

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**MIRIAM FRANCO BORGES**

**ABORTO INSEGURO:**

**MOTIVAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS DESTA PRÁTICA**

**Porto Alegre**

**2012**

**MIRIAM FRANCO BORGES**

**ABORTO INSEGURO:**

**MOTIVAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS DESTA PRÁTICA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Helga G. Gouveia

**Porto Alegre**

**2012**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, que além de tornar todos os meus sonhos possíveis, me concede uma vida maravilhosa, repleta de saúde e com uma família que sempre me amou, independente do meu estado de humor.

Falando em família, agradeço pelo apoio, incentivo, confiança e paciência; em especial às minhas duas mães, Maria Odete e Márcia, que sempre me apoiaram incondicionalmente. Eu amo vocês!

Ao meu amado Otávio, que pacientemente me acompanha desde o pré-vestibular, sendo extremamente carinhoso e compreensivo, mesmo nos momentos mais turbulentos da graduação.

A minha amiga Fabiana, que mais que uma amiga, quase uma irmã gêmea, me apoiava e me divertia para aliviar as tensões do dia a dia.

As minhas colegas de faculdade Thais, Gabriele e Luiza, pela grande parceria que fizemos durante esses mais de quatro anos que estamos juntas. Muito obrigada pelo companheirismo, cumplicidade e parceria.

Aos meus amigos de infância, por compreenderem a minha ausência.

Aos colegas de trabalho do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em especial aos colegas do 1º B, que me deram força para aguentar a correria do dia a dia.

Aos professores da Escola de Enfermagem da UFRGS, em especial as professoras da disciplina de Cuidado à Mulher; pelo seu amor pela profissão, sua sabedoria, dedicação aos alunos e por me motivarem a praticar o cuidado humanizado nesta área maravilhosa.

E a minha orientadora Professora Helga G. Gouveia, que aceitou orientar duas alunas ao mesmo tempo, e mesmo assim, com sua incrível paciência e dedicação, me auxiliou muito na realização deste trabalho. Muito Obrigada!!

*“A enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela fria ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, pode se dizer, a mais bela das artes ...”.*

*Florence Nightingale*

## RESUMO

O aborto inseguro é definido pela Organização Mundial da Saúde como um procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizada por pessoas sem as habilidades necessárias, em um ambiente que não esteja em conformidade com mínimos padrões médicos, ou ambos. Para o Ministério da Saúde o abortamento representa um problema de saúde pública, com maior incidência em países em desenvolvimento, sendo uma das maiores causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil. Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil das mulheres que praticam aborto inseguro e identificar os motivos e as consequências dessa prática. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que teve como questão norteadora: O que leva as mulheres a praticar o abortamento inseguro e quais as consequências desta prática? Os dados do presente estudo foram obtidos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Base de Dados de Enfermagem (Bdenf). Para busca bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores segundo o DeCs (Descritores em Ciências da Saúde): aborto, aborto criminoso, aborto ilegal, aborto induzido, aborto provocado. Foram incluídos artigos referentes à área da saúde que abordaram a temática do aborto inseguro, escritos no idioma português, publicados nos últimos cinco anos (2007 a 2011), resultantes de pesquisas primárias qualitativas, quantitativas e estudos teóricos, artigos com acesso on-line em texto completo e que respondessem à questão norteadora do estudo. Os artigos que não contemplaram estes critérios foram excluídos. Para o registro das informações extraídas dos artigos foi elaborado um instrumento de coleta de dados. Este foi preenchido após a leitura dos resumos e da aplicação dos critérios de inclusão. O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ EEUFRGS). Foram selecionados 31 artigos para análise e interpretação dos dados. A maioria das publicações ocorreu em 2010 (35,4%), eram estudos qualitativos (54,8%), realizados na cidade de São Paulo e Alagoas (16,1%) cada. Em relação à caracterização das mulheres que praticaram aborto a maioria eram mulheres adultas (58%), negra/parda/mulata (22,5%), com baixo escolaridade (41,9%) e solteiras (54,8%). Quanto às motivos da prática do aborto inseguro, 54,8% foram gestações não planejadas, seguido pelo fato do parceiro não assumir o filho (35,4%). As principais consequências da prática do aborto inseguro foram a morte materna (38,7%) seguida pelas infecções (25,8%). Concluímos desta forma que é importante qualificar a assistência dos profissionais de Enfermagem para superar a discriminação e a desumanização do atendimento as mulheres em situação de abortamento, promovendo o acolhimento e fornecendo subsídios para o atendimento humanizado a estas mulheres.

**Palavras-chave:** Aborto. Aborto criminoso. Aborto ilegal. Aborto induzido. Aborto provocado.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Fluxograma da amostra de artigos.....	20
Quadro 1.	Artigos que compõem a amostra do estudo.....	21
Quadro 2.	Resultado da distribuição dos artigos publicados entre 2007 e 2011, segundo descritores e bases de dados.....	23
Quadro 3.	Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação.....	24
Gráfico 1.	Distribuição dos artigos segundo o tipo de estudo.....	25
Gráfico 2.	Percentual da distribuição dos artigos segundo o contexto do estudo.....	26
Gráfico 3.	Percentual de citações segundo a faixa etária das mulheres.....	27
Gráfico 4.	Distribuição das mulheres segundo a cor/etnia.....	28
Gráfico 5.	Distribuição das mulheres quanto à escolaridade.....	30
Gráfico 6.	Percentual de citações quanto ao tipo de união das mulheres.....	31
Gráfico 7.	Consequências da prática do aborto inseguro na vida da mulher.....	33
Gráfico 8.	Motivos da prática do aborto inseguro.....	34
Gráfico 9.	Consequências da prática do aborto inseguro na vida da mulher.....	36
Quadro 4	Limitações e recomendações dos autores.....	37

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVO</b>	<b>8</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
<b>3 CONTEXTO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
3.1 DEFINIÇÃO	9
3.2 CAUSAS DE ABORTAMENTO	9
3.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS – CONSIDERAÇÕES DA SITUAÇÃO NO MUNDO, BRASIL E PORTO ALEGRE.	9
3.4 ABORTO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	10
3.5 ABORTAMENTO INSEGURO: CONSIDERAÇÕES ÉTICAS SOBRE ESTA PRÁTICA	11
3.6 AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO	11
3.7 CONSEQUÊNCIAS DESTA PRÁTICA: COMPLICAÇÕES FÍSICAS E EMOCIONAIS	12
3.7 ATENDIMENTO/ASSISTÊNCIA À MULHER PÓS-ABORTO	13
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO	14
4.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	14
4.3 COLETA DE DADOS	14
4.4 AVALIAÇÃO DOS DADOS	15
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	15
4.6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	15
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>16</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>17</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ARTIGOS DO ESTUDO	20
6.2 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES QUE PRATICAM ABORTO INSEGURO	24
6.3 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES	35
<b>7 CONSIDERAÇÕES</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE B - QUADRO SINÓPTICO</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO - APROVAÇÃO COMPESQ</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o abortamento representa um grave problema de saúde pública, ocorre com maior incidência em países em desenvolvimento e é considerada uma das maiores causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil. Sua discussão envolve aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais. Vulnerabilidades como desigualdade de gênero, normas culturais e religiosas, desigualdade de acesso à educação e múltiplas dimensões da pobreza, fazem com que o aborto inseguro atinja e sacrifique, de forma mais devastadora, mulheres de comunidades pobres e marginalizadas (BRASIL, 2011).

De acordo com Domingos e Merighi (2010) e Mello (2011), no Brasil e na maior parte da América Latina, a solução para o aborto clandestino e inseguro é um desafio que perpassa a exigência de medidas urgentes no processo de descriminalização.

A temática do aborto inseguro é um assunto polêmico e importante, visto que o aborto encontra-se entre as principais causas de óbito materno no Brasil, juntamente com a hipertensão na gravidez, hemorragia, infecção puerperal, doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2012b). Cabe destacar que, em 1990, o aborto era a terceira causa obstétrica direta de óbito materno, passando para a quarta posição em 2007 (BRASIL, 2010).

Segundo estimativas da OMS, metade das gestações é indesejada em uma em cada nove mulheres recorre ao aborto. No Brasil, os cálculos mostram que o índice de abortamento é de 31%. Ou seja, ocorrem aproximadamente 1,44 milhões de abortos espontâneos e inseguros, com taxa de 3,7 para cada 100 mulheres (BRASIL, 2012a). De acordo com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, em 2004, 243.988 mulheres foram internadas para fazer curetagem pós-aborto (BRASIL, 2012a).

As questões relacionadas à morbimortalidade em mulheres que praticam o aborto inseguro também são importantes, visto que é um tema pouco discutido e que faz parte de um problema de saúde pública atual.

Desta forma torna-se relevante conhecer as discussões a respeito do aborto inseguro no Brasil, no sentido de conhecer o perfil das mulheres que o praticam, possibilitando caracterizar o grupo de risco e desta forma promover ações de prevenção, com objetivo de diminuir não só as taxas de mortalidade entre as mulheres que realizam esta prática, mas também no sentido de prevenir os danos físicos e emocionais decorrentes do aborto inseguro.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

Caracterizar o perfil das mulheres que praticam aborto inseguro.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) conhecer as características socioeconômicas das mulheres que praticam este tipo de aborto;
- b) caracterizar os motivos que levam essas mulheres a realizar esta prática;
- c) conhecer as consequências na vida da mulher que praticou aborto inseguro.

### 3 CONTEXTO TEÓRICO

#### 3.1 Definição

O aborto inseguro é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizada por pessoas sem as habilidades necessárias, em um ambiente que não esteja em conformidade com mínimos padrões médicos, ou ambos (BAROT, 2011).

O abortamento é uma intercorrência obstétrica, definida como a expulsão do concepto antes de sua viabilidade, com menos de 22 semanas de gestação, podendo ocorrer espontaneamente ou de forma induzida (VIEIRA *et al.*, 2007).

#### 3.2 Causas de Abortamento

As gestações não planejadas e os abortamentos provocados são atribuídos, em grande parte, ao atraso cultural, à paternidade irresponsável, ao uso inadequado de métodos anticoncepcionais, à falta de educação sexual e ao problema da gravidez na adolescência (NADER *e. al.*, 2008).

Vieira *et al.* (2007) chamam atenção para esse fenômeno no período da adolescência e sugerem haver uma procura para prática do aborto como meio de evitar filhos, visto que não fazem uso correto dos métodos anticoncepcionais.

