

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

GABRIELA LOSS LIZE

MULHERES QUE RECORREM AO ABORTO INSEGURO NO BRASIL:

UMA REVISÃO INTEGRATIVA

PORTO ALEGRE

2018

GABRIELA LOSS LIZE

MULHERES QUE RECORREM AO ABORTO INSEGURO NO BRASIL:

UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:

Profa Dra Camilla Alexandra Schneck

Co-Orientadora:

Profa Dra Mailiz Garibotti Lusa

PORTO ALEGRE

2018

-

"Não podemos deixar tudo que pertence ao campo da moral ou a outras construções ideológicas à disposição total do liberalismo.

Para nós, a emancipação das mulheres trabalhadoras não é um sonho, nem mesmo um princípio ético, mas uma realidade concreta, um fato que, diariamente, precisa ser tornado real"

(Alexandra Kollontai)

AGRADECIMENTOS

Encerra-se esse processo da escrita do Trabalho de Conclusão de Curso, mas para além disso, é momento de encerrar um ciclo de 10 semestres na universidade. Ao longo dos últimos 5 anos tive a oportunidade de qualificar a minha força de trabalho e de conhecer pessoas importantes para esse processo.

Gostaria de iniciar os agradecimentos a quem se dedica e me apoia muito antes desses últimos 5 anos, aos meus pais Carlos e Silvana, muito obrigada por terem me incentivado e apoiado para que, durante toda a minha formação (e minha vida), tivesse a oportunidade de estudar com tranquilidade de sempre ter duas pessoas me dando amor e respaldo, sempre incansáveis e imprescindíveis nessa história. Importante também agradecer aos meus irmãos Henrique e Matheus que iniciaram esse processo antes de mim, com mais dificuldades ao longo do percurso, e sempre me inspiraram e incentivaram a aproveitar essas oportunidades, certamente somos privilegiados por isso. Agradeço também o incentivo da família como um todo, amo muito vocês.

A todos os amigos que fiz durante a faculdade, Pi, Nathi, Bárbara, Diego, Rodrigo, Thau obrigada por tornarem as dificuldades durante a formação mais suportáveis e dividirem comigo materiais de estudo, angústias e alegrias. Agradecer também quem no último ano divide o apartamento comigo, Barbs, Adry e Cami, que tornaram mais leve esse processo de final de curso e me ofereceram café e empatia em tantos momentos.

Agradeço minhas orientadoras que tornaram possível a construção desse trabalho e agradeço à Camilla pelos ensinamentos compartilhados sobre essa temática, trabalhada por poucos professores dentro da graduação.

Ao meu camarada e parceiro Mateus (também conhecido por muitos outros codinomes) só posso agradecer por todo o apoio, paciência e carinho, a tua presença foi muito importante no meu crescimento. Além de todo o incentivo, queria agradecer principalmente por topa tentar desconstruir um padrão de relação imposto pela sociedade dividida em classes e construir uma relação mais humana.

A escolha dessa temática se deu em um processo de aproximação com uma frente de luta que possibilitou conhecer uma nova visão de mundo. Agradeço, assim, imensamente a todas as minhas camaradas do Coletivo Feminista-Classista Alexandra Kollontai, Pi, Si, Elisa, Nanda, Beta, Débora, Janine, Angel, Gi, Vanessa, Bia, Thainá, por estarem ombro a ombro comigo na luta e por me ajudarem nesse processo de formação, admiro-as muito. Agradecer aos meus camaradas Alê, Mateus, Guiga e Marcel que estão no mesmo lado pela luta pela emancipação dos homens e mulheres da classe trabalhadora. Obrigada por todos os ensinamentos, camaradas, em especial aos ensinamentos compartilhados pelos nossos monitores que se dedicam tanto e não desistem de lutar mesmo com todas as dificuldades, certamente são grandes inspirações para mim. FIRMES!

Obrigada novamente a todos que fizeram parte desse processo, muito amor por todos vocês!

RESUMO:

Este estudo apresentará os conceitos de aborto, aborto inseguro, legislação vigente em relação a interrupção intencional da gestação no Brasil, possíveis impactos na vida das mulheres que recorrem ao aborto inseguro e aspectos relacionados a causa dessa prática. O objetivo deste estudo é conhecer o que a literatura na saúde apresenta sobre os aspectos relacionados ao aborto inseguro no Brasil e as mulheres que recorrem a ele. A metodologia utilizada foi a de revisão integrativa, foram escolhidas duas bases de dados da saúde (LILACS e PUBMED), usando descritores previsto pelo Descritores de Ciência em Saúde (DECS) para recuperar estudos dos últimos seis anos (2013-2018), em idioma português, inglês e espanhol, realizados no Brasil e que respondiam à questão norteadora. Foram 19 estudos incluídos. Os estudos abordaram os fatores econômicos e políticos (etnia, renda, escolaridade, situação de trabalho, relação familiar), tratamento recebido durante a utilização de serviços de saúde (maus tratos e estigmatização por parte dos profissionais de saúde), percepções das mulheres envolvidas durante o processo de abortamento. Foi possível fazer uma caracterização das mulheres incluídas nesses estudos, que recorrem ao aborto inseguro e conhecer o que a literatura traz sobre as causas e consequências desse processo.

Palavras-chaves: Aborto; Aborto inseguro; Aborto clandestino; Mulheres; Criminalização do aborto.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.....	10
Figura 2.....	17
Quadro 1.....	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	13
3 MÉTODO.....	14
3.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	14
3.2 COLETA DOS DADOS.....	14
3.3 AVALIAÇÃO DOS DADOS.....	15
3.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	15
3.5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	15
3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS	16
4 RESULTADOS.....	17
5 DISCUSSÃO	31
6 CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS	41
6 APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	47

1 INTRODUÇÃO

Do ponto de vista clínico é considerado como aborto a interrupção da gravidez até a 20^o ou 22^o semana, com o produto da concepção com peso menor que 500g conforme critério estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS, 2011). O processo que ameaça a gravidez, denomina-se abortamento e o produto da eliminação denomina-se aborto, porém, é comum ambas terminologias sendo referidas como aborto. O aborto pode ser espontâneo, ou seja, um processo natural do organismo, ou provocado, induzido (SOUZA, 2014).

O aborto realizado em condições inseguras é um fenômeno complexo, que envolve determinantes econômicos, sociais, políticos, culturais e morais, e é uma questão de saúde pública, pois tem como consequência altas taxas de complicações e de mortalidade materna, que atingem significativo contingente de mulheres em todo o mundo. No Brasil, esse fenômeno do abortamento tem suas próprias características decorrentes da formação sócio histórica do país.

O aborto provocado, torna-se inseguro, conforme definição da OMS, quando o procedimento, para terminar uma gravidez indesejada, é realizado por pessoas sem as habilidades necessárias, em um ambiente que não esteja em conformidade com mínimos padrões médicos, ou ambos (OMS, 2013).

No Brasil, a interrupção intencional da gestação é considerada um crime passível de punição segundo Código Penal de 1940. O aborto legal, previsto pelo Art. 128 do Código Penal, somente poderá ocorrer sem criminalização em caso de gravidez decorrente de estupro ou em caso de risco de vida para a mãe e, desde 2012, segundo uma decisão do Supremo Tribunal Federal por meio da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 (ADPF), em caso de feto com diagnóstico de anencefalia. A previsão destas três situações legais para a realização do aborto constitui-se como conquista histórica da luta das mulheres. Embora poucas, tais previsões legais não podem ser destituídas, sob pena de retrocesso legal e social. Contudo, desde 2015, tramita no Congresso Nacional um Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 181/2015, também conhecido como Estatuto do Nascituro, que, justificando a defesa da dignidade da vida desde a concepção, propõe tornar ilegal qualquer tipo de interrupção da gestação (BRASIL, 1940).

À exceção desses três casos, qualquer situação de aborto provocado pela gestante ou terceiro é crime (BRASIL, 1940). Previsto no Código Penal de 1940, a mulher que provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem o provoque está sujeita à pena de detenção de um

a três anos conforme Art. 124. O aborto provocado por terceiro também é punível com reclusão, se for sem consentimento da gestante a pena é de três a dez anos conforme Art. 125, se for com consentimento da gestante a pena é de um a quatro anos conforme Art. 126.

A prática do aborto não está ligada apenas aos aspectos biológicos do organismo das mulheres, mas também às determinações econômicas e sociais (SANTOS; SILVEIRA, 2017). No Brasil, os principais motivos pelos quais as mulheres abortam, tem ênfase em fatores externos, questões sociais, que estão associados à baixa renda, falta de acesso aos serviços de saúde e falta de educação, segundo VIEL (1975, apud GIFFIN; COSTA, 1999).

Estas questões atingem, em sua maioria, as mulheres da classe trabalhadora, ou seja, as mulheres que precisam vender sua força de trabalho para sobreviver. Importante ressaltar que as mulheres negras da classe trabalhadora sofrem mais com a exploração da força de trabalho, estando em locais com maior precarização das condições de trabalho, recebendo salários mais baixos e, geralmente, essas mulheres são moradoras das periferias, onde é ainda mais difícil o acesso aos serviços e equipamentos de saúde, assistência social e educação pública. Esse fato ajuda a compreender as crescentes iniquidades sociais.

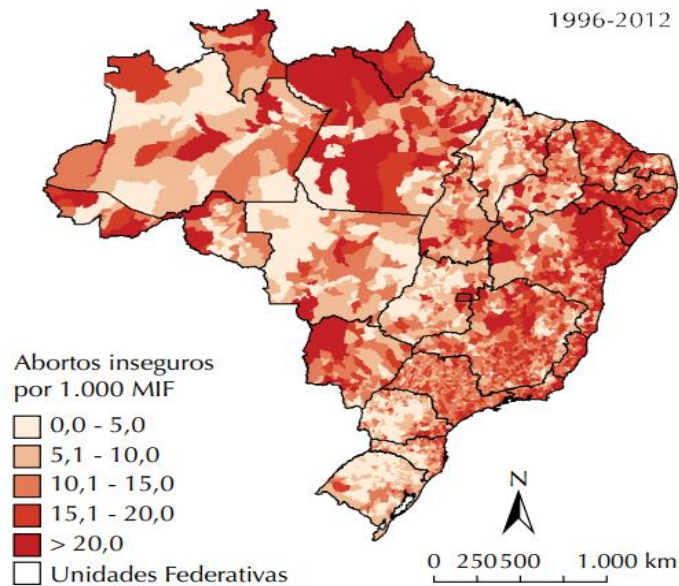
Analisar o aborto pelo pressuposto de um aspecto moralista, impede a reflexão sobre as consequências de tal prática, especialmente na vida das mulheres que se quer conseguem garantir recursos básicos de saúde, como por exemplo, a contracepção (SANTOS, SILVEIRA, 2017). Apesar dos relatos históricos citarem que o aborto provocado tem ocorrido em todas as populações, às vezes ocorre, de forma legal e hegemonicamente aceita, outras vezes, se apresentado de maneira rechaçada violentamente (SELL, 2015). Isso demonstra que nossas ações dificilmente serão decisões autônomas, pois estamos inseridos em um contexto social pelo qual somos influenciados e essas influências irão incidir de modo mais ou menos significativo em nosso entendimento sobre o mundo (SANTOS, SILVEIRA, 2017), ou seja, a decisão da mulher pelo aborto estará necessariamente sendo um resultado do contexto socioeconômico em que está inserida.

