



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

KATHERINE JERONIMO LIMA

**INTERNAÇÕES POR ABORTAMENTOS (PROVOCADOS) E FATORES
ASSOCIADOS**

FORTALEZA –CEARÁ
2018

KATHERINE JERONIMO LIMA

INTERNAÇÕES POR ABORTAMENTOS (PROVOCADOS) E FATORES
ASSOCIADOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção de título mestre em Saúde coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto

FORTALEZA –CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Lima, Katherine Jeronimo .
Interações por abortamentos (provocados) e fatores
associados [recurso eletrônico] / Katherine Jeronimo
Lima. - 2018 .
1 CD-ROM: il.; 4 N pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 125 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Fortaleza, 2018 .

Área de concentração: saúde coletiva.

Orientação: Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto.

1. Aborto Induzido. 2. Saúde Reprodutiva. 3.
Hospitalização. I. Título.

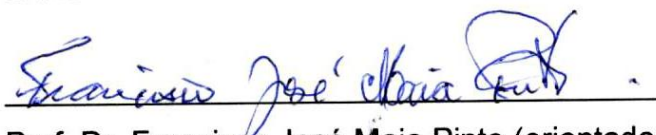
KATHERINE JERONIMO LIMA

INTERNAÇÕES POR ABORTAMENTOS (PROVOCADOS) E FATORES
ASSOCIADOS

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva
do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Estadual do Ceará, como
requisito parcial à obtenção de título
mestre em Saúde coletiva. Área de
Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovado em: 01 de março de 2018

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto (orientador - UECE)



Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho (1º membro - UFC)



Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (2º membro - UFC)

Às mulheres silenciadas pela falta de
escolha do próprio corpo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força, inspiração e perseverança que me mantiveram firme para realização desta conquista.

À minha eterna guia, minha mana Kathelyany Jerônimo Lima (Lili), *in memoriam*, pois tenho profunda certeza de que sempre estive ao meu lado nos momentos em que mais necessitei. Por diversas vezes, senti sua presença e seu conforto.

À minha família, que é meu alicerce. O imenso amor e confiança que me ofertam, sempre me impulsionaram a buscar pelos meus sonhos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Francisco José Maia Pinto, pela confiança depositada, como também pelos ensinamentos que vão além da academia e somaram-se à vida.

Aos meus amados amigos que a vida e o mestrado me proporcionaram, agradeço o apoio e carinho de cada um. Eles tornaram esta caminhada mais leve.

Ao corpo docente e a outros membros do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela atenção e aprendizados dispensados ao longo do percurso.

Enfim, a todos os que de modo direto ou indireto contribuíram e apoiaram com a realização desta conquista, meu imenso obrigada.

RESUMO

No Brasil, há restrições legais à indução do abortamento, na busca de interromper a gravidez indesejada. Mulheres, entretanto se submetem às práticas abortivas clandestinas e inseguras. O aborto inseguro proporciona implicações negativas à saúde da mulher e necessidade de internações hospitalares para tratamento de seus agravos trazendo consequentemente, maiores encargos sociais e aos serviços de saúde. Assim, a pesquisa buscou analisar as internações por abortos provocados, em base nos fatores associados, em Fortaleza-Ceará, no período de 01/05/2017 a 31/10/2017. Este é um estudo do tipo transversal, no qual foram avaliados 119 internamentos por aborto em duas instituições hospitalares públicas de referência. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista e prontuários. Considerou-se como desfecho o aborto provocado e o aborto espontâneo, de acordo com a declaração da mulher, e as variáveis explicativas foram divididas em seis blocos (sociodemográficos e condição de união; história obstétrica; atenção à saúde e práticas contraceptivas; clínicas e assistência ao aborto; assistência e custos da internação). Os dados foram analisados descritivamente (frequências absolutas, percentuais, média e desvio-padrão) e, na análise inferencial bruta, se utilizou o teste de associação Qui-quadrado, de Pearson, ao nível de significância de 5%. No ajustamento do modelo final, por meio da Regressão de Poisson, usou-se o Qui-quadrado de Wald. Os resultados apontaram associação significativa nos distintos blocos de variáveis, o que evidencia a correlação entre os fatores socioeconômicos, reprodutivos e de assistência com o aborto provocado. No modelo final, para as causas associadas ao abortamento provocado, permaneceram as seguintes variáveis associadas: baixa renda familiar, não possuir companheiro e tempo de busca para atendimento em menos de um dia. O estudo permitiu concluir sobre a necessidade de ampliar as condições permissíveis na legalização brasileira sobre o aborto, em casos de gravidez imprevista e não desejada, como também a importância da discussão sobre os abortos provocados e suas influências sociais e de saúde.

Palavras-chave: Aborto Induzido. Saúde Reprodutiva. Hospitalização.

ABSTRACT

In Brazil, there are legal restrictions on the induction of abortion, in the quest to stop unwanted pregnancies, women undergo abortion practices clandestine and insecure. Unsafe abortion has negative implications for women's health and the need for hospital admissions to treat their injuries, resulting in increased social costs and health care. Thus, the study sought to analyze hospitalizations for induced abortions, from the associated factors, in Fortaleza-Ceará, from 01/05/2017 to 10/31/2017. A cross-sectional study, in which 119 hospitalizations for abortion were evaluated in two Public Hospitals of reference. Data were collected through interviews and medical records. Unsafe abortion and spontaneous abortion were considered as outcomes, according to the woman's statement, and the explanatory variables were divided into six blocks (sociodemographic and union status, obstetric history, health care and contraceptive practices, clinics and abortion care care and hospitalization costs). Data were analyzed descriptively (absolute frequencies, percentages, mean and standard deviation) and gross inferential analysis, using the Pearson Chi-square association test at a significance level of 5%. In the adjustment of the final model, through the Poisson Regression, we used the Chi-square of Wald. The results indicated a significant association in the different blocks of variables, which evidences the correlation between socioeconomic, reproductive and care factors with induced abortion. In the final model, for the causes associated with induced abortion, the following associated variables remained: low family income, no companion and search time for care in less than one day. The study made it possible to conclude on the need to extend the permissible conditions in Brazilian legalization on abortion in cases of unforeseen and unforeseen pregnancy, as well as the importance of discussing induced abortions and their social and health impacts.

Keywords: Induced Abortion; Reproductive Health; Hospitalization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Classificação dos países de acordo com critérios de legalização do aborto.....	31
Figura 2 -	Regiões administrativas, bairros e serviços de saúde de Fortaleza.....	40
Figura 3 -	Organograma da amostra final atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, no Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana e Hospital Distrital Gonzaga Mota- José Walter, Fortaleza-CE, 2017.....	43
Quadro 1 -	Descrição das Unidades Hospitalares, por Secretaria Executiva Regional, âmbito, número de internamentos no período 2016 e disponibilidade de leitos obstétricos.....	41
Quadro 2 -	Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 1.....	44
Quadro 3 -	Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 2.....	45
Quadro 4 -	Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 3.....	47
Quadro 5 -	Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 4.....	48
Quadro 6 -	Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 5.....	50
Quadro 7 -	Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 6, referentes à assistência.....	51
Quadro 8 -	Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 6, referentes a custo.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das internações, por tipos de aborto, em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017.....	58
Tabela 2 -	Distribuição de mulheres internadas, por aborto, segundo características sociodemográficas em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017.....	59
Tabela 3 -	Distribuição de mulheres internadas, por aborto, segundo história obstétrica em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017.....	60
Tabela 4 -	Distribuição de mulheres internadas segundo atenção em saúde à contracepção e prática contraceptiva, por tipo de aborto. Fortaleza-CE, 2017.....	61
Tabela 5 -	Distribuição das mulheres internadas, por aborto, segundo variáveis interrupção da gravidez em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017.....	62
Tabela 6 -	Distribuição de mulheres internadas, por aborto, segundo métodos utilizados e razões para interrupção da gestação. Fortaleza, Ceará, 2017.....	63
Tabela 7 -	Distribuição das mulheres internadas, por aborto, segundo características clínicas e de assistência ao abortamento em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará 2017.....	64
Tabela 8 -	Distribuição das mulheres internadas, por aborto, segundo assistência hospitalar em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017.....	65
Tabela 9 -	Distribuição das mulheres internadas, por aborto, segundo dias de internação e valor pago em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017.....	66
Tabela 10 -	Associação bruta do tipo de aborto, com as variáveis sociodemográficas em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017.....	67
Tabela 11 -	Associação bruta do tipo de aborto com as variáveis da história obstétrica em hospitais de referência. Fortaleza,	

	Ceará, 2017.....	68
Tabela 12 -	Associação bruta do tipo de aborto comas variáveis contraceptivas e interrupção da gestação em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017.....	69
Tabela 13 -	Associação bruta do tipo de aborto comas variáveis assistenciais e custos da internação, por abortamento, em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017.....	70
Tabela 14 -	Modelo final da Razão de Prevalência ajustada para os fatores associados ao tipo de aborto em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
ACO	Anticoncepcional Oral
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIAS	Célula de Sistemas de Informação e Análise em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DUM	Data da Última Menstruação
HDGMM	Hospital Distrital Gonzaga Mota – Messejana
HDGMJW	Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Método Anticoncepcional
MIF	Mulheres em Idade Fértil
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SER	Secretária Regional de Saúde
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPMS do SUS
SIH	Sistema de Internações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	ABORTO: DEFINIÇÕES E ASPECTOS CLÍNICOS	17
2.2	PANORAMA DOS ABORTAMENTOS NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL	19
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER: ATENÇÃO AO ABORTAMENTO E PLANEJAMENTO FAMILIAR	24
2.4	O ABORTO E A LEGALIZAÇÃO	28
2.5	CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ABORTOS PROVOCADOS	33
3	OBJETIVOS	38
3.1	GERAL	38
3.2	ESPECÍFICOS	38
4	MÉTODO	39
4.1	TIPO DE ESTUDO	39
4.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	39
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	42
4.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	43
4.5	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	53
4.6	TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	55
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	56
5	RESULTADOS	58
6	DISCUSSÕES	73
6.1	BLOCO 1: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	74
6.2	BLOCO 2: VARIÁVEIS HISTÓRIA OBSTÉTRICA	77
6.3	BLOCO 3: VARIÁVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS	82
6.4	BLOCO 4: VARIÁVEIS RELACIONADAS À INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO	87
6.5	BLOCO 5: VARIÁVEIS CLÍNICAS E DE ASSISTÊNCIA AO ABORTAMENTO	90
6.6	BLOCOS 6: VARIÁVEIS RELACIONADAS A CUSTOS E	

	ASSISTÊNCIA À INTERNAÇÃO POR ABORTAMENTO	94
7	CONCLUSÃO	98
8	RECOMENDAÇÕES.....	99
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICES	113
	APÊNDICE A- FORMULÁRIO DE ENTREVISTA	114
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	117
	APÊNDICE C – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	119
	APÊNDICE D – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO.....	120
	ANEXO	121
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	122

1 INTRODUÇÃO

O aborto refere-se ao término da gravidez, independentemente da causa, antes da viabilidade do feto à vida extrauterina, com ocorrência até a vigésima semana gestacional ou com apresentação do conceito, com peso inferior a 500 gramas (OMS, 2013; WHO, 2015). No Brasil, é classificado como a interrupção da gestação ocorrida antes da vigésima segunda semana gestacional (BRASIL, 2012a).

Os abortamentos são considerados um grave problema de saúde pública, por sua significância entre as causas de morbidade e mortalidade materna, no mundo (WHO, 2012, SEDGH *et al.*, 2016).

Mundialmente, o aborto é responsável por aproximadamente 18% das mortes relacionadas ao período gravídico (SAY *et al.*, 2014). No período de 2010 a 2014, estimou-se a ocorrência de aproximadamente 25 milhões de abortamentos induzidos, sendo a quase totalidade deles (97%) procedente de países em desenvolvimento (GANATRA *et al.*, 2017).

A internação por aborto está relacionada às complicações abortivas que necessitam de tratamento clínico. Estudo realizado em 26 países em desenvolvimento apontou que sete milhões de mulheres necessitaram de internamento hospitalar. Dentre estes, o Brasil, se destacou com a segunda posição, quando comparado aos outros países da América Latina, com o elevado número de mulheres tratadas por complicações do aborto (SINGH; MADDOW-ZIMET; 2015).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2016 apontou que o abortamento provocado é um acontecimento frequente e persistente que atinge mulheres de todas as classes sociais, etnias e níveis educacionais no País. O estudo apontou que uma em cada cinco mulheres respondeu já ter induzido aborto alguma vez na vida (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

No que se refere aos internamentos de mulheres de 10-49 anos, com gestação finalizada em aborto, na rede pública de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), estimou-se a ocorrência de 205.075, em 2013. A região Nordeste foi a segunda maior em número de internamentos do País, no mesmo período do estudo (MONTEIRO; ADESSE; DREZETT; 2015).

O Estado do Ceará esteve entre os cinco estados brasileiros com o maior número de internações por complicações abortivas, com a Capital do Estado,

Fortaleza, ocupando a quarta posição, em 2015 (DATASUS, 2017). Em relação à taxa de abortamentos induzidos no território cearense, foram encontrados 22 casos a cada 1.000 mulheres com idade de 10 a 49 anos, que representa valor acima da média nacional de 17 por 1.000 mulheres, no ano de 2012 (MELO *et al.*, 2014).

Os riscos do aborto inseguro estão relacionados à idade gestacional e ao tipo de método abortivo utilizado pela mulher na finalização da gravidez. Sua ocorrência é influenciada pelos aspectos legais, serviços de abortos seguros disponíveis, condições socioeconômicas, grau de conhecimento da mulher sobre práticas abortivas e estigma em torno do aborto (GANATRA *et al.*, 2014).

No território brasileiro, o aborto provocado é proibido; no entanto, a legislação não é eficaz para coibir as mulheres de interromperem uma gestação indesejada, sendo realizado em um contexto de ilegalidade e de insegurança (CARVALHO; PAES, 2014; ROMIO *et al.*, 2015). É praticado de modo clandestino, em grande parte, em ambientes impróprios e com técnicas inadequadas, à margem do controle sanitário, resultando, quase sempre, em implicações negativas à saúde da mulher. Além disso, a ilegalidade reforça a desigualdade social, visto que os riscos sucedidos pela clandestinidade da prática do aborto afetam a maior parte das mulheres pobres, as quais não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro (DINIZ; MEDEIROS, 2012; CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; ADESSE *et al.*, 2015; FUSCO *et al.*, 2016).

Nos últimos anos, observou-se o uso crescente do misoprostol como método abortivo em países com leis restritivas (SEDGH *et al.*, 2016). No Brasil, o crescimento da administração deste fármaco promoveu mudanças na morbimortalidade dos abortos induzidos, uma vez que gerou declínio no número de mulheres tratadas com as complicações abortivas (DINIZ; MEDEIROS, 2012; SINGH; MONTEIRO; LEVIN, 2012). Seu uso incorreto, no entanto fora do ambiente hospitalar e sem acompanhamento de profissionais de saúde, pode proporcionar insegurança ao interromper a gravidez. Assim, ocorrerá necessidade de intervenção médica para tratamento das enfermidades advindas do aborto provocado em condições não seguras (GANATRA *et al.*, 2017).

Os países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, não realizam planejamento sistemático de atenção à saúde eficaz às mulheres que sofrem complicações relacionadas ao aborto induzido. Assim, o tratamento destas mulheres resulta em sobrecarga financeira aos serviços de saúde (OMS, 2013; ILBOUDO *et*

al., 2014). Apesar de ser uma importante causa de morbidade no País, e de considerável custo para a saúde pública, ainda não existe um sistema de informação que disponibilize registros quanto à ocorrência do abortamento provocado.

Embora o conhecimento de que os abortamentos induzido resultem em graves morbidades e mortalidade materna, observa-se que o aborto, sobretudo os provocados, é um assunto negligenciado no planejamento das ações de assistência à saúde da mulher e nas análises de situação em saúde.

A escolha deste objeto de estudo deriva da experiência que se tem, como profissional da Atenção Primária à Saúde e de Residência em Saúde Coletiva, em uma Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará, que permitiu refletir sobre a ausência de debate e reflexão dos gestores e profissionais de saúde sobre a temática do aborto. Portanto, a vivência e a compreensão sobre a prática dos abortos induzidos, como um grave problema de saúde pública, foram fundamentos impulsionadores à realização desta pesquisa.

Com efeito, este estudo se baseou na seguinte hipótese: as interações por abortamento provocado estão associadas às características socioeconômicas, reprodutivas e assistenciais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ABORTO: DEFINIÇÕES E ASPECTOS CLÍNICOS

Segundo critério estabelecido pelo Ministério da Saúde define-se abortamento como a interrupção da gestação ocorrida antes da vigésima segunda semana e com conceito pesando menos que 500g (BRASIL, 2012a). Existem diferenças, nos termos abortamento e aborto, pois o primeiro é referente ao processo que ameaça a gravidez, enquanto que o segundo é o produto da concepção eliminado. É usual, porém, a referência do termo aborto como sinônimo de abortamento, e assim, também se dará neste estudo (SOUZA; FUSCO, 2016; HENRIQUE, 2016).

Segundo Brasil (2011) e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-FEBRASGO (2010) classifica-se o abortamento das maneiras seguintes:

- **Quanto à idade gestacional:** precoce ou tardio.

Considera-se o abortamento precoce, quando ocorre até a décima terceira semana e tardio, sua ocorrência é da décima terceira à vigésima segunda semanas de gestação.

- **Quanto ao grau de eliminação:** completo e incompleto.

Refere-se ao grau de eliminação dos anexos da gravidez. Aborto completo é a eliminação total do conteúdo uterino, e ocorre em gestações de menos de oito semanas. Incompleto ocorre quando apenas parte do conteúdo uterino foi eliminado.

- **Quanto ao tipo:** espontâneo, ou provocado e habitual.

Espontâneo é a perda involuntária da gestação. O aborto provocado ou voluntário refere-se à interrupção da gravidez causada por uma intervenção externa e intencional. Habitual caracteriza por perdas espontâneas e sucessivas de três ou mais gestações.

Outras classificações:

- **Ameaça de abortamento:** o colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional, e com feto vivo.
- **Abortamento retido:** o conceito sem vitalidade permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado.

- **Abortamento infectado:** é o processo de abortamento acompanhado de infecção genital, tais como endometrite, parametrite e peritonite.

Considera-se **aborto inseguro** como um procedimento que tem por objetivo finalizar uma gravidez, sendo realizado por pessoas sem habilidades necessárias e/ou em um ambiente que não tenham instalações sanitárias adequadas (OMS, 2013). Operacionalmente, a OMS definia aborto inseguro como aborto ilegal, no entanto, nos últimos anos, o aborto está se tornando mais seguro mesmo em ambientes ilegais, o que levou as discussões sobre a definição dos abortamentos inseguros (SEDGH *et al.*, 2016a).

No âmbito desta realidade, em Londres, em 2014, houve uma reunião com especialistas para propor a medição e definições do aborto inseguro, diante as condições atuais (OWOLABI, 2014). Assim, foram definidos que os abortos inseguros são aqueles que não cumprem as diretrizes recomendadas pela OMS à realização do abortamento, dividindo-se entre aqueles que não provocam complicações e entre os que produzem complicações leves, moderadas ou graves (SEDGH *et al.*, 2016a).

Com efeito, houve a classificação de segurança do aborto, conforme vem na sequência.

- Muito Inseguro: resulta em grave complicação ou morte.
- Inseguro: resulta em complicações leves ou moderadas;
- Potencialmente Inseguro: não apresenta complicações, mas é realizado por não pessoas habilitadas.
- Seguro com outros riscos: é realizado por pessoas habilitadas, mas é ilegal ou estigmatizado.
- Seguro: é feito por pessoas habilitadas, sendo legal e sem estigmas.

Ganatra e colaboradores (2017), em sua pesquisa sobre a classificação global, regional e sub-regional de abortos inseguros, categorizaram os abortos como seguros ou inseguros (menos inseguros, muito inseguros).

Categorias da segurança do aborto, segundo Ganatra e colaboradores (2017).

- Aborto seguro: realizado por profissionais de saúde e segue os padrões recomendados pela OMS.

- Aborto menos seguro: efetuado por pessoas instruídas que usam procedimentos não recomendados ou utilizam método seguro, como misoprostol, porém de maneira incorreta e sem apoio de pessoas treinadas.
- Aborto mínimo seguro: quando pessoas não habilitadas utilizam procedimentos perigosos e métodos invasivos.

Há também, o **aborto legal**, que é referente aos casos em que exista indicação para interromper a gestação, quando as mulheres se enquadram nas circunstâncias de risco de morte, violência sexual e anencefalia - situações previstas pela legislação brasileira vigente (BRASIL, 2011A; DINIZ *et al.*, 2014).

2.2 PANORAMA DOS ABORTAMENTOS NO ÂMBITO INTERNACIONAL E NACIONAL

O contexto do aborto é um assunto debatido mundialmente em especial os abortamentos induzidos. Estes acarretam consequências que afetam, sob diversos aspectos, tanto no plano de saúde pública quanto no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (DROVETTA, 2012).

Em 25 anos (1990-2014), a incidência mundial de abortamentos induzidos apontou declínio (SEDGH *et al.*, 2016). No período de 1990 a 1994, a taxa de aborto induzido no mundo era de 40 abortamentos por 1.000 Mulheres em Idade Fértil (MIF); já nos anos de 2010 a 2014, a taxa foi de 35 abortos por 1.000 MIF. Assim, no período apresentado, apontou queda de 14,3% (SEDGH *et al.*, 2016; GUTTMACHER INSTITUTE, 2016).

Há uma discrepância na ocorrência de abortamentos induzidos entre os países. Nos Estados desenvolvidos, ocorrem cerca de sete milhões de abortos induzidos ao ano, enquanto que nos países em desenvolvimento, a ocorrência é de 49 milhões de abortamentos provocados (SEDGH *et al.*, 2016).

Observou-se, também, que entres esses países houve diferenças na redução dos abortos provocados. Nos países desenvolvidos, registrou-se uma diminuição acentuada na taxa de abortos induzidos, que foi de 46 por 1.000 mulheres (1990-1994) para 27 por 1.000 mulheres (2010-2014). Em contrapartida, nos países em desenvolvimento, a redução foi mínima, pois a taxa foi de 39 por 1.000 mulheres no período de 1990 a 1994, e de 37 por 1.000 mulheres nos anos de 2010 a 2014.

Manteve-se, por conseguinte praticamente, o mesmo valor (SEDGH *et al.*, 2016; GUTTMACHER INSTITUTE, 2016).

Segundo Guttmacher Institute (2016), estima-se que uma entre quatro gestações no mundo terminaram em aborto. Além do mais, o estudo apontou que, no período de 2010 a 2014, 73% das mulheres que recorreram ao abortamento provocado eram casadas, o que correspondeu a 41 milhões dos abortos em cada ano.

A região do Caribe registrou a maior taxa anual abortos induzidos- 65 abortos por 1.000 mulheres - e as mais baixas se concentram na América do Norte, com 17/1.000 mulheres, enquanto na Europa Ocidental, registrou-se 18 por 1.000 mulheres (SEDGH *et al.*, 2016).

As estimativas apontam que a incidência dos abortamentos não é diferente em países com leis restritivas a sua prática, quando comparados com aqueles onde o aborto é legalizado (WHO, 2012).

Os países em desenvolvimento se destacam por exprimirem elevada incidência de tratamentos por complicações de abortos inseguros. No ano de 2012, estimativa apontou que cerca de 6,9 milhões de mulheres foram tratadas por tais complicações, o que representa uma taxa de 6,9 mulheres tratadas por 1.000 com idade de 15-44 anos, anualmente. No período de 2005 a 2012, a taxa estimada exprimiu aumento de 20% nessas regiões do mundo. Presume-se que este acréscimo ocorra em consequência da ampliação da oferta e acesso aos serviços de saúde; no entanto, apesar deste aumento, cerca de 40% das mulheres com as complicações ocasionadas pelas práticas inseguras para interrupção da gravidez não recebem tratamento (SINGH; MADDOW-ZIMET, 2015; GUTTMACHER INSTITUTE, 2017B).