#### 3.3 Considerações da situação do aborto no mundo, no Brasil e em Porto Alegre.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 99% das mortes maternas ocorrem nos países do Terceiro Mundo, onde o risco é de 100 a 200 vezes maior do que nos países ricos. Nada confortável é a 65ª posição que o Brasil ocupa no ranking mundial de mortalidade materna. Países muito mais pobres e com rendas per capita menores que o Brasil, como Uruguai, Chile e Cuba, têm coeficientes menores que 30/100.000 nascidos vivos (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Estima-se que dos quase 20 milhões de abortamentos inseguros que ocorrem no mundo por ano com conseqüente morte, complicações ou sequelas irreversíveis, 97% acontecem nos países em desenvolvimento (RAMOS, 2010). No Brasil, o abortamento contribui com 10 a 15% dos óbitos maternos, representa a quarta causa de mortalidade materna e está intimamente relacionado às desigualdades sociais brasileiras (RAMOS, 2010).

Em Porto Alegre, segundo Relatório de Mortalidade Materna do município, 555 mulheres morreram em idade fértil, sendo que 17 destas encontravam-se no ciclo gravídico puerperal e somente uma mulher teve como causa de seu óbito o abortamento séptico (PORTO ALEGRE, 2010).

### 3.4 Aborto: Um problema de saúde pública

As principais pesquisas sobre aborto no Brasil comprovam que a ilegalidade traz conseqüências negativas para a saúde das mulheres, pouco coíbe a prática e perpetua a desigualdade social, pois o aborto é vivido majoritariamente por mulheres pobres e que não tem acesso aos recursos médicos para o aborto seguro (BRASIL, 2008).

Sanitaristas, feministas, gestores e ministros de Estado no Brasil afirmam que o aborto é uma questão de saúde pública, contudo, apesar do vasto coro que o sustenta, o debate público sobre a descriminalização do aborto caminha a passos lentos (DINIZ; MENEZES, 2012).

Na última década, o aborto foi amplamente discutido na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) em 1994, no Cairo, e na Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995, em Beijing. O aborto realizado em condições inseguras foi incluído no Plano de Ações da Conferência do Cairo (parágrafo 8.25) “como questão de saúde pública, e os governos signatários, entre eles o Brasil, assumiram o compromisso de implementar serviços para reduzir a morbidade e a mortalidade por aborto em seus países” (DOMINGOS, 2010).

### 3.5 Abortamento Inseguro: Considerações éticas sobre esta prática

A grande maioria dos abortos inseguros acontece em países onde as leis do aborto são muito restritivas e onde ele é considerado ilegal. Dessa forma, muitas mulheres, diante de uma gravidez não planejada e indesejada, recorrem a meios clandestinos de realizar o aborto e acabam colocando em risco a própria vida (DOMINGOS, 2010).

A clandestinidade transforma o aborto em um negócio lucrativo, garantindo a impunidade para aqueles que o realizam. Quem tem maior poder aquisitivo utiliza as clínicas especializadas e têm acesso a uma assistência qualificada, enquanto quem não tem condições financeiras busca pessoas não habilitadas e métodos abortivos rudimentares e com condições de higiene precárias. Esses são importantes fatores de risco para morbimortalidade em mulheres (DOMINGOS, 2010; FUSCO, 2008; MELLO, 2011).

Mesmo frente a sua ilegalidade no Brasil, o abortamento ilegal continua sendo realizado (CORREIA, 2011a). No Brasil, estima-se a ocorrência de mais de um milhão de abortos inseguros ao ano. O artigo 128 do Código Penal de 1940 prevê o aborto legalizado para gestações resultantes de estupro e para o caso de risco de morte para a mulher (BRASIL, 2011).

O abortamento é considerado crime pela lei brasileira, entretanto, ele é frequentemente praticado e dificilmente a punição judicial é aplicada. Por outro lado, os casos de abortamento permitidos pela lei são relativamente pouco praticados na condição de abortamento legal, seja por falta de acesso aos serviços de saúde, seja pelo medo de incriminação e desconhecimento dos trâmites legais para realizá-lo (NADER, 2008).

### 3.6 As Mulheres em situação de abortamento

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), as mulheres em situação de abortamento tem entre 20 e 29 anos, encontram-se em união estável, com até oito anos de estudo, são trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho, usuárias de métodos contraceptivos e que abortam com misoprostol.

O Misoprostol entrou no Brasil em 1986, tendo recomendação terapêutica para tratamento de úlcera gástrica. Sua venda livre era permitida nas farmácias até 1991, quando a

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determinou que o medicamento fosse retirado de circulação devido ao seu uso clandestino como abortivo. Atualmente é reconhecido tanto pela OMS como pela ANVISA como princípio ativo com indicação terapêutica de uso obstétrico, com eficácia e segurança comprovadas para provocar aborto, quando legalizado, até a décima segunda semana de gestação (DINIZ, 2011). O misoprostol passou a ser o método preferencial para realizar o aborto legal ou retido (BRASIL, 2008).

### 3.7 Consequências desta prática: Complicações físicas e emocionais

O aborto inseguro implica em diversas consequências físicas e emocionais para vida da mulher que o realiza. A mortalidade materna, ou seja, “a morte de uma mulher que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez” é a consequência mais grave desta prática (DOMINGOS, 2010). De acordo como o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), é uma das mais graves violações aos direitos das mulheres, por se tratar de algo evitável em aproximadamente 92% dos casos e pelo fato de ocorrer predominantemente nos países em desenvolvimento.

No mundo, aproximadamente 15% dos casos de mortalidade materna são decorrentes de abortos inseguros, chegando a 50% em algumas áreas, o que poderia ser prevenido por meio da ampliação do acesso das mulheres ao tratamento das complicações decorrentes do aborto, assim como por procedimentos abortivos seguros e serviços com foco no planejamento familiar (DOMINGOS, 2010).

A literatura aponta a infecção como uma das principais complicações para o aborto provocado. Internações e mortalidade por este tipo de complicação são pouco encontradas nos países onde o aborto é legalizado. Todavia, nos países em desenvolvimento e onde o ato não é assistido legalmente, as internações para curetagem após o aborto são frequentes, bem como as complicações dele decorrentes (CORREIA, 2011b).

Para Mariutti e Furegato (2010) a mulher que realiza aborto pode experimentar sentimentos de culpa, impulsos suicidas, pesar/abandono, perda da fé, baixa estima pessoal, preocupação com a morte, hostilidade e raiva, desespero/desamparo, desejo de lembrar a data

de nascimento, alto interesse em bebês, frustração do instinto maternal, mágoa e sentimentos ruins em relação às pessoas ligadas a situação, desejo de terminar o relacionamento com o parceiro, perda de interesse sexual, friidez, incapacidade de se perdoar, nervosismos, pesadelos, tonturas, tremores e sentimento de estar sendo explorada.

Diante da constatação de que essas mortes e danos à saúde das mulheres são evitáveis, duas importantes questões precisam ser consideradas: a descriminalização do aborto e a criação de serviços seguros para assistência ao abortamento, uma vez que essas iniciativas podem ajudar a salvar a vida das mulheres e também diminuir os custos, relacionados com as complicações do abortamento inseguro (NADER, 2008).

### 3.7 Assistência à mulher pós-aborto

As mulheres que realizam esta prática demandam diversos cuidados de saúde. Considerando que a mortalidade representa apenas uma pequena parcela dessa problemática, dados referentes à hospitalização por abortamento confirmam sua magnitude (BRASIL, 2011).

Segundo Mariutti e Furegato (2010), na assistência à mulher em situação de abortamento predomina o cuidado centrado no atendimento às necessidades físicas. Os profissionais da área da saúde focam a assistência na preservação da vida sob as condições mais saudáveis possíveis e quando presenciam a morte inelutável, sentem-se despreparados e constrangidos.

A maior visibilidade da questão do aborto inseguro contribui para subsidiar a discussão sobre a sua descriminalização e diminuição de seu estigma, estimulando os profissionais, independentemente de seus preceitos morais e religiosos, a preservarem postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres (MELLO, 2011).

Para avançar no cuidado é preciso compreender a mulher, não apenas fisicamente, mas como ser humano que vivencia tal situação e sem dúvida, experimenta sofrimento e sentimentos dolorosos (MARIUTTI; FUREGATO, 2010).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura descrita por Cooper (1989). Para este autor, esta metodologia baseia-se no agrupamento dos resultados obtidos de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, objetivando sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico.

Segundo Cooper (1989) a RI se desenvolve em cinco etapas, sendo elas:

- a) formulação do problema;
- b) coleta de dados;
- c) avaliação de dados;
- d) análise e interpretação de dados;
- e) apresentação e discussão dos resultados.

### 4.2 Formulação do Problema

Tendo em vista os objetivos de estudo a formulação do problema se deu através da seguinte questão norteadora: O que leva as mulheres a praticar o abortamento inseguro e quais as consequências desta prática?

### 4.3 Coleta de Dados

Os dados do presente estudo foram obtidos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e na Base de Dados de Enfermagem (Bdenf).

Para busca bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores segundo o DeCs (Descritores em Ciências da Saúde): aborto, aborto criminoso, aborto ilegal, aborto induzido, aborto provocado.

Foram incluídos artigos referentes à área da saúde que abordaram a temática do aborto inseguro, escritos no idioma português, publicados nos últimos cinco anos (2007 a 2011), resultantes de pesquisas qualitativas, quantitativas e estudos teóricos, artigos com acesso on-line em texto completo e que através da sua leitura, respondessem à questão norteadora do estudo. Os artigos que não contemplaram estes critérios foram excluídos.

#### 4.4 Avaliação dos Dados

Para o registro das informações extraídas dos artigos foi elaborado um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), cujos itens relacionam os objetivos e a questão norteadora do estudo. Este foi preenchido após a leitura dos resumos e da aplicação dos critérios de inclusão dos artigos.

#### 4.5 Análise e Interpretação dos Dados

Nesta etapa da revisão integrativa deu-se a análise e síntese das informações extraídas do instrumento de registro da etapa anterior. Estas foram registradas em um quadro sinóptico (APÊNDICE B, que compreende a síntese das informações de todos os autores dos artigos analisados. Após a síntese, foi efetuada a comparação dos dados entre os autores dos artigos analisados em atenção à questão norteadora desta RI.