Como o aborto é uma prática ilegal no Brasil, muitas mulheres recorrem à prática clandestina, utilizando-se de serviços ilegais ou realizando por conta própria com uso de medicamentos sem orientações para utilização de uma forma adequada e ainda outras práticas comuns que põem em risco suas vidas. O aborto, induzido ou espontâneo, ocupa o terceiro lugar entre as causas de mortalidade materna, ou seja, a morte de uma mulher ao longo da gestação ou até 42 dias pós término da gestação, com 12.5%, com uma variação conforme os estados brasileiros (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

Segundo a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2010, uma em cada cinco mulheres, alfabetizadas e da região urbana, em idade reprodutiva até os 40 anos já abortaram uma vez ao longo de sua vida (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016). A metodologia utilizada neste estudo por Diniz, Medeiros, Madeiro (2016) combina a técnica da urna e de entrevista face-a-face. Foi elaborado um questionário de papel com perguntas pré-determinadas, incluindo se a mulher já realizou aborto alguma vez na vida e quando. Sem identificação, o questionário é depositado em uma urna lacrada, permitindo segurança às mulheres em relação ao sigilo e possibilitando, assim, maior veracidade nas respostas. A entrevista face-a-face permite igualmente sigilo, com questionário pré-determinado e realizado por um entrevistador. Essa alta incidência de aborto tende a ser maior quando fatores como analfabetismo, por exemplo, são incluídos (SANTOS, 2013).

No Brasil, existe uma deficiência de estudos epidemiológicos sobre situações de abortamento inseguro, clandestino dada a dificuldade em se tratar do tema. Os dados são ainda mais escassos sobre a incidência dessa prática realizada por mulheres que tem sua sobrevivência (beber, comer, vestir e morar) ameaçadas (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008). Isso acontece, pois, por ser ilegal, as mulheres dificilmente relatam que induziram o aborto ao procurar um serviço de saúde, e pode ser considerado como consequência os dados oficiais não apresentam uma estimativa de abortos realizados de forma clandestina e espontâneo. A estimativa, considerando apenas os dados de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), encontra-se entre 750 mil e 1,5 milhões (SOUZA, 2014) e a internação pós-aborto foram de 223.350 em 2006 pelo SUS (CARVALHO; PAES, 2014).

Figura 1: Distribuição espacial dos coeficientes: Aborto inseguro por 1.000 mulheres em idade fértil, por municípios de residência. Brasil, 1996 – 2012.



Fonte: MARTINS-MELO, 2014.

A morte por decorrência do aborto concentra-se, na maioria dos casos, em mulheres pobres, jovens, negras e com escolaridade baixa (SOUZA, 2014). Essa concentração de óbitos nas mulheres que tem as condições para manterem-se vivas mais precárias, mantém a argumentação de condições de inequidade também na saúde (MARTINS, 2017). O contexto social de manutenção da vida e o trabalho dessas mulheres, contribuem para as escolhas em relação ao aborto.

Segundo estudo epidemiológico sobre aborto com pessoas em situação de pobreza na Favela Inajar de Souza, São Paulo, na maioria das vezes, as mulheres em situação de pobreza recorrem ao aborto clandestino como forma de "planejamento familiar" (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008). Paralelo a esses dados, em termos globais, quando se trata da Razão de Mortalidade Materna¹ (RMM) por aborto, em relação às mulheres negras, obtém-se 11,28/100 mil nascidos vivos, duas vezes a RMM para as brancas (MARTINS; MENDONÇA, 2012).

Historicamente uma vertente do movimento feminista, conforme o contexto político do país, teve o papel de mobilizar as mulheres por pautas políticas. Estas pautas incluíam reivindicações em relação ao direito reprodutivo e sexual, especialmente após o fim do Estado

¹ É o número de óbitos femininos por causas maternas, por cem mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico e ano. A mortalidade materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 semanas após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, não devida a causas acidentais incidentais (MS, 2002).

de exceção, que se efetivou em diversos países no século XX, especialmente nos países latino americanos entre os anos de 1960 e 1980 (ROCHA, 2006).

No Brasil, com o fim da ditadura militar, em 1985, as mulheres ampliaram sua luta para ocupar espaços políticos na esfera do Executivo e Legislativo e, nesse cenário, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM). Esse foi um instrumento do movimento feminista, em relação à Assembleia Nacional Constituinte e no processo constituinte, em 1987 e 1988. Nesse quadro, destaca-se a Carta das Mulheres, documento dirigido aos constituintes, contendo princípios e reivindicações, entre eles o direito à interrupção da gravidez (questão acordada no processo constituinte para não ser submetida àquela Assembleia). Em tal processo foram também incorporadas resoluções da 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, chamada pelo Ministério da Saúde e realizada em 1986 (ROCHA, 2006).

Internacionalmente havia essa mobilização para que existisse um reconhecimento do Estado de vários países para proteção dos direitos humanos das mulheres. Esses direitos são estão relacionados para as mulheres terem controle e decisão em relação à sexualidade, saúde sexual e reprodutiva, sem coerção, discriminação ou violência. As relações sexuais e reprodutivas abrangem respeito à integralidade da pessoa, respeito e consentimento e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade das consequências do comportamento sexual (CORREA, 1999). Essas reivindicações ganharam visibilidade nas conferências internacionais, expressão disto é a inclusão da pauta dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres nos programas de ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994; da Cúpula Mundial de Desenvolvimento Social (CMDS), em Copenhague, 1995 e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), em Pequim, 1995 (CORREA, 1999).

No entanto, na prática o que se pode observar é que o aborto ainda não foi considerado como um direito das mulheres. Significa dizer que ainda é ilegal e ao buscar um serviço de saúde por complicações relacionadas ao aborto, as mulheres são muitas vezes discriminadas, reforçando o contexto social que gera culpa, tristeza, angústia e constrangimento (SOARES; GALLI; VIANA, 2010). Durante o atendimento, reações verbais hostis, reações de negligência ao suporte emocional e a orientações educativas, alocando as mulheres em um ambiente de exposição, prolongando o atendimento desnecessariamente, entre outras violências (MCCALUM; MENEZES; REIS, 2016).

Essas mulheres que recorrem ao aborto, tem singularidades na manutenção da vida, um contexto social que as expõe a riscos da própria integralidade da vida. As escolhas pelo abortamento são decorrentes de fatores como a idade, a falta de recursos econômicos, a falta de

auxílio de um companheiro, a dificuldade de manter a rotina e/ou planos futuros com a gravidez e a falta de desejo de ser mãe (RÔMIO, 2015). Mulheres que viveram situações de coerção sexual ou vivem em um contexto de violência doméstica são influenciadas para recorrer ao aborto provocado (RÔMIO, 2015). Além disso, há mulheres que não tem recursos ou não tem propriedade dos métodos contraceptivos, ou seja, a escolha e a forma como é feita o abortamento, apresenta relação direta com os aspectos econômicos e políticos do país, os quais, por sua vez, incidem no âmbito social e moral da vida dessas mulheres.

Com a relevância e incidência da temática apresentada, esse estudo pretende conhecer o que a literatura apresenta por meio da seguinte pergunta de pesquisa: quais são os aspectos relacionados a prática pelo aborto inseguro no Brasil?

2 OBJETIVO

Conhecer o que a literatura na saúde apresenta sobre os aspectos relacionados ao aborto inseguro no Brasil e as mulheres que recorrem a ele.

3 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, sobre os aspectos relacionados à prática do aborto inseguro no Brasil, a revisão integrativa irá reunir os resultados obtidos de pesquisas primárias, sintetizar, analisar e comparar esses estudos sobre a temática escolhida, para desenvolver uma explicação abrangente do fenômeno (COOPER, 1984), analisando as implicações das situações de abortamento para as mulheres. Para a produção dessa revisão integrativa serão seguidas cinco etapas, conforme Cooper (1984).

3.1 Formulação do problema:

Para este estudo foi definida a seguinte questão norteadora: quais os aspectos relacionados a prática do aborto inseguro no Brasil e sobre as mulheres que recorrem a ele?

3.2 Coleta dos dados:

As bases de dados utilizadas como fonte de pesquisa foram Lilacs e PubMed. Foram empregados os descritores, com a terminologia de acordo com o DeCS² (Descritores de Ciência em Saúde): aborto, aborto inseguro, aborto clandestino, mulheres, criminalização do aborto. A combinação de descritores foi feita por meio do campo “busca avançada” de cada uma das bases de dados, utilizando-se a combinação AND entre “aborto” and “mulheres”; “aborto clandestino” and “mulheres”; “aborto inseguro” and “mulheres”; “criminalização do aborto” and “mulheres”; “criminalização do aborto” and “aborto inseguro”, para recuperar artigos que apresentassem os descritores no título, resumo e/ou assunto. Com critérios de inclusão, foram incluídas as publicações científicas a partir de bases de dados com critérios definidos previamente. Os artigos incluídos no estudo foram aqueles que respondiam à questão norteadora

² Descritores em Ciências da Saúde foi criado pela *BIREME* para servir como uma linguagem única na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em <<http://decs.bvs.br/>>

do estudo. Os outros critérios para a inclusão foram publicações em idioma, inglês, português e espanhol e referentes ao período dos últimos seis anos.

3.3 Avaliação dos dados:

Foram avaliados os artigos selecionados que responderam à pergunta de pesquisa e estão de acordo aos critérios definidos para o tema por meio de análise de título, resumo e foi realizada a leitura completa dos artigos que existiam dúvidas sobre a relevância da pesquisa para o tema. A avaliação dos estudos coletados foi realizada para garantir a qualidade e validade da revisão integrativa. Foi elaborado um instrumento para coleta dos dados encontrados nos estudos, contendo informações de: identificação (título, autores, periódicos, volume, ano, número, descritores, palavras-chaves); objetivo e questão de investigação; metodologia; resultados; limitações e recomendações; conclusões (APÊNDICE A).

3.4 Análise e interpretação dos dados:

A análise, comparando os autores, aponta para as diferentes conclusões dos estudos e ou ponto de semelhança. Esta etapa da análise é necessária para mostrar a importância da realização do estudo, para identificar respostas à questão norteadora, para observar lacunas e/ou limites nos conhecimentos apontados pelos estudos. Para interpretação dos resultados foi realizada uma discussão a partir dos principais resultados da pesquisa realizada. A discussão foi embasada por meio da análise dos estudos previamente selecionados, comparando com o conhecimento teórico acumulado em relação à temática, sobre os aspectos relacionados à prática do aborto inseguro no Brasil. Foi realizada identificação e conclusões referentes aos resultados da revisão integrativa, que identificou lacunas e apontamentos para futuras pesquisas.