Segundo Sedgh e colaboradores (2016), os países que possuem leis restritivas ao abortamento não atendem suficientemente a necessidade da assistência à contracepção, de tal modo que esta situação contribui para alta incidência dos abortos. Muitas mulheres recorrem à prática do aborto inseguro como um meio de contracepção; no entanto, a sua realização em locais e com pessoas inapropriadas proporciona potencial risco para morte materna (KANT *et al.*, 2015).

Além do mais, nos países em desenvolvimento, foi estimado para o ano de 2017 que cerca de 88.580.000 mulheres não haviam planejado a gravidez. Vale destacar o fato de que, a maior parte das mulheres sujeitas às práticas inseguras

para indução do aborto decorre de uma gravidez não pretendida. Nestes mesmos países, existe a estimativa de que cerca 214 milhões de mulheres exprimem adequações insuficientes de métodos contraceptivos modernos, seja pelo não uso destes ou pelo uso de métodos tradicionais. Há a hipótese de que ocorreria um decréscimo de 35 milhões de abortos induzidos por ano, caso as necessidades de contracepção moderna fossem satisfatórias nas regiões em desenvolvimento (GUTTMACHER INSTITUTE, 2017).

Há necessidade de garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, bem como os serviços de contracepção, para que milhões de mulheres tenham oportunidade de evitar a gravidez indesejada e, assim haver menor exposição às condições de morbimortalidade ocasionadas pelas práticas inseguras de aborto.

No Brasil, os abortamentos destacam-se como principais causas de morbidade e mortalidade materna.

No período de 1996 a 2014, foram notificadas 1.912 mortes por abortamento no País. Verificou-se queda de 41,8% destes óbitos, porquanto os números decresceram de 110 óbitos em 1996 para 64 mortes no ano de 2014. Vale destacar o fato de que 53,1% dos casos tiveram como causa de morte aborto não especificado, pertencente ao código O06 da Classificação Internacional de Doenças CID-10 (MATOS, 2017).

No território nacional, no ano de 2015, mais de 203 mil hospitalizações foram realizadas pelo SUS, por complicações de abortos, sendo as regiões Sudeste e Nordeste como os maiores correspondentes, com 37% e 33%, respectivamente, dos internamentos do País (DATASUS, 2017).

Melo e colaboradores (2014) apontaram que existem diferenças nas taxas de abortos induzidos nas regiões brasileiras, sendo as regiões Norte e Nordeste as que denotaram maiores índices. No Norte, a taxa foi de 20,2 por 1.000 MIF, porém, o Estado do Amapá, com 35,9 por 1.000 MIF, representou a maior taxa do Brasil. Na região Nordeste, a taxa foi de 21,6 por 1000 MIF, com variações entre os estados que abrange: Sergipe, o qual apresentou índice de 31,6 por 1000 MIF, enquanto na Paraíba foi de 13,1 por 1000 MIF.

A região Nordeste, além de expor a pior estimativa de abortos provocados no País, expressa também baixa qualidade da atenção às mulheres admitidas por

abortamentos a hospitais do Sistema Único de Saúde, consoante indicou inquérito realizado em três capitais nordestinas (AQUINO *et al.*, 2012).

A Pesquisa Nacional de Aborto é a única investigação de âmbito nacional que exprimiu as estimativas de aborto, baseando-se em técnicas diretas, ou seja, não dependem de parâmetro para determinar a ocorrência deste evento (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Estudo realizado em todo território brasileiro urbano mostrou que de uma a cada cinco mulheres haviam realizado aborto. Sua maior ocorrência está na faixa etária de 18 a 29 anos, com maior frequência entre mulheres de escolaridade muito baixa. Demonstram também, que a base religiosa não é um fator importante para diferenciação das mulheres no que diz respeito à realização do aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde, em parceria, realizaram a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013. A PNS denota maior espalhamento geográfico e ganho de precisão das estimativas, para assegurar a continuidade do monitoramento da maioria dos indicadores do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (IBGE, 2015).

A PNS aponta que, no Brasil, 15,2% das mulheres de 18 a 49 anos de idade, declararam ter passado por algum aborto espontâneo. Os maiores percentuais foram registrados nas regiões Nordeste (17,8%) e Norte (18,1%), enquanto o menor, sucedeu na região Sul (12,7%) (IBGE, 2015).

Dessas mulheres, as que se declararam sem instrução ou com ensino fundamental incompleto exprimiram proporção de 21,1%, enquanto entre as mulheres com o curso superior completo, esse percentual foi 11,7%. As mulheres negras (18,9%) e pardas (17,7%) demonstraram percentuais mais elevados desse indicador do que as brancas (12,3%) (IBGE, 2015).

No que se refere às mulheres de 18 a 49 anos de idade que já provocaram o aborto, 2,1% foi o percentual nacional. Houve, entretanto, variações entre as regiões do País. A Região Nordeste teve o maior percentual, com 3,0%, e a região Sul com o menor, de 1,0% (IBGE, 2015).

Com relação à escolaridade, o grupo de mulheres sem instrução ou com fundamental incompleto (2,8%), assim como aquelas com fundamental completo ou médio incompleto (3,0%), apontaram maiores percentuais desse indicador se

comparadas com as mulheres com instrução mais elevada. Em relação à cor ou raça, a proporção de mulheres negras (3,5%) que declararam ter tido algum aborto provocado foi maior do que a observada para as brancas (1,7%) (IBGE, 2015).

No ano de 2016, amostra de 2.002 mulheres alfabetizadas com idade de 18 a 39 anos correspondeu à PNA (2016), que tem por objetivo analisar a magnitude do aborto provocado no País. O estudo apontou que a prática do aborto é um acontecimento frequente e persistente que atinge mulheres de todas as classes sociais, etnias e níveis educacionais. A pesquisa apresentou resultados semelhantes à primeira (PNA 2010), com proporção de 13% das mulheres respondendo que já tinha realizado abortamento alguma vez na vida, fato representativo que aos 40 anos de idade, uma em cada cinco mulheres já realizaram, pelo menos, um aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

O estudo também cita que as taxas de realização do aborto foram maiores nas regiões Nordeste, com 18%, e Norte/Centro-Oeste, com 15%. Outra situação apontada foi a necessidade de internação para tratamento das complicações abortivas, o que correspondeu a 48% das mulheres pesquisadas (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

A morbidade materna decorrente do abortamento vem declinando no País nos últimos anos (DINIZ; MEDEIROS, 2012; SINGH; MONTEIRO; LEVIN, 2012; MADEIRO; DINIZ, 2015). Ao se comparar com outros países, contudo é considerada alta a frequência de mulheres tratadas, anualmente, por complicações abortivas no Brasil (SINGH; MONTEIRO; LEVIN, 2012; SINGH; MADDOW-ZIMET, 2015).

Um dos fatores relacionados à queda dos internamentos por aborto foi a disseminação e a expansão do uso não hospitalar do misoprostol pelas mulheres que querem interromper sua gravidez, uma vez que o uso desta medicação proporciona baixo riscos de complicações e diminui a exposição às clínicas de práticas médicas clandestinas (ARILHA, 2012; MADEIRO; DINIZ, 2015).

Vale destacar o fato de que as informações sobre o número dos abortos no Brasil são obtidas nos serviços de saúde do SUS, porque o Sistema de Internações Hospitalares (SIH), que retratam apenas as mulheres com complicações abortivas que buscaram atendimentos nos hospitais públicos. O SIH somente apresenta, no entanto, o número de abortos espontâneos, abortos por pretextos médicos e outras gravidezes que terminaram em aborto. Assim, percebe-se a dificuldade da exposição dos reais números sobre abortamentos e abortos provocados.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER: ATENÇÃO AO ABORTAMENTO E PLANEJAMENTO FAMILIAR

No Brasil, desde o período colonial, as mulheres induziam o aborto. Relata-se que as índias provocavam os abortamentos em razão da falta de apoio dos maridos, pois estas sofriam com a dissolução familiar e com as fugas dos índios das missões jesuíticas (BORSARI *et al.*, 2012).

O aumento do número de abortos provocados com sua prática sendo considerada desvio moral, fez surgir a necessidade de legislação para proibir sua realização (BORSARI *et al.*, 2012). Nos anos de 1970, o aborto era problematizado como fato social. Iniciaram-se as discussões sobre sua alta incidência, a prática clandestina e a relação com a pobreza (BORSARI *et al.*, 2012; PIMENTEL; VILELLA; 2012).

Deve-se destacar o fato de que, até os anos de 1970, as questões relacionadas à mulher no campo das políticas de saúde pública eram restritas ao aspecto da concepção, ou seja, havia uma visão reducionista dos cuidados da saúde da mulher voltados exclusivamente ao ciclo gravídico e puerperal. No início dos anos de 1980, porém, período marcado pela redemocratização do País e ampliação de movimentos pelo direito à saúde, foram sublinhadas também, interrogações sobre o modelo vigente de atenção à saúde da mulher (COSTA; AQUINO, 2000). Nessa mesma fase, expandiram-se os debates sobre o direito da mulher ao próprio corpo e à sexualidade (ARILHA; BERQUÓ, 2010).

Após 1980, programas de saúde voltados às mulheres começaram a fazer parte da agenda de saúde do País (VICTORIA *et al.*, 2011). Atenderam-se, pois, às reivindicações dos movimentos feministas, que solicitavam a condição da mulher como sujeito de direitos e de necessidades específicas, requerendo melhorias nas condições de saúde em todo o seu ciclo vital, não somente no período da gestação e parto (COSTA; AQUINO, 2000).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2011b).

Este programa possibilitou uma visão de mulher diferente daquela dos programas materno-infantis anteriores, centrada apenas em seu papel maternal. Ao mesmo tempo, permitiu a introdução de anticoncepcionais e outros cuidados de

saúde reprodutiva nos serviços públicos de saúde, em resposta às necessidades do movimento feminista (COSTA; AQUINO, 2000; DINIZ; OLIVEIRA; LANSKY, 2012).

No final de 1980, aflorou a concepção de saúde reprodutiva, associada à saúde integral, cuja compreensão foi ratificada na Conferência de Cairo, em 1994 (ARILHA; BERQUÓ, 2010).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, trouxe a definição da saúde reprodutiva como estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as dimensões referentes ao sistema reprodutivo e com suas funcionalidades e processos. Traz implicações de que as pessoas possam ter uma vida sexual segura e satisfatória, aptidão para reprodução e liberdade para determinar quando e quantas vezes se propõem a fazer, como também apontou o direito, tanto a homens como a mulheres, as informações e acesso aos métodos contraceptivos pelos quais optaram, e que sejam seguros e eficazes, bem como, os métodos escolhidos se encaixem aos seus recursos disponíveis (FUNAP, 1995).

Em 1995, ocorreu a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, com o tema: Ação para a igualdade, o desenvolvimento e a paz, realizada em Beijing, na China. Permitiu avanços sobre conceitos, aperfeiçoamento do marco legal e na elaboração de políticas de promoção da conjuntura da mulher (VIOTTI, 1995).

Tanto na Conferência de Cairo (1994) como na de Beijing (1995) abordou-se sobre atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento induzido ou não. De igual modo, foi indicada a necessidade de as governanças e organizações governamentais ou não de promoverem medidas de evitabilidade do aborto como método de planejamento familiar. Deve-se reconhecer as consequências do aborto provocado como problema de saúde pública e, ao mesmo tempo, promover ações de prevenção à gravidez não desejada, com o fortalecimento e ampliação dos serviços de planejamento familiar (PATRIOTA, 1994; VITTIO, 1995).

O Brasil, após as referidas conferências, assumiu o compromisso dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como uma questão de direitos humanos (BRASIL, 2011b).

Malgrado a PAISM haver permitido ampliar a perspectiva holística da saúde da mulher, como também ter reforçado a autonomia feminina, no que se refere às decisões de seu corpo, especialmente às práticas contraceptivas (COSTA; AQUINO, 2000), havia necessidade de uma nova política que possibilitasse o reconhecimento

da diversidade feminina, bem como, expandisse temas pouco abordados em programas anteriores, como doenças crônicas não transmissíveis, saúde mental e abortamento. Ante tal situação, em razão da prioridade dada pelo governo à saúde da mulher, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), no ano de 2004. A PNAISM articula temas e ações de saúde que haviam sido desenvolvidos em diversos programas e políticas ao longo dos últimos vinte anos (JANNOTTI; SILVA; PERILLO; 2013).

Em 2005, o Ministério da Saúde criou a Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento, como um guia para uma atenção pós-abortamento, assegurando acolhimento às mulheres em abortamento espontâneo ou provocado, propondo ofertar a qualidade da assistência, bem como humanização dos profissionais nos cuidados às mulheres (BRASIL, 2005). No ano de 2011, o Ministério da Saúde revisou as orientações técnicas nacionais e internacionais para os cuidados às mulheres em processo de abortamento e, lançou a segunda edição, de maneira ampliada e atualizada (BRASIL, 2011A).

É importante apontar a realização de pesquisa em três capitais brasileiras, cujo objetivo foi avaliar a qualidade da atenção ao abortamento em mulheres admitidas aos hospitais do SUS. O estudo baseou-se nas normas do Ministério da Saúde e na satisfação das mulheres internadas. Com efeito, permitiu verificar baixa avaliação na qualidade técnica, apoio social e na continuidade do cuidado. Apontou a falta de marcação de consultas de retorno para revisão e bem como forneceu orientações sobre os riscos de uma gestação em tempo precoce e a cerca de medidas contraceptivas. A investigação apontou à conclusão de que a atenção ao abortamento se mostrou muito distanciada dos modelos propostos nas diretrizes nacionais e internacionais (AQUINO *et al.*, 2012).

Neste âmbito, reflete-se a necessidade de debater e avaliar a atenção às mulheres em situação de aborto internadas nos hospitais da rede SUS, investigar se os profissionais de saúde e a organização dos serviços seguem as normas assistenciais estabelecidas pela atenção humanizada ao abortamento do Ministério da Saúde.

Nos últimos anos, houve expansão relevante nos programas e ações assistenciais voltados às mulheres, que provocam mudanças dos quadros epidemiológicos e atendem as novas demandas surgidas, com destaque para o

fortalecimento das ações relacionadas à atenção materna (MAMEDE; PRUDENCIO, 2015).

O Ministério da Saúde, no ano de 2007, elaborou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos. No âmbito de suas propostas está a expansão das ações de planejamento familiar, incluindo-se também a oferta de oito métodos contraceptivos gratuitos bem como a venda de anticoncepcionais a preços reduzidos na rede Farmácia Popular. Vale ressaltar, a noção de que a atenção em planejamento familiar envolvia não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, como também o oferecimento de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada (ARILHA; BERQUÓ, 2010; BRASIL, 2010).

Em 2009, essa política foi ampliada, propiciando acesso maior a métodos definitivos de contracepção, como laqueadura e vasectomia, bem como a preservativos e outros tipos de anticoncepcionais (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que, desde o ano de 2003, a anticoncepção de emergência, conhecida como “pílula do dia seguinte”, foi disponibilizada no âmbito do Sistema Único de Saúde, aos municípios que possuem população igual ou superior a 50 mil habitantes. Esta pílula anticoncepcional é usada para evitar gravidez indesejada em situações excepcionais, não devendo ser usada na rotina, em substituição a outros métodos anticoncepcionais (TEMPORÃO, 2012).

O abortamento provocado pode resultar de uma gravidez não desejada em que ações do planejamento familiar não foram efetivas, como a falta de informação sobre anticoncepção; ausência da possibilidade de opção pelo método ou pelo medicamento mais apropriado e eficaz, bem como acompanhamento mais próximo dos serviços de saúde (BRASIL, 2011A; SOUZA *et al.*, 2014).

O uso eficaz de método anticoncepcional (MAC) pode resultar na redução da incidência de abortamentos autoinduzidos. Se todas as mulheres que não planejam a gravidez tiverem acesso a métodos anticoncepcionais desejado e ao mesmo tempo, ações de planejamento familiar fossem totalmente contempladas e melhoradas nos serviços de saúde, haveria redução drástica dos nascimentos não planejados e reduzir-se-iam três em cada quatro abortos induzidos (SANTOS; ANDREONI; SILVA, 2012; OMS, 2013; SEDGH; ASFORD; HUSSAIN, 2016).

Além do mais, há necessidade de impulsionar ações que privilegiem o acesso a métodos contraceptivos que atendam as particularidades de cada mulher, e bem

assim meios que permitam a troca de anticonceptivo quando necessário. Propõe-se a promoção de educação em saúde sobre a saúde reprodutiva, práticas contraceptivas e efeitos colaterais dos anticoncepcionais (SEDGH; ASFORD; HUSSAIN, 2016).

Para Anjos e colaboradores (2013), a luta das mulheres por seus direitos proporcionou diversas conquistas, com destaque na assistência à saúde, contudo, ainda são necessárias mudanças no que se refere a assistência preventiva da gravidez indesejada e respeito aos direitos humanos de mulheres que querem abortar.

Observa-se que a PNAISM e a Norma Técnica Abortamento Humanizado representam um grande avanço no que se refere à atenção à saúde da mulher e humanização à assistência as mulheres em processo de abortamento. Em sua maioria, os serviços públicos que relacionados à rede de assistência à saúde da mulher, no entanto, não focam em seu planejamento ações relativas à saúde reprodutiva que promovam redução dos abortamentos induzidos.

2.4 O ABORTO E A LEGALIZAÇÃO

Há diversas discussões associadas ao aborto, que o relacionam como um problema ético. Gera-se uma polêmica em torno de qual obrigação ética determina o direito ao aborto e quem são os titulares desse direito ou dever (WIESE; SALDANHA, 2014).

É expresso que a alusão ao aborto se iniciou pela Grécia Antiga. Do surgimento do Cristianismo à Idade Contemporânea, notam-se diferenças na maneira de tratar o aborto induzido, estando sujeito ao interesse do Estado ou do posicionamento político, ideológico e religioso majoritário de cada época (HENRIQUES, 2016).

O aborto provocado no Brasil foi considerado pelas elites dominantes e juntamente com a Igreja Católica, um desregramento moral. Em decorrência de tal posicionamento e da crescente incidência, apareceu uma legislação para proibir de seu ato (BORSARI *et al.*, 2012).

No Brasil, o primeiro código criminal que expressa a proibição do aborto data de 1830. Por meio do Código Penal de 1890, apresentava punição à mulher que

realizasse o próprio aborto. Excetuava-se, entretanto, o aborto praticado para salvar a vida da gestante, havendo punição apenas para o médico ou a parteira que, por imperícia, causassem a morte da mulher durante o procedimento (HENRIQUE, 2016).

A criação do Código Penal Brasileiro, em 1940, vigente atualmente criminaliza a interrupção voluntária da gravidez, quando induzida pela própria gestante (autoaborto) ou terceiros, sendo enquadrada a esta práticas nos artigos 124 a 127, com punição de um a três anos de prisão. Não há punição nos casos em que seja imprescindível para salvar a vida da mulher, gravidez resultante de estupro e fetos com anomalias congênitas sem chance de sobrevivência extrauterina (artigo 128, I e II) (FERNANDES *et al.*; 2012; HEILBORN, 2012; WIESE; SALDANHA, 2014).

Nos anos de 1970, com a realização de estudos acadêmicos sobre saúde pública, o aborto começou a ser problematizado como fato social. Nesse mesmo período, os movimentos feministas se organizaram na luta pela reforma do Código Penal, para legalização do aborto. Em seus discursos, demandavam o direito ao aborto, a escolha de ter ou não ter filhos e o livre exercício da sexualidade (PIMENTEL; VILELLA, 2012).

Segundo Fernandes e colaboradores (2012), foram rápidas as transformações no campo da Medicina, “a Bioética”, a técnica genética e outras áreas da saúde. A legislação brasileira, no entanto, não acompanhou essas grandes mudanças. Em razão das aceleradas modificações na área da saúde, o Código Penal vigente no Brasil, mostra-se com necessidades de reformas e atualizações em diversos pontos, principalmente em pontos polêmicos como o aborto.

Países cuja legislação permite abortamentos com indicações amplas, denotam menor incidência de mortalidade materna e complicações advindas de um abortamento inseguro, quando comparados àqueles com legalidade restrita (WHO, 2012). Com efeito, reflete-se que a criminalização e as leis restritivas não levam à eliminação ou redução de abortos provocados, porém incitam as mulheres a recorrerem às práticas inseguras, que proporcionam maiores riscos à saúde, esterilidade ou a mortalidade materna (FERNANDES *et al.*, 2012).

Não somente no Brasil, como também na maioria dos países da América Latina, a questão do aborto é restrito ou nos casos de países como: República Dominicana, El Salvador, Nicarágua, Honduras, Haiti e Suriname, proibido em todo e qualquer contexto. Apenas países como Cuba, Porto Rico, Guiana e Uruguai,

legalizaram o aborto, (GUTMACHER INSTITUTE, 2017; CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2017).

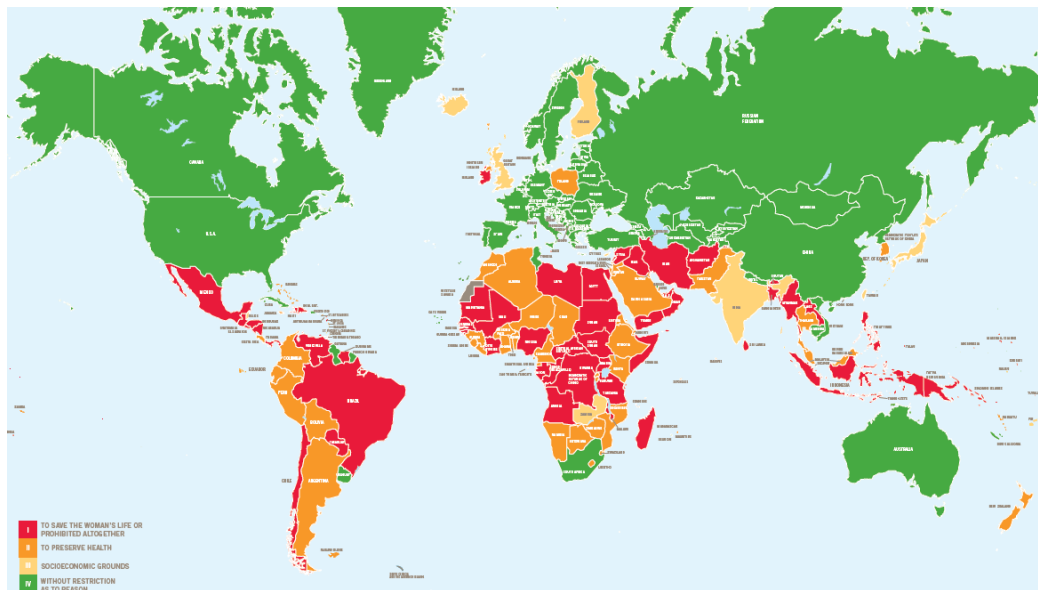
O Uruguai, até meados de 2012, trazia legislação restritiva semelhante à do Brasil. Após esse ano, houve a descriminalização do aborto no País (TORRES, 2012; HENRIQUE, 2016). Foi implantado o modelo de redução dos riscos e danos do aborto induzido, que presta assessoramento à mulher que pretende realizar o aborto (LABANDERA; GORGOROSO; BRIOZZO, 2016). Observou-se êxito no primeiro ano de adoção do modelo, pois os dados apontam que 10% das mulheres atendidas resolveram continuar com a gravidez; não houve registros de óbitos maternos por aborto e redução do número de abortos em mulheres de 15 a 44 anos, cerca de 9/1000 mulheres, menor índice no mundo (URUGUAY, 2015)

Sobre experiência de países com legalidade do aborto, esta pode ser vista em Portugal, onde havia severas restrições legais ao aborto provocado. Em 2007, no entanto, Portugal despenalizou a Interrupção Voluntária da Gravidez, estabeleceu que o abortamento fosse realizado nas primeiras dez semanas de gravidez. A mulher com decisão do aborto tem a garantia de acompanhamento psicológico durante o período de reflexão e de disponibilidade de acompanhamento dos profissionais da área da saúde (MONTEIRO, 2012).

Os exemplos dos países há pouco citados demonstram maior acesso das mulheres à informação em saúde sexual e reprodutiva, a métodos contraceptivos e, portanto, a uma redução da prática do abortamento em condições inseguras.

O Centro de Direitos Reprodutivos, desde 1988, produz o mapa com as leis de aborto do mundo, para comparar visualmente o status da legalidade do aborto induzido em distintos países. A ilustração abaixo demonstra os países e a legalidade do aborto, no ano de 2014 (Figura 1).