#### 4.6 Apresentação e Discussão dos Resultados

Primeiramente será apresentado o número de artigos selecionados através da avaliação dos títulos e resumos, assim como o total de artigos selecionados através dos critérios estabelecidos por esta pesquisa.

A síntese e comparação das informações originados da etapa anterior, serão apresentadas sob forma de tabelas, quadros ou gráficos.

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

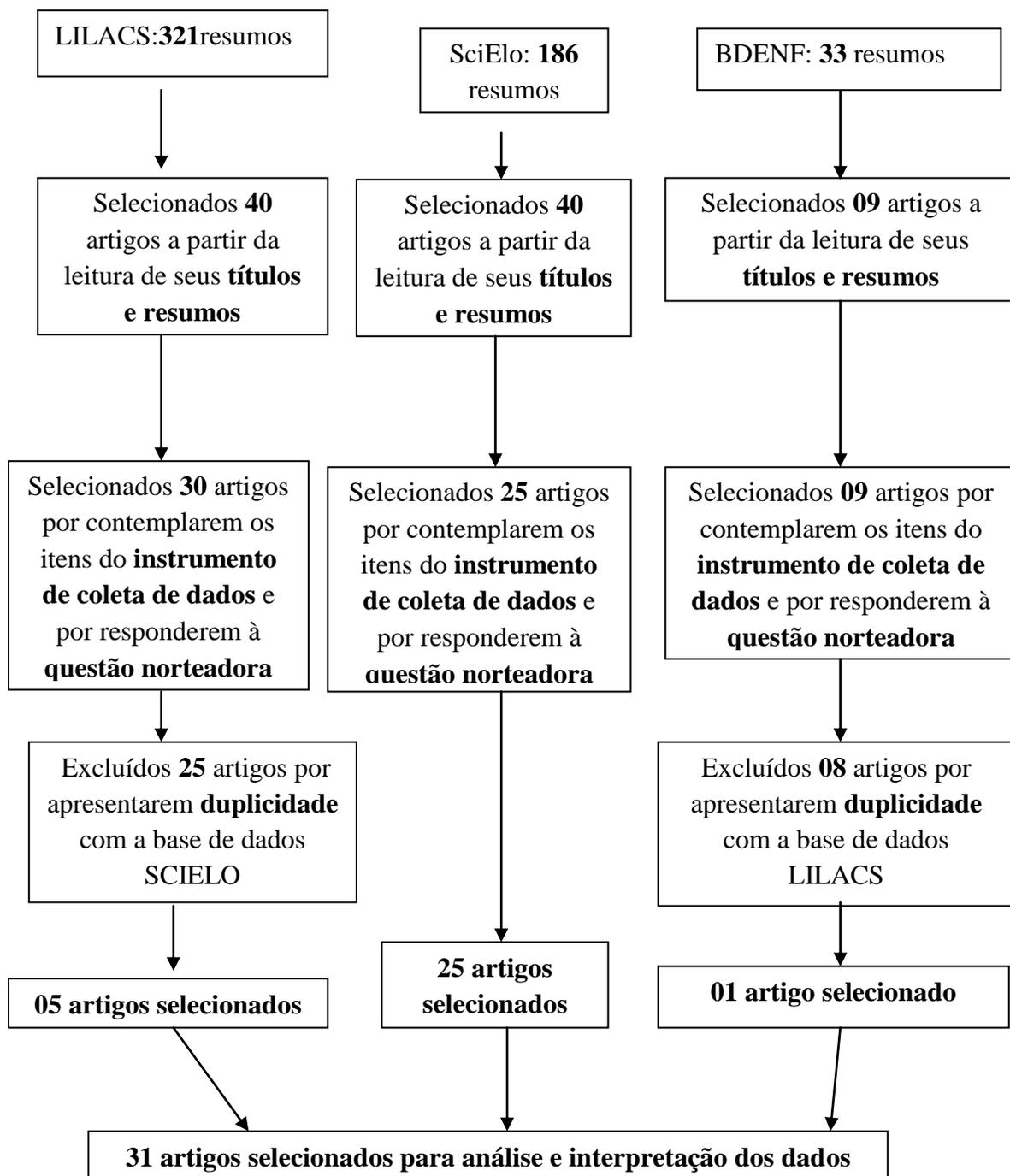
Quanto à observância dos aspectos éticos, todos os autores foram devidamente mencionados e seus artigos devidamente referenciados, conforme normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Além disso, o conteúdo dos textos utilizados será abordado, mantendo sua originalidade. Também foi preservada a identidade de instituições e profissionais citados, a fim de garantir seu anonimato.

Para a elaboração da revisão integrativa proposta, essa pesquisa foi submetido à avaliação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ EEUFRGS), sendo aprovado conforme ANEXO A.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados deste estudo por meio de gráficos, quadros e tabelas. A amostra constituiu-se de 31 artigos conforme apresentado no fluxograma abaixo.

**Figura 1** – Fluxograma da amostra de artigos



**Quadro 1-** Artigos que compõem a amostra do estudo.

Nº DO ARTIGO	TÍTULO	AUTOR (ANO)
1	Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005.	Faúndes <i>et al.</i> (2007).
2	Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico.	Vieira <i>et al.</i> (2007).
3	Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra – ES	Nader, Blandimo e Maciel (2007).
4	Mortalidade por aborto no Estado do Paraná: 1998 a 2004.	Matos <i>et al.</i> (2007).
5	Aspectos sociodemográficos e reprodutivos de abortamento induzido de mulheres internadas em uma maternidade da Serra, Espírito Santo.	Nader <i>et al.</i> (2008).
6	Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo.	Fusco; Andreoni e Silva (2008).
7	Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva.	Menezes e Aquino, 2009.
8	Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003 – 2005.	Souza, Almeida e Soares (2008).
9	Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com o HIV/AIDS no Brasil.	Barbosa <i>et al.</i> (2009).
10	Aborto provocado na adolescência: quem o praticou na cidade de Maceió, Alagoas, Brasil.	Correia <i>et al.</i> (2009).
12	Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa.	Benute <i>et al</i> (2009).
13	Análise da mortalidade materna no município	Figueiredo, Malta e Rezende

	de Governador Valadares, 2002-2004.	(2010).
14	Fatores protetores e de risco para a depressão da mulher após o aborto.	Mariutti e Furegato (2010).
15	Mulheres hospitalizadas por aborto em uma maternidade escola na cidade do Recife, Brasil.	Ramos, Ferreira e Souza (2010).
16	O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem.	Domingos e Meregui (2010).
17	Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética	Chaves <i>et al.</i> (2010a).
18	Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol?	Silva <i>et al.</i> (2010).
19	Trajatória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade.	Souza <i>et al.</i> (2010).
20	Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna.	Diniz e Medeiros (2010).
21	Aborto no Brasil: um enfoque demográfico.	Cecatti <i>et al.</i> (2010).
22	Abortamento provocado e o uso de contraceptivos em adolescentes.	Chaves <i>et al.</i> (2010b).
23	O que pensa e o que diz o acadêmico de enfermagem sobre o aborto provocado.	Góes, Garcia e Lemos (2010).
24	Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 à 2006.	Mello, Souza e Figueroa (2011).
25	O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: Misoprostol e mulheres.	Diniz e Castro (2011).
26	Adolescentes estudantes: complicações do aborto provocado.	Correia <i>et al.</i> (2011a).
27	Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA	Diniz <i>et al.</i> (2011).

28	Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares.	Souza <i>et al.</i> (2011).
29	Não Nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto.	Rebouças e Dutra (2011).
30	Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens.	Pilecco, Knauth e Vigo (2011).
31	Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras.	Nomura <i>et al.</i> (2011).

### 6.1 Caracterização da amostra de artigos do estudo

**Quadro 2** - Distribuição dos artigos segundo descritores e bases de dados.

DeCs / Base de dados	Aborto	Aborto criminoso	Aborto ilegal	Aborto induzido	Aborto provocado	Total
LILACS	243	04	04	35	35	321
Bdenf	19	01	01	06	06	33
Scielo	156	00	07	13	10	186
Total	262	05	05	41	41	540

**Quadro 3** - Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação.

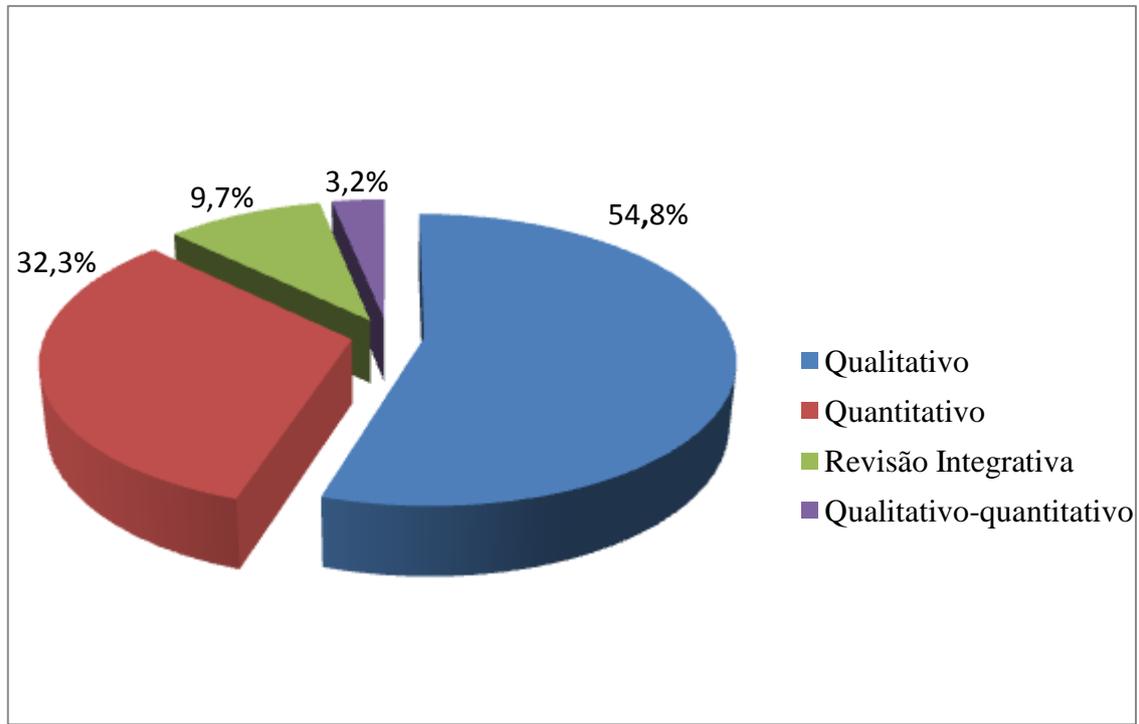
ANO DE PUBLICACAO	F	%
2007	04	13,0
2008	03	9,6
2009	04	13,0
2010	11	35,4
2011	09	29,0
TOTAL	31	100,0

Conforme apresentado no quadro 3, a maioria das publicações ocorreu no ano de 2010, com 11 artigos publicados (35,4%), seguido dos anos de 2011, com nove artigos (29,%).