3.5 Apresentação dos resultados:

Os dados foram apresentados por meio de um quadro sinóptico com as referências contendo os autores; ano de publicação; local de realização do estudo; objetivo; método; resultados principais e conclusões/considerações finais. A apresentação do estudo foi realizada

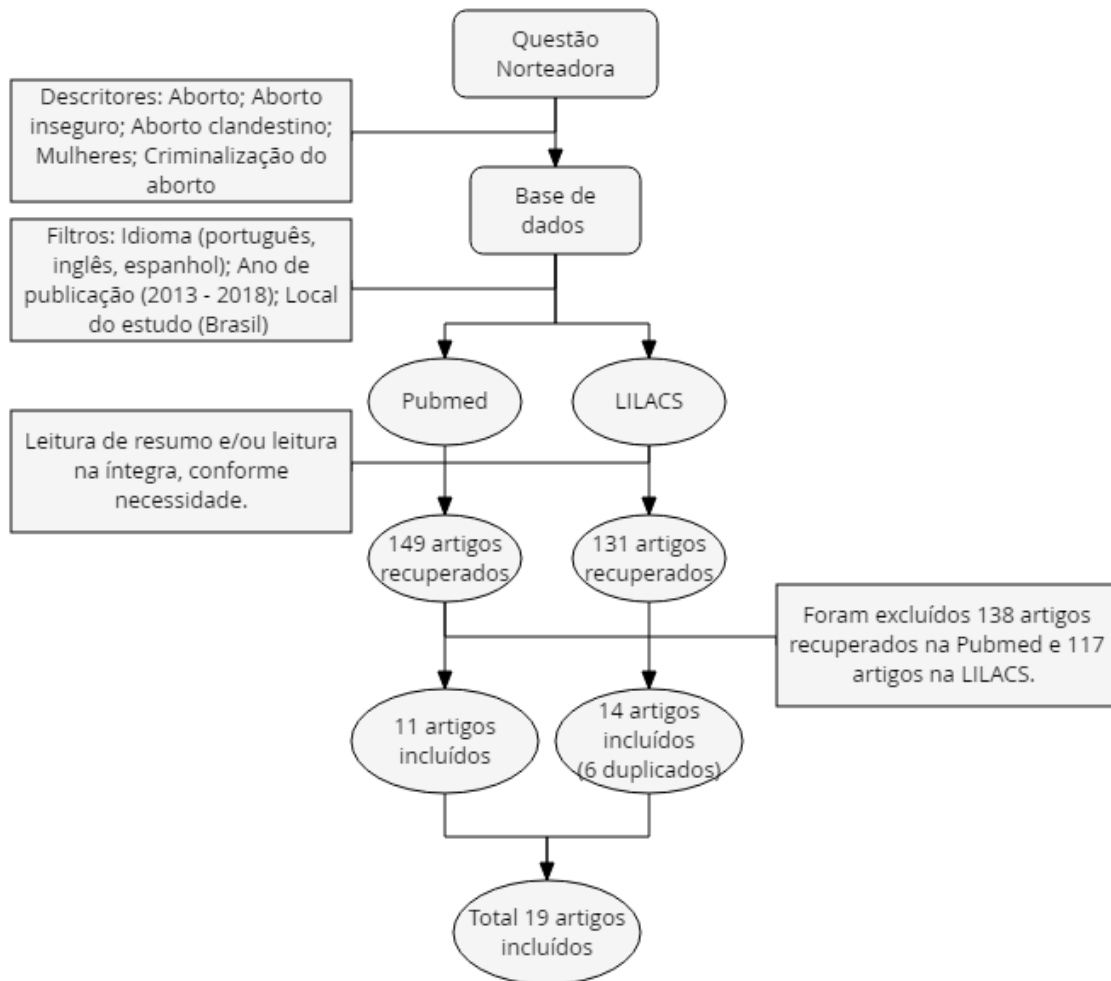
a partir da síntese e comparação do conhecimento obtido a partir da pesquisa. Identificando e alcançando uma conclusão sobre os aspectos relacionados a literatura sobre os aspectos do aborto inseguro no Brasil.

3.6 Aspectos Éticos:

Esse estudo respeita os aspectos éticos, garantindo a menção da autoria dos artigos selecionados para construção desta revisão integrativa, seguindo as normas da Associação Brasileira das Normas Técnicas (ABNT) para citações e referências. Esse projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ / EEUFRGS).

4 RESULTADOS

Figura 2 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos para o desenvolvimento da pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora, 2018.

Quadro 1 – Quadro sinóptico, elaborado a partir das publicações incluídas na RI, referente ao tema do estudo, segundo autores, ano, local do estudo, objetivos, métodos, principais resultados e conclusões/considerações finais. Porto Alegre, 2018.

Autor; Ano; Local	Objetivos	Métodos	Principais Resultados	Conclusões/ Considerações Finais
Borsari (2013) São Paulo.	Comparar e analisar aspectos socioeconômicos e emocionais na vivência do aborto provocado e espontâneo internadas em dois hospitais públicos da periferia da cidade de São Paulo	Estudo de caso-controle. 11(casos) mulheres que relataram espontaneamente ter realizado aborto e 22 (controles) mulheres que relataram aborto espontâneo (2008-2010). Entrevistas semiestruturada sobre dados sócio demográficos, aspectos emocionais, e contexto familiar	Mulheres do grupo casos apresentaram menor escolaridade, menor renda familiar e pessoal, maior frequência de sentimentos negativos na suspeita e na confirmação da gravidez. Dentre as 11 mulheres que relataram ter realizado aborto 72,7% referiram religião católica e nenhuma relatou religião evangélica.	Mulheres que relataram aborto provocado apresentam piores condições socioeconômicas.
Nunes; Madeiro; Diniz (2013) Teresina.	O objetivo principal é caracterizar os métodos, o percurso e as redes de apoio das adolescentes para a interrupção da gestação.	Estudo descritivo, transversal na cidade de Teresina, 2011. A pesquisa foi conduzida em dois hospitais públicos onde, no ano de 2010, os hospitais concentraram cerca de 80% das curetagens uterinas realizadas em adolescentes de 10 a 19 anos na capital. Foram entrevistadas 30 adolescentes internadas após a curetagem uterina por aborto provocado.	A maioria das jovens tinha escolaridade inferior à esperada para a idade, autodeclaradas pardas e negras e residiam com a família. Quase metade (46%, 14) das adolescentes afirmaram trabalhar, sendo que 23% (7) dessas declararam ser a única fonte de renda da família. A renda familiar entre um e três salários mínimos foi a mais comum. A maioria, 77% (23) das adolescentes, estavam na primeira gravidez, mas 23% (7) disseram estar na segunda gravidez, e 20% (6) dessas últimas tinham um filho vivo. O método utilizado para o abortamento foi o Cytotec, utilizado	O Cytotec é o principal método para o aborto clandestino utilizado por adolescentes em Teresina. A maioria das adolescentes omitiu dos médicos e enfermeiras que haviam provocado o aborto, por receio de sofrer discriminação ou maus-tratos. A combinação entre a ineficiência dos serviços e o controle da informação pelas mulheres aumenta o risco de consequências graves à saúde.

			de forma isolada por 94% das jovens, sendo que 43% delas adquiriram sozinhas o medicamento, e o local de aquisição mais comum foi a farmácia no bairro onde cada uma vivia (93%).	
Pérez (2013) Salvador	Conhecer quais são as representações sociais de mulheres sobre o aborto provocado.	<p>Estudo quantitativo, com base na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais (escolhido como base teórica pela capacidade para desvendar o pensamento da sociedade acerca de um objeto compartilhado na vida cotidiana)</p> <p>Foram selecionadas 147 mulheres que provocaram aborto tendo internadas em uma maternidade pública, Salvador. Utilizou-se, como instrumento de coleta de dados, o Teste de Associação Livre de Palavras, uma técnica para a coleta de elementos que constituem uma representação.</p>	<p>O estudo mostrou que o crime e o pecado apareceram como elementos do núcleo central que qualificam o ato do aborto provocado, uma vez que estão ancorados nos valores morais e religiosos da sociedade, tendo em vista que, no Brasil, o aborto provocado é considerado crime.</p> <p>Pode-se observar, então, que as mulheres, ao vivenciarem o processo do aborto provocado, experimentam uma grande tristeza, juntamente com a ambiguidade de querer e não querer provocar o aborto, e ao mesmo tempo encontram, como única saída, a prática solitária do aborto provocado.</p>	O estudo mostrou que sua estrutura está sustentada pelos elementos do núcleo central que qualificam o ato do aborto provocado (crime e pecado), motivam a prática do ato (coragem e situação de cada um) e expressam as consequências da realização do aborto (dor, arrependimento, culpa, morte e tristeza) e pelos elementos do núcleo periférico (remédio, preconceito, maldade, fraca, raiva e difícil), que se organizam em torno do núcleo central.

<p>Santos (2013) Brasília.</p>	<p>Discutir a criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública.</p>	<p>Revisão crítica, realizada levantamento na base de dados Lilacs e SciELO, além de sites como o do Ministério da Saúde, Católicas pelo Direito de Decidir e Rede Feminista de Saúde. Foram selecionados 122 artigos.</p>	<p>Evidenciou-se que os déficits na qualidade da assistência prestada, especificamente à saúde reprodutiva da mulher, como as ações do planejamento familiar, bem como a ilegalidade do aborto no Brasil, provocam implicações à saúde da mulher, vez que várias buscam práticas inseguras e clandestinas de abortamento. Considera-se que a proibição não impede que o aborto seja realizado.</p>	<p>O déficit na qualidade da assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, baixa escolaridade, baixa renda e discriminação étnica são fatores associados à gravidez indesejada que fazem com que várias mulheres busquem práticas clandestinas e/ou inseguras para abortar, em condições sanitárias desfavoráveis.</p>
<p>Martins-Melo (2014) São Paulo</p>	<p>Analisar tendências temporais e padrões de distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil.</p>	<p>Estudo ecológico, com base nos registros das internações hospitalares de mulheres por abortamento no Brasil (1996-2012). Estimou-se o número de abortos inseguros segundo local de residência, utilizando-se técnicas de estimativas indiretas. Foram calculados os indicadores: razão de aborto inseguro por 100 nascidos vivos e coeficiente de aborto inseguro por 1.000 mulheres em idade fértil. As tendências temporais foram analisadas por regressão polinomial e a distribuição espacial utilizando os municípios brasileiros como unidade de análise.</p>	<p>Foram registradas 4.007.327 internações hospitalares por abortamento no Brasil no período. Estimou-se um total de 16.905.911 abortos inseguros, com média anual de 994.465 abortos (coeficiente médio de aborto inseguro de 17,0 abortos/1.000 mulheres em idade fértil e razão de 33,2 abortos inseguros/100 nascidos vivos). O aborto inseguro apresentou um declínio nacional, mas de forma desigual. Ainda há uma maior concentração de abortos inseguros nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste.</p>	<p>A criminalização do aborto não impede que as mulheres interrompam uma gestação indesejada ou não planejada, apenas as expõe a práticas indiscriminadas, inseguras, desumanizadas e com elevado risco de morte, gerando altos custos econômicos, políticos e sociais. Conclui-se que o aborto inseguro, apesar do declínio em nível nacional, ainda representa importante problema de saúde pública e um evento negligenciado no Brasil.</p>