Figura 1 - Classificação dos países, de acordo com critérios de legalização do aborto.



Fonte: Center Reproductive Rights, 2017.

A Figura 1 traz a classificação de quatro categorias que indicam as circunstâncias em que uma mulher pode legalmente abortar nos serviços de saúde de cada país.

- Categoria I (cor vermelha): participam desta 66 países, que proíbem o aborto totalmente ou que o permitem apenas para salvar a vida da mulher.
- Categoria II (cor laranja): os 59 países pertencentes a este grupo, permitem o aborto para proteger a vida e saúde da mulher, autoriza o aborto se a saúde física ou mental da mulher está em risco.
- Categoria III (cor amarela): os 13 países desta categoria permitem o aborto por motivos socioeconômicos, autoriza que as mulheres obtenham abortos por fatores como idade, situação econômica ou estado civil.
- Categoria IV (cor verde): pertencem a esta categoria 61 países. Estes permitem o aborto sem restrições quanto à razão, e a mulher toma a decisão sobre a possibilidade de interromper a gravidez.

Ao observar o mapa, nota-se que o Brasil, está situado na categoria I (Figura 1). Atualmente, mantém a criminalização do aborto, com exceção em casos de gravidez decorrente de estupro ou quando há risco de morte para a gestante.

No ano de 2012, o Superior Tribunal de Justiça concedeu autorização para interromper casos de gestação com anomalias fetais graves e incompatíveis com a vida extrauterina, após diagnóstico médico. Nos casos de anencefalia, existe o entendimento de que não há crime contra a vida, pois o feto não sobrevive ao parto (FERNANDES *et al.*, 2012; DINIZ *et al.*, 2014). A anencefalia constitui grave malformação fetal que resulta da falha de fechamento do tubo neural (CORREA; CAMPOS, 2012).

Nos casos de estupro ou violência sexual, o Código Penal brasileiro, não exige aprovação judicial para realização do aborto nesse caso. Deste modo, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de registrar o fato à polícia. É obrigatório, no entanto, o termo de consentimento assinado pela mulher para interrupção da gravidez, anexado ao prontuário médico (BRASIL, 2012b).

Mesmo sendo ilegal, isto não coíbe as mulheres de buscarem práticas clandestinas para efetivação do aborto (ANJOS *et al.*, 2013; SOUZA; FUSCO, 2016). Observa-se que a criminalidade da prática do aborto iguala as mulheres das diversas camadas sociais, econômicas e escolares, que recorreram à interrupção voluntária da gravidez, pois lhes sonegam o direito à saúde e proporcionam-lhes consequências físicas, psíquicas e sociais (FREIRE, 2012).

Apesar das restrições da indução ao abortamento, há um receio de que as formas de aborto autorizadas por lei no Brasil sejam consideradas inconstitucionais, pois um dos trechos apresentados na Proposta de Emenda à Constituição – PEC 181 estabelece o conceito de proteção da vida desde a concepção. Há apontamentos de que aprovação da composição textual da PEC 181causará grande retrogresso aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher assegurados na Constituição brasileira, bem como, vai piorar o quadro de abortamentos clandestinos no território nacional (ABRASCO, 2017).

A legalização do aborto é uma discussão polêmica, principalmente do ponto de vista religioso; no entanto, enseja reflexão e questionamento sobre a posição do Estado no controle e na decisão do corpo da mulher. Há necessidade de rever a legislação brasileira, pois é falha na prevenção ao aborto. Ao mesmo tempo, devem-se garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras de maneira igualitária e autônoma.

2.5 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ABORTOS PROVOCADOS

Haja vista o que já foi discutido em outro seguimento deste texto observam-se poucos avanços nas questões legais referentes ao abortamento realizado voluntariamente. O aborto provocado é ilegal com poucas exceções, no entanto, não impede que as mulheres recorram a práticas clandestinas e/ou inseguras para finalização da gravidez, expondo suas vidas a risco (ANJOS *et al.*, 2013; SANTOS; BRITO, 2014)

O abortamento provocado é cercado de muitos problemas, é uma trajetória silenciosa e solitária percorrida pela mulher que o realiza. Existem inúmeros fatores que predispõem à prática do aborto induzido, condições financeiras limitadas, não desejo de interromper projetos profissionais, falta de apoio do companheiro e a rejeição da gravidez pelo parceiro (DINIZ, MEDEIROS; 2012; CARVALHO; PAES, 2014; FUSCO *et al.*, 2016; MCCALLUM; MENEZES; REIS, 2016;).

Milanez e colaboradores (2016) ainda apontam que razões religiosas, culturais e educacionais representam questões fortemente relacionadas à indução ao aborto.

O número de filhos vivos, também, se sobressai como causa para provocar o abortamento. Souza e colaboradores (2014), em seu estudo, demonstraram que mulheres recorreram ao abortamento inseguro como método contraceptivo, após ser atingido o número desejado de filhos. Além do mais, apontaram que mulheres que utilizaram contraceptivos não eficazes ou de baixa eficácia foram 4,18 vezes mais propensas à realização do aborto.

Outro ponto a se destacar, é o fato de que é elevado o número de abortos provocados em adolescentes com gestação não planejada. As mulheres mais jovens são mais vulneráveis à realização de aborto ilegal, pois são sujeitas a relações afetivas instáveis, relações sexuais desprotegidas, condição financeira incerta e baixa escolaridade (DINIZ, MEDEIROS, 2012; NUNES; MADEIRO; DINIZ, 2013; CARVALHO; PAES, 2014)

No que se refere a cor/raça, estudos apontam a existência de maior risco para o abortamento induzido em negras e pardas, sendo este grupo representado pela maioria das mulheres internadas com complicações abortivas (ADESSE *et al.*, 2015; CECATTI *et al.*, 2010).

Diversas causas estão relacionadas ao abortamento; contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada. Muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher, levando às práticas de abortamentos provocados de modo inseguro (BRASIL, 2011A).

Vários autores a ideia de que a maioria das mulheres induz o aborto de maneira clandestina, o que favorece a exposição dos riscos de saúde e de vida destas, visto que esta prática sucede em condições inadequadas e por pessoas sem formação na área da saúde. Com efeito, colabora nos subregistros, mascara o quantitativo real e gera interrogação sobre a magnitude dessa ocorrência no Brasil (ANJOS *et al.*, 2013; ADESSE *et al.*, 2015, SELL *et al.*, 2015; SOUZA; FUSCO, 2016).

Em virtude de subnotificação dos casos, não se sabe o número de mulheres que não buscaram atendimento, as que não foram internadas e as internadas na rede privada. Há uma dificuldade em conhecer o número real dos abortamentos provocados em todo o território nacional (MENESES; AQUINO, 2009; MELO *et al.*, 2014).

Ao decidirem finalizar uma gestação não desejada, as mulheres buscam meios para efetivar o aborto, submetem-se a um percurso sigiloso e arriscado, dão início ao itinerário da realização do aborto ilegal. Conforme Diniz e Medeiros (2012), compreende-se por itinerário abortivo, o caminho adotado para consolidação do aborto, que se inicia com a identificação do atraso menstrual e vão até os cuidados pós-aborto. Na busca da realização do abortamento, muitas mulheres submetem-se a prática do aborto inseguro, expondo-se a quadros hemorrágicos mais volumosos, sepse, peritonite, lesões na vagina, útero e em outros órgãos (GERDTS; PRATA; GESSESSEW, 2012).

Atrás dos abortos provocados, encontram-se as desigualdades sociais, pois existe forte disparidade do acesso ao aborto seguro. No caso de uma gravidez indesejada, mulheres com maior rendimento, pequena parcela, pode custear a realização do aborto em clínica privada. Neste local, o procedimento realizado é mais eficaz e seguro (SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016).

Já as mulheres que não se enquadram nesse perfil, a maioria da população feminina, recorrem a uma diversidade de técnicas inseguras, desde as clínicas clandestinas, “casa das aborteiras” (espaços domésticos em que curiosas as auxiliam na indução do aborto na clandestinidade) a métodos mais acessíveis, como

misoprostol adquirido ilegalmente no mercado negro. Vale ressaltar que essas mulheres se voltam aos serviços públicos de saúde para tratamento, uma vez que estão mais vulneráveis a sofrer complicações pós-aborto, sequelas a longo prazo e a letalidade (DINIZ; MEDEIROS, 2012; DINIZ; OLIVEIRA; LANSKY, 2012; ANJOS *et al.*, 2013; SILVEIRA, MCCALLUM; MENEZES, 2016).

Desse modo, nota-se que os abortamentos clandestinos são promovidos, em grande parte, pelas mulheres pobres, as quais não têm acesso a recursos e, conseqüentemente, realizam o aborto em condições inapropriadas e geram implicações negativas à saúde, bem como, resultam em um fardo social e sobrecarga financeira aos serviços de saúde (SANTOS; ANDREONI; SILVA, 2012; OMS, 2013; ALVES *et al.*, 2014;).

No que se refere aos métodos abortivos, o misoprostol é o mais utilizado. Seu uso é feito de maneira isolada ou associado com chás. Além deste, há outros procedimentos, como ingestão de preparados caseiros, inserção de agulhas de tricô no útero e cristais de permanganato introduzidos no canal vaginal (DINIZ, MEDEIROS, 2012; FERRAZZA; PEREZ, 2016).

O misoprostol, comercializado no Brasil como *Cytotec*, foi desenvolvido para tratamento de úlceras gástricas. Em seguida, foi observada sua propriedade abortiva, pois é análogo sintético da prostaglandina, utilizado como ocitócito, induz a contrações e dilatação do colo uterino, e possui aplicação como indutor na interrupção da gestação (aborto medicamentoso) (CORREA; MASTRELLA, 2012; SOUZA; FUSCO, 2016; ADESSE *et al.*, 2015).

Desde sua inserção, no final de 1980, observa-se a ampliação do uso do misoprostol como método abortivo no País. Ao consolidar-se nos centros urbanos brasileiros, gerou declínio no número de mulheres tratadas com complicações do aborto, pois promoveu um índice maior de abortamentos completos e menores proporções de infecção e hemorragias. Ainda proporciona, no entanto, elevada incidência de internações hospitalares por abortamento incompleto (DINIZ; MEDEIROS, 2012; SINGH; MONTEIRO; LEVIN, 2012).

Apesar de o misoprostol resultar efeito seguro e eficaz, devido a interdição legal do aborto, o Ministério da Saúde adotou medidas para restringir o acesso e uso no aborto, com uso permitido somente em estabelecimentos hospitalares, entretanto, existe a sua comercialização ilegal, e sua aquisição é feita em

estabelecimentos farmacêuticos ou no mercado clandestino (CORREA; MASTRELLA, 2012; DINIZ; MEDEIROS, 2012).

A ilegalidade da venda do medicamento facilita a falsificação, fracionamento das doses ou repasse do remédio sem o princípio ativo. Além do mais, o conhecimento inadequado dos intermediários, leva a prescrição errônea de doses e da periodicidade da medicação. Em consequência a mulher finaliza o processo do abortamento em hospitais públicos em decorrência de complicações e infecções. Além disso são pressionadas pelos fornecedores do método abortivo, a não procurarem os serviços de saúde em casos de emergência; quando fazem com medo da penalização legal, não declaram aos profissionais de saúde que provocaram o abortamento (DINIZ; MADEIRO, 2012; DINIZ; MEDEIROS, 2012; SINGH; MONTEIRO; LEVIN, 2012).

Outro ponto importante sobre os abortos provocados são as consequências econômicas proporcionadas ao sistema de saúde, pois altos gastos financeiros estão relacionados ao tratamento das complicações sucedidas por essa prática. O valor pago para o tratamento das complicações dos abortos induzidos pode ser uma vez e meia maior, quando comparado às complicações resultantes de abortamento espontâneo (BENSON *et al.*; 2012; ILBOUDO *et al.*, 2014).

Países sem legalização do aborto centralizam maiores despesas com os cuidados em saúde às mulheres que finalizaram a gestação voluntariamente, uma vez que estas recorrem às práticas inseguras e inadequadas realizadas clandestinamente. Em decorrência das precárias condições em que ocorre o abortamento, geram-se maiores complicações e, conseqüentemente, necessidade de hospitalização (BENSON *et al.*, 2012; OMS; 2013; ILBOUDO *et al.*, 2014).

A prática do aborto provocado, foi alvo de debate, após o surto de microcefalia associado ao Zika vírus, doença transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, no País, em de 2015. Questiona-se sobre o direito da mulher, que contraiu Zika, interromper voluntariamente a gestação, diante da possibilidade de geração de feto com microcefalia e/ou outras alterações do sistema nervoso central associados à infecção pelo vírus. As sequelas advindas desta síndrome congênita requer mais cuidados diretos da mãe, bem como um acompanhamento cotidiano com especialistas na área da saúde às crianças com microcefalia (DINIZ, 2016; PITANGUY, 2016).

As incertezas científicas sobre relação Zika vírus e microcefalia, a ausência de seguridade social para as mães e o acesso insuficiente ao suporte à saúde necessário as crianças com a síndrome neurológica congênita, promovem insegurança à mulher ante o diagnóstico positivo de feto com microcefalia. Na atual realidade, da circulação do vetor, alta incidência de Zika e continuidade de notificação de casos de microcefalia, é trazida a reflexão sobre se haverá aumento de casos de aborto induzido, ocasionados pelas mulheres que temem a geração de filhos com alterações congênitas sucedidas pela contração desse vírus (DINIZ, 2016; PITANGUY, 2016).

Em razão do que foi discutido, nota-se que vários estudos sobre abortamentos induzidos no Brasil, foram realizados utilizando estimativas indiretas. A aplicação deste método contribui com dados no plano populacional, no entanto, há necessidade de compreender a ocorrência dos abortos provocados na contextura individual, para identificar os fatores relacionados a esta prática, a fim de que assim seja possível colaborar com os gestores, profissionais de saúde e outros que estão envolvidos na rede de assistência à saúde da mulher, no planejamento de ações que fortaleçam às questões relativas à saúde reprodutiva da população feminina.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Analisar os fatores associados ao abortamento provocado em hospitais de referência.

3.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar a ocorrência das internações por tipo de aborto (provocado; espontâneo);
- b) Caracterizar os fatores sociodemográficos, obstétricos, contraceptivos, assistenciais e de custos das internações por aborto;
- c) Verificar a existência de associação entre o tipo de aborto com os fatores sociodemográficos, obstétricos, contraceptivos assistenciais e de custos.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa ora relatoriada é uma demanda investigativa de corte transversal, com abordagem descritiva e analítica.

Estudos de corte transversal são investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, e, assim, produzem indicadores globais de saúde para o grupo pesquisado (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2013).

A pesquisa descritiva objetiva conhecer e registrar sistematicamente a extensão e a gravidade dos problemas de saúde na população. Permite o conhecimento geral da magnitude, repercussões e tendências das doenças e agravos. Estudos descritivos permitem a análise de frequência (absoluta e percentual) e/ou medidas (ARANGO, 2005; SANTANA *et al.*, 2013).

Estudos analíticos têm por finalidade testar uma hipótese de relação causal, ou de associação causal, entre distintos fatores. Verifica-se a existência de uma associação entre uma exposição, também chamada de variável preditora, a um evento, denominado de variável de desfecho ou resposta (ARAGÃO, 2011; SANTANA *et al.*, 2013).

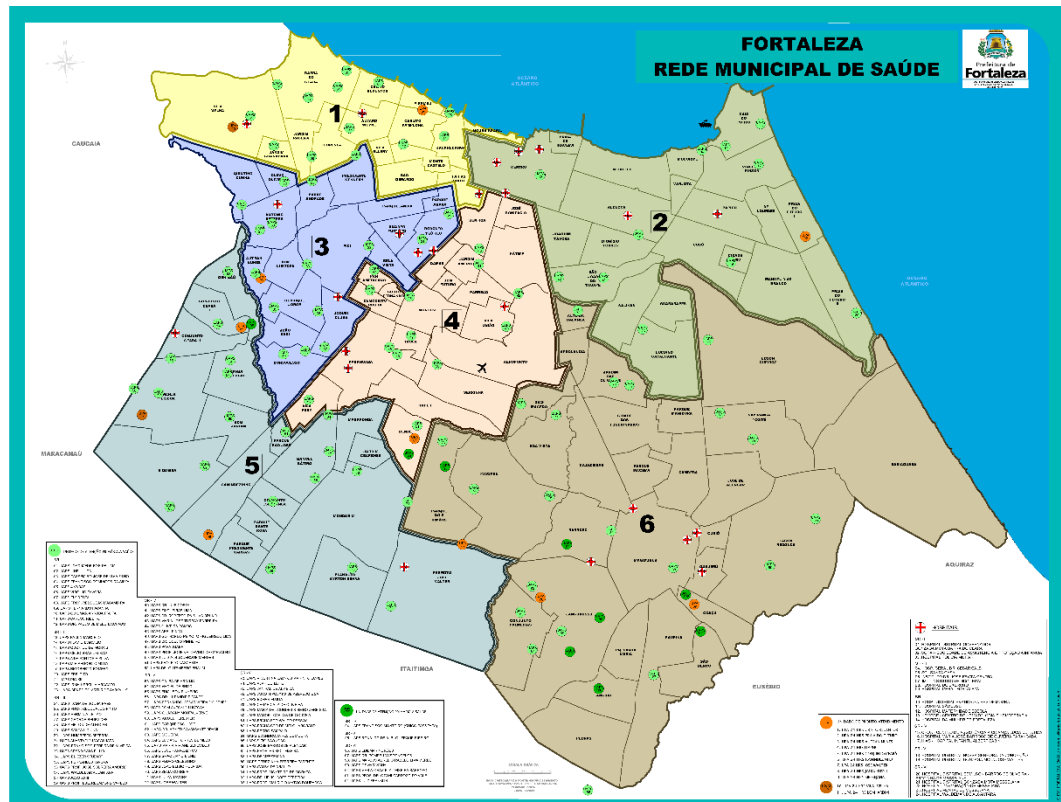
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em duas unidades hospitalares públicas de referência: Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana (HDGMM) e Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter (HDGMJW) do município de Fortaleza, Ceará, no período de maio a outubro de 2017.

Mencionados hospitais promovem assistência de clínica médica, pediátrica, ginecológica e obstétrica, mantidos pela gestão municipal por intermédio da Secretária Municipal de Saúde (Fortaleza), sendo o HDGMM pertencente à Secretaria Executiva Regional VI e o HDGMJW à Secretaria Executiva Regional V, conforme ilustrado na figura 2 (FORTALEZA, 2014). São unidades de nível

secundário, já que se caracterizam pelo atendimento especializado de média complexidade, com densidade tecnológica intermediária da atenção primária com a terciária (BRASIL, 2010a).

Figura 2 - Regiões administrativas, bairros e serviços de saúde de Fortaleza



Fonte: CIAS, 2016.

A unidade hospitalar Maternidade Escola Assis Chateaubriand fazia parte do projeto de pesquisa inicialmente, sendo instituição coparticipante na submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Não houve, no entanto, a aprovação do projeto, pois, nas considerações, foi argumentado que a referida instituição não dispunha de ambiente adequado e restrito à aplicabilidade do instrumento de pesquisa, de maneira a não expor a intimidade das mulheres, tão pouco, permitiu a submissão de recursos, sendo, portanto excluída da pesquisa.

Nesta situação e em virtude do não descumprimento do encaminhamento da pesquisa, foi submetido um adendo ao CEP da Universidade Estadual do Ceará, instituição proponente do estudo, para introdução de um local de pesquisa. Em

razão deste fato, foi escolhido o Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter que atendeu aos critérios de participação do estudo.

O critério de escolha dos hospitais baseou-se no número de internamentos de mulheres por abortamentos. A escolha das citadas unidades hospitalares, ocorreu após análise nos dados de morbidade hospitalar (SIH/SUS), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, por local de internação, Município Fortaleza-Ceará. No campo lista de morbidade do Código Internacional de Doenças (CID-10), foi selecionada a opção referente a aborto espontâneo, no ano de 2016.

Observaram-se no SUS 12 estabelecimentos hospitalares que realizaram internamentos por abortamento, no referido período. As unidades foram selecionadas por serem referências em atendimentos ginecológicos e obstétricos, como, também se pensou na seleção de hospitais que registrassem maior número de internações por abortamento ou maior quantitativo de leitos obstétricos (clínica e cirúrgica) cadastrados, referente ao ano de 2016. (Quadro 1)

Quadro 1 - Descrição das Unidades Hospitalares por Secretaria Executiva Regional, âmbito, número de internamentos no período 2016 e disponibilidade de leitos obstétricos.

Unidade Hospitalar	Secretaria Executiva Regional	Âmbito	Número de Internamentos por aborto no ano de 2016	Leitos Obstétricos (Clínica e cirúrgica)
Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter	SER V	Municipal	311	32
Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana	SER VI	Municipal	436	53

Fonte: SIH; CNES, 2017.

A assistência ao abortamento nos hospitais selecionados inicia-se na emergência, onde é feita a consulta médica. A depender da conduta clínica adotada, a mulher é encaminhada à sala de parto, sendo avaliada para efetivação de procedimento cirúrgico. Após realização do esvaziamento uterino e outros

procedimentos necessários, encaminha-se para a enfermaria, com permanência média de 24 horas de internação. A alta hospitalar, geralmente, ocorre pela manhã ou de acordo com o período em que houve admissão da mulher à enfermaria.

Não existem leitos estipulados para as internações por abortamento, sendo a regulação feita por meio de vagas disponíveis. Uma vez que não há leitos nas enfermarias, as mulheres pós-aborto permanecem na sala de parto, recebendo alta após avaliação médica. Também não existe protocolo padronizado para assistência à mulher pós-abortamento e, é instituído o direito ao acompanhante.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por mulheres que buscaram os hospitais selecionados para atendimento do abortamento.

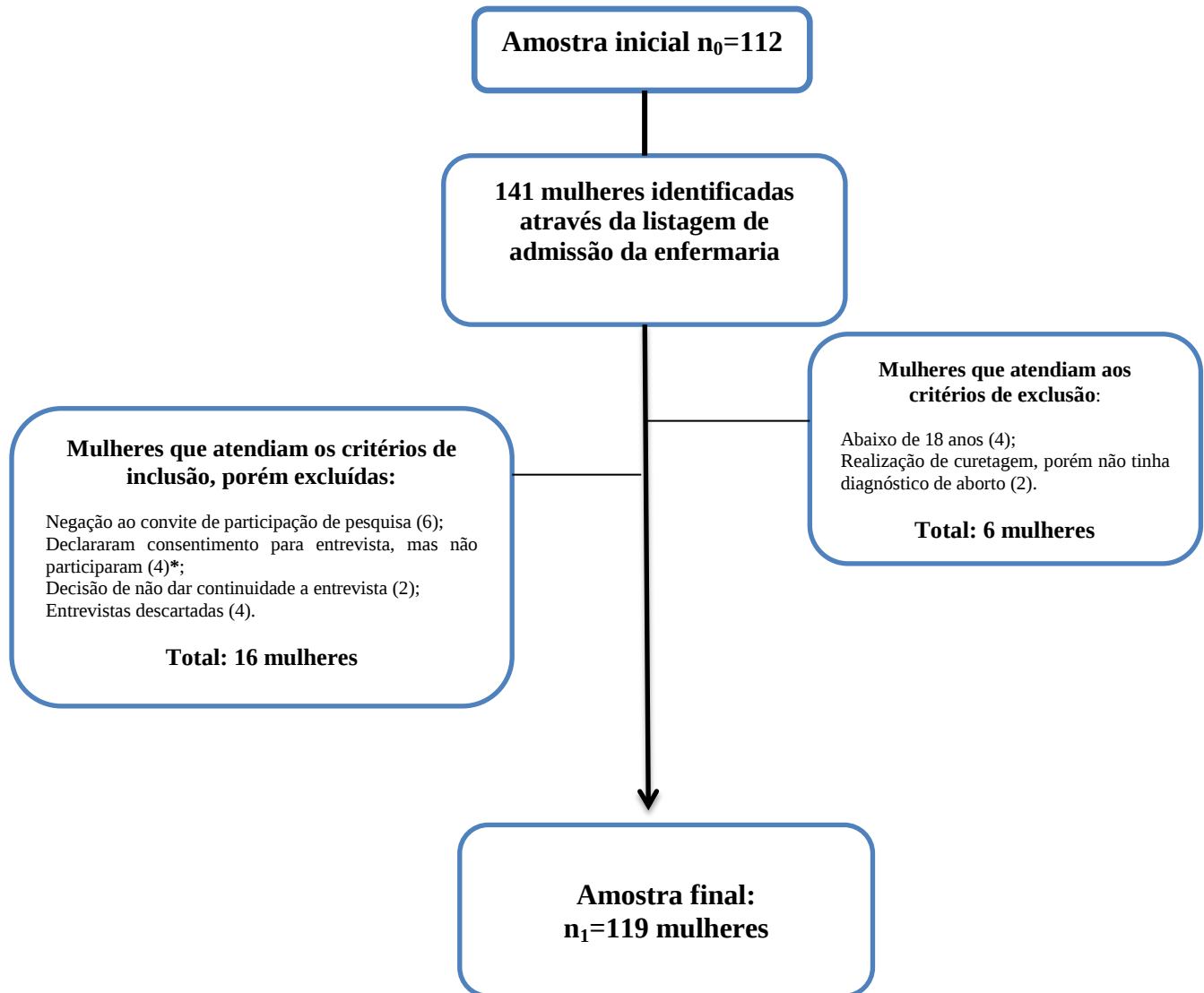
No cálculo da amostra considerou-se o número de internações por aborto em um ano, informados no SIH-SUS no DATASUS, nos dois hospitais de referência selecionados, somando-se 747 internações, no ano de 2016. A prevalência utilizada foi 22 por 1.000 mulheres (MELO *et al.*, 2014), tendo sido estabelecido erro amostral de 2,5% e nível de confiança de 95%. Chegou-se à amostra inicial de 112, que foi acrescida de 6,2% para evitar as possíveis perdas, totalizando, no final, 119 mulheres com admissão à enfermaria.