Apesar de o aborto ter passado para quarta posição em relação às causas de mortalidade materna em 2007 (BRASIL, 2010), verifica-se que cada vez mais esta temática vem sendo pesquisada devido sua relevância. Essas pesquisas poderão contribuir para o planejamento de ações no sentido de diminuir a incidência de mulheres que realizam o aborto inseguro.

Para Diniz e Menezes (2012), o tema vem suscitando interesse crescente de pesquisadoras de diferentes campos do saber, mas ainda há desafios à pesquisa sobre aborto no Brasil, pois a ilegalidade faz com que as mulheres temam falar de suas histórias.

**Gráfico 1** - Distribuição dos artigos segundo o tipo de estudo.



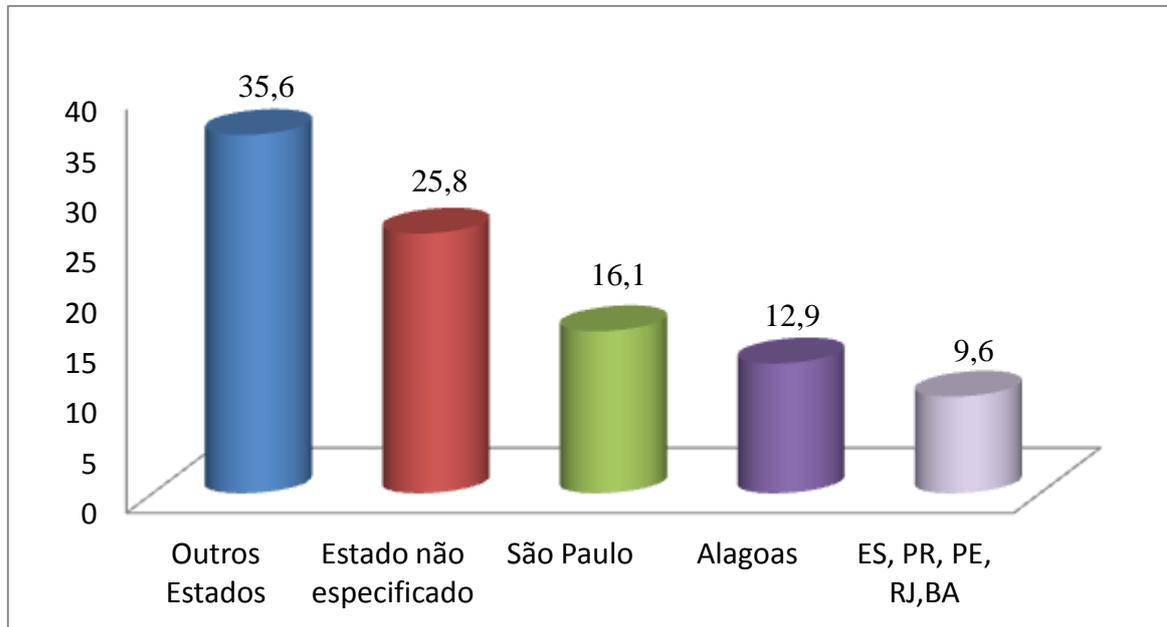
O gráfico 1 apresenta a distribuição dos artigos segundo o tipo de estudo, observamos que a maioria são qualitativos (54,8%).

Para Neves (1996) os estudos qualitativos tem hoje lugar assegura como forma viável e promissora de investigação. Ressalta ainda que na falta de exploração de uma determinada temática, o caráter descritivo da pesquisa que se pretende desenvolver ou a intenção de compreender um fenômeno complexo na sua totalidade são elementos que tornam propício o emprego de métodos qualitativos.

È comum neste tipo de estudo que o pesquisador procure o entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes e, a partir daí, situe sua interpretação dos fenômenos estudados (NEVES, 1996).

Já a pesquisa quantitativa se traduz por tudo aquilo que pode ser quantificável, ou seja, ele iria traduzir em números as opiniões e informações para então obter a análise dos dados e, posteriormente, chegar a uma conclusão, enquanto a pesquisa qualitativa é traduzida por aquilo que não pode ser mensurável, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis (DUARTE, 2012).

**Gráfico 2** - Distribuição dos artigos segundo o contexto do estudo.



O gráfico 2 demonstra a distribuição dos artigos conforme o contexto do estudo. Na categoria outros estados, os estudos foram realizados no Rio Grande do Norte, Goiás Pará, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. Já entre os artigos que apontaram onde o estudo foi realizado, São Paulo e Alagoas são os estados que mais pesquisaram sobre o aborto.

O aborto é uma prática comum entre as mulheres no Brasil. No entanto, há uma concentração dos estudos acerca desta temática em alguns estados, principalmente em São Paulo. Por outro lado são escassas as informações sobre abortos inseguros nos estados do Norte, do Centro Oeste e do Sul do país (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Barbosa *et al.* (2009) afirmam que mulheres brasileiras residentes na região Sudeste e Norte apresentam uma proporção significativamente maior de aborto induzido se comparadas àquelas da região Sul.

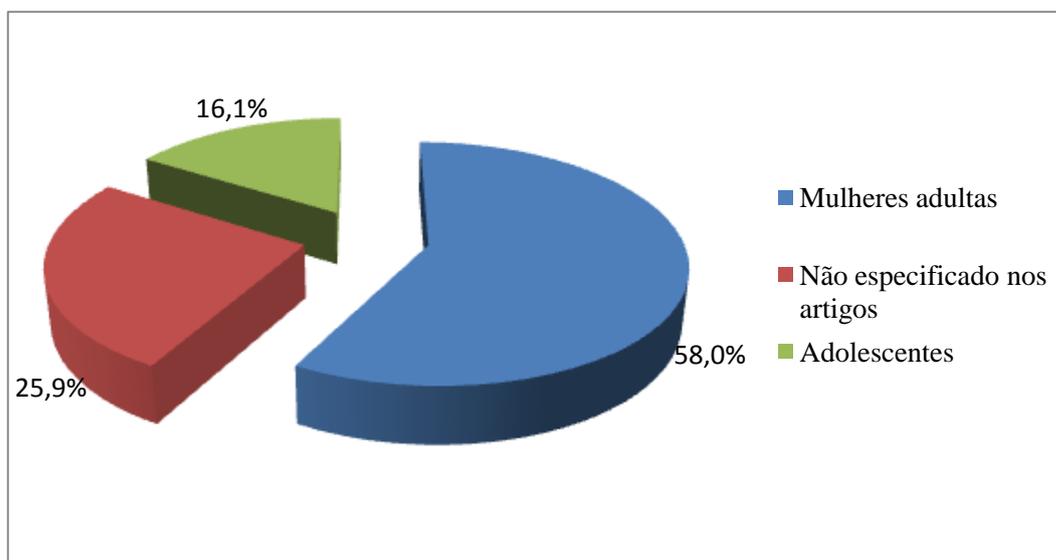
Para Laurenti, Jorge e Gotlieb (2004) o risco anual de abortos induzidos por 100 mulheres de 15 a 49 anos foi de 2,73 na Região Nordeste, 1,28 na Região Sul e 2,81 na Região Centro-Oeste, sendo esta a região que apresenta maior risco de aborto.

Para Matos *et al.* (2007) as diferenças regionais caracterizam a afetividade dos programas de planejamento familiar.

## 6.2 Caracterização das mulheres que praticam aborto inseguro

A seguir serão apresentadas as características socioeconômicas das mulheres que praticaram aborto inseguro segundo os dados obtidos nos artigos selecionados para este estudo.

**Gráfico 3** – Distribuição dos artigos segundo a faixa etária das mulheres.



De acordo com a análise dos 31 artigos que compõe a amostra deste estudo somente 16 artigos abordaram a faixa etária das mulheres. Verificou-se que as mulheres adultas são as que mais realizam aborto de forma insegura (58,0%).

Segundo *World Health Organization* (WHO) e o *Guttmacher Institute* (2007) estima-se que uma entre cinco gravidezes no mundo termine em aborto. Estudo aponta que de 1.000 mulheres em idade fértil (15 a 44 anos) 29 induziram o aborto, que aproximadamente 33% dos 205 milhões de gravidezes que ocorrem no mundo anualmente são indesejados e que 20% acabam em aborto provocado (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

Pesquisa sobre aborto e adolescência aponta as características específicas desse grupo. São mulheres entre 17 e 19 anos, em relacionamento conjugal estabelecido, dependentes economicamente da família ou do companheiro, que não planejaram a gravidez e abortaram usando Misoprostol (BRASIL, 2008).