<p>Nonnenmacher (2014) São Paulo; Natal.</p>	<p>Analisar a percepção das mulheres quanto às reações e às condutas do parceiro no processo do abortamento, associando as variáveis entre mulheres que sofreram abortamento espontâneo e que o provocaram, nas cidades de Natal (RN) e de São Paulo (SP).</p>	<p>Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 285 mulheres que sofreram abortamento espontâneo e 31 mulheres que referiram tê-lo provocado. Os dados foram analisados pela Técnica de Análise Temática e, posteriormente, utilizou-se o programa IBM SPSS. O nível de significância utilizado foi $p < 0,05$.</p>	<p>Em ambas as capitais, as mulheres que provocaram o aborto referiram o parceiro como alguém que não poderia saber do abortamento e, ao mesmo tempo, como aquele que poderia tê-lo evitado.</p> <p>Em Natal, o abortamento provocado foi associado à ausência do parceiro no momento da confirmação da gestação e, em São Paulo, a reações negativas quando noticiada a gravidez e a não participação no processo do abortamento.</p>	<p>Os resultados obtidos indicam que as mulheres que provocaram o aborto percebem a participação masculina como importante no processo. As características de cada capital denotam influência da dimensão geográfica e cultural, demonstrando a necessidade de uma assistência integral à saúde da mulher que respeite as especificidades de cada região do Brasil.</p>
<p>Santos; Brito; (2014) Natal</p>	<p>Esse estudo buscou analisar a vivência de mulheres no processo decisório do aborto provocado.</p>	<p>A pesquisa interpretativa, qualitativa, foi desenvolvida em uma maternidade-escola localizada em Natal.</p> <p>Foram entrevistadas 19 mulheres internadas em decorrência de aborto, obedecendo critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; admitirem, livremente, a indução do aborto; apresentarem condições emocionais e físicas favoráveis para responder aos questionamentos, bem como estarem internadas em decorrência da prática abortiva.</p>	<p>A idade das participantes do estudo variou entre 20 e 44 anos, com predomínio da faixa etária entre 26 e 30 anos.</p> <p>Tratando-se da etnia, nove entrevistadas declararam-se pardas, oito brancas e uma negra.</p> <p>Oito informaram ser católicas, seis evangélicas, três não seguiam nenhuma religião, porém afirmaram acreditar em Deus e duas mencionaram não ter crenças religiosas.</p> <p>Quanto ao estado civil, a maioria declarou-se solteira, contudo, afirmou vivenciar um relacionamento amoroso estável.</p>	<p>Os resultados obtidos nesta investigação possibilitaram analisar o processo decisório do aborto provocado, que se apresentou como uma escolha dolorosa na vida reprodutiva das entrevistadas. O fato das colaboradoras desta pesquisa terem baixo poder aquisitivo, estando inseridas em camadas populares, acarretou a presença de valores sociais e religiosos influenciando o modo como vivenciaram o aborto.</p>

			Majoritariamente, as mulheres declararam ter ensino médio completo. Quanto à ocupação, a maioria inseria-se no mercado formal de trabalho, predominando no comércio. Em relação a renda familiar observou-se predomínio de valores entre 1 e 3 salários mínimos.	
Souza (2014) São Paulo.	Estimar a prevalência de mulheres com aborto provocado dentre as mulheres em idade fértil (15 a 49 anos de idade) que apresentaram alguma gestação prévia, residentes na cidade de São Paulo, no último trimestre de 2008, bem como identificar essa ocorrência em função de algumas características Sociodemográficas.	Estudo transversal. A variável dependente aborto foi dicotomizada em: Aborto Provocado (AP) e nenhum Aborto (nA). As variáveis independentes utilizadas foram: idade, atividade remunerada, renda mensal familiar, escolaridade, estado conjugal, uso de método(s) contraceptivo(s) e número de filhos nascidos vivos. A análise estatística foi realizada por meio de modelos de regressão log-binomial com aproximação de Poisson para avaliar as razões de Prevalência (RP).	Dentre o total de mulheres com alguma gestação prévia (n = 683), 4,5% (n = 31) declararam algum AP. O modelo log-binomial final mostrou que idade atual entre 40 e 44 anos de idade (rP = 2,76; p = 0,0043), estado conjugal solteira (rP = 2,79; p = 0,0159), número de filhos nascidos vivos igual ou maior que 5 (rP = 3,97; p = 0,0013, uso de contraceptivo “não eficaz” ou de baixa eficácia (rP = 4,18; p = 0,0009) e uso atual de contraceptivo oral ou dispositivo intrauterino (rP = 2,70; p = 0,454) foram as características que se apresentaram mais fortemente associadas à ocorrência de AP entre as mulheres dessa população.	O aborto provocado é utilizado para limitar a fecundidade, mais precisamente após atingir-se o número desejado de filhos. O uso inadequado, ou o não-uso, de contraceptivos eficazes e/ou a utilização de contraceptivos não eficazes, ou de baixa eficácia, também promovem a resolução pelo aborto, assim como o fato de as mulheres solteiras enfrentarem uma gestação sozinhas.

<p>Monteiro; Adesse; Drezett (2015) Rio de Janeiro</p>	<p>Atualizar as estimativas do aborto provocado no Brasil de 1995 a 2013.</p>	<p>A fonte dos dados primários foi o internações por aborto registrado no Sistema de Informações Hospitalares do SUS, desagregado por regiões e por faixa etária.</p> <p>O número de abortos induzidos foi estimado por intervalos. O limite superior foi definido com a multiplicação por cinco do número de internações. O limite inferior foi calculado com a multiplicação por quatro do número de internações.</p> <p>Considerou-se o percentual de sub-registro de 12,5% e a proporção de abortos espontâneos de 25%.</p>	<p>Entre 1995 e 2013, as internações de mulheres de 10 a 49 anos por complicações do aborto diminuíram 27% e a estimativa do número anual de abortos induzidos recuou 26%. Nas duas regiões com maior número de internações por complicações do aborto, Nordeste e Sudeste, observou-se redução significativa do número de casos, 35% e 27%, respectivamente.</p> <p>Constatou-se redução no risco de aborto provocado em todas as faixas etárias: 43% entre 15 e 29 anos, 49% entre 20 e 29 anos, 26% entre 30 e 39 anos e 50% de 40 a 49 anos. A estimativa de abortos induzidos decresceu de 864.628 para 687.347 (limite inferior) e de 1.086.708 para 865.160 (limite superior).</p> <p>Apesar da significativa redução, há uma grande incidência ainda de aborto provocado no país.</p>	<p>Embora as evidências encontradas neste estudo sejam favoráveis, principalmente ao considerar a frequente associação do aborto provocado com procedimentos clandestinos, a magnitude do aborto no país ainda aponta para um grave problema de saúde pública, com potencial de influenciar a razão da mortalidade materna.</p>
<p>Romio (2015) São Paulo</p>	<p>Compilar, apresentar e discutir dados produzidos nos último 20 anos em pesquisas nacionais acerca das associações entre o tema do abortamento induzido e da saúde mental.</p>	<p>Estudo descritivo, de revisão sistemática da produção teórica nacional (do ano de 1993 ao ano de 2013), desenvolvida e divulgada por meio de artigos e periódicos da área da saúde.</p> <p>A busca ativa dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: SciELO, LILACS e IndexPSI, com descritores pré-determinados, com critérios de inclusão e exclusão.</p>	<p>As mulheres que participaram dos estudos eram, em sua maioria, jovens adultas, em um relacionamento estável. Elas possuíam baixa escolaridade, autodeclaravam-se negras ou pardas, não tinham emprego ou exerciam alguma atividade de baixo retorno financeiro.</p> <p>Quanto à tomada de decisões reprodutivas, estas nem sempre são</p>	<p>-Percebe-se que a saúde mental das mulheres reflete as tensões e angústias do tema do abortamento induzido no Brasil. Observa-se que as mulheres recorrem ao procedimento em contextos de vulnerabilidade, expostas à dupla condenação, criminal e legal da prática no país. Essa condenação que acompanhados da prática em contexto de clandestinidade, refletem em medo e culpa, que transcendem</p>

		O resultou em um total de 18 artigos.	acompanhadas de acesso aos recursos contraceptivos. Estudos trouxeram diversos fatores para a decisão pelo abortamento, dentre eles; a idade, a falta de condições socioeconômicas, a falta de suporte de um companheiro, o fato de a gravidez atrapalhar os planos para o futuro ou a inexistência de desejo de ser mãe. A prática do aborto se dá muitas vezes em um cenário de vulnerabilidade física, com pouco acesso à informação e métodos contraceptivos e com um discurso social do controle da procriação como responsabilidade exclusiva da mulher.	a própria prática e se referem à realidade social e cultural dos direitos sexuais e reprodutivos.
Sell (2015) São Paulo.	Identificar a contribuição das pesquisas desenvolvidas sobre o que motiva as mulheres a induzirem o aborto e o significado desta experiência em suas vidas.	Revisão integrativa, onde a busca dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: LILACS, BDNF, MEDLINE, CINAHL e SciELO, no período de 2001 a 2011, seguindo os critérios de inclusão previamente decididos.	Foram selecionados e analisados 11 estudos que apresentavam os motivos alegados pelas mulheres para a indução do aborto e/ou o significado desta experiência em suas vidas, mencionando aspectos sociais, religiosos, éticos e morais ligados a esta prática, bem como o sofrimento decorrente desta vivência. A ilegalidade é apontada como fator de risco para o aborto inseguro, reafirmando a questão como problema de saúde pública e de justiça social.	Os resultados evidenciam aspectos que podem contribuir para melhorar a qualidade da saúde e ratificam a importância das pesquisas para fundamentar a prática da enfermagem.

<p>Adesse (2016) Rio de Janeiro</p>	<p>Analisar a produção científica sobre aborto e estigma social e discutir o potencial da categoria estigma para os estudos sobre os processos de assistência às mulheres em situação de abortamento, em nosso país.</p>	<p>Utilizou-se o método de revisão integrativa de publicações das bases científicas, MEDLINE e LILACS, optando por não estabelecer limite temporal. Analisou-se 65 publicações com as representações sociais de mulheres que abortam e de profissionais que as atendem; exploram os obstáculos para a implementação das leis do aborto e dos protocolos e normas que facilitariam o acesso a serviços de qualidade.</p>	<p>À relevância conceitual de Erving Goffman somou-se a compreensão sobre a transgressão dos estereótipos de gênero, o imperativo da maternidade, a pureza sexual, que marca as mulheres que abortam como seres inferiores, deteriorados: promíscuas, pecadoras, assassinas. Identificaram-se grupos mais afetados pela estigmatização: mulheres em abortamento, profissionais de saúde, e os apoiadores das mulheres (companheiro, família, amigos). O conflito feminino pela dualidade ocultar/revelar seus abortamentos, a objeção de consciência de profissionais e os obstáculos na implementação de políticas públicas emergiram dos trabalhos.</p>	<p>A categoria estigma tem sido um elemento/argumento decisivo para um maior entendimento e crítica dos aspectos sociais, médicos e legais da marginalização das mulheres adultas e adolescentes que abortam.</p>
<p>Maranhão; Gomes; Barros (2016) Teresina</p>	<p>Analisar os fatores preditores do abortamento entre jovens com antecedentes gestacionais.</p>	<p>Estudo transversal, Realizado em 2008 com jovens que residiam na área urbana de Teresina, e que haviam finalizado uma gestação nos primeiros quatro meses de 2006, com a idade de 15 a 19 anos.</p> <p>Selecionadas a partir de uma amostragem acidental, foi aplicado um questionário, com ênfase no total de gestações, número total de partos e de filhos, sobre o desejo da gestação e se sentiu pressionada ao abortamento. Sem perguntas</p>	<p>Foram incluídas no estudo um total de 464 jovens.</p> <p>A idade das jovens variou de 17 a 22 anos, com predomínio da faixa etária de 20 a 22 anos (69,8%). A maioria das jovens tinha o nível de escolaridade inadequado (86,9%) e metade possuía renda mensal familiar de até um salário mínimo (50,0%)</p> <p>O número de gestações que resultou em aborto variou de 1 a 7, para uma mesma mulher, sendo que 51,1% do total de abortamentos estava associado à primeira gravidez.</p>	<p>Conclui-se que os fatores indutores do abortamento, obtidos após ajuste na análise multivariada, foram o fato da jovem ter vivenciado mais de uma gestação, com piores condições socioeconômicas e terem sido pressionada pelo parceiro a abortar.</p>