A amostra obedeceu aos critérios de inclusão e exclusão, a seguir.

- Foram incluídas na pesquisa, mulheres acima de 18 anos de idade e admitidas à internação, com diagnóstico de aborto.
- Foram excluídas as que não tinham condições clínicas e emocionais para participarem da pesquisa; as que decidiram interromper a participação durante a entrevista e as que participaram da avaliação do instrumento de coleta.

Após os critérios de exclusão, a amostra final foi reduzida para 119 mulheres internadas por aborto (FIGURA 3).

Figura 3- Organograma da amostra final, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, no Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana e Hospital Distrital Gonzaga Mota - José Walter, Fortaleza-CE, 2017.



*Houve o aceite para participar da pesquisa, porém desistiu, após o recebimento de alta médica.

Fonte: elaborado pela autora

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável dependente internação por aborto foi categorizada em: aborto provocado, quando a mulher relatou ter provocado o aborto, e aborto espontâneo, nos casos em que não houve relato de autoindução.

Foram utilizadas as seguintes variáveis independentes, divididas nos blocos a seguir.

Bloco 1: Variáveis sociodemográficas

Para elaboração e categorização dos dados abaixo, a base a que se recorreu está nos autores: Camargo *et al.*, 2011; Santos; Adreoni; Silva, 2012; e Diniz; Medeiros; Madeiro, 2017.

Quadro 2 - Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 1

(Continua)

Variáveis sociodemográficas		
Variáveis	Dado coletado	Categoria*
Idade da mulher (Idade)**: definida como a idade em anos referida pela mulher no momento da internação.	Anos completos	Até 29 anos Mais de 29 anos
Raça (Raça)**: Definida pela autodeclaração da mulher	Amarela, branca, negra, parda e indígena.	Não Branca Branca
Escolaridade (Escolaridade)**: anos de estudo.	Referido pelos anos estudados.	Ensino fundamental ou menos Ensino médio ou mais
Renda familiar (Renda)**: definida pelo número de salários ganho pela família. (Salário mínimo corrente)	Referido pela quantidade de salários	Até um salário Mais de um salário
Possui companheiro (Possui companheiro)**: possuir ou não companheiro	Sim / Não	Não Sim
Vivem juntos (vive juntos)**: convive no	Sim / Não	Não Sim

(Conclusão)

mesmo lar com companheiro		
Tempo de união (tempo_de_união)**: anos de convivência com companheiro	Referido pelos anos de união ou ignorado	≤ 1 ano 2 a 9 anos ≥ 10 anos

* As variáveis estão na sequência exposição e não exposição.

** Nome da variável no banco.

Fonte: elaborado pela autora

Bloco 2: Variáveis relacionadas à história obstétrica

Para elaboração e categorização dos dados abaixo, a Bse ocorreu nos seguintes autores: Santos; Fusco; Silva, 2016; e Diniz; Medeiros; Madeiro, 2017.

Quadro 3 - Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 2

(Continua)

Variáveis história obstétrica		
Variáveis	Dado coletado	Categoria*
Gestações anteriores (Nº_de_gestações)**: número de vezes que a mulher referiu já ter engravido, anterior ao aborto atual.	Número absoluto	Nenhuma uma ou mais gestações
Número de abortos (Nº_de_abortos)**: número de abortamentos anteriores informado pela mulher.	Número absoluto	Nenhum Um ou mais abortos
Número de filhos vivos (Nº_de_filhos)**: número de filhos vivos informado pela mulher.	Número absoluto	≤ 2 filhos >2 filhos
Idade Gestacional (Idade_gestacional)**: idade gestacional,	Número de semanas	≤ 12 semanas > 12 semanas

(Conclusão)

informada pela data da última menstruação (DUM) e/ou pelo exame ultrassonográfico, na admissão hospitalar.		
Diagnóstico da Gravidez (Diagnóstico_da_gravidez): meios utilizados para descoberta da gravidez.	Ultrassonografia Teste de farmácia BHCG	Ultrassonografia Teste de farmácia/BHCG Não realizou
Gravidez planejada (Gravidez_planejada)**: a mulher informa o não planejamento da gestação que resultou em aborto.	Sim / Não	Não Sim
Gravidez desejada (Gravidez_desejada)**: a mulher informa que não desejo de prosseguir a gestação frente à notícia da gravidez.	Sim / Não	Não Sim

* As variáveis estão na sequência exposição e não exposição.

** Nome da variável no banco.

Fonte: elaborado pela autora

Bloco 3: Variáveis de atenção à saúde e práticas contraceptivas

Para elaboração e categorização dos dados abaixo, baseou-se nos seguintes autores: Brasil, 2010; Borges *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2014.

Quadro 4 - Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 3

(Continua)

Variáveis de atenção à saúde contraceptiva		
Variáveis	Dado coletado	Categoria*
Informação sobre planejamento familiar (Planejamento_Familiar)**: a	Sim/ Não	Não Sim

mulher informa conhecimento sobre o assunto planejamento familiar		
Participação de reunião de planejamento familiar (Participação_reunião)**: a mulher informa ter participado, em algum momento, de reunião/encontro relacionado ao tema planejamento familiar.	Sim/ Não	Não Sim
Variáveis sobre as práticas contraceptivas		
Uso de MAC prévio (Uso_MAC)**: a mulher informa uso método contraceptivo antes da atual gravidez que resultou em aborto	Sim/ Não	Não Sim
Tipo de MAC (Tipo_de_MAC)**: a mulher informa qual método contraceptivo utilizado	Preservativo masculino; Preservativo feminino; Anticoncepcional Oral; Anticoncepcional Oral de Emergência; Injeção; Dispositivo intrauterino; Diafragma; Ligadura de trompas; Vasectomia; Diafragma; Tabela; LAM (Método de Lactação e Amenorréia); Coito interrompido; Nenhum	Anticoncepcional Oral (ACO) Injetável Coito Interrompido Dispositivo intrauterino (DIU) Preservativo masculino Nenhum
Profissional de saúde indicou MAC (Indicação_MAC)**: a		

(Conclusão)

mulher informa que que algum profissional de saúde indicou o uso do método contraceptivo.	Sim/Não	Sim Não
Acesso ao MAC (Acesso_MAC)**: como a mulher obteve o método de contracepção	Posto de Saúde; Compra na Farmácia; Amiga fornece	Posto de Saúde; Compra na Farmácia

* As variáveis estão na sequência exposição e não exposição.

** Nome da variável no banco.

Fonte: elaborado pela autora

Bloco 4: Variáveis relacionadas à interrupção da gestação

Para elaboração e categorização dos dados abaixo, baseou-se nos seguintes autores: Maranhão; Gomes; Barros, 2016.

Quadro 5 - Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 4 (Continua)

Variáveis relacionadas à interrupção da gravidez		
Variáveis	Dado coletado	Categoria*
Conhecimento sobre métodos abortivos (Conhece_metodo_abortivo)**: a mulher verbaliza conhecimento sobre métodos utilizados para provocar o abortamento	Sim / Não	Sim Não
Conhece mulheres que provocaram o aborto (Conhce_mulheres_prov_ab)**: a mulher informa o conhecimento sobre mulheres que praticaram a indução do aborto	Sim / Não	Sim Não
Pensou em abortar (Pensou_abortar)**: a mulher		

(Conclusão)

expressa se considerou, a ideia de provocar o aborto na gestação atual.	Sim / Não	Sim Não
Utilizou método para abortar (Uso_metodo_abortivo)*: a mulher informar o uso de métodos para indução do aborto atual	Sim / Não	Sim Não
Método abortivo adotado (Método_utilizado)**: definido pelo tipo de procedimento que a mulher referiu ter feito uso para interromper a gravidez	Misoprostol (Cytotec®); Chás, Ervas; Sondas; Outros.	Misoprostol; Preparos caseiros; Outros.
Motivo para provocar aborto (Motivo_aborto)**: principal fator impulsionador para provocar o aborto	Falta de condições financeiras; Não queria filho no momento; Namorado/ Marido/Companheiro não queria; Familiares não aceitaram / aceitariam a gravidez; Outro.	Falta de condições financeiras; Não queria filho no momento; Namorado/ Marido/Companheiro não queria; Familiares não aceitaram / aceitariam a gravidez.

* As variáveis estão na sequência exposição e não exposição.

** Nome da variável no banco.

Fonte: elaborado pela autora

Bloco 5: Variáveis clínicas e assistência ao abortamento

Para elaboração e categorização dos dados abaixo, baseou-se nos seguintes autores: Benson *et al.*, 2012; Vallely *et al.*, 2014; Adesse *et al.*, 2015.

Quadro 6 - Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 5 (Continua)

Variáveis clínicas e assistência ao abortamento		
Variáveis	Dado coletado	Categoria*
Sinas e sintomas (Sinais_sintomas)**: refere-se aos sinais e sintomas que motivaram a mulher pela busca de atendimento clínico	Sinais e sintomas referidos pela mulher	Sangramento Dor abdominal Sangramento/Dor abdominal Sangramento/Dor abdominal/febre
Local que primeiramente buscou atendimento (Local_1º_atendimento)**: primeiro local referido pela mulher ao procurar atendimento	Farmácia; Posto de Saúde; Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Hospital Outro.	Hospital Outras unidades de saúde
Internação no primeiro Hospital que buscou atendimento (Hospital_1º_buscou)**: refere-se se houve a admissão hospitalar no primeiro hospital de busca pela mulher	Sim / Não	Sim Não
Número de hospitais que a mulher percorreu antes do internamento (Nº_Hospitais)**: quantidade de unidades hospitalares que a mulher percorreu na busca da finalização do aborto	Número absoluto	1 hospital ≥ 2 hospitais
Tempo de busca para atendimento (Tempo_busca_atendimento)**: refere-se ao Intervalo de tempo entre a apresentação dos sinas	Referido em dias	≤ 1 dia > 1 dia

(Conclusão)

e sintomas e a procura para atendimento hospitalar		
Tempo de espera para atendimento (Tempo_espera_atendimento)**: refere-se ao tempo de espera entre a chegada ao hospital de internação e avaliação médica	Referido em minutos	<60 minutos ≥60 minutos

* As variáveis estão na sequência exposição e não exposição.

** Nome da variável no banco.

Fonte: elaborado pela autora.

Bloco 6: Variáveis relacionadas à assistência à internação por abortamento

As informações referidas abaixo foram retiradas dos prontuários pertencentes às mulheres internadas por aborto.

Baseou-se na Norma Técnica da Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

Quadro 7 - Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 6, referente à assistência

(Continua)

Variáveis de assistência à internação por abortamento		
Variáveis	Dado coletado	Categoria*
BHCG (BHCG)**: teste para confirmação de gravidez	Sim/Não	Sim Não
Hemograma (Hemograma)**: exame de avaliação de células sanguíneas	Sim/Não	Sim Não
Urina tipo I (Urina)**: exame para análise da urina	Sim/Não	Sim Não
Coagulograma (Coagulograma)**: exame de análise para a coagulação sanguínea	Sim/Não	Sim Não
Ultrassonografias (Ultrassom)**: exame de diagnóstico de imagem	Sim/Não	Sim Não

(Conclusão)

Antibioticoterapia (Antibioticoterapia)**: uso de antibióticos para tratamento terapêutico	Sim/ Não	Sim Não
Transfusão sanguínea (Transfusão_sanguínea)**: realizada transfusão de concentrado de hemácia:	Sim / Não	Sim Não
Técnica de esvaziamento Uterino (Esvaziamento_Uterino)**: técnica utilizada para esvaziamento uterino no tratamento do aborto	Aspiração Manual Intrauterina; Curetagem; Medicamentosa.	Aspiração Manual Intrauterina (AMIU); Curetagem
Tempo decorrido entre a internação e esvaziamento uterino (Tempo_esvaziamento_uterino)**: intervalo de tempo entre admissão até realização procedimento cirúrgico	Referido em horas	≤12 horas >12 horas

* As variáveis estão na sequência exposição e não exposição.

** Nome da variável no banco.

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 8 - Descrição das variáveis pertencentes ao Bloco 6, referentes a custos

Variáveis sobre custo		
Variáveis	Dado coletado	Categoria*
Dias de internação (Dias_internação)**: dias de permanência na Unidade Hospitalar	Referido os dias de internação	2 dias ou mais 1 dia
Valor pago (R\$) (Valor_pago)**: refere-se aos custos de internação, mediante os valores faturados por internamento	Referido ao valor total pago ao hospital pelo referido internamento	≥ 180,82 < 180,82

* As variáveis estão na sequência exposição e não exposição.

** Nome da variável no banco.

Fonte: elaborado pela autora

4.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nesta pesquisa, utilizou-se entrevista baseada em um formulário semiestruturado (APÊNDICE A). A coleta de dados foi obtida junto às mulheres que atenderam aos critérios de inclusão. O formulário conteve perguntas sobre: condições sociodemográficas, condição de união, história obstétrica, atenção em anticoncepção recebida, práticas contraceptivas, situações sobre interrupção da gestação, aspectos clínicos, assistência e internação ao abortamento.

Inicialmente, foram realizadas visitas aos hospitais para aproximação dos profissionais e do ambiente onde ocorreria a pesquisa, a fim de melhorar a organização e sistematização da coleta de dados. Nesse momento, realizou-se apresentação da pesquisa aos membros da equipe, dando ênfase aos objetivos, justificativa de sua realização e solicitação do apoio deles. Nessas ocasiões de visita ao hospital, procurou-se observar: locais de internação da mulher, após procedimento cirúrgico para finalização do aborto; rotina dos serviços; momento de ocorrência da alta médica; e o espaço privativo destinado às entrevistas.

As mulheres eram identificadas por meio da listagem de admissões do setor, que incluíam todas as modalidades de resolução da gravidez realizadas naquele período e local, onde estavam situados nos postos de enfermagem das unidades: alojamento conjunto (AC1) do HDGMM e enfermaria de obstetrícia do HDGMJW, locais de admissão após evento cirúrgico.

Observou-se que as ocorrências de internações, por abortamento, eram identificadas como “curetagem”. Destaca-se que, independentemente do tipo de procedimento de esvaziamento uterino realizado na mulher para finalização do aborto, ele seria descrito como curetagem de identificação da mulher. Também havia casos, em que a mulher havia efetuado o procedimento de curetagem uterina, embora não tivesse apresentado processo de abortamento.

Com efeito, após a verificação do procedimento de curetagem na relação das internações, fez-se uma abordagem individualizada, para investigar se a mulher estava dentro dos critérios de inclusão.

A realização da coleta de dados foi sistematizada da seguinte maneira: abordagem inicial, realizada no leito; durante os dias de segunda a sábado; no turno da manhã. A justificativa para se realizar a coleta no turno matutino, decorreu da percepção de que as mulheres, em grande parte, eram encaminhadas para os leitos

das enfermarias no período noturno, após submissão cirúrgica para finalização do aborto. Também se observou que, no dia posterior, estas apresentavam bom estado físico e emocional, sendo aguardada a avaliação médica e, a depender do estado geral, a alta hospitalar.

Houve apresentação às mulheres participantes, antes da alta da médica, e em seguida fez-se, o convite para participar da pesquisa. Vale destacar o fato de que, no HDGMJW, a alta médica era dada até as oito horas da manhã, enquanto no HDGMM, a alta médica também acontecia pela manhã, porém não tinha horário estabelecido.

Haja vista que a admissão hospitalar de mulheres com abortamento é uma demanda espontânea, ou seja, não há previsão de sua ocorrência, e que as altas médicas dos hospitais, ocorriam na maioria dos casos, pelo turno da manhã, decidiu-se realizar, previamente, ligações direcionadas aos setores de internação por aborto, a fim de identificar a existência de mulheres admitidas por condições abortivas. Os telefonemas eram feitos pelo turno da manhã e, eventualmente, no período da tarde, de segunda a sábado. Deste modo, a estratégia usada por meio de ligações telefônicas possibilitou sistematizar o deslocamento da pesquisadora aos hospitais, apressando assim, a captação de mulheres para participação no estudo.

Nos hospitais, após identificação das mulheres em situação abortiva na lista dos postos de enfermagem, seguia-se ao leito, onde se realizava abordagem individualizada. Inicialmente, fez-se a própria identificação, apresentaram-se os objetivos, a importância do estudo, e, em seguida, dirigiu-se o convite à participação, enfatizando a preservação da privacidade e da confidencialidade de todas as informações relatadas. Além disso, ressaltou-se que, se caso a mulher sentisse constrangida e/ou desconfortável, durante a entrevista, haveria interrupção e não uso das informações dadas.

As quatro primeiras entrevistas realizadas foram descartadas, uma vez, que se percebeu a necessidade de reformular perguntas e acrescentar variáveis ao formulário. Simultaneamente, possibilitou-se a identificação de ambiente apropriado, além do período utilizado na duração da entrevista, que registrou tempo médio de 30 minutos.

No decorrer da entrevista, duas mulheres pesquisadas pediram para não dar continuidade à pesquisa. Em ambos os casos, foi solicitada a interrupção da

entrevista, quando houve abordagem sobre as questões relacionadas à interrupção da gravidez. Foi-lhes esclarecido que podiam ficar à vontade, a fim de prosseguir ou não, em qualquer momento, da entrevista. Realizou-se agradecimento, pela disposição em colaborar com a pesquisa, e foram informadas de que os dados relatados seriam descartados.

No formulário das entrevistas, não foi exposto o nome da mulher, para preservar sua identificação. Decidiu-se anotar o número do prontuário de internação, uma vez que, havia necessidade desta identificação para captura posterior dos prontuários, na busca de dados faltantes. A numeração do prontuário foi utilizada para obter o número da Autorização da Internação Hospitalar (AIH), que é gerado em cada internamento. Houve necessidade dessa informação para identificar o valor pago aos hospitais, referentes às internações.

Recorreu-se ao setor financeiro, onde se esclareceu aos profissionais, o objeto de estudo e a necessidade de informações contidas nos relatórios das AIHs pagas, para aquisição de dados relacionados aos custos.

Vale destacar, o fato de que, durante o período da coleta de dados, utilizou-se diário de campo, para anotações das percepções e reflexões sobre o contexto das internações por abortamentos.

4.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os indicadores recolhidos foram inseridos no programa da Microsoft Office Excel (versão 13), para constituir o banco de dados, e, posteriormente restarem, analisados estatisticamente por meio do programa *Statistical Package for the Social Scienses* (SPSS), versão 18.0.

Para viabilização da análise, foram executadas a categorização e a recodificação de algumas variáveis, considerando-se sempre a última como referência.

A princípio, foi feita a análise descritiva dos dados, com elaboração de tabelas de frequência, referente aos valores absolutos e percentuais, bem como foram demarcadas as medidas referentes a média e desvio-padrão.

Na análise inferencial, utilizou-se o desfecho como sendo o tipo de aborto (provocado; espontâneo) e como variáveis explicativas: sociodemográficas, reprodutivas, contraceptivas, clínicas, assistenciais e de custo.

Para realização da análise não ajustada, recorreu-se ao teste de associação Qui-quadrado, de Pearson, ao nível de significância de 5%. No ajustamento do modelo final, por meio da Regressão de Poisson, foram consideradas as variáveis significativas e também aquelas que denotaram nível descritivo $p < 0,20$, utilizando o Qui-quadrado de Wald. No modelo final, permaneceram apenas as variáveis que tiveram valor de $p < 0,05$.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado atendendo às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012c).

Foram asseguradas às mulheres a confidencialidade das informações dadas e a sua não identificação. Respeitaram-se o direito à voluntariedade para participação e a decisão de desistência da pesquisa no momento solicitado.

Outro cuidado ético adotado para garantir sigilo das informações, anonimato e proteção das participantes, foi a decisão de livre escolha de assinar ou não o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) pelas entrevistadas. Isto é, ao apresentar o Termo, expressavam-se o fato de que não era obrigatória a assinatura delas. Enquanto isso se assinou, impreterivelmente, a via do participante e do pesquisador.

Para desenvolver-se uma relação de confiança, no breve momento do diálogo, houve a necessidade de se estabelecer momentos de interação com as participantes. Com efeito, introduziram-se assuntos diversos para criação de um momento de menos tensão e de confiabilidade, tendo em vista, a todo momento, preservação dos cuidados éticos.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (instituição proponente) e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (instituição coparticipante). No momento proposto da pesquisa, o Hospital Distrital Gonzaga Mota-Messejana, não havia institucionalizado seu CEP.

A decisão do parecer consubstanciado do CEP da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (instituição coparticipante) foi de não aprovação do projeto submetido e sem possibilidades de recursos.

Em tal circunstância, se recorrer a outra instituição como local de pesquisa para não comprometer o andamento do estudo. Assim, submeteu-se um adendo ao CEP da Universidade Estadual do Ceará, solicitando e justificando novo local de pesquisa. Houve aprovação, conforme Parecer de nº 2.248.323 (ANEXO). Atendendo aos critérios de escolha do local de pesquisa, o Hospital Distrital Gonzaga Mota-José Walter participou como uma das instituições do estudo.

5 RESULTADOS

Dentre as 119 mulheres internadas por abortamento, verificou-se que 20 (16,8%) tiveram aborto provocado. O hospital HDGMM apresentou maior número de mulheres participantes da pesquisa, com 74 (62%), e internações por abortamento provocado, com 12 (10%) (TABELA 1).

Tabela1- Distribuição das internações por tipos de aborto, em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017

Instituição Hospitalar	Aborto geral		Abortos provocados		Abortos espontâneos	
	N	%	N	%	n	%
HDGMM	74	62,0	12	10,0	62	52,1
HDGMJW	45	38,0	8	6,8	37	31,1
Total	119	100	20	16,8	99	83,2

Fonte: elaborado pela autora.

A descrição e a análise dos resultados que se seguem, envolveram características sociodemográficas, reprodutivas, contraceptivas, clínicas e de assistência à contracepção e ao abortamento, com o propósito de traçar o perfil das internações por aborto e os fatores de risco à prática do aborto provocado.

Bloco 1: Variáveis sociodemográficas

Com relação aos dados sociodemográficos, identificou-se o fato de que 78(65,5%) mulheres registraram a idade de até 29 anos, com uma média de $27,3 \pm 7,7$ anos e variação de 18 a 45 anos. Verificou-se que 93 (78,2%) participantes autodeclararam não brancas, cuja maioria, 67 (72%), indicou a cor parda. Sobre a escolaridade, 81 (68%) delas estavam no ensino médio (dez a 12 anos de estudos), tendo média variando de $10,3 \pm 2,48$ anos de estudo, com o mínimo de quatro e máximo de 14 anos de estudos (TABELA 2).