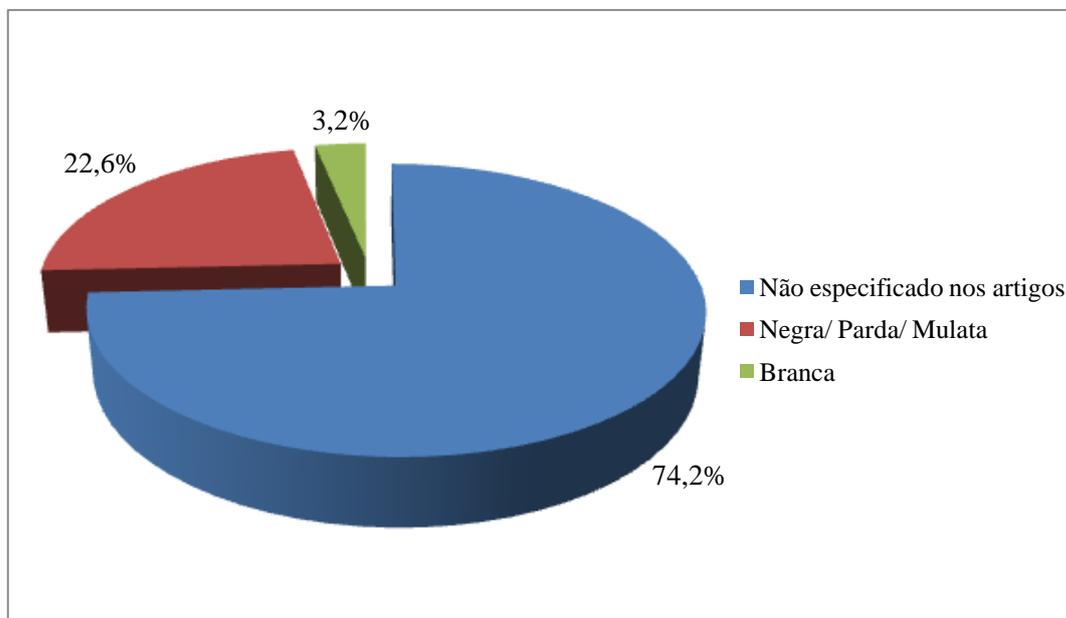
Atualmente as características mais comuns das mulheres que fazem um primeiro aborto é idade de até 19 anos (DINIZ; MEDEIROS, 2012). Contudo, Brasil (2008), identifica o perfil das mulheres que realizam o aborto como sendo predominante entre 20 e 29 anos.

As adolescentes grávidas, principalmente aquelas que não planejaram engravidar, estão mais sujeitas a retardar a decisão para abortar do que as mulheres mais velhas, ocasionando assim um maior risco de complicações, estando mais vulneráveis às doenças e à morte em decorrência da prática do aborto clandestino (DINIZ, 2007).

Visto que a sexualidade está se manifestando cada vez mais cedo entre as adolescentes, as mesmas têm a equivocada idéia de que não irão engravidar em sua primeira relação sexual. Deste modo, realizam práticas sexuais não protegidas, tendo como consequência a exposição a doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez não planejada.

As mulheres adultas, por sua vez, praticam o aborto de modo inseguro devido a motivos como o fato de gestação não ter sido planejada, a instabilidade conjugal, falta de condições financeiras e por já possuírem filhos, estando também suscetíveis a complicações causada pela prática ilegal do aborto.

**Gráfico 4** - Distribuição das mulheres segundo a cor/etnia.



O gráfico 4 mostra que a maioria dos estudos não especificaram a cor/etnia das mulheres que praticaram o aborto, já entre os que especificaram, destacou-se mulheres negras/pardas/mulatas (22,6%).

Estudo recente de Diniz e Medeiros (2012) aponta que em relação a cor/etnia, as mulheres negras são as que mais um primeiro aborto, o que vem ao encontro dos achados desse estudo.

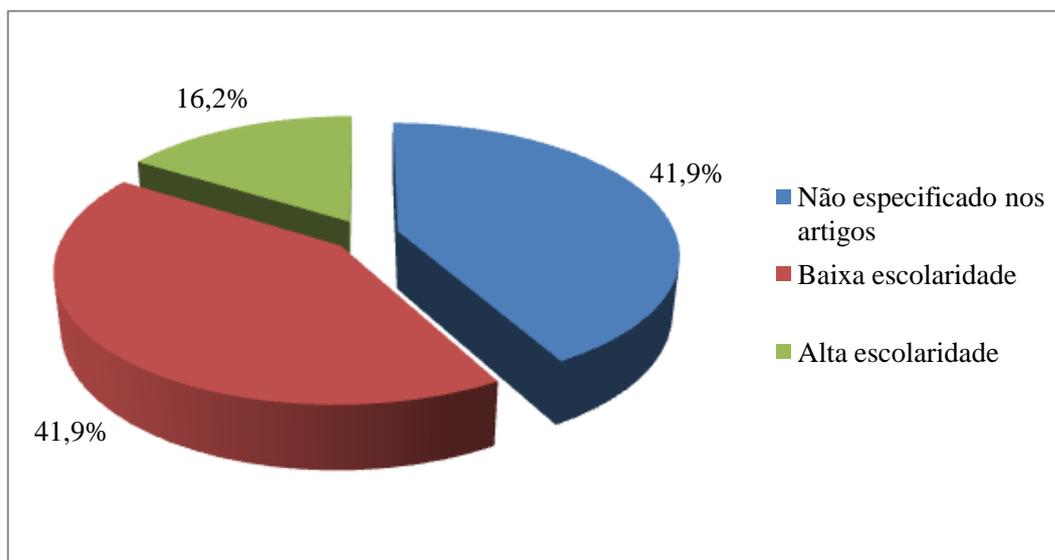
A diferenciação sociorracial é percebida até no acompanhamento durante o procedimento médico. “As mulheres negras relatam menos a presença dos companheiros do que as mulheres brancas. Dez mulheres informaram ter abortado sozinhas e sem auxílio, quase todas eram negras, com baixa escolaridade (ensino fundamental) e quatro delas mais jovens que 21 anos” (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Em 2010, a pesquisa Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna ressalta que o aborto é comum entre mulheres de todas as classes sociais, cuja prevalência aumenta com a idade, com o fato de ser da zona urbana, ter mais de um filho e não ser da raça branca (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Por outro lado, no estudo de Matos *et al.* (2007) destaca o predomínio da raça branca nos óbitos maternos, e por se tratar de mortalidade por aborto, verifica-se que a questão da raça foi diferencial quando se discute a mortalidade materna. No entanto, Martins (2004) cita as mulheres de raça negra como mais vulneráveis para a realização do aborto inseguro, afirmando que há 50 anos, e ainda atualmente, o risco de mulheres negras morrerem por óbito materno é maior em relação às mulheres brancas.

As mulheres negras tem um risco três vezes maior de morrer por aborto inseguro do que a mulheres brancas provavelmente por possuírem acesso deficiente às políticas de planejamento familiar para prevenção de uma gravidez indesejada, mas sobretudo por disporem de menos recursos para recorrerem a clinicas clandestinas e se colocarem nas mãos de curiosos ou mesmo arcarem com o ônus de um aborto autoprovocado ( SANTOS; ANDREONI; SILVA, 2012).

**Gráfico 5** - Distribuição das mulheres quanto à escolaridade.



A escolaridade é um importante fator a ser avaliado quando se pesquisa sobre a prática do aborto inseguro, visto que alguns artigos deste estudos trazem como uma das características das mulheres que realizam o aborto, a baixa escolaridade (16,2%), fato este que

vem ao encontro dos dados apresentados no gráfico 5. Cabe salientar que alguns artigos deste estudo (16,2%) não especificaram a escolaridade da mulher que pratica o aborto.

A escolaridade mínima prevista originalmente na Constituição Federal é de oito anos de estudo ou ensino fundamental completo. Contudo, análise do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE) de 2009, prevê que o Brasil atingirá esta média em 2015 (BRASIL, 2010).

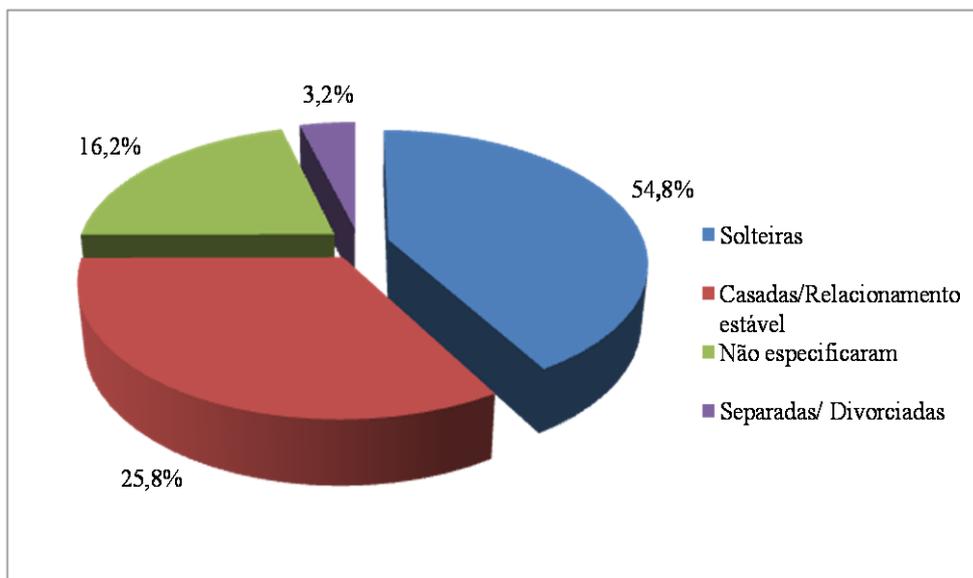
No relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2010, o Brasil ficou na 73ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que avalia a qualidade de vida através de indicadores como expectativa de vida, anos médios de escolaridade, anos esperados de escolaridade e renda nacional bruta per capita (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011).

A média de anos de estudo dos brasileiros com mais de 25 anos- que atualmente é de 7,2 anos, já em países desenvolvidos como o Estados Unidos que lidera neste quesito, a média de estudos é de 13,2% (RODRIGUES, 2010).

Segundo Diniz e Medeiros (2010) o aborto é mais frequente entre mulheres de escolaridade muito baixa, sendo que a proporção de mulheres que fizeram aborto alcança 23% entre aquelas com até o quarto ano do ensino fundamental (ou nível equivalente), ao passo que entre mulheres com o ensino médio concluído, a taxa de aborto é de 12%.

Para Barbosa *et al.* (2009), mulheres com maior escolaridade têm menores chances de uma gravidez indesejada, mas quando grávidas têm maiores chances de interromper a gestação do que mulheres de menor escolaridade.

**Gráfico 6** - Percentual de citações quanto ao tipo de união das mulheres.



Segundo a análise dos artigos da amostra deste estudo, a maioria das mulheres que praticaram o aborto inseguro eram solteiras, conforme apresentado no gráfico 6.

O fato de as mulheres solteiras/divorciadas não possuírem um relacionamento estável e não poderem contar com o apoio de um companheiro para assumir o filho, se caracterizam como motivos para a realização, justificando essa prática pelo medo que sentiam de não conseguir manter sozinha as necessidades básicas de um filho, como alimentação e moradia. Contudo, as mulheres casadas ou que tem um relacionamento estável, também recorrem ao aborto, muitas vezes influenciadas pelo companheiro.