		<p>diretas a respeito de aborto provocado ou espontâneo.</p> <p>Foi possível inferir, por meio das perguntas sobre o uso de métodos abortivos se o aborto foi provocado.</p>	<p>Entre as jovens com mais de uma gestação, 33% pensou em interrompê-la e 18,6% afirmaram que se sentiram pressionadas por alguém para realizar o aborto.</p> <p>22,9% fizeram o uso de algum método para interromper a(s) gestação(ões), com predominância para os métodos medicamentosos (55,6%)</p>	
<p>Mcallum; Menezes; Reis (2016) Salvador</p>	<p>Compreender acerca da atenção ao aborto em maternidades públicas no Brasil, por meio de estudo realizado em um hospital em Salvador (BA), sobre as concepções e práticas relativas ao procedimento, aos participantes e à instituição.</p>	<p>Estudo com métodos quali/quantitativos e integra um estudo antropológico amplo. Foi realizada investigação entre jovens de 15 a 24 anos e a relação com a instituição hospitalar em Salvador (2012-2013).</p> <p>O artigo examina os caminhos percorridos pelas jovens internadas com abortos provocados e espontâneos. Das 39 entrevistas realizadas, 11 foram dirigidas a mulheres internadas com abortamento. Foram realizadas entrevistas com 113 os profissionais de saúde envolvidos no cuidado direto às mulheres na situação de aborto, com perguntas amplas sobre o tema.</p>	<p>As características socioeconômicas das entrevistadas são semelhantes aos demais usuários do hospital. A maioria é jovem (entre 15 e 24 anos), nasceu em Salvador, reside em bairros de “baixa renda” e não estava trabalhando no momento da entrevista. Nenhuma delas tinha contrato formal de trabalho, e suas rendas familiares variavam de menos de um até cerca de seis salários mínimos. Dez entrevistadas se autodeclararam morenas ou negras, e uma se autodeclarou branca. A maioria dos profissionais entrevistados, considera inadequado uma jovem tornar-se mãe antes de completar 25 anos e 62,2% afirmam, por , que essa prática não deve ser descriminalizada.</p>	<p>Falhas no atendimento a mulheres que abortam não são simplesmente atitudes “preconceituosas”, mas resultados subjacentes do da própria instituição – ajudar as mulheres a tornarem-se mães – interferem negativamente no atendimento ao aborto.</p> <p>A avaliação das mulheres sobre o atendimento também perpassa o julgamento construído socialmente que “abortar é errado”, acreditando que merecem um tratamento inferior.</p>

<p>Santos; Fusco; Silva (2016) São Vicente</p>	<p>Calcular a prevalência de mulheres com aborto provocado e inseguro e de aborto espontâneo, bem como características sociodemográficas associadas em uma população de baixa renda.</p>	<p>Estudo transversal, com amostra aleatória de mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos, residentes na Favela México 70, em São Vicente, efetuada no último trimestre de 2008. O método usado para a análise dos dados foi a regressão logística multinomial para determinar as principais variáveis independentes associadas à ocorrência de aborto provocado, com IC= 95% e $p < 0,05$. As análises estatísticas foram feitas com o auxílio do programa SPSS.</p>	<p>Entre as 860 mulheres de 15 a 49, no modelo final de regressão logística multinomial múltipla permaneceram as seguintes variáveis independentes categorizadas: “número de filhos nascidos vivos > 2 (OR = 4,0), mostra que as mulheres com dois ou mais filhos apresentam uma chance quatro vezes maior de provocar um aborto; e “aceitação do aborto por falta de condições econômicas” (OR = 11,5), indica que as mulheres sem condições econômicas de prosseguir na gestação e/ou criar mais um filho apresentam chance 11,5 vezes maior de provocar um aborto.</p>	<p>Por falta de um sistema eficaz de contracepção e de planejamento familiar, mulheres de baixa renda ainda hoje, após 20 anos da International Conference on Population and Development, Cairo, 1994, recorrem ao aborto provocado e inseguro para a diminuição da própria fecundidade e do tamanho da família, frente a uma gestação inesperada, não pretendida ou inoportuna.</p>
<p>Silveira; Mcallum; Menezes (2016) Salvador; Recife.</p>	<p>Analisar os relatos de abortos de mulheres e homens de estratos sociais médios, residentes em duas capitais do Nordeste brasileiro que realizaram abortos em clínicas privadas</p>	<p>Investigação qualitativa realizada em 2012. Foram entrevistadas 20 mulheres e 7 homens com idades entre 24 e 49 anos, residentes em Salvador e Recife e que tinham passado pela experiência do aborto provocado. A estratégia utilizada foi do tipo “bola de neve”. Após contatar e entrevistar algumas pessoas com experiência prévia de aborto provocado, com idades entre 18 e 49 anos, e que recorreram às clínicas privadas, estas sugeriam novas indicações.</p>	<p>Foram narradas 34 histórias de gravidezes interrompidas em clínicas por 19 mulheres e 5 homens, residentes em duas capitais do Nordeste brasileiro. Uma análise temática revela que existem diferentes tipos de clínicas e de atendimento prestados pelos médicos.</p> <p>A realização de um aborto em uma clínica privada não é garantia de um atendimento humanizado e seguro.</p> <p>As narrativas fornecem descrições de diversas situações e práticas, desde aquelas com algumas falhas, como a falta de informações sobre os medicamentos, até outras com</p>	<p>A ilegalidade da prática do aborto, no Brasil, permite que as clínicas funcionem sem qualquer tipo de regulação do Estado, não impedindo que as mulheres realizem abortos, mas as expõem a situações de total vulnerabilidade e de violação dos direitos humanos.</p>

			abusos graves, como procedimentos realizados sem anestesia.	
Madeiro; Rufino (2017) Teresina.	Recuperar histórias de violência institucional na assistência ao aborto provocado, sob a ótica das mulheres, em um hospital público de referência em Teresina.	<p>O estudo realizado com mulheres que realizaram aborto de maneira ilegal e insegura, internadas em hospital público de referência em Teresina, para realização de curetagem uterina por aborto incompleto (2012-2013).</p> <p>As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado que explorou duas questões centrais:</p> <p>1. Métodos e itinerários para abortar; 2. Atendimento prestado durante a internação hospitalar, com possibilidade de violência institucional.</p>	<p>Houve maior concentração de mulheres na faixa dos 20 aos 24 anos (69,2%), solteiras (85,9%), pretas (53,8%) e procedentes de Teresina (61,5%). A maioria delas (59%) tinha escolaridade correspondente ao ensino fundamental.. Mais da metade (57,7%) estava grávida pela primeira vez e 10,3% já tinham estado três ou mais vezes.</p> <p>Algumas mulheres que afirmaram que ter um filho foi importante para a decisão de abortar na segunda gravidez, além da condição financeira e da falta de apoio do parceiro.</p> <p>O misoprostol foi utilizado isoladamente por 89,7% (70) das mulheres, mas 7,7% delas o combinaram a chás para induzir o aborto.</p> <p>O desrespeito e abuso durante a internação apareceram na narrativa</p>	As narrativas das mulheres mostraram que as manifestações da violência ocorreram tanto na relação estrutural com o serviço (como a falta de estrutura para oferecer privacidade e acomodação adequadas) ou relacionadas ao comportamento dos profissionais de saúde.

			de 26 mulheres (1 em cada 3 mulheres)	
Martins (2017) Belo Horizonte	Analisar a evolução da mortalidade materna relacionada ao aborto em Minas Gerais.	<p>Estudo ecológico de uma série temporal dos óbitos por abortamento no Estado de Minas Gerais (2000-2011). Este trabalho utilizou os dados do SIM (sistema oficial de informação sobre mortalidade no Brasil), do sítio do DATASUS.</p> <p>O método de análise utilizado foi das causas múltiplas de morte (conjunto formado pela causa básica e causas associadas)</p> <p>Foram incluídos no estudo todos os óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos), cuja causa básica e/ou associada de morte constasse o aborto.</p>	<p>No período de 2000-2011, foram registrados 82.790 óbitos de mulheres em idade fértil (10-49 anos), destes 1.219 (1,47%) tiveram morte materna como causa básica. O aborto foi identificado como causa básica em 133 óbitos e como causa associada em outros 50, totalizando 183 mortes relacionadas ao aborto.</p> <p>A caracterização dos óbitos relacionados ao aborto foi mais prevalente em mulheres de 20-34 anos, solteiras (68%) e negras (70,5%), em sua maioria com menos de 7 anos de estudos. Em torno de 40% dos dados referentes à escolaridade e ao momento do óbito em relação à gravidez ou puerpério não estavam registrados no banco.</p>	<p>A concentração dos óbitos teve predomínio de mulheres com escolaridade insuficiente e da raça/cor negra, sustenta os argumentos que situam o óbito por aborto como uma condição marcadora da iniquidade em saúde</p> <p>A evolução da mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais no período de 2000-2011 foi estável.</p> <p>A ilegalidade da prática do aborto induz o preenchimento inadequado das declarações de óbitos, o que acarreta a subestimação da morte materna por esta causa.</p>

<p>Ferrari; Peres; Nascimento (2018) Rio de Janeiro.</p>	<p>Abordar o tema da iniciação sexual na adolescência, com foco nas narrativas de dez jovens com experiência de aborto provocado, moradoras de uma favela do Rio de Janeiro.</p>	<p>A pesquisa foi realizada com jovens entre 15 e 17 anos de idade, com episódio de gravidez e de aborto clandestino entre 12 e 17 anos. A iniciação amorosa sexual circunscreve a ideia de que os jovens têm em suas trajetórias biográficas um percurso de experiências passíveis de serem recuperadas pelo observador/pesquisador através de uma narrativa de vida.</p> <p>A coleta de dados se deu pela técnica de entrevista individual em profundidade, a partir de um roteiro semiestruturado.</p>	<p>Das dez entrevistadas, nove delas se autodeclaravam negras e pardas, nove estavam estudando em colégios públicos da Zona Sul da cidade. Todas moravam com a família.</p> <p>A idade no momento do aborto provocado variou entre 12 e 17 anos. No que se refere à idade dos parceiros, variou entre 17 e 42 anos.</p> <p>Com histórias recorrentes de sexo desprotegido, a confirmação da gravidez veio à tona ao mesmo tempo em que foram obrigadas a decidir, de forma rápida e sem muito tempo, se compartilhavam ou não a notícia com seus parceiros e familiares. Quatro jovens não contaram aos parceiros sobre a gravidez.</p> <p>Seis jovens comunicaram a gravidez aos parceiros que acusaram-nas ou de serem muito burras ou de não terem tomado o remédio direito ou ainda de traição, expressando uma recusa frente a uma possível paternidade.</p>	<p>Notou-se que as adolescentes se submetem a difíceis decisões sobre sua sexualidade e reprodução, em um momento de vida em que ainda lhes falta experiência sexual e reprodutiva.</p> <p>A partir dos dados, demonstra-se a importância do fortalecimento de políticas públicas, discussões sobre gênero e direitos sexuais e reprodutivos na adolescência em diversos âmbitos da sociedade, como escola, família e demais instituições.</p>
---	--	---	---	--

Fonte: Elaborado pelo autor, 2018.

