous abortion in the health macro-regions of the state of Paraná. *Research, Society and Development*, 2022; 11(12): e320111234492–e320111234492.
3. BRASIL Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm). Acesso em: 22/11/2022.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Gestação de Alto Risco (MS, 2022). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>. Acesso em: 22/11/2022 .
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica: Aten o Humanizada ao abortamento. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n  4, 2. ed., 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-humanizada-ao-abortamento-norma-tecnica/>. Acesso em: 22/11/2022.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ofício Circular N  2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf). Acesso em: 22/11/2022.
7. BRASIL. Resolu o n  510, de 07 de abril de 2016. Institui as Normas Aplicáveis a Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 22/11/22.
8. BRASIL. Resolu o n  580, de 22 de março de 2018. Conselho Nacional de Saúde, 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 22/11/2022.
9. BRINTON MC. Beb s, trabalho ou ambos? Emprego e fertilidade de mulheres altamente educadas no leste da Ásia. *Am J Sociol.* julho de 2019.

10. CARDOSO B, et al. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 2020. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
11. CORREIA L, et al. Spontaneous and induced abortion trends and determinants in the Northeast semiarid region of Brazil: a transversal series. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2018; 18(1): p. 123-132. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.
12. DA SILVA J, et al. Perfil clínico, sociodemográfico e obstétrico de mulheres em situação de abortamento /Clinical, sociodemographic and obstetric profile of women undergoing abortion. *Brazilian Journal of Development*, 2020; 6(10): p. 76018–76027.
13. DE ALMEIDA J, et al. Incidence of women submitted to post-abortion uterine cureting in the public health service. *Research, Society and Development*, 2021; 10(1): p. e50410111901–e50410111901.
14. DE BARROS S, et al. Multiprofessional assistance in comprehensive support for women affected by spontaneous abortion: a systematic review. *Research, Society and Development*, 2022; 11(12): p. e315111234393.
15. DEMONTIGNY F, et al. Protective and risk factors for women’s mental health after a spontaneous abortion. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 28, 2020. *Rev Lat Am Enfermagem*.
16. DE SOUSA C, et al. Idade materna avançada: perfil obstétrico e neonatal em maternidade de município do Nordeste brasileiro. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 2021; 9(3).
17. DINIZ D, et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(2): p. 653–660. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
18. FEBRASGO. Aborto: classificação, diagnóstico e conduta. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 21/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal). Disponível em: <http://www.grupoamigo.com.br/admin/wp-content/uploads/2018/10/Aborto-Classificao-diagnostico-e-conduta.pdf>. Acesso em: 24/03/2022.
19. FREITAS S, et al. Tendência das internações hospitalares por complicações de aborto no Brasil, 2000-2015. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 12(10): p. e4526–e4526.
20. FORTUNA I, et al. Adiamento da gravidez: relação com fatores socioeconômicos e culturais / Postponing pregnancy: relationship with Socioeconomic and cultural factors. *Brazilian Journal of Development*, 2022; 8(3): p. 22094–22109.
21. MARTINS C, et al. *Rotinas em Obstetrícia*. 7 ed. Artmed, 2017.
22. MARTINS PL e MENEZES RA. Gestação em idade avançada e aconselhamento genético: um estudo em torno das concepções de risco. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2022.
23. MARQUI ABT. Chromosomal abnormalities in recurrent miscarriages by conventional karyotyping analysis. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2018; 18(2): p. 265–276. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.
24. OLIVEIRA MTS, et al. Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2020; 20(2): p. 361–372. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.
25. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para o sistema de saúde. 2ª ed., 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437\\_por.pdf?sequence=7](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf?sequence=7). Acesso em: 22/11/2022.
26. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Espontâneo Y Provocado. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Nº 461, 1970. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38296/WHO\\_TRS\\_461\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38296/WHO_TRS_461_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acesso em: 29/11/2022.
27. QU F, et al. The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, v. 7, 2017. Nature Publishing Group.
28. RODRÍGUEZ C, et al. Enfermedad trofoblástica gestacional diagnosticada en restos ovulares obtenidos de pacientes con abortos espontáneos. *Revista de obstetrícia y ginecología de Venezuela*, 2016; 76(2): p 76-84. Sociedad de obstetrícia y ginecología de Venezuela.
29. SOARES AM e CANÇADO FMAA. Perfil De Mulheres Com Perda Gestacional. *Revista da Associação Médica de Minas Gerais*, 2018; 28(1): p. 1-5.
30. VAN DMM, et al. Recurrent pregnancy loss: diagnostic workup after two or three pregnancy losses? A systematic review of the literature and meta-analysis. *Human reproduction update*, 2020; 26(3). *Hum Reprod Update*.