No estudo comparativo entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo, a desigualdade social afeta o acesso à prevenção da gravidez e também a qualidade do aborto, sendo as mulheres solteiras as que mais recorrem ao aborto provocado. Silva e Andreoni (2012) afirmam ainda que as mulheres mais pobres e com dificuldades de acesso às benesses do mundo moderno continuarão pagando alto preço – que pode ser a própria vida – pela opção de provocar um aborto (SILVA; ANDREONI, 2012).

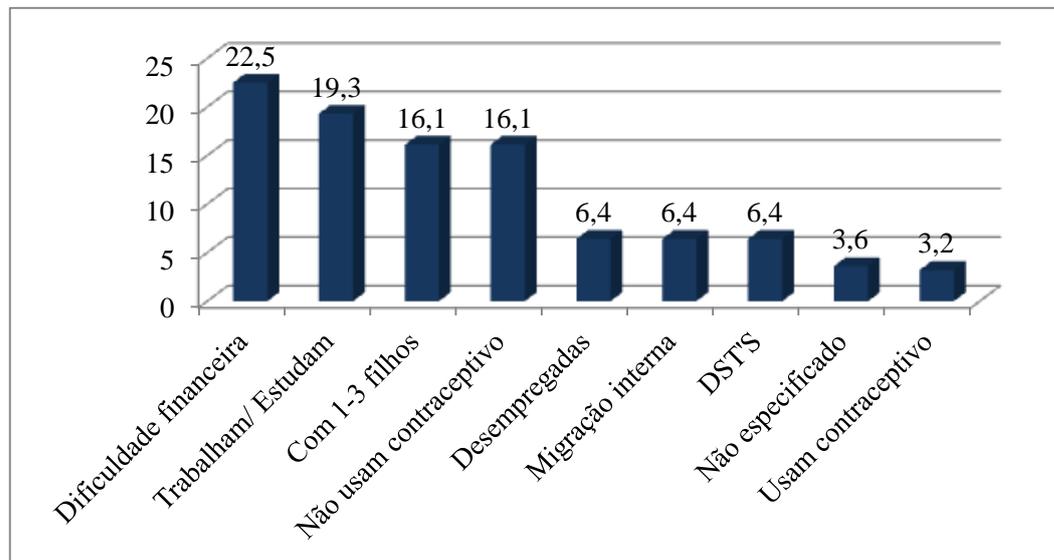
Um estudo sobre fatores de risco e preditores para o aborto induzido encontrou diferentes preditores de acordo com a faixa etária, de modo que estar separada ou divorciada

foi fator preditor de abortamento para a faixa etária de 20 a 29 anos, enquanto para a faixa de idade de 30 a 39 anos foi viver com o companheiro ou em união estável (OLINTO; FILHO, 2006).

O estudo realizado em uma Maternidade Escola da Cidade do Recife, Brasil, mostra que 90,1% das mulheres referiram ter companheiro e 67,4% das mulheres que sofreram abortamento tinham companheiro, evidenciando a influência da opinião do companheiro na decisão de abortar (RAMOS; FERREIRA; SOUZA, 2010).

Por outro lado, estudos de Fusco; Andreoni e Silva (2008) e Rodrigues e Hoga (2005) revelaram o pouco envolvimento masculino na decisão de abortar, mostrando a responsabilidade da mulher no processo de tomada de decisão sobre o futuro da gravidez.

**Gráfico 7** - Distribuição das mulheres segundo outras características.



O gráfico 7 mostra que a dificuldade financeira (22,5%) e trabalhar e/ou estudar (19,3%) também são características relevantes apresentados pelos artigos analisados neste estudo.

Desempregadas, as mulheres oriundas de estados mais pobres migram para as capitais em busca de uma oportunidade e melhor condição financeira; estudam, trabalham e uma gravidez indesejada pode postergar esse objetivo, levando-as a realizar o aborto.

A infecção por DST'S também é uma característica apresentada pelas mulheres que praticam o aborto, embora algumas delas declarem que utilizam métodos contraceptivos. Isto demonstra a necessidade de maior investimento em planejamento familiar para que as mulheres possam evitar uma gravidez não planejada, assim como infecção por DST'S.

No estudo realizado por Souza *et al.* (2010), maioria das mulheres que praticaram aborto moravam com familiares, tinha três ou mais filhos e já havia provocado aborto, fazendo uso do misoprostol. Desempregadas, desenvolviam atividades autônomas de baixo retorno financeiro, algumas eram sustentadas pelo companheiro ou por familiares.

O conhecimento de métodos contraceptivos tem demonstrado que em geral as mulheres referem conhecer a maioria dos métodos disponíveis, principalmente pílula contraceptiva e condom masculino, embora quando se avalia a qualidade da informação, se verifique uma menor proporção de conhecimento adequado (RAMOS; FERREIRA; SOUZA, 2010).

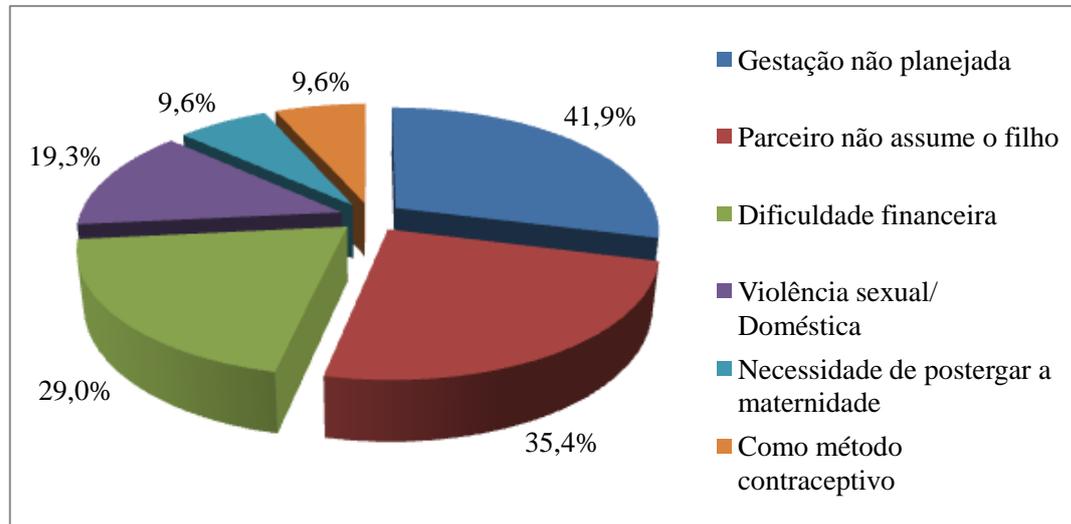
Quanto à migração interna, estudo realizado por Fusco, Andreoni e Silva (2008) revela que mulheres oriundas de Estados mais pobres tem maior propensão a realizar o aborto inseguro, devido suas dificuldades de inclusão social e pela sua vulnerabilidade social.

São mulheres principalmente do Nordeste do país, ainda como parte do fluxo migratório Nordeste/Sudeste, em busca de melhores salários ou de condições de vida mais dignas, assoladas também pela pobreza, pela baixa escolaridade, pela discriminação e pelo desemprego (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Segundo Barbosa *et al.* (2009) as mulheres residentes na região Sudeste e Norte do país apresentaram uma proporção maior no relato de aborto induzido se comparadas àquelas da região Sul e residir na região Nordeste mostrou associação a prática de aborto induzido.

Barbosa *et al.* (2009) destacam ainda o risco aumentado de DST entre mulheres que sofrem violência física e/ou sexual. A ocorrência de violência sexual pode aumentar diretamente o risco de DST devido ao sexo forçado com uma pessoa infectada ou indiretamente, quando esta violência ocorre, por exemplo, durante a infância ou adolescência e tem impacto na vida adulta por meio do engajamento em práticas sexuais de risco, criando um duplo risco para gravidez indesejada e exposição às DST's.

**Gráfico 8 - Motivos da prática do aborto inseguro.**



Segundo análise dos artigos do presente estudo, as mulheres citam mais de um motivo para a realização do aborto inseguro. O fato de a gestação não ter sido planejada (41,9%), constitui o principal motivo para prática do aborto inseguro. Mariutti e Furegato (2010) observaram que as mais jovens querem adiar a gestação; já as mais velhas ou já tem filhos ou não têm condições econômicas e estruturais favoráveis à criação dos mesmos.

Devido ao fato que o parceiro não assumir o filho (35,4%), o aborto pode parecer decisão individual, mas envolve uma série de circunstâncias interligadas à qualidade e à perspectiva do relacionamento conjugal, dos projetos de vida, das pressões familiares e sociais vividas. A vida afetiva tem um papel importante como motivador da decisão de abortar (MARIUTTI; BOEMER, 2003).

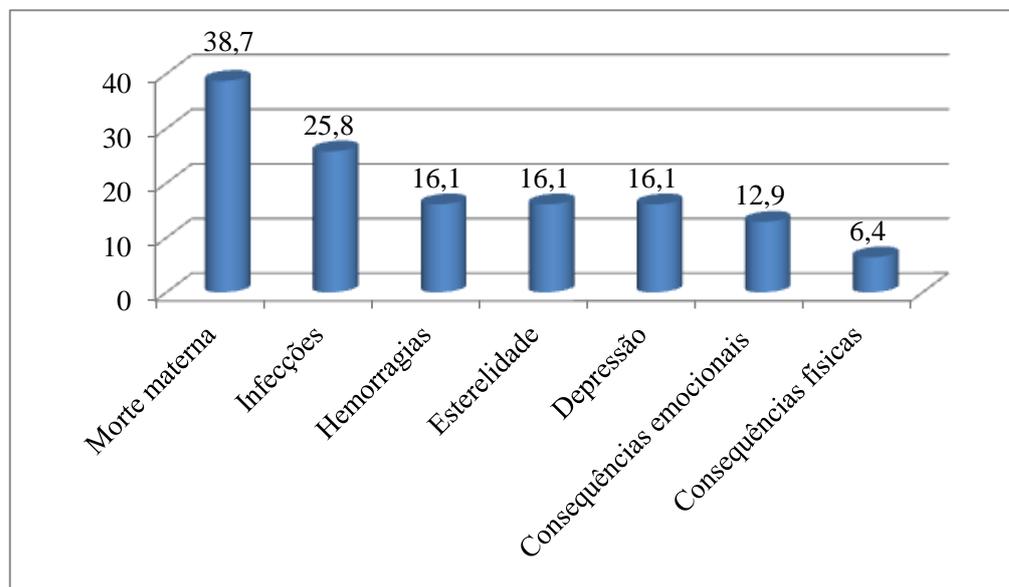
A dificuldade financeira (29%) também constitui um dos principais motivos para a realização da prática do aborto. O aborto inseguro realizado, na maioria das vezes, por mulheres mais pobres transcorre em precárias condições, sendo realizado por curiosos, resultando em falta de assistência (FIGUEIREDO; MALTHA; REZENDE. 2010).