5 DISCUSSÃO

A OMS (2013) define o aborto inseguro como um procedimento que interrompe a gravidez, realizado por pessoas sem as habilidades necessárias e/ou em ambientes que não estejam em conformidade com os padrões sanitários mínimos. Em países onde há restrição legal a interrupção do aborto, a prática é de forma clandestina e insegura (MADEIRO; RUFINO, 2017; MARTINS, 2017). Como já apresentado, a interrupção intencional, ou seja, o aborto provocado/provocado, só é considerado legal no Brasil, previsto pelo Art. 128 do Código Penal de 1940 (BRASIL, 1940), em caso de gravidez decorrente de estupro, em caso de risco de morte para mulher, ou, desde 2012, segundo Supremo Tribunal Federal por meio da ADPF, em caso de feto com diagnóstico de anencefalia. Os demais casos de aborto provocado são considerados crime passível de detenção de um a três anos previsto no Art. 124 do Código Penal. Além da criminalização da mulher, há a criminalização do aborto provocado por terceiro sem consentimento da gestante, com pena de reclusão de três a dez anos, previsto no Art. 125 do mesmo código e aborto provocado por terceiro com o consentimento da gestante com pena de reclusão de um a quatro anos previsto no Art. 126, conforme Código Penal de 1940. Essas leis de restrição ao aborto, se amparam também, na religião enquanto um dispositivo de controle das mulheres, reforçando uma posição patriarcal e que influencia um debate moral acerca do abortamento e criminalizando as mulheres que recorrem a ele (CARLOTO; DAMIÃO, 2018).

As taxas de incidência e prevalência de aborto provocado, segundo os estudos incluídos nesta revisão, são subestimadas, pois entende-se que há um certo limite metodológico em se obter números precisos sobre o aborto feito em condições ilegais. Apesar da falta de precisão dos dados oficiais, sabe-se que, o aborto inseguro traz consequências negativas às mulheres, entre as quais, é responsável por uma significativa parcela de mortes maternas. No Brasil, a causa aborto (tanto aborto provocado como aborto espontâneo) ocupa o 4º lugar na mortalidade materna (SOUZA, 2014; SELL, 2015; MCALLUM; MENEZES; REIS, 2016) e o aborto é a segunda experiência obstétrica mais comum no mundo, logo após o parto. (SANTOS, 2015).

Na América Latina, o aborto é ilegal na maioria dos países, mesmo assim, estima-se que ocorram aproximadamente 4,4 milhões de abortos nessa região por ano e que 95% sejam realizados de forma insegura (LARREA; PALENCIA; PEREZ, 2015). Os dados dos artigos recuperados neste estudo apresentam, apesar da falta de precisão, uma alta taxa de abortamento provocado e inseguro no Brasil.

Um estudo que corrobora com estes resultados é a Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2010, citada anteriormente. A PNA revela que uma em cada cinco mulheres, alfabetizadas e da região urbana, em idade reprodutiva até os 40 anos já abortaram uma vez ao longo de sua vida (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016). É importante contextualizar o método dessa pesquisa, pelo entendimento de que há uma dificuldade em encontrar dados oficiais sobre o tema, em especial, pela ilegalidade em relação à prática do aborto. A técnica de urna que foi utilizada consistiu na resposta a um questionário previamente estruturado sobre o assunto aborto, entre uma das perguntas está sobre a realização de algum aborto durante a vida. Essa resposta é armazenada numa urna lacrada, sem identificação o que permite uma segurança às mulheres em relação ao sigilo, possibilitando maior sinceridade nas respostas.

A partir do estudo feito por MARTINS-MELO (2014) estima-se que ocorra uma média anual de 994.465 de abortos inseguros no Brasil. Essa metodologia estima o cálculo de abortos inseguros, considerando: 20,0% de hospitalizações em consequência de complicações do aborto (uma internação para cada cinco abortos); o parâmetro de 12,5% como estimativa de sub-registro (internações realizadas fora do SUS); e o desconto de 25,0% de abortos por causas espontâneas. Assim os autores calculam os indicadores: *coeficiente de aborto inseguro* por 1.000 mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e a *razão de aborto inseguro* por 100 nascidos vivos (2000-2011). Foram registradas 4.007.327 internações hospitalares por abortamentos no SIH/SUS entre 1996 e 2012, com média anual de 235.725 internações. Estimaram-se então 16.905.911 abortos inseguros no Brasil, com média anual de 994.465 (IC95% 961.767;1.027.163). O *coeficiente médio anual de aborto inseguro* foi de 17,0 abortos/1.000/ano mulheres em idade fértil, enquanto a *razão de abortos inseguros* foi de 33,2 abortos/100 nascidos vivos/ano.

Embora haja diversidade metodológica utilizada pelos estudos incluídos nesta revisão, é importante ressaltar que a maioria dos dados são derivados de base hospitalar e de financiamento público. Dentre os 19 artigos resgatados, 7 foram realizados em hospitais e maternidades-escolas do Sistema Único de Saúde (SUS), (BORSARI, 2013; NUNES; MEDEIRO; DINIZ, 2013; PEREZ, 2013; MARTINS-MELO, 2014; SANTOS; BRITO, 2014; MCALLUM; MENEZES; REIS, 2016; MADEIRO; RUFINO, 2017), 2 foram realizados a partir de pesquisas realizadas no DATASUS (MONTEIRO;ADESSE; DREZETT, 2015; MARTINS, 2017), 2 foram realizados com mulheres residentes de favelas em São Paulo e Rio de Janeiro, (SANTOS; FUSCO; SILVA, 2016; FERRARI; PEREZ, 2018), 3 foram realizados com a população residente de Natal, São Paulo e Teresina, (NONNENCHER, 2014; SOUZA, 2014; MARANHÃO; GOMES; BARROS, 2016), 4 foram realizados por meio de pesquisa do

tipo revisão integrativa (SANTOS,2013; ROMIO, 2015; SELL, 2015; ADESSE, 2016) e apenas 1 foi realizado com mulheres que recorreram à uma clínica particular (SILVEIRA; MCALLUM, 2016).

Existe uma caracterização das pessoas que são atendidas pelo SUS, segundo estudo de RIBEIRO (2006), são adultos de 15 a 49 anos, de ambos os sexos, de cor preta ou parda, com escolaridade inferior a 11 anos, renda familiar per capita inferior a R\$ 440,00 mensais (aproximadamente 2 salários mínimos) e com estado de saúde regular ou ruim. Considerando essa caracterização de quem é atendido no SUS, e que os estudos apresentados sobre abortamento são mulheres que recorrem ao SUS, é possível determinar que há um recorte de classe em quem sofre com as consequências do aborto inseguro.

O aborto clandestino é uma prática comum às mulheres de diferentes classes, (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016) há uma diferença, contudo, em relação às condições em que esse aborto é realizado. Salienta-se que a maioria das mulheres que recorrem ao aborto inseguro são as que tem como única forma de sobrevivência a venda da sua força de trabalho, essa determinação de classe social independe do vínculo empregatício estabelecido, pois muitas dessas mulheres trabalhadoras podem estar desempregadas, em serviços terceirizados e/ou em trabalhos informais. A precarização da força de trabalho das mulheres, em especial das mulheres negras, impõe limites e barreiras sobre as escolhas em relação ao seu próprio corpo (CARLOTO; DAMIAO, 2018). Essas precarizações das condições de vida podem determinar também sobre seu local de moradia. Algumas dessas mulheres trabalhadoras são moradoras da periferia, onde é mais difícil o acesso aos serviços de saúde, à educação e informação, e recursos da assistência social, que são considerados influentes na decisão e nas condições para realização do aborto clandestino (SANTOS; FUSCO; SILVA, 2016; FERRARI; PEREZ, 2018). É possível assim, observar que essa organização social é limitada e determinada pela estrutura econômica e política, e essa relação, a depender da conjuntura, pode gerar mais ou menos acesso as políticas públicas e são essas mulheres com piores condições de vida as primeiras a sofrerem os impactos dessas limitações.

Essa negação do direito às mulheres sobre decisões do próprio corpo, reflete consequências do patriarcado, que estruturado a partir de relações sociais do sistema capitalista, é utilizado como um instrumento de dominação e opressão das mulheres trabalhadoras (CARLOTO; DAMIAO, 2018).

O racismo também perpassa essas relações sociais do modo de produção capitalista como instrumento de opressão e dominação, como podemos observar que na maioria dos estudos as mulheres que mais recorrem ao aborto inseguro são mulheres autodeclaradas negras

e pardas. O patriarcado e o racismo se intensificaram no sistema capitalista, segundo SAFFIOTI (2004, apud CARLOTO; DAMIÃO, 2018), e permitem aumentar ainda mais exploração da força de trabalho, as consequências são sentidas no corpo e cotidiano dessas mulheres, as quais buscam através do trabalho assegurar a produção e reprodução de suas vidas. E é, por isso, que as escolhas das mulheres sobre sua autonomia reprodutiva, incluindo a decisão pelo aborto, são dadas dentro dessas dimensões, ou seja, não são decisões meramente individuais, mas sim expressão de uma organização de modo de vida de uma determinada sociedade.

As mulheres têm oportunidades diferentes para evitar uma gravidez, tanto no que tange aos métodos contraceptivos quanto à prática do aborto. A maioria das mulheres, segundo os estudos desta revisão que recorrem ao aborto ilegal e inseguro já estão em piores condições de vida, tem uma escolaridade baixa, recebem um salário baixo, com menor renda familiar e ou/pessoal em comparação com outras mulheres que não realizaram aborto. São predominantemente jovens, autodeclaradas negras e/ou pardas (BORSARI, 2013; NUNES; MEDEIRO; DINIZ, 2013; MARTINS-MELO, 2014; SANTOS; BRITO, 2014; ROMIO, 2015; MARANHÃO; GOMES; BARROS, 2016; MADEIRO; RUFINO, 2017; FERRARI; PERES, 2018).

Sendo assim, a proibição legal do aborto no Brasil, não impede a realização dele. A criminalização acarreta, contudo, em um processo de abortamento feito em péssimas condições, essencialmente por quem não tem condições de pagar por um procedimento seguro. Esse problema coloca em risco a vida de muitas mulheres, que pode resultar na morte de milhares de mulheres pobres, negras e jovens, muitas das quais ainda se veem ameaçadas pela denúncia e punição judicial (SANTOS, 2013).