No que se refere à renda familiar, 64 (54%) mulheres vivem com até um salário-mínimo, com média variando de $1,55 \pm 0,63$ salário mínimo, sendo o mínimo de 0,25 e máximo de quatro salários (TABELA 2).

Relativamente à condição de união, observou-se que a maioria das entrevistadas 102 (85,7%) possui companheiro; 96 (80,7%) demonstraram a situação de união estável ou casamento, quando referiram viver juntos; 65 (63,7%) contam de dois a nove anos de união (TABELA 2).

Tabela 2- Distribuição de mulheres internadas, por aborto, segundo características sociodemográficas em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017

Variável	n=119	%
Idade		
≤ 29 anos	78	65,5
> 29 anos	41	34,5
Cor/raça		
Não Branca	93	78,2
Branca	26	21,8
Escolaridade		
Ensino Fundamental ou menos	38	32,0
Ensino médio/Superior	81	68,0
Renda Familiar		
Até 1 salário	64	54,0
Acima de 1 salário	55	46,0
Possui companheiro		
Não	17	14,3
Sim	102	85,7
Vivem Juntos*		
Não	6	5,8
Sim	96	94,2
Tempo de União*		
≤1 ano	20	19,6
2 a 9 anos	65	63,7
≥ 10 anos	17	16,6

* n=102, amostra de mulheres que responderam possuir companheiro.

Fonte: elaborado pela autora.

Bloco 2: Variáveis relacionadas à história obstétrica

Quanto aos resultados das características reprodutivas, observou-se frequência de 73 % (87) multíparas, com média variando de $2,6 \pm 1,36$ e variação de um a oito números de gestações. Observou-se que 36 (30,3%) entrevistadas indicaram abortamento recorrente, tendo passado pelo máximo de três abortos. Possuir dois filhos vivos ou menos foi situação encontrada em 102 (85,7%)

mulheres, com média variando de $1,19 \pm 1,12$, e quatro filhos foi o número máximo declarado (TABELA 3).

Foram identificadas 85 (78%) internações por abortamento, ocorridas com 12 semanas gestacionais ou menos. A média apresentada variou de $11,7 \pm 0,7$ semanas gestacionais (TABELA 3).

Percebeu-se que a maior parte (64%) declarou gravidez não planejada; no entanto, quando questionado o desejo de continuar com a gestação, 93 mulheres (78,2%) desejaram o prosseguimento da gravidez (TABELA 3).

Em relação ao diagnóstico da gravidez, notou-se que 100 (84%) mulheres realizaram algum tipo de procedimento para confirmar a gestação (TABELA 3). Sobre a execução de testes confirmatórios, o BHCG foi o teste predominante (54%), 25 (25%) realizaram teste de farmácia e somente quatro (4%) mulheres responderam ter realizado teste rápido, nas Unidades Básicas de Saúde. Já o exame de imagem de ultrassonografia foi realizado por 17 (17%) entrevistadas.

Tabela 3- Distribuição de mulheres internadas, por aborto, segundo história obstétrica em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017

(Continua)

Variável	n=119	%
Gestação Anterior		
Nenhuma	32	27,0
Uma ou mais gestações	87	73,0
Número de abortos		
Nenhum	83	69,7
Um ou mais abortos	36	30,3
Nº de filhos vivos		
> 2 filhos	17	14,3
≤ 2 filhos	102	85,7
Idade Gestacional*		
Até 12 semanas	85	78,0
Mais de 12 semanas	24	22,0
Diagnóstico da gravidez		
Teste ou Ultrassonografia	100	84
Não realizou teste	19	16
Gravidez planejada		
Não	76	64,0
Sim	43	36,0
Gravidez desejada		
Não	26	21,8

Sim	93	78,2
-----	----	------

*n=109, pois 10 mulheres desconheciam a DUM.

Fonte: elaborado pela autora.

Bloco 3: Variáveis de atenção à saúde e práticas contraceptivas

Observou-se que 59 (49,6%) mulheres responderam já ter ouvido informações sobre planejamento familiar, porém, somente 22 (18,5%) informaram ter participado de alguma reunião sobre planejamento familiar. Verificou-se que 93 (78,2%) entrevistadas faziam uso prévio de método anticoncepcional (MAC); os métodos mais citados foram anticoncepção oral (44%) e injetável (19%) (TABELA 4).

Os resultados apontaram que 72 (60,5%) mulheres declararam não receber indicação do uso de método anticoncepcional, pelo profissional de saúde. Ainda, a maior parte das mulheres, 71 (72%), declarou comprar nas farmácias comerciais, o método utilizado (TABELA 4).

Tabela 4- Distribuição de mulheres internadas, por aborto, segundo atenção em saúde à contracepção e prática contraceptiva em hospitais de referência.

Fortaleza, Ceará, 2017			(Continua)
Variável	n=119	%	
Informação sobre Planejamento Familiar			
Não	60	50,4	
Sim	59	49,6	
Participação de reunião de Planejamento Familiar			
Não	97	81,5	
Sim	22	18,5	
Uso de MAC prévio			
Não	26	21,8	
Sim	93	78,2	
Tipo de MAC			
ACO	52	44	
Coito Interrompido	2	2	
DIU	1	1	
Injetável	23	19	
Preservativo masculino	16	13	
Não utiliza	25	21	
Profissional de saúde indicou uso do MAC			

(Conclusão)

Não	72	60,5
Sim	47	39,5
Acesso ao MAC		
Compra na Farmácia	71	72
Posto de Saúde	23	28

ACO: Anticoncepcional Oral; MAC: Método Anticoncepcional.

Fonte: elaborado pela autora.

Bloco 4: Variáveis relacionadas à interrupção da gestação

As variáveis constituintes neste bloco estão relacionadas à interrupção da gestação, componente fundamental desta pesquisa, para que, com amparo nos dos questionamentos feitos, as mulheres relatassem a indução ou não do aborto.

Observou-se que 97 (81,5%) participantes conheciam meios que induzissem à finalização da gravidez. A maioria das mulheres, 82 (69%), conhecia outras que já haviam realizado práticas abortivas, em algum momento de suas vidas. Quanto ao pensamento em provocar o aborto, as 46 (38,7%) entrevistadas relataram que cogitaram na interrupção da gestação, no entanto, somente 20 destas declaram prosseguimento para provocar o abortamento (TABELA 5).

Tabela 5- Distribuição de mulheres internadas, por aborto, segundo variáveis interrupção da gravidez em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017

Variável	n=119	%
Conhecimento sobre Métodos Abortivos		
Sim	97	81,5
Não	22	18,5
Conhece mulheres que provocaram aborto		
Sim	82	69,0
Não	37	31,0
Pensou em abortar		
Sim	46	38,7
Não	73	61,3
Utilizou método abortivo		
Sim	20	16,8
Não	99	83,2

Fonte: elaborado pela autora.

A tabela 6 contém informações exclusivamente sobre as mulheres que provocaram o aborto. Nota-se que dez (50%) utilizaram misoprostol (Citotec®) como procedimento abortivo. Utilizou-se a categoria “Preparo caseiros” quando as mulheres se referiram ao uso de “garrafada” ou chás de ervas. A maioria (70%) declarou que a falta de condição financeira foi a principal circunstância que ocasionou práticas inseguras de abortamento.

Tabela 6- Distribuição de mulheres, segundo métodos utilizados e razões para interrupção da gestação. Fortaleza, Ceará, 2017

Variável	n=20	%
Método abortivo adotado		
Misoprostol	10	50,0
Preparos caseiros	8	40,0
Outras medicações	2	10,0
Motivo para provocar aborto		
Falta de condições Financeiras	14	70,0
Outros motivos	6	30,0

Fonte: elaborado pela autora.

Bloco 5: Variáveis clínicas e de assistência ao abortamento

Sobre as condições clínicas, 113 (95%) mulheres referiram algum sinal e/ou sintoma que as impulsionaram para busca de atendimento clínico. Em relação àquelas que não relataram sinais ou sintomas, isto ocorreu em virtude da revelação diagnóstica de aborto retido (TABELA 7).

As respostas dadas pelas participantes indicaram o hospital (87,4%) como primeiro local de busca para atendimento clínico. Percebeu-se que 56 mulheres (47%) não tiveram admissão hospitalar à primeira instituição pretendida, sendo que 12 (21,5%) destas chegaram a percorrer até dois ou mais hospitais, na busca da finalização do aborto (TABELA 7).

Em relação ao intervalo de tempo, entre a apresentação dos sinais e/ou sintomas e à procura de atendimento hospitalar, verificou-se que 103 (86,6%)

mulheres buscaram o serviço após um dia. O mínimo de tempo foi de seis horas e o máximo foi de 21 dias, com média variando de $4,5 \pm 3,63$ dias (TABELA 7).

No que se refere à assistência às mulheres em situação de abortamento na instituição hospitalar, 79 (66,4%) relataram que o tempo decorrido entre a chegada ao hospital o atendimento médico, não chegou a uma hora. O período variou de dez minutos até oito horas de espera para assistência médica, com média variando de $57 \pm 67,74$ minutos (TABELA 7).

Tabela 7- Distribuição de mulheres internadas, por aborto, segundo características clínicas e de assistência ao abortamento em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017

Variável	n=119	%
Sinais e sintomas		
Sangramento/Dor Abdominal	66	55,4
Sangramento	34	29,0
Dores Abdominais	10	8,0
Sangramento/Dores Abdominais/febre	3	2,5
Não Apresentou Sintomas	6	5,0
Local que buscou o primeiro atendimento		
Hospital	104	87,4
Outras unidades de saúde	15	12,6
Internação no primeiro hospital que buscou atendimento		
Não	56	47
Sim	63	53
Número de hospitais percorridos		
1hospital	44	78,5
≥ 2 hospitais	12	21,5
Tempo de busca para atendimento		
Até 1 dia	16	13,4
Mais de 1 dia	103	86,6
Tempo de espera para atendimento médico		
Menos de 60 minutos	79	66,4
60 minutos ou mais	40	33,6

Fonte: elaborado pela autora.

Blocos 6: Variáveis relacionadas a custos e assistência à internação por abortamento

As variáveis relacionadas à assistência prestada às mulheres internadas por abortamentos abrangem os exames laboratoriais e diagnósticos, procedimentos realizados e o custeio das internações.

O exame diagnóstico da gravidez o B-HCG foi ofertado a 15 mulheres. Sobre os exames laboratoriais, o hemograma foi o exame mais realizado, contudo, somente 74 (62,2%) mulheres tiveram acesso. Enquanto isso, no coagulograma, apenas 18 (15%) mulheres fizeram e 11 (10%) realizaram o exame de urina do tipo I. Com relação ao exame de imagem, a ultrassonografia foi realizada em somente 40 (33,6%) (TABELA 8).

Houve sete diagnósticos clínicos de aborto infectado, o que correspondeu ao tratamento de antibioticoterapia. Também, foi necessário realizar transfusão sanguínea em razão de três casos de hemorragia grave (TABELA 8).

Notou-se a predominância de 117 (98,3%) mulheres que se submeteram ao procedimento de esvaziamento uterino por curetagem para finalização do aborto (TABELA 8).

Quanto ao intervalo decorrido entre admissão da mulher à sala de parto e a realização do procedimento cirúrgico para esvaziamento uterino, percebeu-se proporção de 71,4% (85) no período de até 12 horas, variando de uma a 34 horas, com média oscilando de $11,07 \pm 8,18$ horas (TABELA 8).

Tabela 8- Distribuição de mulheres internadas, por aborto, segundo assistência hospitalar em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017

Variável	n=119	%
B-HCG		
Não	104	87,0
Sim	15	13,0
Hemograma		
Não	45	37,8
Sim	74	62,2
Urina tipo I		
Não	107	90,0
Sim	11	10,0

(Continua)

Coagulograma		
Não	101	85,0
Sim	18	15,0
Ultrassonografia		
Não	79	66,4
Sim	40	33,6
Antibióticoterapia		
Não	112	94,0
Sim	7	6,0
Transfusão Sanguínea		
Não	116	97,0
Sim	3	3,0
Técnica de esvaziamento uterino		
AMIU	2	1,7
Curetagem	117	98,3
Tempo decorrido entre a internação e esvaziamento uterino		
Até 12 horas	85	71,4
Mais de 12 horas	34	28,6

Fonte: elaborado pela autora.

No que se refere aos custos, os resultados apontaram prevalência de 80 (67,2%) mulheres que permaneceram por um dia internada. O período máximo foi de sete, com média variando de $1,58 \pm 1,13$ dia de hospitalização (TABELA 9).

A maior parte (90%) dos internamentos por aborto foi paga com valor de até R\$ 180,62. Sobre o valor pago, verificou-se média variando de R\$ 184,89 $\pm$ 17,00, com custo mínimo de R\$179,62 e máximo de R\$315,86 (TABELA 9).

Tabela 9- Distribuição de mulheres internadas, por aborto, segundo dias de internação e valor pago em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017.

Variável	n=119	%
Dias de internação		
2 dias ou mais	39	32,8
1 dia	80	67,2
Valor pago (R\$)		
Até 180,62	107	90,0
Mais de 180,62	12	10,0

Fonte: elaborado pela autora.

Em continuidade, analisou-se a associação do desfecho dos tipos de aborto: provocado e espontâneo, com as variáveis explicativas: sociodemográficas, reprodutivas, contraceptivas, clínicas, assistências e custo. Vale destacar o fato de que 20 (16,8%) mulheres declaram provocar o aborto e 99 (83,2%) não relataram autoindução do abortamento.

As variáveis sociodemográficas que denotaram significância estatística foram renda familiar de até um salário-mínimo ($p=0,019$) e não possui companheiro ($p=0,001$) (TABELA 10).

Tabela 10- Associação não ajustada entre o tipo de aborto com as variáveis sociodemográficas, em hospitais de referências. Fortaleza, Ceará, 2017.

Variável	Provocado		Espontâneo		RP	IC 95%	p	
	n=20	%	n=99	%				
Idade								
≤ 29 anos	14	18,0	64	82,0	1,23	0,51	2,95	0,649
> 29 anos	6	14,6	35	85,4	1,00			
Cor/raça								
Não Branca	18	19,4	75	80,6	2,65	0,62	10,15	0,195
Branca	2	7,7	24	92,3	1,00			
Escolaridade								
Ensino Fundamental ou menos	10	26,3	28	73,7	2,13	0,97	4,68	0,060
Ensino médio ou mais	10	12,3	71	87,7	1,00			
Renda Familiar								
Até 1 salário	16	25,0	48	75,0	3,44	1,22	9,67	0,019
Acima de 1 salário	4	7,3	51	92,7	1,00			
Possui companheiro								
Não	11	64,7	6	35,3	7,33	3,58	15,00	<0,001
Sim	9	8,8	93	91,2	1,00			

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson; *: Variável selecionada por apresentar $p<0,20$.

Fonte: elaborado pela autora.

A análise bivariada revelou as seguintes variáveis independentes da história obstétrica que obtiveram associação estatisticamente significativa: número de filhos vivos maior do que dois ($p=0,003$), gravidez não planejada ($p=0,018$) e não desejo da gravidez ($p<0,001$) (TABELA 11).

Mulheres que não planejaram gestação expressaram aproximadamente dez vezes mais chances de realizarem práticas inseguras para interrupção da gravidez. O não desejo de engravidar também revelou o aumento de chances da ocorrência do aborto provocado (RP=67,97; IC 95%: 9,54-484,08) (TABELA 11).

Tabela 11- Associação não ajustada entre o tipo de aborto com as variáveis história obstétrica, em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017 (Continua)

Variável	Provocado		Espontâneo		RP	IC 95%		P
	n=20	%	n=99	%				
Gestação Anterior								
Nenhuma	4	12,5	28	87,5	0,68	0,25	1,88	0,457
Uma ou mais gestações	16	18,4	71	81,6	1,00			
Número de abortos								
Nenhum	12	14,5	71	85,5	0,65	0,29	1,45	0,295
Um ou mais abortos	8	22,2	28	77,8	1,00			
Nº de filhos vivos								
> 2 filhos	7	41,2	10	58,8	3,23	1,51	6,92	0,003
≤ 2 filhos	13	12,7	89	87,3	1,00			
Idade Gestacional*								
Até 12 semanas	14	16,5	71	83,5	1,32	0,41	4,21	0,642
Mais de 12 semanas	3	12,5	21	87,5	1,00			
Gravidez planejada								
Não	19	25,0	57	75,0	10,75	1,49	77,53	0,018
Sim	1	2,3	42	97,7	1,00			
Gravidez desejada								
Não	19	73,1	7	26,9	67,96	9,54	484,08	<0,001

aborto								
Sim	19	23,2	63	76,8	8,57	1,19	61,66	0,033
Não	1	2,7	36	97,3	1,00			

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: elaborado pela autora.

Verificou-se significância estatística na variável tempo de busca para atendimento ($p < 0,001$) e tempo de espera para atendimento médico ($p = 0,035$). O resultado mostrou que mulheres com aborto provocado podem exprimir aproximadamente quatro vezes chances de ter atendimento médico em menos de uma hora em relação às que relataram aborto espontâneo (TABELA 13).

Tabela 13- Associação não ajustada entre o tipo de aborto com as variáveis assistenciais e de custos da internação por abortamento, em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017

(Continua)

Variável	Provocado		Espontâneo		RP	IC 95%		P
	n=20	%	n=99	%				
Tempo de busca para atendimento								
Até 1 dia	8	50,0	8	50,0	4,29	2,08	8,84	<0,001
Mais de 1 dia	12	11,7	91	88,3	1,00			
Tempo de espera para atendimento médico								
Menos de 60 minutos	18	22,8	61	77,2	4,56	1,11	18,67	0,035
60 minutos ou mais	2	5,0	38	95,0	1,00			
Tempo decorrido entre a internação e esvaziamento uterino								
Até 12 horas	14	16,5	71	83,5	0,93	0,39	2,23	0,876
Mais de 12 horas	6	17,6	28	82,4	1,00			

(Conclusão)

Dias de internação								
2 dias ou mais	8	20,5	31	79,5	1,37	0,61	3,07	0,448
1 dia	12	15,0	68	85,0	1,00			
Valor pago								
Mais de 180,62	4	33,3	8	66,7	1,00	0,18	01,12	0,087
Até 180,62	16	15,0	91	85,0	0,45			

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; p: nível de significância do teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: elaborado pela autora.

Posteriormente, realizou-se ajustamento das variáveis explicativas que tiveram $p < 0,20$: cor/raça ($p = 0,195$), escolaridade ($p = 0,060$), renda familiar ($p = 0,019$), possui companheiro ($p < 0,001$), número de filhos vivos ($p = 0,003$), tempo decorrido para atendimento médico ($p = 0,035$), tempo de busca para atendimento ($p < 0,001$) e valor pago ($p = 0,087$) com o desfecho (tipo de aborto).

Vale ressaltar o fato de que na análise bivariada, apesar das variáveis não gravidez planejada ($p = 0,018$), não desejo da gravidez ($p < 0,001$) e conhece mulheres que provocaram o aborto ($p = 0,033$) terem apontado significância estatística com o desfecho, não foi possível considerá-las no modelo ajustado, em decorrência do baixo número de mulheres na categoria gravidez planejada, gravidez desejada e conhece mulheres com aborto induzido, bem como, foram expressas com elevados intervalos de confiança.

Na regressão de Poisson ajustada, foram significativas somente as variáveis: renda familiar ($p = 0,020$), possui companheiro ($p < 0,001$) e tempo de busca para atendimento ($p < 0,001$) (TABELA 14).

No modelo final da Razão de Prevalência, verificou-se que mulheres pobres e sem companheiro têm maior chance de buscar autoindução do aborto. Aponta ainda que aquelas que provocam abortamento buscam os serviços de saúde mais rapidamente (TABELA 14).

Tabela 14- Modelo final ajustado entre o tipo de aborto com os fatores, em hospitais de referência. Fortaleza, Ceará, 2017

Variável	RP	IC 95%		P
Renda Familiar				
Até 1 salário	3,01	1,19	7,66	0,020
Acima de 1 salário	1,00			
Possui companheiro				
Não	4,95	2,30	10,64	<0,001
Sim	1,00			
Tempo de busca para atendimento				
Até 1 dia	3,85	1,84	8,04	<0,001
Mais de 1 dia	1,00			

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; p: nível de significância do teste qui-quadrado de Wald.

Fonte: elaborado pela autora.

6 DISCUSSÕES

O aborto é um aspecto relevante para se discutir no campo da Saúde Coletiva, em virtude das repercussões à saúde da mulher. Os resultados encontrados na literatura nacional e internacional apontam sua gravidade na saúde pública, pois representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna. Além do mais, as complicações abortivas, sobretudo os abortamentos provocados, ensejam consequências físicas e psicológicas à mulher, bem como, encargos financeiros aos serviços de saúde.

Sua ilegalidade no Brasil promove dificuldades na realização de pesquisas sobre a indução do aborto em condições inseguras. As investigações acerca do tema necessitam de cuidados metodológicos, para não ocasionarem qualquer tipo de dano ou transtorno a estas mulheres que interromperam a gravidez de maneira ilícita.

Durante a formulação deste trabalho, observou-se a concentração de estudos com característica descritiva e qualitativos. Destaca-se o fato de que, para estimar o número de abortos induzidos, diversos autores utilizaram dados secundários, por via das internações por abortamento do SIH/SUS, e aplicação do método indireto do Instituto Alan Guttmacher (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994).

Outro empecilho na produção de pesquisas é a omissão do aborto provocado durante internação hospitalar, visto que a maioria das mulheres oculta sua condição pelo medo de serem julgadas, maltratadas e denunciadas. Perante tal contexto, os investigadores empregam os critérios de classificação do tipo de aborto: certamente, provavelmente e possivelmente induzido da OMS (1996) (RAMOS *et al.*, 2010; CHAVES *et al.*, 2012).

Outra situação é o desconhecimento do real número de abortos ocorridos, pois não existe um sistema de informações. O SIH/SUS indica somente os internamentos das instituições hospitalares conveniadas aos SUS. As publicações sobre internações por abortamento são predominantes em hospitais públicos, assim como este estudo. Pesquisas sobre admissões de mulheres a estabelecimentos privados são escassas.

Apesar das contrariedades nas investigações quanto ao tema, este estudo se propõe desvelar as condições do aborto provocado, sem o uso de metodologia

indireta. A classificação do tipo de aborto ocorreu mediante a declaração da mulher de provocar ou não abortamento, por meio de entrevista.

A seguir serão discutidos os resultados encontrados e sua correspondência com os fatores relacionados a internação por abortamento, principalmente aos abortos provocados.

6.1 BLOCO 1: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Idade da mulher

No Brasil, segundo a lei nº 12.852, de cinco de agosto de 2013, que instituiu o termo juventude, consideram-se jovens as pessoas na faixa etária de 15 a 29 anos (BRASIL, 2013a). Em tal contexto, o estudo analisou a idade das mulheres internadas com situação de aborto, em menor ou maior do que 29 anos. Vale ressaltar, que a pesquisa abordou somente com idade acima de 18 anos.

Os dados apontaram que a maioria das mulheres esteve na faixa etária de 18 a 29 anos em ambos os tipos de aborto. Foi observada maior proporção (66%) de jovens, abaixo de 30 anos, que induziram à prática do aborto. O resultado se assemelhou às investigações de outros autores (BORSARI *et al.*, 2013; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

A idade da mulher e sua relação com o tipo de aborto não denotou associação estatística ($p=0,649$).

Raça

Notou-se que a maior parte das internadas por abortamento, se declarou não branca; no entanto, a maioria (90%) das mulheres que relatou autoinduzir o abortos e declarou como pardas ou negras. Outras pesquisas também mostraram elevado percentual de mulheres afrodescendentes que buscaram práticas inseguras para interromper a gravidez (FUSCO; SILVA; ANDREONI, 2012; FUSCO, 2013; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; MADEIRO; RUFINO, 2017). Vale destacar o fato de que estudo realizado no plano nacional evidenciou que mulheres não brancas exprimem maior risco para ocorrência de indução de abortos (OR: 1,11; IC: 0,45-2,72) (CAMARGO *et al.*, 2011).