Mariutti e Furegato (2010) afirmam que os fatores de risco estão associados às precárias condições socioeconômicas e afetivas, uso de drogas e álcool, prostituição, local de moradia, falta de apoio social e familiar, violência doméstica. Além disso, existe resistência ao uso de contraceptivos.

Correia *et al.* (2011a), Fusco, Andreoni, Silva (2008) e Diniz (2011) confirmam os achados deste estudo acerca do uso inadequado dos métodos contraceptivos e da prática do aborto como método contraceptivo afirmando que o abortamento induzido funcionaria como um método de “planejamento familiar” para mulheres mais carentes, o que é preocupante, pois provavelmente seria realizado de forma insegura, contribuindo para a morbimortalidade materna. Sendo assim, trazem à tona a reflexão da necessidade de maiores esclarecimentos sobre as complicações e risco de um aborto provocado, além de maior investimento em educação reprodutiva e planejamento familiar.

Menezes e Aquino (2009) citam a necessidade de postergar a maternidade para possibilitar a continuação de estudos e trabalho, o que é confirmado pela análise dos artigos deste estudo com 9,6%.

**Gráfico 9** - Consequências da prática do aborto inseguro na vida da mulher.



Os artigos deste estudo apresentam mais de uma consequência para a vida da mulher que realiza o aborto inseguro. Conforme apresentado no gráfico 9, a morte materna (38,7%) e as infecções (25,8%) constituem as principais consequências na vida da mulher que praticou o

aborto. Desta forma, a situação mostra que esta prática constitui um problema de saúde pública.

As principais pesquisas sobre o aborto no Brasil comprovam que a ilegalidade do aborto trás consequências negativas para a saúde da mulher e mesmo assim pouco coíbe a prática e perpetua a desigualdade social, sendo majoritariamente vivido pelas mulheres pobres e pelas que não tem acesso aos recursos médicos para o aborto inseguro (BRASIL, 2008).

Para Domingos e Meregui (2010), a criminalização do aborto coloca as mulheres nas mãos de pessoas despreparadas e em condições clandestinas, colocando em risco sua própria vida. Quem tem maior poder aquisitivo utiliza as clínicas especializadas e têm acesso a uma assistência qualificada, enquanto quem não tem condições financeiras busca por pessoas não habilitadas e métodos abortivos rudimentares, que podem levar a graves complicações e até a morte (DOMINGOS; MEREGUI, 2010).

Estima-se que dos quase 20 milhões de abortamentos inseguros que ocorrem no mundo por ano tem como consequência a morte, complicações ou sequelas irreversíveis, ressalta-se 97% desses acontecem nos países em desenvolvimento (RAMOS; FERREIRA; SOUZA, 2010).

No Brasil, o abortamento contribui com 10 a 15% dos óbitos maternos, representa a quarta causa de mortalidade materna e está intimamente relacionado às desigualdades sociais brasileiras (ALVES, 2008).

De acordo com Figueiredo, Maltha e Rezende (2010), a interrupção da gravidez realizada em condições técnicas impróprias favorece o aparecimento de graves infecções e aponta uma estreita relação entre a prática do aborto e o nível socioeconômico das mulheres, uma vez que, não tendo assistência adequada nos programas de planejamento familiar ou condições de recorrer a serviços de melhor qualidade, ficam sujeitas aos fatores de risco de mortalidade.

O aborto, no caso de ser provocado, causa ansiedade, depressão, culpa e vergonha por até cinco anos. Os abortos naturais causam depressão e ansiedade apenas durante os seis primeiros meses depois da perda do bebê, enquanto que os abortos provocados têm um efeito mais negativo psicologicamente e mais duradouro (MARIUTTI; FUREGATO, 2010).

### 6.3 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES

Dos 31 artigos utilizados para este estudo, 15 apresentaram limitações e/ou recomendações que serão apresentadas no quadro a seguir.

**Quadro 4 -** Limitações e recomendações dos autores.

AUTOR	LIMITAÇÕES/RECOMENDAÇÕES
Nader <i>et al.</i> (2008)	Como limitações do estudo com poder de subestimar as associações encontradas destacam-se: o fato de que, possivelmente, algumas mulheres não revelaram a verdadeira causa da interrupção da gestação e declararam o abortamento como espontâneo; o não conhecimento da proporção total dos abortamentos induzidos no Município da Serra que requerem hospitalização; e o viés de memória, pois muitas informações perguntadas às entrevistadas exigiam a lembrança de fatos passados.
Fusco, Andreoni e Silva (2008).	O aborto legal e seguro, tal como em Cuba, transformaria essa realidade. A legalização do aborto beneficiaria, sobretudo, as mulheres pobres.
Menezes e Aquino (2009).	É urgente a necessidade de desenvolvimento de pesquisas e avaliação da atenção ao aborto nos serviços públicos.
Figueiredo, Malta e Rezende (2010).	As características das mulheres que realizam o aborto são escassas, restringindo-se a mulheres pobres, com baixo nível socioeconômico. Também não está especificada a motivação para a realização desta prática.
Mariutti Furegato (2010).	É preciso transpor o modelo clínico de saúde facilitando o acesso à informação e ao cuidado específico, respeitando sua autonomia e sua individualidade.  Para avançar no cuidado é preciso compreender a mulher, não apenas fisicamente, mas como ser humano que vivencia tal situação e sem dúvida, experimenta sofrimento e sentimentos dolorosos.

Souza e Diniz (2011)	Cabe à enfermagem, proporcionar às mulheres em abortamento provocado, um atendimento sem julgamentos, nem punições verbais ou físicas, partindo da escuta afetiva para a resolução das demandas advindas das mesmas. Assim, uma estratégia é acolher as mulheres, favorecendo o vínculo de confiança, para que as mesmas possam quebrar a lei do silêncio e falar de suas experiências. Para que isso aconteça, é mister que as(os) enfermeiras(os) e sua equipe se desvinculem de estereótipos presentes em nossa cultura, no que diz respeito ao aborto e à violência
Nomura <i>et al.</i> (2011)	Embora não tenha sido constatada diferença entre os aspectos emocionais e sociais na comparação entre as duas capitais, verificou-se elevada proporção de mulheres com depressão maior, sendo mais frequente na cidade de Natal, o que denota a importância de suporte psicossocial nos serviços de atenção à saúde da mulher.
Recomenda-se urgência nos programas estratégicos de planejamento familiar	Recomenda-se urgência nos programas estratégicos de planejamento familiar; realização do anatomopatológico no material proveniente de aborto; a bioética refletindo proativamente se apresenta como instrumento para diretrizes mínimas de proteção e assistência a adolescente, e auxílio ao profissional de saúde.
Silva <i>et al.</i> (2010)	Serão necessárias novas pesquisas, após reavaliar a forma de abordar estas pacientes, para se tentar que todas aquelas que induziram o aborto tenham coragem de declará-lo e de relatar o método utilizado. Além disso, se faz necessário repetir estudos mais acurados sobre mortalidade materna que permitam verificar se efetivamente a mortalidade materna associada ao aborto é tão mínima como aparece nas estimativas oficiais.
Cecatti <i>et al.</i> (2010)	Embora os dados do estudo tenham sido obtidos há 13 anos, o que poderia inclusive representar uma limitação aos resultados da presente análise, eles são de fato inéditos porque nunca foram explorados e não há outros resultados obtidos de estudos populacionais e representativos de todas as regiões do país. Os fatores de risco não modificáveis para abortamento induzido identificados neste estudo apontam para a necessidade de ações educativas e anticonceptivas priorizadas para esses grupos demográficos específicos.
Chaves <i>et al.</i> (2010b)	Recomenda-se maior investimento público na assistência ao uso de métodos contraceptivos entre os adolescentes respeitando seus direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo assim, para a diminuição da incidência do abortamento, haja vista que as adolescentes estão engravidando e buscando o aborto como solução para gravidez não planejada.

Souza, Almeida e Soares (2008)	Reafirma-se a importância do acesso a bens sociais, da redução das desigualdades sociais e da educação em saúde voltada para o planejamento reprodutivo de qualidade.
Matos <i>et al.</i> (2007)	A evolução das mortes maternas por complicações do aborto no período estudado aponta para a necessidade de uma ação urgente de caráter preventivo nos programas de saúde da mulher.
Benute <i>et al.</i> (2009)	A inexistência de uma faixa etária estatisticamente significativa para a ocorrência de abortamento na amostra pesquisada difere dos resultados encontrados nos estudos que se referem ao abortamento em países desenvolvidos, como Estados Unidos e Holanda, onde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, mais da metade dos abortamentos ocorrem em mulheres menores de 25 anos. Tal diferença pode ter sido encontrada em função deste estudo não se referir diretamente à população de mulheres que provocam o abortamento, mas da parcela que, ao provocar o abortamento, procura um serviço de saúde.
Nader <i>et al.</i> (2007)	Alguns fatores podem ter limitado os resultados encontrados, como o fato de ser possível que, na população estudada, alguns abortos classificados como espontâneos tenham sido provocados, uma vez que algumas mulheres podem ter ocultado a real classificação do abortamento e o fato de não ser conhecida a proporção de todos os abortos provocados na Serra que requerem hospitalização, limitações estas que têm o poder de subestimar as associações encontradas.

## 7 CONSIDERAÇÕES

O debate sobre a prática do aborto inseguro constitui um tema de importante relevância para a saúde pública, sendo discutido por profissionais da área da saúde, sanitaristas, feministas, religiosos, gestores e ministros de Estado no Brasil.

O profissional de enfermagem tem como propósito a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos. No que diz respeito ao aborto inseguro, não cabe a esses profissionais incentivar ou discriminar as mulheres que realizam esta prática, mas reduzir os danos ocasionados pelo aborto.