Em relação à situação de trabalho, os estudos apontaram para diferentes condições de trabalho, salário e vínculos das mulheres trabalhadoras, algumas se encontram em situação de desemprego, outras com trabalho informal e/ou trabalho com frágil vínculo empregatício, e algumas com o papel de única provedora da família, mesmo com baixos salários (BORSARI, 2013; SANTOS; BRITO, 2014; ROMIO, 2015; SELL, 2015; MCALLUM; MENEZES; REIS, 2016). Importante ressaltar o resultado da pesquisa de SANTOS; FUSCO; SILVA (2016), realizada com 860 mulheres em idade fértil, residentes na Favela México 70 em São Vicente, efetuada no último trimestre de 2008, apontou que a mulher com piores condições socioeconômicas tem onze vezes mais chances de recorrerem a um aborto clandestino. O estudo mostrou a partir de tabelas, que em relação ao trabalho, as mulheres com aborto provocado, em média, 50% tinham um trabalho e 50% não e em relação a renda familiar de 68% dessas

mulheres foi de 0,5 a 1,5 salários mínimos. Dados que só corroboram com a relação existente entre as diferenças de acesso aos serviços inscritas nessa divisão social que vivemos.

Outro estudo que apresenta essa relação com as condições de trabalho, foi o estudo de DINIZ (2011). Entre as mulheres que tem um histórico de aborto provocado, 40% exerciam atividades domésticas sem remuneração, 43,6% declarou exercer atividades remuneradas fora de casa, com predomínio em funções domésticas, tais como trabalhadoras domésticas, manicure, babá e cuidadora de idosos. Importante destacar que muitas dessas mulheres têm trabalhos informais, com uma renda muitas vezes a baixo do salário mínimo e responsáveis também pelas tarefas domésticas da sua própria família, acarretando em uma dupla jornada de trabalho. A baixa renda familiar das mulheres incluídas pode demonstrar um determinante social para tal desfecho do aborto provocado (SANTOS; SOUZA; FUSCO, 2016).

Inúmeros estudos mostram também relações entre taxas mais altas de gestação não planejada, aborto inseguro e dificuldade em acessar métodos contraceptivos de maneira eficaz (OMS, 2010). No Brasil as gestações não planejadas representam mais de 40% (MILANEZ, 2016). Segundo estudo de SANTOS; SOUZA; FUSCO (2016) para a variável método contraceptivo das mulheres que provocaram um aborto, a maior proporção de mulheres aparece entre as que utilizavam métodos contraceptivos pouco eficazes ou “não eficazes” e entre as que declararam não-uso de contraceptivos. Esse estudo demonstra que as mulheres que, entre as outras, utilizaram contraceptivos não eficazes ou de baixa eficácia foram 4,18 vezes mais propensas à realização do aborto.

Alguns estudos apontaram sobre o método mais utilizado para realização do aborto pelas mulheres, que tem sido o medicamentoso (com a utilização da misoprostol) (NUNES; MEDEIRO; DINIZ, 2013; SANTOS, 2013; MADEIRO; RUFINO, 2018; MARTINS, 2017).

Ao procurar um serviço de saúde ou durante a internação por complicações relacionadas ao aborto, seja ele espontâneo ou provocado, muitas mulheres são estigmatizadas e maltratadas pelos profissionais de saúde. Nesta revisão, oito artigos (PEREZ, 2013; SANTOS, 2013; SELL, 2015; ADESSE, 2016; MCALLUM; MENEZES; REIS, 2016; SILVEIRA; MCALLUM, 2016; MENEZES, 2016; MADEIRO; RUFINO, 2017; FERRARI; PEREZ, 2018) consideraram esse aspecto da realização de aborto pelas mulheres. Foram identificadas práticas assistenciais discriminatórias, por parte dos profissionais tais como: verbalização de julgamento moral, ameaças de denúncia o caso à polícia, tratamento hostil com uso de linguagem ríspida, internação de mulheres em processo de aborto com outras mulheres puérperas com recém-nascido, negligência ao atendimento, prolongamento do tempo de espera das mulheres mais tempo que o necessário para o procedimento de esvaziamento uterino, não oferecendo ou

negação analgesia quando solicitado. Considerando essa assistência, é importante citar que, conforme recomendado OMS (2013) todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação, e nesse caso, também durante o processo de abortamento.

Podemos observar exemplos dessas práticas a partir de falas retiradas dos estudos incluídos nessa revisão:

“Ele [o médico] me disse que eu podia sair algemada daqui e eu achei que minha vida ia acabar se isso acontecesse” (MADEIRO; RUFINO, 2016)

“Como regra geral, as participantes aguardaram “bastante tempo”, “algumas horas”, “o dia todo”, mesmo que estivessem sangrando ou com dor” (MADEIRO; RUFINO, 2017)

“Variou desde a informação de que tinha que ter dor pra eliminar tudo que tinha ficado dentro do útero até a declaração de que não tenho tempo agora porque tem muita mulher parindo e isso é mais urgente” (MADEIRO; RUFINIO, 2017)

“O médico chegava, tirava o sangue já coagulado de dentro e me mostrava o sangue, tipo uma tortura, assim: “Oh, o que você fez com seu filho, tá toda podre lá dentro”, sabe?” (MCALLUM; MENEZES; REIS, 2016)

“Mara afirma que sempre conversa com as adolescentes, alertando sobre as repercussões de abortos repetidos para a saúde, “deixando uma mulher doente, feia ou até levando à morte” (MCALLUM; MENEZES; REIS, 2016)

Os profissionais refletem um aspecto da estrutura social, as mulheres já são estigmatizadas ao realizar um aborto, como promíscuas, irresponsáveis, inferiores, além de existir uma estigmatização entre os próprios trabalhadores que trabalham com a assistência ao abortamento. Podemos explicitar esse tratamento a partir dos estudos quando 62% dos profissionais são contra a descriminalização do aborto segundo o estudo de MCALLUM; MENEZES; REIS, (2016) e quando 53% das mulheres que realizam aborto referiram terem sofrido alguma violência durante a internação hospitalar, segundo inquérito realizado com 2.365 mulheres realizado pela Fundação Perseu Abramo (2010). Um estudo realizado no Uruguai, que em 2012 legalizou o aborto, demonstra que houve avanço, mas existe muito o que melhorar em relação a assistência prestada à mulheres que desejam abortar, pois ainda se reproduz atitudes estigmatizantes, dentro e fora dos serviços de saúde. Como, por exemplo, mulheres esperarem mais de 5 dias para conseguirem o atendimento necessário (CARDENAS, 2018), esse estudo corrobora com a compreensão da prática assistencial dos profissionais de saúde serem um reflexo do que é construído socialmente.

Há uma moralidade vigente, construída no bojo das relações econômicas e política que vivemos, a qual impede a realização do aborto em segurança, criminalizando as mulheres, essas ficam mais expostas e correndo riscos de vida, considerando a alta taxa de mortalidade materna em decorrência de abortos incompletos. Ao receberem esse atendimento é reforçado a culpa e medo das mulheres, essas podem sentir-se envergonhadas, inferiores, com medo e com raiva. (SANTOS, 2013; ADESSE, 2016; MCALLUM; MENEZES; REIS, 2016; SILVEIRA; MCALLUM; MENEZES, 2016; MADEIRO; RUFIO, 2017; FERRARI; PERES, 2018).

Para um atendimento humanizado ao abortamento, é necessário que seja promovido o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional, pois além de aspectos físicos, existem aspectos emocionais envolvidos. A angústia, autojulgamento, culpa, medo, são sentimentos comuns às mulheres que abortam, por isso a necessidade de uma escuta qualificada. Os profissionais de saúde devem estar atentos a forma de comunicar-se, que considere os aspectos tanto da comunicação verbal como da não-verbal. A comunicação deve ser simples e acolhedora, dando suporte, explicando sobre os procedimentos e informando sobre métodos contraceptivos para controle reprodutivo pós aborto (BRASIL, 2011). Conforme recomenda a OMS (2013), todos os profissionais de saúde, em todos os níveis também precisam de apoio e treinamento para garantir essa assistência mais humanizada.

Essas medidas realizadas no âmbito do atendimento hospitalar e/ou de atenção básica ao abortamento, podem qualificar essa assistência, porém há a necessidade de entender como um processo estrutural que reflete na ilegalidade do aborto, nos sentimentos ambivalentes das mulheres e também na assistência que essas mulheres recebem.

Em sete estudos incluídos (PEREZ, 2013; NONNEMACHER, 2014; SANTOS; BRITO, 2014; ROMIO, 2015; MADEIRO; RUFINO, 2017; FERRARI; PEREZ, 2018) abordaram a influência dos companheiros das mulheres em relação ao abortamento. As mulheres referiram a falta de apoio como um importante fator na decisão pelo abortamento, tratadas muitas vezes com hostilidade ao verbalizar sobre a notícia da gravidez ao companheiro, acusando-as de traição, negando a paternidade, e responsabilizando-as exclusivamente pela gravidez. Essa prática inibiu sobre a comunicação em relação a gravidez e/ou sobre o abortamento, contribuiu para decisão de interromper a gestação e a precisarem passar pelo processo sozinhas. Há também pontos de convergência entre mulheres que recorrem ao aborto clandestino e sofrem diferentes tipos de violência dos companheiros. Um estudo que entrevistou mulheres internadas em razão de complicações do aborto provocado, em uma maternidade pública de Salvador, mostrou que 88% das entrevistadas (130 mulheres) declararam vivência

de violência doméstica em algum momento de suas vidas. Dessas mulheres, 47% sofreram violência na gestação atual (DINIZ, 2011).

Em relação as percepções comuns sobre ao processo de abortamento há, de forma geral, uma predominância uma ambivalência em relação à gestação e a interrupção da gestação, especialmente por haver questões morais, socioeconômicas, religiosas, legais, culturais envolvidas nesse processo. A culpa e a tristeza, advindo da moral, da religiosidade, da cultura e da criminalização sobre o aborto são aspectos da ideologia que atuam como instrumento de dominação da classe trabalhadora, nesse caso das mulheres trabalhadoras. Esse instrumento ideológico é um reflexo das relações sociais entre uma classe dominante e uma classe que sofre exploração. Esses fatores subjetivos são comuns sentimentos às mulheres que vivenciam o abortamento, e concomitante há um sentimento de alívio de coragem, por terminarem o processo e por ser visto como a única saída possível (FERRARI; PEREZ; NASCIMENTO, 2018; MADEIRO; RUFINO, 2017; NONNENMACHER, 2014; SANTOS; FUSCO; SILVA, 2016). Os discursos das mulheres que vivenciaram o aborto provocado referem um processo doloroso, desde o momento que descobrem a gravidez até a decisão e a prática pela interrupção intencional da gestação. Se não receberem apoio, esse processo doloroso pode continuar com dias de angústia, culpa e culminando, inclusive, à depressão (PEREIRA, 2012).

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto percebe-se que os estudos trazem singularidades entre as mulheres que recorrem ao aborto inseguro no Brasil, está relacionado com o fato de serem mulheres da classe trabalhadora, negras, jovens, com salários e renda familiar baixos, em piores condições de trabalho e com baixa escolaridade e outros fatores de iniquidade social. Isso demonstra a relação entre a busca pelo aborto e a realização do procedimento de forma insegura com a estrutura econômica e social do país, que determinam a forma de reprodução da vida dessas mulheres e refletem na moral que incidem sobre elas.