Além disso, existem diferenças na mortalidade materna por motivos de aborto, no que se refere a raça/cor. Mulheres não brancas expressão maior chance de *near miss* e morte materna (RP: 1.24; IC 95%:0.59–2.59), quando comparadas às mulheres brancas (SANTANA *et al.*, 2012); como também, podem representar até 70% dos casos da mortalidade no período gravídico e puerperal (MARTINS *et al.*, 2017).

Escolaridade

Sobre a escolaridade, houve diferenças entre os tipos de aborto. As internações por aborto espontâneo tiveram maior proporção de mulheres que responderam ter ensino médio ou mais. Já em relação àquelas que declararam provocar o abortamento, metade correspondeu ao ensino fundamental ou menos. Destaca-se que somente uma internada por aborto provocado mencionou ter ensino superior, portanto, a maioria das mulheres em situação abortiva não segura possuía 12 anos de estudo ou menos. Distintos estudos também evidenciaram maior proporção de mulheres que provocaram abortamento com a escolaridade até 12 anos de estudo, o que corresponde ao ensino médio no Brasil (CAMARGO *et al.*, 2011; FUSCO, 2013; SOUZA *et al.*, 2014; VALLELY *et al.*, 2014; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; MADEIRO; RUFINO, 2017).

Os resultados não evidenciaram associação significativa da escolaridade com o tipo de aborto ($p=0,060$). Mulheres de menos estudo, no entanto expressaram maior predisposição (OR= 1,5; IC 95% = 1,1-2,4) a induzirem abortos de modo não seguro e são mais frequente no internamento hospitalar para tratamento das complicações abortivas (DIAS *et al.*, 2015; ARAMBEPOLA *et al.*, 2016).

Renda familiar

No que se refere à condição econômica, os dados mostraram a renda familiar de até um salário-mínimo como predominante (80%) nas mulheres que declaram interromper a gestação de modo inseguro, assim como em outros estudos (CAMARGO *et al.*, 2011; FUSCO, SILVA. ANDREONI, 2012; FUSCO, 2013; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Ressalta-se que uma proporção significativa destas relatou sua dependência financeira do companheiro ou de entes familiares.

A análise de regressão logística evidenciou a renda como uns dos preditores para ocorrência de aborto provocado não seguro. Outros autores apontaram que

mulheres de baixa renda ou sem renda própria possuem associação significativa ($p < 0,05$) ao desfecho aborto provocado (SANTOS; ADREONI; SILVA, 2012; SILVA; ANDREONI, 2012; BORSARI *et al.*, 2013; VALLELY *et al.*, 2014).

Chae e colaboradores (2017) observaram que seis dos 13 países analisados em sua pesquisa tinham a preocupação socioeconômica, como destaque, entre as principais razões para a mulher interromper a gravidez.

Sublinha-se a noção de que mulheres com inferioridade social e econômica, para alcançar a finalização da gravidez não desejada, recorrem à autoindução do aborto com uso de métodos inseguros e prejudiciais à saúde. Em consequência, muitas buscam instituições públicas para tratamento das complicações abortivas e concluir abortamento (HEILBORN *et al.*, 2012; DINIZ; OLIVEIRA; LANSKY, 2012; COAST; SUSAN; MURRAY, 2016).

Mulheres que mostram maior vantagem social e conforto financeiro podem pagar por procedimentos mais seguros. Além disso, passam por curtos e lineares itinerários abortivos, uma vez que a interrupção da gestação indesejada é realizada em clínicas privadas (HEILBORN *et al.*, 2012; DINIZ; MEDEIROS, 2012; SILVEIRA; MACCLLUM; MENEZES, 2016).

Existem, no entanto, insuficientes publicações no Brasil, sobre abortos e clínicas particulares. Pesquisa feita em duas capitais nordestinas apontou situações em que a indução do aborto em instituições particulares não tem garantido a atenção humanizada ao aborto, segundo as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), bem como o não uso de técnicas seguras (SILVEIRA; MACCLLUM; MENEZES, 2016).

Percebeu-se a influência dos fatores socioeconômicos como determinantes às condições de saúde da mulher, no que se refere à situação de aborto. Pensa-se também, que os aspectos demográficos, sociais e econômicos que se encontram na descrição das mulheres internadas por abortamento estão relacionados ao local da pesquisa, uma vez que são características da população que busca os serviços públicos de saúde.

Possui companheiro e vivem juntos

Em continuidade, mulheres declarantes de aborto provocado se somaram mais da metade (55%) como solteiras. Busca efetuada no Estado do Piauí,

entretanto mostrou que 85,9% das mulheres internadas por provocarem abortamento eram solteiras (MADEIRO; RUFINO, 2017).

O modelo final da análise de regressão para Razão de Prevalência ajustada mostrou não possuir companheiro como forte associação ($p=0,001$) para autoindução do aborto. Os achados corroboram outras investigações, onde a mulher solteira apresentou associação significativa ao desfecho aborto provocado (SANTOS et al., 2014; VALLELY et al., 2014).

Estudo feito na Capital paulista, comparando mulheres casadas e solteiras que induziram o aborto, evidenciou que a mulher não ter cônjuge, ou não possuir companheiro com vinculação afetiva, demonstrou um risco quatro vezes maior (OR: 4,26; IC 95%: 1,39-13,04) para ocorrência de práticas abortivas inseguras (SILVA; ANDREONI, 2012).

Tal contexto reflete a ausência de vínculo do parceiro como fator importante na decisão da mulher de prosseguir ou não com a gravidez não planejada. Mulheres que demonstram relações instáveis, relacionamento sem matrimônios, mostram-se mais vulneráveis e inseguras para geração de filhos sem uma estrutura familiar. Além do mais, a ausência de parceiro dos custos e do apoio com a criação reduz o desejo da mulher de instituir família (CARVALHO; PAES, 2014; SANTOS; BRITO, 2014).

Os resultados mostraram que os aspectos socioeconômicos e o tipo de vínculo com o companheiro estão relacionados aos abortamentos provocados.

6.2 BLOCO 2: VARIÁVEIS HISTÓRIA OBSTÉTRICA

Gestações anteriores

Observou-se que a maioria das mulheres (73%) em ambos os tipos de abortamento não era de nulíparas. Aquelas que relataram, no entanto provocar aborto exibiram maior frequência (80%) no histórico de uma ou mais gravidezes, sendo que a metade delas, já teve três ou mais gravidezes. Os resultados mostraram-se divergentes de outros estudos, em que maioria dos abortos induzidos estava na primeira gestação, com variação de 57,7% a 78,3% dos casos (IKEAKO et al., 2014; MADEIRO; RUFINO, 2017).

Arambepola e colaboradores (2016) evidenciaram que mulheres primigestas têm duas vezes mais risco para ocorrência de aborto induzido (OR: 2,2; IC 95%: 1.2-4.2), o que indicava o desejo de adiar a geração de filhos.

Mencionada variável, contudo, não apresentou associação significativa em relação ao tipo de aborto ($p=0,457$). Apesar disso, há de se considerar o fato de que a quantidade de filhos não pretendidos, ou seja, a possibilidade de nova gestação, pode aumentar a chance de a mulher buscar práticas abortivas (SANTOS *et al.*, 2014).

Número de Abortos

Observou-se maior proporção de mulheres (83/119) com a primeira gravidez com o desfecho aborto. Pesquisa feita em uma maternidade pública nordestina demonstrou que a maioria das mulheres com perdas gestacionais recorrentes e gestantes de baixo risco era de primigestas na ocorrência do primeiro abortamento (COSTA, SANTOS, NETO; 2014).

Em todo o mundo, mulheres demonstram uma ou mais experiência de aborto em seu histórico obstétrico (BONNEN; TUIJJE; RASCH, 2014). Burla e colaboradores (2015) descrevem que em muitos casos podem ser ocasionados e recorrentes em razão de anormalidades anatômicas do útero, anomalias congênitas, problemas endócrinos e causas inexplicáveis.

No que se refere ao número de abortos em mulheres com aborto provocado, 12 (60%) não indicaram abortamentos anteriores. Pesquisa efetuada em Burkina Faso, na África, apontou que 97% (36/37) dos casos de abortos provocados possuíam abortamentos prévios (ILBOUDO; SOMDA; SUNDBY, 2014).

Sobre casos de reincidências de abortos induzidos, os autores Maina, Mutua e Sidze (2015) demonstraram que 16% das mulheres que buscam os serviços de saúde para finalização do aborto relataram repetição de aborto provocado.

Número de filhos vivos

Os resultados indicaram que possuir mais de dois filhos, apontou maior percentual (35%) entre o grupo das internadas por aborto provocado do que o grupo das internações por abortamento espontâneo (10%). Santos, Fusco e Silva (2016) verificaram que mulheres que tem mais de dois filhos vivos existiam quatro vezes risco para desfecho de aborto induzido (OR: 4,0; IC 95%: 1.758-9.15).

Outros autores também abordaram que o número de nascidos é uma condição importante para ocorrência de abortamentos provocados, que quanto maior o número de filhos não planejados há maiores riscos de as mulheres recorrerem às práticas abortivas para interrupção a gestação (FUSCO, SILVA, ANDREONI, 2012; SANTOS *et al.*, 2014).

Em relação às mulheres deste estudo, na análise binária, contando com mais de dois filhos vivos, houve associação significativa ($p=0,003$) entre tipo de aborto, como também, três vezes chances de provocar o aborto ($RP= 3,28$; IC 95%: 1,51-6,92), ratificando-se com outras pesquisas.

Além do mais, estudo recente com mulheres internadas em situação de aborto provocado mostrou que parte delas declarou que possuir filhos era uma circunstância significativa para não dar prosseguimento à gestação (MADEIRO; RUFINO, 2017).

Neste contexto, traz reflexão da prática do aborto como método contraceptivo. Em razão da ilegalidade, no País, mulheres se submetem a métodos inseguros, correndo sérios riscos de morbidade e de até mortalidade, para controle de natalidade.

Idade gestacional

Sobre a duração da gravidez, a idade gestacional menor do que 12 semanas foi a mais prevalente (78%) nas internações por abortamento. O resultado mostrado expressa alta proporção quando comparado a outras pesquisas (DOMINGOS *et al.*, 2011; BRITO *et al.*, 2013; KALILANI-PHIRI *et al.*, 2015).

Ao analisar as mulheres que realizaram práticas inseguras de aborto, o percentual foi de 70%. Pesquisas apontam que as porcentagens podem chegar a mais de 80% (BANERJEE; ANDERSEN; WARVADEKAR, 2012; MAINA; MUTUA; SIDZE, 2015; MADEIRO; RUFINO, 2017).

O estudo não mostrou significância estatística da idade gestacional ($p=0,642$) para desfecho tipo de aborto; no entanto, pesquisa feita em Madhya Pradesh, Índia, apontou associação para duração da gestação ($p< 0,01$), como também que a idade média da gravidez foi menor nos abortos induzidos com 7,9 semanas, quando comparados com abortos espontâneos, com 10,8 semanas gestacionais (BANERJEE; ANDERSEN; WARVADEKAR, 2012).

Diagnóstico da gestação

No que se refere ao diagnóstico da gestação, os resultados apontaram que grande parte (84%) das mulheres internadas por aborto utilizou algum tipo de recurso para comprovação da gravidez. Vale destacar, que das 100 mulheres que realizaram testes para confirmação da gravidez, a maioria (96%) declarou sua realização com recursos próprios; somente quatro (4%) destas realizaram Teste Rápido de Gravidez (TRG) na Unidade Básica de Saúde.

Tal situação reflete fragilidade em um dos componentes de pré-natal da Rede Cegonha, que é a oferta do TRG para detecção precoce da gestação. A realização do teste viabiliza a identificação de circunstâncias admissíveis para uso de contracepção de emergência, como nos casos de violência sexual e relações sexuais desprotegidas, ocorridas em menos de cinco dias. Além disso, possibilita o acolhimento e assistência às mulheres com gravidez não planejada e indesejada (BRASIL, 2013b).

O Ministério da Saúde publicou no Diário Oficial a Portaria GM/MS nº 323/GM/2016 que autoriza transferir recursos relacionados aos Testes Rápidos de Gravidez (BRASIL, 2016), o que reforça sua implantação e oferta, no entanto, a pesquisa apontou o não acesso das mulheres a esse insumo. Com efeito, é reconhecida a necessidade de mudanças sobre a ordenação da rede de atenção e cuidados à mulher e às gestantes.

Sobre as mulheres que declaram aborto provocado, todas realizaram teste para comprovação da gravidez, sendo que sete (35%) fizeram o BHCG e 13 (65%) teste de farmácia. Pesquisa recente com mulheres internadas por abortamentos provocados revelou que somente 73,1% delas haviam confirmado a gestação por meio dos mesmos testes (MADEIRO; RUFINO, 2017).

Gravidez planejada e gravidez desejada

Conforme Prietsch e colaboradores (2011), a gravidez não planejada está relacionada a uma gestação não projetada pela mulher ou não programada em conjunto pelo casal. Entrementes, a indesejada é referida quando a gestação se opõe às expectativas e desejos da mulher, como dos cônjuges.

O estudo constatou associação significativa da gravidez não planejada ($p=0,018$) e indesejada ($p<0,001$) para a eventualidade do aborto provocado, o que

vem a ratificar os dados de outras investigações (ILBOULDO; SOMDA; SUNDBY, 2014; VALLELY, *et al.*, 2014).

No Brasil, ambas as condições se mostram como um grave problema de saúde pública, uma vez que podem proporcionar consequências à saúde reprodutiva, materna e perinatal (PRIETSCH *et al.*, 2011; SANTOS; FUSCO; SILVA, 2016).

Pesquisa realizada nacionalmente apontou que 55,4% das mulheres pós-parto relataram gestação não intencional. Ao mesmo tempo, evidenciou que mulheres pardas (OR = 1,15, IC 95%: 1,04-1,27); sem emprego remunerado (OR = 1,15, IC 95%: 1,04-1,27); e com três ou mais gestações (OR = 2,01, IC 95%: 1,63-2,47), mostraram-se com maior risco para gravidez não pretendida (THEME-FILHA *et al.*, 2016). Os dados referidos se assemelham ao perfil da população pesquisada.

Segundo Sedgh, Singh, Hussain (2014) as consequências advindas da gravidez e dos nascimentos não planejados se diversificam de acordo com faixa etária, nível socioeconômico, escolaridade, quantidade de filhos vivos, como também o meio cultural em que a mulher está inserida.

Não obstante, há necessidade da compreensão de determinantes sociais e culturais envolvidos no contexto da gravidez não planejada, para que não avaliem somente os aspectos individuais. É importante integrar a percepção das subjetividades de cada mulher ao não desejo da gravidez, que se diversifica de acordo com sua personalidade, percurso precedente e estágio de vida (MILANEZ *et al.*, 2016; THEME-FILHA *et al.*, 2016).

A gestação não pretendida é responsável por conduzir às situações de abortamentos provocados e suas recorrências, o que causa riscos à saúde mulher, levando às situações mais agravantes de morbidade e à mortalidade, principalmente em países com leis restritivas ao abortamento (PRIETSCH *et al.*, 2011; SEDGH; SINGH; HUSSAIN, 2014; GERDTS *et al.*, 2016).

No Brasil, o custo estimado da gravidez não planejada pode chegar a R\$ 4,1 bilhões anuais e por uma gestação imprevista um valor médio de R\$ 2.293. Dessa maneira, observa-se o seu fardo nas despesas para o sistema social e saúde pública (LE *et al.*, 2014).

O entendimento da gravidez indesejada como problema de saúde pública promove mudanças importantes relacionadas ao abortamento induzido, uma vez que possibilita implantação de leis que visibilizem as mulheres, com gestação não

pretendida, como portadoras de direitos e que o Estado deve resguardá-las (LABANDERA; GORGOROSO; BRIOZZO, 2016).

Deste modo, os resultados mostram a necessidade de que haja discussões e análises sobre as repercussões da gravidez não pretendida e indesejada. Além do mais, indicam a elaboração e o redirecionamento de políticas e ações para melhoria da saúde reprodutiva e sexual da mulher, bem como investimentos que proporcionem benefícios à saúde contraceptiva.

6.3 BLOCO 3: VARIÁVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS

Informação sobre planejamento familiar e participação de reunião de planejamento familiar

Segundo Brasil (1996), o planejamento familiar consiste no conjunto de práticas de concepção e contracepção que garanta direitos iguais e liberdade para optar quando e quanto a ter ou não filhos. Representa, pois, um direito reprodutivo e sexual. Assim, devem-se considerar os contextos de vida de cada um e o direito das pessoas tomarem decisões de modo autônomo sobre a reprodução (BRASIL, 2010).

A respeito da atenção à saúde anticoncepcional, observou-se que a metade das mulheres, nas duas categorias de aborto, declarou o não conhecimento de informações relacionadas ao planejamento familiar e que uma minoria informou não ter participado de nenhuma reunião sobre o tema.

Ao analisar a relação da informação sobre planejamento familiar e participação de reunião de planejamento familiar com o tipo de aborto, não foi evidenciada significância estatística ($p=0,642$) e ($p=0,313$), respectivamente.

Quando foi questionado, durante a entrevista, sobre informações de planejamento familiar, identificou-se o pouco conhecimento acerca do tema por parte das participantes, a expressão “nunca ouvi falar” (sic) foi frequente nas respostas. Além disso, as falas demonstraram que as unidades básicas de saúde não realizam atividades específicas de planejamento familiar, pois mulheres que informaram participação de reunião sobre o assunto relataram que as reuniões estavam envolvidas em outras programações, como o preventivo e o pré-natal.

Destaca-se que, na atenção primária, as equipes da Estratégia Saúde da Família são responsáveis pela oferta das ações de planejamento familiar, os profissionais devem proporcionar o acesso às informações para que os sujeitos tomem decisões conscientes, com origem nos contextos de vida, e reconheçam a necessidade de planejamento reprodutivo. Cabe aos gestores garantir infraestrutura, recursos, insumos e apoio do desenvolvimento de atividade de promoção à saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2010).

Santos e colaboradores (2015), no entanto apontaram a não efetividade nas ações de aconselhamentos, atendimento clínico e atividades de educação e em saúde na atenção ao planejamento familiar, na atenção básica; como também, há situações em que profissionais não possuem preparo e/ou não têm compreensão do planejamento familiar como cuidado básico de saúde (BRASIL, 2010).

Uso de MAC prévio

Sobre o uso de contraceptivos, o estudo mostrou um percentual de 21,8% de participantes que não utilizavam algum método para prevenção da gravidez, apesar de o resultado encontrado ser inferior aos 22,7% e 74,2% relatados em outros estudos (SANTOS; ANDREON; SILVA, 2012; SANTOS, FUSCO; SILVA. 2016). Destaca-se a necessidade de melhoria no planejamento reprodutivo dos serviços de saúde, uma vez que houve alto percentual (64%) de mulheres com gestação não planejada, embora com uso precedente de métodos anticoncepcionais.

Ao analisar as mulheres que declaram práticas de indução ao abortamento, notou-se que 15 (70%) faziam uso prévio de contracepção. No decorrer da entrevista, porém, indicaram baixo conhecimento; inconstância na utilização, em virtude de efeitos adversos, e dúvidas na utilização do método de escolha, que resultou na não efetividade da contracepção.

O uso de MAC e sua relação com o tipo de aborto não expressou associação estatística ($p=0,649$). Estudo realizado em São Paulo, no entanto, expôs que a utilização de método anticoncepcional não eficaz ou de baixa eficácia pode denotar quatro vezes ($RP=4,18$; $IC\ 95\%= 1,80-9,71$) mais chances para autoindução do abortamento (SOUZA *et al.*, 2014).

Mulheres que possuem acesso aos contraceptivos, particularmente as usuárias do SUS, frequentemente não dispõem de oportunidades de escolha pelo método anticoncepcional que seja mais adequado e eficaz. Também existem falhas

nas orientações dos profissionais de saúde às usuárias, especialmente àquelas com nível educacional mais baixo, pois há uma relação direta entre o nível educacional e uso de contraceptivos. Consequentemente, tais fatores podem levar ao uso inadequado, irregular e até mesmo à não utilização de anticoncepcionais, o que proporciona uma gestação imprevista e não desejada (LAMINA, 2015; SANTOS; FUSCO; SILVA, 2016).

Tipo de MAC

No que se refere ao tipo de contraceptivo usado, a anticoncepção oral e injetável foi mais frequentes nas mulheres integrantes da pesquisa, assemelhando-se a outros estudos que indicaram a preferência por métodos hormonais (SANTOS; ANDREON; SILVA, 2012; SOUZA *et al.*, 2014; SANTOS; FUSCO; SILVA, 2016).

Nacionalmente, existe a prevalência do emprego de contraceptivos orais e injetáveis, haja visto o fato de pesquisa realizada nacionalmente sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos revelou que 32,7% de mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos declararam uso destes métodos (FARIAS *et al.*, 2016).

Nas participantes que referiram ter provocado aborto houve predominância de 55% (11) dos contraceptivos orais. Souza e colaboradores (2014) apontaram que mulheres com “uso atual de pílula ou DIU” expressaram associação estatisticamente significativa ($p=0,046$) e duas vezes mais chances ($RP= 2,70$; $IC\ 95\%=1,02 - 7,16$) de provocar o aborto. Vale ressaltar que as integrantes do estudo citado não informaram se estes métodos eram utilizados previa e adequadamente, no período em que as suas gestações foram interrompidas por autoindução do abortamento.

Os resultados encontrados podem corresponder aos fatores, identificados em outras pesquisas, como falhas do planejamento familiar nas ESF ao restringir assistência ao uso de anticoncepcionais orais, o que leva ao desconhecimento das mulheres e /ou do casal que não optam por outros métodos contraceptivos que atendam oportunamente suas necessidades. Há também situações em que as mulheres podem interromper ou usar incorretamente os contraceptivos orais, em razão dos efeitos adversos e condições de risco associadas ao seu uso (SANTOS *et al.*, 2015; SANTOS; FERREIRA; SILVA, 2015).

Deste modo, a predominância do uso de métodos de contracepção não significa um efetivo planejamento reprodutivo. O relatório sobre aborto e saúde

pública no Brasil apontou que mulheres que praticaram abortamento, predominantemente, faziam uso de método anticoncepcional. A referência da utilização de métodos contraceptivos reflete possíveis falhas e uso incorreto, o que por consequência ensejou gravidez não planejada e indesejada, e, assim, recorreram às práticas de indução do aborto (BARSIL, 2009).

Indicação do profissional de saúde ao uso do MAC

As mulheres que referiram o profissional de saúde na indicação do uso de método contraceptivo somaram-se como a minoria(39,5%). Muitas delas declararam que a indicação do uso do anticonceptivo correspondeu a uma prescrição feita anteriormente, em gestações passadas, ou seja, somente repetem a receita do método indicado, sem avaliação e acompanhamento para saber se o contraceptivo ainda atende suas reais necessidades.

A maioria (60,5%) recorre às amigas, familiares e por conta própria para indicação do método de anticoncepcional. O resultado encontrado foi similar a estudo feito com mulheres internadas por abortamento em São Paulo, onde 63,1% utilizaram contraceptivos sem orientação dos profissionais de saúde (BORGES *et al.*, 2014).

Tal situação pode estar relacionada ao fato de os anticoncepcionais orais serem facilmente adquiridos em farmácias, vendidos com valores baixos e sem prescrição médica, bem como acesso gratuito aos preservativos nas unidades básicas de saúde, sem necessidade de atendimento médico ou consulta com outro profissional de saúde (BORGES *et al.*, 2015).

Ao analisar-se a variável profissional de saúde se indicou uso do método anticonceptivo, notou-se a não associação estatística ($p=0,326$) deste fator com o tipo de aborto.

Acesso ao MAC

O principal acesso para aquisição do método contraceptivo (72%) pelas participantes foi sua compra em farmácias comerciais. Percentual encontrado foi superior a estudo realizado na Capital paulista, com proporção de 58%mulheres (BORGES *et al.*, 2014).

Pesquisa nacional mostrou que a aquisição de contraceptivos gratuitos ocorreu pela rede SUS e obtenção dos anticoncepcionais pagos foi em farmácias

privadas. Ao mesmo tempo, identificou o fato de que a maioria das brasileiras, de 15 a 49 anos, custeia com recurso próprio o método anticoncepcional de escolha (FARIAS *et al.*, 2016).