A prática do aborto inseguro constitui a quarta causa de morte materna no Brasil. No entanto, a sua ilegalidade não inibe sua prática quando a mulher está determinada a realizá-lo, sendo muitas vezes executado de forma insegura, sem consciência das repercussões físicas e psíquicas deste ato.

As principais características das mulheres que realizam o aborto inseguro são mulheres adultas, de cor que não seja branca, com baixa escolaridade e em sua grande maioria solteiras. Gravidez não planejada, parceiro que não assume o filho e dificuldades financeiras aparecem como principais motivos para a realização desta prática. A morte materna, infecções e hemorragias constituem as principais consequências da prática do aborto inseguro na vida das mulheres, havendo então a necessidade de se investir mais em estratégias para minimizar ou reduzir os danos nestas mulheres.

Este estudo apresentou como limitações o fato de alguns artigos não especificarem as características das mulheres que realizam o aborto inseguro, assim como suas motivações e as consequências na vida das mulheres que realizam esta prática.

Visto que no Brasil a realização do aborto legal só é permitida nos casos de estupro, risco de vida para a mãe e anencefalia fetal, recomenda-se maior investimento nas ações educativas relacionadas ao planejamento familiar, pois somente através de educação e do acompanhamento contínuo destas mulheres será possível diminuir a incidência desta prática que acarreta em diversas morbidades na sua saúde.

Qualificar a assistência dos profissionais que atendem as mulheres em situação de abortamento constitui um importante fator de humanização, visto que a discriminação e a desumanização ainda é uma realidade de muitos serviços públicos no país.

Este estudo é pertinente para nortear a prática assistencial no que se refere à prevenção da ocorrência de aborto inseguro. Desta forma, torna-se relevante a realização de novas pesquisas sobre esta temática no sentido de direcionar as ações de forma mais concreta.

## REFERÊNCIAS

ALVES, S.V. Mortalidade Materna em Pernambuco, Brasil: o que mudou em 10 anos? **Questões de Saúde Reprodutiva 2008**, v.3, n.3, p.59-70, 2008.

BARBOSA, R.M. *et al.* Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com o HIV/AIDS no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14 n.4 Jul/Ago 2009.

BAROT, S. Unsefe Abortation: The Missing Link in Global Efforts to Improve Maternal Health. **Guttmacher Policy Review**, v.14, n.2, 2011.

BENUTE, G.R.G. *et al.* Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.55 n.3, 2009.

BRASIL. **Brasil.gov.br Inovação**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2010/11/18/em-cinco-anos-populacao-atinge-media-de-escolaridade-prevista>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisa no Brasil**. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção a Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento - Norma técnica**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde., 2010.

\_\_\_\_\_. **Portal Saúde**. 2012a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22411](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22411)>. Acesso em: 25 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. **Portal Saúde**. 2012b. Disponível em:  
<<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4332/162/ms-preve-que-2011-tera-reducao-recorde-da-mortalidade-materna.html>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

CECATTI, J.G. *et al.* Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.32 n.3, Mar 2010.

CHAVES, J.H.B. *et al.* Abortamento provocado e o uso de contraceptivos em adolescentes. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Recife, v.10, n.2, Dez 2010a.

\_\_\_\_\_. Abortamento provocado na adolescência sob a perspectiva bioética. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 2, p. 311-319. 2010b.

COOPER, H.M.. **Integrative Reserarch: A Guide for Literature Reviews**. London. 1989.

CORREIA, D.S. *et al.* Aborto provocado na adolescência: quem o praticou na cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.2, p.167-74, 2009.

\_\_\_\_\_. Adolescentes estudantes: conhecimentos das complicações do aborto provocado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.3, Set 2011a.

\_\_\_\_\_. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16 n.5, 2011b.

DINIZ, D. Aborto e Saúde Pública no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, 2007.

DINIZ, D.; CASTRO, R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.1, Jan 2011.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, 2012.

\_\_\_\_\_. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, 2010.

DINIZ, D.; MENEZES, G. Aborto: Saúde das mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, 2012.

DOMINGOS, S.R.F.; MERIGHI, M.A.B.. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.14, n.1, 2010.

DUARTE, V.M.N.. Pesquisa Quantitativa e Qualitativa. In: BRASIL ESCOLA. **Monografias Brasil Escola**. 2012. Disponível em: <<http://monografias.brasilecola.com/regras-abnt/pesquisa-quantitativa-qualitativa.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

FAÚNDES, A. *et al.* Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, 2007.

FIGUEIREDO, Y.D.F.; MALTHA, D. C.; REZENDE, E.M. Análise da mortalidade materna no Município de Governador Valadares, 2002-2004. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.14, n. 3, p.376-385, 2010.

FUSCO, C.L.B.; ANDREONI, S.; SILVA, R.S.. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza-Favela Inajar de Souza. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.11, n.1, p.78-88, 2008.

GÓES, F.; GARCIA, F.; LEMOS, A. O que pensa e o que diz o acadêmico de enfermagem sobre o aborto provocado. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, v.2, n.2, p.913-921, 2010.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTILIEB, S.L.D. “A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste”. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Brasília, v.63, n.2, 2004.

MARIUTTI, M. G.; BOEMER, M. R. A mulher em situação de abortamento - um enfoque vivencial. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.2, n.37, p. 59-71, 2003.

MARIUTTI, M.G.; FUREGATO A.R.F.. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.2, Mar./Abr 2010.

MARTINS, A.L. Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDOS POPULACIONAIS – ABEP, 14, Minas Gerais, 20 -24 de Setembro de 2004.

MATOS, J.C *et al.* Mortalidade por aborto no Estado do Paraná: 1998 a 2004. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 9, n.3, p.806-14, 2007.

MELLO, F.M.B.; SOUSA, J. L.; FIGUEROA J.N.. Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, Jan 2011.

MENEZES, G.; AQUINO, E.M.L.. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, 2009.

NADER, P.R.A. *et al.* Aspectos sociodemográficos e reprodutivos do abortamento induzido de mulheres internadas em uma maternidade do Município da Serra, Espírito Santo. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2008.

NADER, P.R.A.; BLANDINO, V.R.P.; MACIEL, E.L.N. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra - ES. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v.10, n.4, p.615-624, 2007.

NEVES, L.N. Pesquisa Qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v.1, n.3, 1996.

NOMURA, R.M.Y. *et al.* Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.57, n.6, 2011.

OLINTO, M.T.A.;FILHO, D.C.M.. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNDU). **Relatório do Desenvolvimento Humano Brasil 2009/2010**. 2011. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/HDR/Relatorios-Desenvolvimento-Humano-Brasil.aspx?indiceAccordion=2&li=li\\_RDHBrasil](http://www.pnud.org.br/HDR/Relatorios-Desenvolvimento-Humano-Brasil.aspx?indiceAccordion=2&li=li_RDHBrasil)>. Acesso em: 03 dez. 2012.

PILECCO, A.B, KNAUTH, D.R., VIGO, A. “Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens”. **Cadernos de Saúde Publica**. 2011.

PORTO ALEGRE. Secretaria da Saúde. Saúde da Mulher. Comitê de Estudos e Prevenção de Morte Materna. **Relatório de Mortalidade Materna**. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre, 2010. Disponível em:

<[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/relatorio\\_mortalidade\\_materna\\_2010.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_mortalidade_materna_2010.pdf)>. Acesso em: 04 jul. 2012.

RAMOS, K.S.; FERREIRA, A.L.C.G.; SOUZA, A.I. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma maternidade escola na cidade do Recife, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.3, 2010.

REBOUÇAS, M.S.S.; DUTRA, E.M.S.. Não Nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.16, n. 3, 2011.

RODRIGUES, C.. Baixa escolaridade no Brasil é destacada em relatório da ONU. **Último Segundo**, São Paulo, 04 nov. 2010. Educação. Disponível em:  
<<http://ultimosegundo.ig.com.br/educacao/baixa+escolaridade+no+brasil+e+destacada+em+r elatorio+da+onu/n1237819750912.html>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

RODRIGUES, M.M.L.; HOGA, L.A.K. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.39, n.3, 2005.

SANTOS, T.F.; ANDREONI, S; SILVA, R.S. Prevalência e características de mulheres com aborto provocado - Favela México 70, São Vicente – São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.15, n. 1, 2012.

SILVA, D.F.O. *et al.* Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol? **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.10, n. 4, 2010.

SILVA, R.S.; ANDREONI, S.. Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7. 2012.

SOUZA, K.V.S.; ALMEIDA, M.R.C.B.; SOARES, V.M.N. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003 - 2005. **Escola Anna Nery**, v.12, n.4, p.741-49, 2008.

SOUZA, Z.C.S.N. *et al.* Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n.6. 2010.

SOUZA, Z.C.S.N.; DINIZ, N.M.F.. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. **Revista Texto e Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.4. 2011.

VIEIRA, L.M.; GOLDBERG, T.B.L.; SAES, S.O.; DÓRIA, A.A.B.. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.5, set./out. 2007.

WHO. Disponível em:

World Health Organization & Guttmacher Institute. (2007). Facts on induced abortion worldwide.

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/abortion\\_facts/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion_facts/en/index.html). Acesso em: 10 nov. 2012.

WHO. World Health Organization (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet – Sexual and reproductive health series* 4, 1-13.

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

### 1. Dados de identificação:

- Título:
- Autores:
- Periódico:
- Ano:

### 2. Objetivo/Questão de investigação:

### 3. Metodologia:

- Tipo de estudo:
- População/Amostra:
- Local onde o estudo aconteceu:

### 4. Resultados:

### 5. Limitações/Recomendações:

**APÊNDICE B - QUADRO SINÓPTICO**

Título do artigo	Autores	Características socioeconômicas das mulheres que praticam aborto inseguro	Motivos que levaram as mulheres a praticar o aborto inseguro	Consequências da prática do aborto inseguro na vida da mulher

## ANEXO - APROVAÇÃO COMPESQ



Linhas de Pesquisa

Projetos de Pesquisa

Áreas de Atuação

Bolsas de Pesquisa

Programa de Iniciação

Científica Voluntário

Programa de Fomento à

Pesquisa(auxílio)

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Helga Geremias Gouveia

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Projeto Nº: 23593

Título: ABORTO INSEGURO: MOTIVACOES E CONSEQUENCIAS DESTA PRATICA

Projeto aprovado em 19/07/2012 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

[Vizualizar Parecer](#)

Projeto não encaminhado ao comitê de ética