Os estudos também apontam a relevância do companheiro no processo de decisão pelo abortamento, pela falta de apoio para criação de um filho, pela responsabilização/culpabilização exclusiva das mulheres em relação a evitar uma gestação e pela violência psicológica e/ou física vivenciada no relacionamento. É possível verificar ainda que o tratamento que essas mulheres recebem ao procurarem serviços de saúde por complicações do aborto inseguro, os profissionais que as atendem reproduzem o tratamento construído na sociedade sobre essa prática. Condicionam o tratamento à moral, religiosidade e cultura que culpabiliza/violenta essas mulheres por terem recorrido ao aborto. Além da saúde física, esses aspectos incidem também na saúde mental dessas mulheres.

A criminalização, dessa forma, não impede que as mulheres interrompam a gestação, apenas expõe as mulheres que já tem a vida com piores condições socioeconômicas a realizarem práticas inseguras, gerando consequências negativas, incluindo a morte. A clandestinidade da realização do aborto provocado gera medo e culpa nessas mulheres, criminalização essa que transcendem a prática em si do aborto e se referem à realidade social que estão inseridas.

A ilegalidade impede também que se obtenha dados precisos sobre a realização do aborto e dificulta a diferenciação entre aborto espontâneo e induzido na determinação da mortalidade materna. No Brasil, a mortalidade materna por abortamento (espontâneo e induzido) ocupa o 4º lugar e concentra-se no perfil das mulheres descrito ao longo desse estudo (SOUZA, 2014).

Nas últimas décadas no âmbito político brasileiro, pouco se mudou sobre a legislação punitiva ao abortamento, ainda que tenha crescido o movimento de luta por essa pauta. Persiste essa dificuldade na mudança da legislação que sofre inclusive influência de grupos religiosos contrários à descriminalização dessa prática, com relações diretas nas câmaras legislativas estaduais e federais. Além disso, em 2015, afim da presidência do período garantir sua

governabilidade, abriu-se espaço para um líder representante do segmento evangélico ocupar um importante cargo na Comissão dos Direitos Humanos na Câmara dos Deputados. Há o risco, ainda, de se retroagir sobre os poucos direitos adquiridos sobre esse processo, considerando a atual conjuntura. Muitas políticas públicas serão precarizadas e/ou extinguidas, como já vem acontecendo nos últimos 6 anos, e agora sofrem um risco ainda maior. Há também, desde 2015, a PEC 181 que tramita no Congresso Nacional e que pode tornar ilegal qualquer tipo de interrupção da gestação, incluindo as que hoje são previstas como legais perante a constituição que são em casos de gestação decorrente de estupro, casos de risco de morte à mulher e casos de diagnóstico de feto com anencefalia.

Diante do que foi apresentado percebe-se a relevância de continuarmos debatendo sobre o tema, não só na universidade, mas também na luta pela vida das mulheres trabalhadoras.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, Leila. Abortion and stigma: an analysis of the scientific literature on the theme. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3819-3832, Dez. 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016001203819&lng=en&nrm=iso&tlng=en> Acesso em: 03 de nov. de 2018.
- BENUTE, Gláucia Rosana Guerra. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 69-73, Fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200005> Acesso em: 03 de nov. de 2018.
- BORSARI, Cristina Mendes Gigliotti. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.35, n.1, p.27-32, Jan. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000100006>. Acesso em: 03 de nov. de 2018.
- BRASIL. Constituição 1940. **Lei no 2848**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Sistema de Informações de Mortalidade**. DATASUS. Brasília, 2002.
- CARLOTO, Cássia Maria; DAMIAO, Nayara André. Direitos reprodutivos, aborto e Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo , n. 132, p. 306-325, Ago. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000200306&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 24 Nov. 2018.
- CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. Integrality of nursing care provided to women who have experiencing experienced an unsafe abortion. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 130-135, mar. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452014000100130&script=sci_arttext&tlng=en> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

COOPER, Harris M. **Integrative Research: A Guide for Literature Reviews**. London. 1989.

CORREA, Sônia. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. **Questões de Saúde Reprodutiva**, Rio de Janeiro, p.38-49, 1999.

DINIZ, Normélia Maria Freire. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n.6, p.1010-1015, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000600004&lng=en&nrm=iso> Acessado em: 24 Nov. 2018.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, Fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017000200653&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 177-181, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100026> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

FERRARI, Wendell; PERES, Simone; NASCIMENTO, Marcos. Experimentação e aprendizagem na trajetória afetiva e sexual de jovens de uma favela do Rio de Janeiro, Brasil, com experiência de aborto clandestino. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro ,v. 23, n. 9, p. 2937-2950, Set. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n9/1413-8123-csc-23-09-2937.pdf>> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

FUSCO, Carmen L. B.; ANDREONI, Solange; SILVA, Rebeca de Souza. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza. Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 78-88, março 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/07.pdf>> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker. **Questões da saúde reprodutiva**. 20. ed. Rio de Janeiro: **Fio Cruz**, 1999. 467 pag.

LARREA, Sara; PALENCIA, Laia; PEREZ, Glória. Aborto farmacológico dispensado através de un servicio de telemedicina a mujeres de América Latina: complicaciones y su tratamiento. **Gac Sanit**, Barcelona, v. 29, n. 3, p. 198-204, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911115000230>> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

MADEIRO, Alberto Pereira; DINIZ, Debora. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000200563&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

MADEIRO, Alberto Pereira; RUFINO, Andréa Cronemberger. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, Ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802771> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

MARANHAO, Thatiana Araújo; GOMES, Keila Rejane Oliveira; BARROS, Idna de Carvalho. Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 494-508, Set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300494> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

MARTINS-MELO, Francisco Rogerlândio. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Revista Saúde Pública**, Fortaleza, v. 48, n. 3, p.508-520, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0508.pdf> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

MARTINS, Eunice Francisca. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2017.v33n1/e00133115/pt>> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

MARTINS, Alaerte Leandro; MENDONÇA, Lígia Cardieli. Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis: dossiê. 2005. **Rede Feminista de Saúde**. Belo Horizonte; p 28. 20 mar. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dossie_aborto_mortes_preveniveis_evitaveis.pdf Acesso em: 03 de nov. de 2018.

MCCALLUM, Cecilia; MENEZES, Greice; REIS, Ana Paula dos. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **Hist. cienc. Saúde-**

Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 37-56, março 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000100037>

Acesso em: 03 de nov. de 2018.

MILANEZ, Núbia. Gravidez Indesejada e Tentativa de Aborto: práticas e contextos. **Sex., Salud Soc.** Rio de Janeiro, n. 22, p. 129-146, Abr. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000100129&lng=en&nrm=iso)

64872016000100129&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 26 de Nov. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ATENDIMENTO HUMANIZADO AO ABORTAMENTO:

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno no 4. 2 ed. Brasília: Pag. 62. MS, 2011.

MONTEIRO, Mario Francisco Giani; ADESSE, Leila; DREZETT, Jefferson. Atualização das estimativas da magnitude do aborto provocado, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto provocado por faixa etária e grandes regiões: Brasil, 1995 a 2013. **Reprodução & Climatério**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.8-11, mar. 2015. Disponível em:

<[http://recli.elsevier.es/pt/atualizacao-das-estimativas-da-](http://recli.elsevier.es/pt/atualizacao-das-estimativas-da-magnitude/articulo/S1413208715000254/)

magnitude/articulo/S1413208715000254/> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

NONNENMACHER, Daniele. Abortion: a review of women's perception in relation to their partner's reactions in two Brazilians cities. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 60, n. 4, p. 327-334, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v60n4/0104-4230-ramb-60-04-0327.pdf>> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

NUNES, Maria das Dores; MADEIRO, Alberto; DINIZ, Debora. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2311-2318, ago. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232013000800015&lng=es&nrm=1&tlng=en> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ABORTAMENTO SEGURO: Orientação Técnica e de Políticas para Sistemas de Saúde: 2 ed. Genebra: **OMS**, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Sexual and reproductive health and poverty. Genebra: **OMS**, 2010. Disponível em:

http://www.who.int/social_determinants/tools/WHO_SocialDeterminantsSexualHealth_2010.pdf Acessado em: 24 Nov. 2018.

PEREIRA, Vanessa do Nascimento. Abortamento induzido: vivência de mulheres

baianas. **Saude soc.** São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1056-1062, Dez. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902012000400022&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 24 Nov. 2018.

PÉREZ, Bárbara Angélica Gómez. Aborto provocado: Representações sociais de mulheres. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.736-742, out. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a07.pdf>> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. DOSSIÊ: **Aborto Inseguro**. 28 Pag. São Paulo: Jacira Melo, 2001.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, Dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400022&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 24 Nov. 2018.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. **Rev. bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 369-374, Dec. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n2/a11v23n2.pdf>> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

ROMIO, Caroline Matos et al. Saúde mental das mulheres e aborto provocado no Brasil. **Psic.rev.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.61-81, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24229>> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

SANTOS, Danyelle Leonette Araújo dos; BRITO, Rosineide Santana de. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1293-1314, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401293> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

SANTOS, Tássia Ferreira; FUSCO, Carmen; SILVA, Rebeca de Souza. Aborto provocado e inseguro 20 anos após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo, 94: Prevalência e características sociodemográficas. Favela México 70, São Vicente, São Paulo, Brasil. **Rev. Reprodução & Climatério**. v 31, n1, p.5–12, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Carlos/Downloads/S1413208715000801_S300_en.pdf> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

SANTOS, Camila Simões; SILVEIRA, Lia Marcia Cruz da. Percepções de Mulheres que Vivenciaram o Aborto sobre Autonomia do Corpo Feminino. **Psicol. Cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 304-317, Jun 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0304.pdf>> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

SANTOS, Vanessa Cruz. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 494-508, Dec. 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a14v21n3.pdf>> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

SELL, Sandra Elisa. Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto provocado: revisão integrativa. **Rev. Esc. Enf. Usp**, São Paulo, v. 3, n. 49, p.502-508, 10 mar. 2015. . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v49n3/pt_0080-6234-reensp-49-03-0502.pdf> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

SILVEIRA, Paloma; MCALLUM, Cecilia; MENEZES, Greice. Personal experiences with induced abortions in private clinics in Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000200705&lng=en&nrm=iso&tlng=en> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

SOARES, Gilberta; GALLI, Maria Beatriz; VIANA, Ana Paula. Advocacia para o acesso ao aborto legal e seguro: semelhanças no impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em Pernambuco, Bahia, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro.

Grupo Curumim, Recife, 2010. Disponível em:

<<http://www.senado.gov.br/noticias/agencia/pdfs/advocacy.pdf>> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

SOUZA, Milena Goulart. **Prevalência e características sociodemográficas de mulheres com aborto provocado em uma amostra da população da cidade de São Paulo,**

Brasil. Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 297-312, Jun. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00297.pdf> Acesso em: 03 de nov. de 2018.

6 APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

AUTORES DO ARTIGO	
PERIÓDICOS	
ANO / VOLUME / NÚMERO	
DESCRITORES / PALAVRAS-CHAVE	
LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	
OBJETIVO	
METODOLOGIA	
RESULTADOS	
LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	
CONCLUSÕES	