A situação é agravada pela falta de insumos anticoncepcionais para distribuição gratuita nas unidades básicas de saúde. Fiuza e colaboradores (2015) ao analisar no Município de Montes Claros, Minas Gerais, verificaram que 24 (47%) das equipes de ESF apresentaram indisponibilidade de alguns insumos contraceptivos, denotando qualidade intermediária na atenção à contracepção.

Outra situação crítica do não acesso ao contraceptivo de escolha é a possível exposição da mulher à segunda gravidez não planejada, até mesmo entre aquelas que participam de atividades do planejamento familiar (MOURA; GOMES, 2014).

No contexto expresso sobre a atenção à saúde contraceptiva, reflete-se a necessidade de reorganização dos serviços de saúde pública na dimensão estrutural e assistencial, bem como implantação de estratégias que garantam acompanhamento integral e acesso aos métodos contraceptivos pretendidos a todas as mulheres, principalmente àquelas que exprimem riscos de gravidez não pretendida.

Em continuidade à discussão sobre atenção a saúde contraceptiva, deve-se ressaltar que a coleta de dados no âmbito hospitalar, ensejou a que se vivenciasse o momento de pós-alta médica dessas mulheres. Pode-se observar a falta de orientações sobre planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos. Pesquisa realizada em três capitais brasileiras sobre a qualidade da atenção às mulheres internadas por abortamento nas instituições hospitalares do SUS também mostrou a ausência de orientações sobre planejamento familiar pós-aborto (AQUINO *et al.*, 2012).

Borges e colaboradores (2014) apontaram a importância da atenção e práticas de contracepção em ambiente hospitalar no pós-abortamento. Indicaram que as ações não devem restringir às orientações sobre a importância do planejamento reprodutivo e as formas de uso do contraceptivo de escolha, mas também a oferta de insumos, uma vez que há uma predisposição do uso do método prescrito no mês posterior ao aborto.

Notou-se que a maioria das mulheres estava desinformada sobre a disposição dos métodos anticoncepcionais, os efeitos adversos dos contraceptivos hormonais, o uso correto do método escolhido e, sobretudo, a importância da

assistência do profissional de saúde para indicar o contraceptivo que atenda suas particularidades. Tal contexto foi ratificado pelas seguintes situações encontradas: mais da metade das mulheres com gravidez não planejada, participantes com gestação anterior e aborto repetido em menos de três meses.

Em decorrência destes fatores, estas mulheres estão mais vulneráveis para segunda gravidez não planejada, vivenciar novamente outro aborto e outras morbidades maternas. Além disso, diante de uma nova gestação não pretendida e indesejada, podem utilizar novamente métodos inseguros para interrupção da gravidez.

6.4 BLOCO 4: VARIÁVEIS RELACIONADAS À INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

Conhece mulheres que provocaram aborto

Pode-se observar que a maioria das participantes (69%) conhecia mulheres que haviam realizado práticas para provocar o aborto. Verificou-se, na análise bivariada, que conhecer alguma mulher que já tenha praticado o aborto expressou associação significativa (0,0033), bem como pode ter oito vezes mais chances (RP=8,57; IC 95%:1,19; 61,66) de ter aborto provocado.

Pesquisa realizada no Sri-Lanka apontou que mulheres internadas, após evento de aborto induzido, relataram predisposição a confiar mais em outras pessoas que tinham experiência em abortos provocados. Observou-se, também, que, ao falar com mulheres que já haviam sofrido aborto provocado, houve associação significativa ($p < 0,05$) para tomada de decisão da gestação indesejada (ARAMBEPOLA; RAJAPAKSA, 2014).

As mulheres que querem interromper a gestação se aproximam como aquelas que já provocaram aborto, tornando-se suas principais fontes de informações de como realizar a indução do aborto, dos percursos para aquisição do método abortivo e outros encaminhamentos. O contexto da clandestinidade proporciona a formação de uma rede entre essas mulheres, que impulsiona o apoio mútuo e a troca de informações (DINIZ; MEDEIROS, 2012; OSUR *et al.*, 2015).

Pensou em abortar

No que se refere à mulher pensar no aborto, encontrou-se a proporção de 38,7% de entrevistadas que consideraram não continuar com a gestação. Estudo conduzido em São Paulo revelou que uma em cada três jovens, que teve mais de uma gravidez, relatou ter pensando em induzir o aborto, após descoberta da gestação (MARANHÃO; GOMES; BARROS, 2016).

Em virtude dessa situação, permite-se refletir que, ao cogitar na possibilidade de abortar, é uma circunstância comum tanto em mulheres que irão prosseguir ou não a gravidez não pretendida. Os autores Arambepola e Rajapaksa (2014) identificaram em seu estudo o fato de que 42,7% das mulheres pós-parto chegaram a pensar em interromper a gravidez, enquanto 12,3% das mulheres que induziram aborto cogitaram em dar seguimento à gestação.

Quando a gravidez passa a divergir a direção dos planos de vida da mulher, surgem as reflexões da possibilidade de induzir o aborto. Esse pensamento também é estimulado em virtude do desarranjo emocional que a mulher pode vivenciar perante a gestação não planejada, levando-a a cogitar na interrupção (ARILHA, 2012; MARANHÃO; GOMES; BARROS, 2016).

Conhecimento sobre Métodos Abortivos/Utilizou método abortivo/Método abortivo adotado

O estudo mostrou que a maioria (81,5%) das participantes conhecia métodos para provocar abortamento. O conhecimento advém dos meios de comunicação, membros familiares, vizinhos e amigos (ARAMBEPOLA; RAJAPAKSA, 2014).

Mulheres que recorrem às práticas abortivas exprimem algum conhecimento prévio, procedente do seu círculo social, como amigas, pessoas da família e a própria mãe (CARVALHO; PAES, 2014).

Ao decidir interromper a gravidez, a mulher denota divergentes pensamentos, que variam desde o alívio e os possíveis danos ocasionados com a indução do aborto. Em razão, entretanto, do desespero para finalizar a gravidez indesejada, a mulher se torna vulnerável às práticas inseguras do aborto, mesmo cientes do perigo exposto (SELL *et al.*, 2015; COAST; SUSAN; MURRAY, 2016).

Assim como em outras pesquisas, o misoprostol, adquirido clandestinamente, foi principal método utilizado pelas participantes para provocar o aborto (DINIZ;

MEDEIROS, 2012; CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; CARVALHO & PAES, 2014; MADEIRO & DINIZ, 2015; MADEIRO & RUFINO, 2017).

A difusão e o amplo uso do misoprostol como medicação abortiva mostrou-se como método seguro, ainda que utilizado clandestinamente, quando comparado aos procedimentos invasivos, como introdução de sondas e outros objetos por via vaginal. Apesar dos benefícios deste medicamento na diminuição da morbidade e mortalidade consequente do aborto, não proporcionou contudo, a eliminação de todos os riscos dos abortamentos induzidos em circunstâncias inseguras (PORTO; SOUSA, 2017).

Tal contexto foi observado nesta e em outras pesquisas, por mais que as mulheres tenham utilizado o misoprostol para interromper a gestação, necessitaram recorrer ao internamento hospitalar para finalização do aborto (CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; CARVALHO; PAES, 2014; MADEIRO; RUFINO, 2017).

Ressalta-se que, em decorrência da comercialização ilegal do misoprostol, não existe garantia da segurança e sua procedência, o que facilita a falsificação e a venda do medicamento sem o princípio ativo. Somando-se a isso, a mulher não é orientada corretamente sobre o número de doses e período de uso da medicação, pelas pessoas que lhe repassaram o remédio (DINIZ; MADEIRO, 2012; DINIZ; MEDEIROS; 2012).

Motivo para provocar aborto

A decisão da mulher de se submeter ao aborto é motivada pelas questões relacionadas ao contexto de vida de cada uma e aos variados fatores envolvidos, como as práticas contraceptivas da mulher, o vínculo com parceiro e oportunidade de acesso para interromper a gestação (HEILBORN et al., 2012; SANTOS; BRITO, 2014).

Há múltiplas razões para realizar o aborto e, entre as principais, estão condições financeiras, recusa da gestação em si, falta de apoio dos componentes familiares e/ou do parceiro, uso como método contraceptivo, seguir com estudos e carreira (SELL et al., 2015; ANDREA; BINEY; ATIGLO, 2016).

A falta de condições financeiras prevaleceu em 70% (14) dos relatos. Tal situação foi ratificada em outros estudos, que indicaram a dificuldade econômica como principal motivo de a mulher aplicar práticas abortivas (ARAMBEPOLA; RAJAPAKSA, 2014; SANTOS; BRITO, 2014; ANDREA; BINEY; ATIGLO, 2016)

Pesquisa recente, sobre as razões pelas quais as mulheres provocam aborto em 14 países, identificou que, na maioria destes, um dos motivos mais referidos foi a condição socioeconômica. O estudo apontou que a situação financeira influencia na tomada de decisão da mulher de prosseguir ou não com a gestação. Quando não possui recurso financeiro para cuidar de uma criança, ou o filho pode interferir em seus planos futuros, buscam práticas para provocar o abortamento (CHAE *et al.*, 2017a).

Outro ponto a se destacar sobre a situação das mulheres que provocam o abortamento é que, além das consequências físicas advindas das práticas inseguras para interromper a gravidez, a mulher também experimenta o sofrimento emocional, pois o percurso da indução do aborto é vivenciado de maneira solitária e criminosa no Brasil (CARNEIRO; IRIART; MENEZES; 2013).

No que se refere às emoções vivenciadas por estas mulheres, observam-se sentimentos ambíguos, que vão desde culpa e tristeza, pela ideia de ter causado a morte de uma criança, fato considerado pela sociedade como um crime; ao sentimento de alívio por ter finalizado uma gravidez não desejada. Quando a mulher tem a compreensão de que está exercendo o seu direito reprodutivo e de escolhas com o próprio corpo, não denota arrependimentos com a autoindução do aborto (CARVALHO; PAES, 2014).

Em face do contexto ora expresso, observa-se que a ilegalidade não impede as mulheres de utilizarem métodos abortivos para finalizar uma gravidez indesejada. Percebe-se que a criminalização impulsiona a clandestinidade, consequentemente, reforça as práticas abortivas em situações inseguras e os agravos à saúde da mulher.

6.5 BLOCO 5: VARIÁVEIS CLÍNICAS E DE ASSISTÊNCIA AO ABORTAMENTO

Sinais e sintomas

Sobre as condições clínicas, destacam-se os internamentos por aborto provocado, pois a maior parte (70%) das mulheres que relataram este tipo de aborto, expressam os sinais e sintomas de sangramento e dor abdominal. O percentual encontrado foi superior a 46% e 58% nas internações por abortamento induzidos

com as mesmas queixas em outros estudos (IKEKO *et al.*, 2014; VALLELY *et al.*, 2014).

Dentre as principais complicações dos abortos induzidos, a hemorragia se destaca. Há de ressaltar que o uso clandestino do misoprostol pode proporcionar graves hemorragias, pois muitas mulheres o utilizam incorretamente e sem o acompanhamento de um profissional de saúde (OMS, 2013; CARVALHO; PAES, 2014).

Para Ziraba e colaboradores (2015), entre as mulheres que declararam aborto provocado e aquelas que referiram aborto espontâneo, foram apontadas diferenças nas complicações abortivas, pois as primeiras tiveram duas vezes chances (OR, 2,39; IC 95%: 1,72-3,34) de apresentarem complicações mais graves quando comparado às do outro grupo.

Local onde buscou o primeiro atendimento / Internação no primeiro hospital onde buscou atendimento / Número de hospitais percorridos

Os resultados apontaram o hospital como local prioritário (87%) na busca de assistência clínica em ambas as situações abortivas.

Segundo McCallum, Menezes, Reis (2016), as mulheres que realizaram práticas de interrupção da gravidez consideram o hospital como local de finalização deste processo, que se iniciou há dias ou semanas, pois acreditam que o sofrimento terminará e seus problemas físicos serão resolvidos. Desta maneira, a hospitalização recupera seu bem-estar físico e seu regresso à vida cotidiana.

A PNA 2016 mostrou que mulheres na faixa etária de 18 a 39 anos, que já provocaram o aborto alguma vez na vida, aproximadamente a metade (48%) destas, necessitou de internação hospitalar para concluir o abortamento. Também verificou a diminuição da frequência das internações, porém, houve estabilidade na taxa de aborto, fato revelador de que as práticas de indução ao aborto clandestina vêm se tornando mais seguras (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Sobre a admissão hospitalar, observou-se que a mulher em abortamento nem sempre é internada na primeira instituição onde procurou atendimento; podem até transitar em dois ou mais hospitais na busca de finalizar a gravidez.

Em relação às situações das mulheres que não foram internadas no primeiro hospital de busca, identificou-se, pelos relatos e dados dos prontuários o fato de que

a maioria (59%) destas percorreu por conta própria as instituições hospitalares e que 41% foram referenciadas de um hospital para outro.

Estudo realizado no Kenya, país africano que traz a mesma lei restritiva ao aborto como o Brasil, apontou que mulheres que sofreram pelo retardo à assistência à saúde e que foram referenciadas de uma unidade a outra, exibiram maiores complicações (ZIRABA *et al.*, 2015).

Tempo de busca para atendimento

Entre o surgimento das manifestações sintomáticas do aborto e busca de atendimento, notou-se que 40% das mulheres que relataram autoindução do abortamento buscaram os serviços de saúde em menos de um dia índice bem maior do que 10,7%, conforme encontrado por Arambepola e Rajapaksa (2014).

O período entre o surgimento dos sinais e/ou sintomas e o fato de a mulher buscar a assistência hospitalar foi um fator associado ($p < 0,001$) do abortamento provocado, na análise ajustada. Mulheres que iniciam o processo do aborto, de modo clandestino, com uso do misoprostol em domicílio, podem exibir sangramento e dores abdominais intensas, também dúvidas da efetividade da medicação. Esses fatores contribuem para que busquem os serviços de saúde nas primeiras 24 horas (BRASIL, 2009; COAST; SUSAN; MURRAY, 2016).

Assim como em outros estudos, mulheres que realizaram práticas abortivas induzidas tiveram variação de seis horas a 20 dias no período entre duração dos sinais e/ou sintomas e procura do serviço de saúde (ARAMBEPOLA; RAJAPAKSA, 2014; VALELLY *et al.*, 2014; ZIRABA *et al.*, 2015).

Com suporte nos relatos destas mulheres, identificou-se que a diferença no tempo de busca variou, em razão das seguintes situações: o conhecimento dos indícios de complicações abortivas; peregrinação na procura de atendimento para concluir o processo do aborto e o temor dos profissionais de saúde, em razão de sua prática ilegal.

Para Ziraba e colaboradores (2015) há situações que retardam a busca de assistência, como a da mulher reconhecer complicações do aborto e decidir buscar atendimento, o deslocamento ao serviço e os cuidados recebidos ao chegar à unidade de saúde. Segundo os autores, o retardo na procura de atendimento pode aumentar as complicações abortivas, a mulher demorar de sete dias ou mais tem

2,25 chances de agravar a condição do aborto quando comparados àquelas que buscaram serviços de saúde em menos tempo.

Outra situação relacionada à busca de assistência, pela mulher com aborto provocado, é o medo dos possíveis maus tratos pela equipe de saúde. Este receio pode implicar o adiamento ou não comparecimento ao hospital (MCCALLUM; MENEZES; REIS, 2016).

Pesquisa recente expôs a violência no âmbito hospitalar entre as mulheres que induziram abortos em condições inseguras e ilegalmente. Os relatos apontaram que, durante a assistência, vivenciaram julgamento moralista, foram ameaçadas de denúncia e sofreram descaso no manejo da dor (MADEIRO; RUFINO, 2017).

Há de ressaltar que o número de mulheres que provocaram aborto e buscaram atendimento no hospital é bem pequeno, pois há muitas outras que também se submeteram às práticas abortivas em situações não seguras e que não procuraram assistência à saúde (OMS, 2013).

Portanto, o não reconhecimento das complicações abortivas, a existência de falhas dos serviços de saúde à atenção ao aborto, uma vez que não ocorre admissão ao hospital de primeira escolha e peregrinação na procura de atendimento; e também, a falta de compreensão da mulher de que o uso dos métodos abortivos, de modo inseguro, podem causar sérios danos e o receio de serem maltratadas pelos profissionais. Estas são condições que podem influenciar a decisão da mulher com aborto provocado de buscar oportunamente, assistência para cuidar ou evitar os agravamentos à sua saúde.

Tempo de espera para atendimento

O período de espera da mulher em abortamento para assistência médica mostrou-se como variável de associação significativa para aborto provocado ($p=0,035$), na análise bivariada.

Houve diferenças na média de tempo decorrido entre a chegada ao hospital e o atendimento médico, pois as internações declaradas por abortamento autoinduzido se mostraram em 30,25 minutos e para os internamentos por abortos espontâneos esse tempo foi de 62,37 minutos.

Notou-se pelos relatos e prontuários que o acolhimento da mulher em sofrimento abortivo, no âmbito hospitalar, se define pela avaliação de risco, baseada na necessidade de atenção à saúde imediata ou não. Assim como em outros

estudos, o tempo de espera da mulher para atendimento médico variou de acordo com a quantidade do sangramento e a intensidade da dor relatada; bem como, se observou a não garantia de cuidado de acordo com a classificação, ou seja, a não oferta de atendimento prioritário, mesmo que a condição dela demonstrasse tal urgência (SOUSA; PORTO; CARVALHO, 2013; ADESSE *et al.*, 2015).

Segundo Brasil (2009), mulheres que realizaram abortos em condições inseguras, com uso do misoprostol, tiveram rápida assistência hospitalar para minimizar a gravidade das complicações abortivas, como hemorragias ou infecção.

Outra particularidade encontrada nas mulheres que relataram autoindução do aborto foi o horário de chegada ao hospital. Pelos discursos e revisão dos prontuários, percebeu-se que muitas delas compareceram no horário da madrugada ou nas horas iniciais da manhã. Este achado se confirmou em outras pesquisas, pois a preferência da entrada hospitalar nesse horário ocorreu para não despertar suspeitas. Outra circunstância é o fato de a maioria das mulheres fazerem uso de medicação abortiva à noite, a fim de que o abortamento seja sucedido pela madrugada. Deste modo, há procura de assistência médica nos primeiros sinais de aborto, pelo receio de que a finalização da gravidez não tenha sido efetiva (DINIZ; MEDEIROS, 2012; SOUZA; PORTO; CARVALHO, 2013; MADEIRO; RUFINO, 2017, PORTO; SOUSA, 2017).

6.6 BLOCOS 6: VARIÁVEIS RELACIONADAS A CUSTOS E ASSISTÊNCIA À INTERNAÇÃO POR ABORTAMENTO

Procedimentos

Os procedimentos citados no estudo foram elencados para observar o acompanhamento da mulher durante sua internação hospitalar. Foram baseados na Norma Técnica da Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011A). Exames laboratoriais e outras análises, se disponíveis, devem ser realizados de acordo com as condições de risco de cada mulher avaliada (OMS, 2014).

Verificou-se, no entanto que nem todas as mulheres, independentemente do tipo de aborto, realizaram exames para seguimento da internação. Malgrado o fato de 19 mulheres desconhecerem a gravidez, somente 15 realizaram teste confirmatório para gravidez (BHCG). O hemograma não foi realizado em 45 (37,8%) internadas, deixando de investigar possível anemia. Também foi observado que a

maioria (66,4%) não realizou ultrassonografia, seja para confirmar idade gestacional ou localização da gravidez.

Há de se destacar que existiram sete diagnósticos clínicos de aborto infectado, o que correspondeu ao tratamento de antibioticoterapia. Destes, quatro eram resultantes de abortos provocados (4/20), o que corresponde a 20% deles. O percentual encontrou-se dentro dos parâmetros da OMS, em que 20% a 30% dos abortos induzidos de maneira insegura podem ocasionar infecções (OMS, 2013).

Técnica de esvaziamento uterino

Notou-se a pluralidade (98,3%) do procedimento cirúrgico curetagem para esvaziamento uterino, independentemente da idade gestacional da mulher à admissão hospitalar. Outras pesquisas apontaram a curetagem como principal método adotado para esvaziamento uterino (IKEAKO *et al.*, 2014; ADESSE *et al.*, 2015)

A OMS recomenda para o manejo do aborto, quando ocorrido no primeiro trimestre da gravidez (≤ 12 semanas), o uso da aspiração por vácuo (manual ou elétrica) ou aborto médico, que se define pelo uso sucessivo de mifepristona e misoprostol, nessa ordem, ou somente misoprostol. Na ocorrência de abortamento após 13 semanas gestacionais, preconiza a dilatação e evacuação (D&E) e aborto médico (OMS, 2014; OMS, 2015). Deste modo, percebeu-se que as instituições hospitalares não seguem os protocolos preconizados pela OMS.

Saciloto e colaboradores (2011) compararam um grupo de mulheres que realizaram curetagem e outro que utilizaram a Aspiração Manual Intrauterina, indicaram que o procedimento AMIU como mais eficaz e seguro, como também, ensejou menor tempo de internação hospitalar.

Tempo decorrido entre internação e esvaziamento uterino

No que se refere ao período de admissão até a realização do procedimento para esvaziamento uterino, 71,4% das internações ocorreram em até 12 horas.

Os autores Arambepola, Rajapaksa e Galwaduge (2014) analisaram que o tempo decorrido entre a realização dos procedimentos cirúrgicos e finalização do aborto, na maioria das mulheres, tanto na condição de abortos provocado como espontâneo, aconteceu dentro de 24 horas. Vale ressaltar a inviabilidade de avaliar a variável, seguindo o mesmo tempo do referido estudo, visto que os resultados

indicaram que a média de espaçamento de tempo, entre abortos provocados, foi 11,07 horas, e espontâneos, de 10,85 horas.

As mulheres internadas por abortamento podem esperar de 12 horas ou mais para o esvaziamento uterino, independentemente do fato de seu aborto provocado ou não, visto que estes casos não são classificados como prioritários. Com efeito, os procedimentos somente serão realizados posteriormente aos partos normais e cesarianos (SOUSA; PORTO; CARVALHO, 2013; MCCALLUM; MENEZES; REIS, 2016).

Dias de internação

Sobre os dias de internação, pôde-se observar que a maioria (67,2%) das mulheres permaneceu por um dia. As instituições atenderam as recomendações do Ministério da Saúde, onde os internamentos por aborto, nos hospitais credenciados pelo SUS, tenham média de permanência de até um dia (SIGTAP, 2018).

A estada hospitalar pode variar em menos de 12 horas até 21 dias (IKEAKO *et al.*, 2014; VALLELY *et al.*, 2014; ADESSE *et al.*, 2015; KALILANI-PHIRI *et al.*, 2015; ZIRABA *et al.*, 2015).

O tempo máximo de internamento no estudo foi de sete dias, referente ao aborto provocado. Mulheres que induziram aborto em condições inseguras podem ter maior tempo de permanência no serviço de saúde, em decorrência de maiores complicações abortivas (ZIRABA *et al.*, 2015).

Valor pago (R\$)

Houve generalidade (90%) das internações por abortamento com valor pago de até R\$180,62. O valor assemelha-se à quantia de R\$ 179,62, repassada às instituições hospitalares conveniadas pelo SUS, pela realização do procedimento curetagem pós-abortamento/puerperal (041102001-3) (SIGTAP, 2018).

Se o manejo do aborto, no entanto fosse definido de acordo com a idade gestacional de cada mulher, conforme as orientações da OMS (2015), haveria um menor custeio, visto que o procedimento esvaziamento de útero pós-aborto por (AMIU) (04.09.06.007-0) apresenta valor de R\$ 142,84, segundo a Tabela Unificada do SUS (SIGTAP, 2018); contudo, 85 mulheres foram admitidas ao hospital com até 12 semanas de gestação e somente duas foram submetidas à técnica AMIU.

Ao realizar análise dos valores dos procedimentos de esvaziamento uterino, notou-se que uso da curetagem aumenta em 26% dos gastos. Pesquisa realizada em Malawi, sobre os custos do tratamento do aborto em estabelecimentos públicos de saúde, mostrou que o valor da dilatação e curetagem (US \$ 63) é superior em 29% ao procedimento de aspiração manual a vácuo (US \$ 49) (BENSON *et al.*, 2015).

Deve-se evidenciar que o valor máximo pago foi de R\$ 315,86, quantia correspondente à internação de aborto provocado. Tal resultado corrobora o fato de que abortamentos induzidos proporcionam sobrecarga financeira aos serviços de saúde, maior gasto com medicações, procedimentos e maior permanência hospitalar, em virtude do tratamento de suas complicações (BENSON *et al.*, 2012; OMS, 2013; LEONE *et al.*, 2016).

A assistência prestada ao tratamento das complicações abortivas, geradas pelas práticas inseguras, pode custar 27% a mais do que a do aborto seguro. Além do mais, existem despesas extras custeadas pela mulher, anteriormente à admissão aos estabelecimentos de saúde, como o desembolso dos métodos abortivos para interromper a gravidez e outros insumos. O gasto médio para mulheres com aborto seguro chega a US \$ 52,6, enquanto o inseguro se soma em US \$ 82,4 (LEONE *et al.*, 2016).

Percebeu-se que, semelhantemente a outras investigações, houve maiores custos na hospitalização de mulheres com quadro de abortos provocados; como também, a utilização de técnica de curetagem se sobrepõe ao AMIU como método de escolha para esvaziamento do útero, o que implica gasto adicional e maior tempo de internação.

No decurso desta pesquisa, foram retratadas as principais implicações relacionadas à decisão da mulher de finalizar a gravidez, mediante uma gestação não planejada e indesejada. Ao optar por provocar o aborto, como recurso, se submete às práticas abortivas não seguras e clandestinas, em razão da ilegalidade no País.

Por conseguinte, o estudo revelou que os aspectos socioeconômicos, reprodutivos, práticas contraceptivas e assistenciais se correlacionam à indução do aborto inseguro. Assim, ressalta-se a importância de reorganizar e implantar políticas sociais e públicas de saúde que estimulem a diminuição desses fatores de risco.

6 CONCLUSÃO

Com origem nos objetivos propostos na análise dos resultados, verificou-se que a ilegalidade não coíbe as mulheres de fazerem uso de métodos para interromper gravidez, bem como recorrem à hospitalização para concluir o abortamento e/ou tratamento dos danos ocasionados. Neste experimento, isto foi verificado por meio das seguintes variáveis associadas: baixa renda familiar, não possuir companheiro e buscar atendimento hospitalar em menos de um dia, no que se refere ao aborto provocado.

As associações significativas expressas pela pesquisa nos distintos blocos de variáveis, na análise binária, revelaram a correlação entre alguns fatores socioeconômicos, reprodutivos e assistenciais com os tipos de abortamentos.

Os resultados expostos mostraram que os perfis sociodemográfico e obstétrico das mulheres com abortamento provocado se assemelham aos de outros estudos. Revelaram, também, o planejamento reprodutivo ineficaz e ações anticoncepcionais fragilizadas, bem como a prática do aborto como método de contracepção, para não prosseguir com gravidez imprevista e indesejada.

Quanto à assistência ao abortamento, notaram-se fragilidades no atendimento e manejo das mulheres internadas em situação de aborto, como falta de protocolo-padrão, maior custeio nos procedimentos cirúrgicos e não adoção das recomendações da OMS.

Portanto, a demanda ora relatada permitiu analisar que a disponibilidade de aborto legal e seguro, bem como o fortalecimento de atenção à saúde a contracepção, do planejamento reprodutivo e da assistência ao abortamento nas instituições hospitalares, podem promover redução de custos e dos índices de morbimortalidade dos abortos provocados.

Vale ressaltar que, em virtude da não legalidade do aborto no País, existem dificuldades na realização de pesquisas sobre a ocorrência de abortamentos provocados. Assim, a limitação desta pesquisa relacionou-se à restrição da mulher em revelar sua condição de aborto provocado, por ser uma prática ilícita, pois existem omissões das mulheres para declararem autoindução do abortamento. Assim, trazem-se reflexões sobre se este fator mascarou a real situação do processo de aborto das participantes.

7 RECOMENDAÇÕES

Espera-se que os resultados deste ensaio possam contribuir para elaboração e reestruturação de políticas de saúde da mulher, sobretudo em situação abortiva, tendo em vista as sugestões expressas na sequência.

- Promover ampliação das situações legais do aborto, pois a legislação brasileira em vigor é insuficiente na prevenção dos abortos provocados.
- Fortalecimento de políticas públicas que garantam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres de modo autônomo e igualitário.
- Implantação de políticas de redução de danos que objetivem conscientizar e informar as mulheres sobre a tomada de decisão de provocar o aborto, bem como viabilidade de assistência ao aborto seguro.
- No que concerne à atenção à saúde anticoncepcional, introdução de estratégias de promoção à saúde sexual e reprodutiva nos cenários sociais e de saúde, para que a mulher se empodere de seus direitos e planejamento reprodutivo. Além do mais, estimular o acompanhamento do profissional de saúde e oferta de insumos, na rede pública, que garantam o acesso do método de escolha.
- Estabelecer, nas instituições hospitalares, assistência contraceptiva às mulheres, de modo que sejam orientadas sobre a contracepção e métodos anticoncepcionais, como também disposição de método optado, previamente à alta médica.
- Reorganização da rede de atenção ao aborto e implantação de protocolos assistenciais, de acordo com as normas ministeriais de saúde e da OMS, a fim de promover acolhimento humanizado, garantia de referência a outros hospitais, quando necessário, avaliação médica em tempo oportuno e acompanhamento integral durante a internação hospitalar.
- Visibilizar a problemática do aborto, em especial, o inseguro, por meio de inclusão do tema nas programações de planejamento e nas análises situacionais, para que gestores, profissionais de saúde e outros envolvidos na rede de atenção à saúde da mulher promovam políticas e estratégias para diminuição das condições de morbidade, prevenção das mortes por causas abortivas e acompanhamento da mulher pós-aborto.

- Fomentar investigações sobre custos nas internações por abortamento e suas repercussões nos encargos dos serviços de saúde pública. Também, estudos que analisem os gastos indiretos da mulher em seu percurso até a admissão hospitalar, a fim de avaliar a rede assistencial e as despesas da mulher em situação de aborto.

Nesta perspectiva, deve-se impulsionar a discussão sobre os danos e influxos sociais, econômicos e à saúde, ocasionados pelas práticas inseguras do abortamento. Ao mesmo tempo, proposição de mudanças na lei vigente, na atenção à saúde contraceptiva, na reorganização dos serviços de atendimento ao aborto, e, principalmente, mudar a visão reduzida da mulher à maternidade.

É fundamental visibilizar as consequências dos abortos inseguros e reconhecê-los como problemas de saúde pública; além da necessidade de assegurar os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, para que se iniciem as alterações na atenção à saúde e estigma dos abortamentos.

REFERENCIAS

ADESSE, L. *et al.* Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 694-706, jul/set. 2015.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Clandestine abortion**: a Latin American reality. New York: Alan Guttmacher Institute, 1994.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Maurício Lima. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. In: ALMEIDA- FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia & Saúde**: fundamentos, método, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap.14. p.165-174.

ALVES, M.T.S.S.B. *et al.* Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 14, n. 3, p. 229-239, set. 2014.

ANJOS, K.F *et al.* Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 504-515, set. 2013.

AQUINO, E.M.L. *et al.* Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1765-1776, jul. 2012

ARILHA M, BERQUÓ E. Cairo +15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. In: ARILHA, M.; BERQUÓ, E. **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo**. Campinas, SP: Fundo de População das Nações Unidas, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Contra a PEC 181 que torna aborto inconstitucional – Nota do GT Gênero e Saúde da Abrasco**. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/contra-pec-181-que-torna-aborto-inconstitucional-nota-do-gt-genero-e-saude-da-abrasco/32039/>>. Acesso em: 22 dez. 2017

ARAMBEPOLA C, RAJAPAKSA LC. Decision making on unsafe abortions in Sri Lanka: a case-control study. **Reprod Health**, v.11, n.91, p.1-8, 2014.

ARAMBEPOLA C, RAJAPAKSA LC, GALWADUGE C. Usual hospital care versus post-abortion care for women with unsafe abortion: a case control study from Sri Lanka. **BMC Health Services Research**, v.14, n.470, p. 1-9, 2014.

ARAMBEPOLA C. *et al.* Relationship of family formation characteristics with unsafe abortion: is it confounded by women's socio-economic status? - A case-control study from Sri Lanka. **ReproductiveHealth**,v.13, n.75, p. 1-9, 2016.

ARANGO, Héctor Gustavo. **Bioestatística**: teoria computacional. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ARILHA, Margareth Martha. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1785-1794, 2012.

BENSON, J. et al. Public hospital costs of treatment of abortion complications in Nigeria. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n. 118, p. S134-S140, 2012.

BENSON, J. et al. Costs of postabortion care in public sector health facilities in Malawi: a cross-sectional survey. **BMC Health Services Research**, v15, n. 562, p. 1-7, 2015.

BINEY A, ATIGLO DY. Examining the association between motivations for induced abortion and method safety among women in Ghana. **Women Health**, v. 57, n. 9, 2017, p.1044-1060, 2016.

BORSARI, C.M.G. et al. O aborto inseguro é um problema de saúde pública. **FEMINA**, v. 40, n. 2, p.64-68, mar./abr. 2012.

BORSARI, C.M.G. et al. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2013; v. 35, n.1, p.27-32, 2013.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan., 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica, Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil**: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 428 p

_____. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.

_____. **Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica .2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília, Ministério da Saúde, 2011a. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico.5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 124 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Que se constitui no atual documento-referência para a organização da dinâmica de funcionamento dos Comitês de Ética. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012b.

_____. Lei Nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 16 p.

_____. **Portaria Nº 323, de 4 de março de 2016**. Autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Municípios, referente aos Testes Rápidos de Gravidez do Componente Pré-Natal da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BORGES, A. L. V. et al. Anticoncepção pós-abortamento: atenção e práticas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, n. 22, v.2, p.293-300, mar./abr. 2014

_____. et al. Contraceptive use following spontaneous and induced abortion and its association with family planning services in primary health care: results from a Brazilian longitudinal study. **Reproductive Health**, v.12, n.94, p.1-10, 2015.

BRITO, R.C; et al. Sociodemographic and reproductive profile of women with abortion complications in hospital in Recife. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 491-495, 2013.

CAMARGO, R.S. et al. Severe maternal morbidity and factors associated with the occurrence of abortion in Brazil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, n.112, p.88–92, 2011

CARNEIRO, MF; IRIART, JB; MENEZES, G.M.S. Largada sozinha, mas tudo bem: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 405-418, jun. 2013 .

CARVALHO, S.M.; PAES, G.O. As experiências de mulheres jovens no processo do aborto clandestino – uma abordagem sociológica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 548-557, jun. 2014.

CECATTI, J.G. et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 105-111, mar. 2010

CENTER FOR REPRODUCTIVERIGHTS. **Abortion**. Disponível em:
<<http://worldabortionlaws.com/map/>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

CHAE, S. *et al*. Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. **Contraception**, n. 96, p.233–241, 2017

_____. Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries. Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries. **PlosOne**, v.12, n.3, p.1-29, 2017.

CHAVES, J. H. B. *et al* . A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 246-256, mar. 2012.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta de Estabelecimento-Estabelecimento**. Disponível em:
<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>> Acesso em: 20 nov. 2017.

COAST, E; SUSAN F.; MURRAY, S.F. “These things are dangerous”: Understanding induced abortion trajectories in urban Zambia. **Social Science & Medicine**, n.153, p.201-209, 2016.

CORREA, A.H.M.; CAMPOS, A.C.V. Terapêutica do parto do feto anencéfalo: uma discussão necessária. **Rev.bioét**, Brasília, v. 20, n. 30, p. 417-24. 2012.

CORREA, M.C.D.V.; MASTRELLA, M. Aborto e misoprostol: usos médicos, práticas de saúde e controvérsia científica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 7, p. 1777-1784, jul. 2012 .

COSTA, A.M.; AQUINO, E.L. Saúde da mulher na Reforma Sanitária Brasileira. In: Costa, A.M.; MERCHAN-HAMANN, E.; TAJER, D.(Orgs.). **Saúde, equidade e gênero**: um desafio para as políticas públicas. Brasília: UnB; 2000. 303 p.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Produção Hospitalar (SIH/SUS)**. Brasília, 2016. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

DIAS, T. Z. *et al*. Association between educational level and access to safe abortion in a Brazilian population. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, n.128, p.224–227, 2015

DINIZ, D; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, jun. 2010.

DINIZ, D; MADEIRO, Alberto. Cytotec e aborto: uma polícia, vendedores e como mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1795-1804, jul.2012.

DINIZ, D; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, jul. 2012.

_____. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. **Rev. Bioét.**, Brasília, v.22, n. 2, p. 291-298, ago. 2014.

_____. Vírus Zika e mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.5, e00046316, p. 1-4. 2016.

DINIZ, D; MEDEIROS, M ; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.2, p. 653-660, 2017.

DINIZ, S.G.; OLIVEIRA, A.F.P..L.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 40, p.94–101.

DOMINGOS, S.R.F. et al. Características dos abortamentos de mulheres atendidas em uma instituição hospitalar filantrópica de Caratinga –MG. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v.15, n.4, p. 504-512, 2011

DROVETTA, R.I. O aborto na Argentina: implicações do acesso à prática da interrupção voluntária da gravidez. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 7, p. 115-132, Abr. 2012 .

FARIAS, M.R.*et al.* Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 2016 .

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério**. São Paulo: FEBRASGO, 2010. 186 p.

FERNANDES, M. *et al.* Os crimes contra a vida na reforma do código penal: uma visão médico-jurista. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 2, jun. 2010.

FERRAZZA, D.A; PERES, W.S. Medicalização do corpo da mulher e criminalização do aborto no Brasil. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 17-25, 2016.

FREIRE, N. Aborto seguro: um direito das mulheres?. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 2, jun. 2012.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2014. 250 p.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resumo da Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/conferencia.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2018

FUSCO, C.L.B.; SILVA, R.S.; ANDREONI, S. Aborto inseguro: determinantes sociais e desigualdades em saúde em uma população vulnerável em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 709-719, abr. 2012.

FUSCO, C. Unsafe Abortion: a serious public health issue in a poverty stricken population. **Reprod.clim.**, v.28, n.1, p.2-9, 2013

FUSCO, C., *et al.* Social determinants of health: from the concept to the practice in outcomes of unintended pregnancies which result in induced abortion. **Reprodução&Climatério**, v 31, n 1, p.22-30. 2016.

FIUZA, S.S. *et al.* Planejamento familiar: avaliação da qualidade nas dimensões da estrutura, organização e assistência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, n.7, v.4, p.3227-3238, out./dez., 2015

GANATRA B. *et al.* From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. **Bull World Health Organ**, v.92, n.3, p.155, mar. 2014

_____. *et al.* Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. **The Lancet**, v. 390, n.10110, p.2372-2381, 2017.

GERDTS, C., PRATA, N., GESSESSEW, A. An unequal burden: Risk factors for severe complications following unsafe abortion in Tigray, Ethiopia. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n. 118, p. S107-S112. 2012.

GUTTMACHER INSTITUTE. **Induced Abortion Worldwide**. New York: GUTTMACHER INSTITUTE, 2016. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>> Acesso em: 12 set. 2017.

_____. **Adding it up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health**, 2017. New York: GUTTMACHER INSTITUTE, 2017. Disponível em: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>>. Acesso em: 20 dez. 2017

HEILBORN, M.L. Heterossexualidades, contracepção e aborto: Uma pesquisa em quatro capitais latino-americanas. **Sex.,Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 127-134, dez. 2012 .

_____. *et al.* Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro , n. 12, p. 224-257, dez. 2012 .

HENRIQUES, J.P. A ineficiente política da criminalização do aborto: Um estudo comparativo entre Brasil e Uruguai. **Revista FIDES**, Natal, v.8, n 1, p. 232-244, jan./jun. 2016.

IKEAKO, L.C. *et al.* Pattern and Outcome of Induced Abortion in Abakaliki, Southeast of Nigeria. **Ann Med Health Sci Res.**, v. 4, n.3, p. 442-446, 2014.

ILBOUDO, P.G.C; *etal*. Costs and consequences of abortions to women and their households: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. **Health PolicyPlan**, v. 30, n.4, p. 500-507. 2014.

ILBOUDO P.G.C.; SOMDA S.M.A.; SUNDBY J. Key determinants of induced abortion in women seeking postabortion care in hospital facilities in Ouagadougou, Burkina Faso. **Int J Women's Health**, n.6, p.565–72, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida : Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.92 p.

JANNOTTI, C.B; SILVA, K.S; PERILLO, R.D. Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil In: BITTENCOURT, S.D.A; DIAS, M.A.B; WAKIMOTO, M.D (Orgs.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD; Ensp, 2013. cap. 2, p. 51-90.

KALILANI-PHIRI, L. et al. The severity of abortion complications in Malawi. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, n .128, p.160–164, 2015.

KANT, S. *et al*. Induced abortion in villages of Ballabgarh HDSS: rates, trends, causes and determinants. **Reproductive Health**, v.12, n. 51, p. 1-7, 2015.

LABANDERA, A.; GORGOROSO, M.; BRIOZZO, L. La implementación de la estrategia de reducción de riesgos y daños contra el aborto inseguro en el Uruguay: Desde un hospital universitario a todo el país. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, n.134, S7–S11, p.1-11, 2016.

LAMINA, M.A. Prevalence of abortion and contraceptive practice among women seeking repeat induced abortion in Western Nigeria. **J Pregnancy**, v.2015, n.486203, p.1-7, 2015.

LE, H. H. *et al*. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. **International Journal of Women's Health**, n. 6, p.663-670, 2014.

LEONE, T. et al. The individual level cost of pregnancy termination in Zambia: a comparison of safe and unsafe abortion. **Health Policy and Planning**, v.31, n.7, p. 825–833, 2016.

MADEIRO, A.P.; RUFINO, A.C. 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

MAINA, B.W.; MUTUA, M.M.; SIDZE, E.M. Factors associated with repeat induced abortion in Kenya. **BMC Public Health**, n.15, v.1048, p.1-8, 2015.

MAMEDE, F.V; PRUDÊNCIO, P.S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, p. 262-266.2015.

MARANHAO, T.A.; GOMES, K.R.O.; BARROS, I.C. Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 494-508, set. 2016.

MARTINS, E.F.*et al.* 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.

MATOS, Ylena Airam Ribeiro. **Mortalidade por Aborto no Brasil: Perfil e Evolução de 1996 a 2014**. 2017. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

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. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 37-56, mar. 2016.

MENEZES, G; AQUINO, EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 193-204, 2009.

MILANEZ, N. *et al.* Gravidez Indesejada e Tentativa de Aborto: práticas e contextos. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 129-146, abr. 2016

MELO, F.R.M.*et al.* Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 508-520, jun. 2014

MONTEIRO, M.F.G; ADESSE, L; DREZETT, J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto inseguro, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto inseguro por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. **Reprodução & Climatério**, v 30, n 1, p. 11-18, jan./abr. 2015.

MONTEIRO, R. A descriminalização do aborto em Portugal: Estado, movimentos de mulheres e partidos políticos. **Anál. Social**, Lisboa, n. 204, p. 586-605, jul. 2012.

MOURA, L.N.B.; GOMES, K.R.O. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 853-863, mar. 2014 .

NUNES, M.D; MADEIRO, A.; DINIZ, D. 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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2. ed. Genebra: OMS, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Manual de práctica clínica para un aborto seguro.** Geneva: OMS, 2014.

_____. **Funciones del personal sanitario em la atención para un aborto sinriesgos y los métodos anticonceptivos despuésdel aborto.** Geneva: OMS, 2015.

OSUR, J. *et al.* Social networks & decision making for clandestine unsafe abortions: evidence from Kenya. **Afr. J. Reprod. Health**, v.19, n.1 p. 34-43, 2015.

OWOLABI, O. **Expert meeting on the definition and measurement of unsafe abortion:** Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP) and Guttmacher Institute meeting, 2014. Disponível em: <http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2014STEPUP_UnsafeAbortionMeetingReport.pdf>. Acesso em: 15 out. 2017

PATRIOTA, T. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento:** Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2018

PIMENTEL, S; VILLELA, W. Um pouco da história da luta feminista pela descriminalização do aborto no Brasil. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 2, jun. 2012.

PITANGUY, J. Os direitos reprodutivos das mulheres e a epidemia do Zika vírus. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, e00046316, p. 1-3. 2016.

PRIETSCH, S.O.M. *et al.* Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, out. 2011.

PORTO, R.M.; SOUSA, C.H.D. “Percorrendo caminhos da angústia”: itinerários abortivos em uma capital nordestina. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 593-616, 2017

RAMOS, K.S.*et al.* Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n.3, p. 605-610, set. 2010.

ROMIO, C. M. *et al.* Saúde mental das mulheres e aborto inseguro. **Psicol. rev.**, v. 24, n. 1, p. 61-81, 2015.

SACIOTO, M. P. *et al.* Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina. **Rev. bras. ginecol. obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p.292-296, 2011.

SANTANA, D.S. *et al.* Severe maternal morbidity and factors associated with the occurrence of abortion in Brazil. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, n.119, p. 44–48, 2012.

SANTANA, V.S; DOURADO I.; XIMENES R.; BARRETO, S. Modelos Básicos de Análise Epidemiológica. In: ALMEIDA- FILHO, N.; BARRETO, M.L. **Epidemiologia &Saúde: fundamentos, método, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap. 21. p. 232-251.

SANTOS, T.F.; ANDREONI, S.; SILVA, R.S. Prevalência e características de mulheres com aborto provocado - Favela México 70, São Vicente - São Paulo. **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 123-133, mar. 2012.

SANTOS, D.L.A; BRITO, R.S. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1293-1313, 2014.

SANTOS, A.A.P.; FERREIRA, C.C, SILVA, M.L. Fatores que interferem na escolha do método contraceptivo pelo casal: revisão integrativa. **Rev. APS**, v.18, n.3, p. 368-377, jul/set. 2015.

SANTOS, S.M.P. *et al.* Práticas profissionais em planejamento reprodutivo na estratégia de saúde da família. **Rev enferm UFPE**, Recife, n.9, Supl. 7, p.9046-52, ago. 2015.

SANTOS,T.F.; FUSCO, C. SILVA, R.S. Induced and unsafe abortion 20 years after the International Conference on Population and Development, Cairo, 94: prevalence and sociodemographic characteristics. Favela México 70, São Vicente, São Paulo, Brazil. **Repro Clim.**,v.31, n.1, p. 5–12, 2016.

SAY, L. *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v.2, n. 6, e323 - e333, 2014.

SEDGH, G.; SINGH, S.; AND HUSSAIN, R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends.**Stud Fam Plann.**, n. 45, p. 301–314, 2014.

SEDGH, G.; ASHFORD, L.S; HUSSAIN R. **Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method**. New York: Guttmacher Institute, 2016. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developingcountries>>Acessado em: 18 jan. 2018

_____. *et al.* Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. **The Lancet.**, n.388, p. 258–67. 2016.

_____. Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, 134, p. 104-106, 2016a.

SELL, S.E, *et al.* Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto inseguro: revisão integrativa.**RevEscEnferm USP**, São Paulo, v 49, n 3, p.502-508, 2015.

SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPMS DO SUS. **Consultar Procedimentos**. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

SILVA, R.S.; ANDREONI, S. Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1725-1733, jul. 2012.

SILVEIRA, P; MCCALLUM, C; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, e4815, 2016.

SINGH S.; MONTEIRO M.F.; LEVIN J. Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992-2009: why the decline in numbers and severity? **Int J Gynaecol Obstet.**, v. 118 Suppl. 2, p.99-106. 2012

SINGH S.; MADDOW-ZIMET, I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v 123, n 9, p. 1489–1498, 2015

SOUZA, C.H.D.; PORTO R.M.; CARVALHO, D.R.G.S. Paradoxos da atenção ao aborto provocado: "urgências" e "emergências" em uma Maternidade Escola em Natal/RN. **Bagoas**, v. 7, n. 9, p. 43-69, 2013.

SOUZA, M.G *et al.* 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.

SOUZA, R.; FUSCO; C.L.B. Comportamento do aborto inseguro entre jovens em situação de pobreza de ambos os sexos–Favela México 70, São Paulo, Brasil, 2013. **Reprodução & Climatério**, v.31, n.1, p. 13-21. 2016.

TEMPORAO, J.G. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil: conquistas recentes e desafios prementes. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 2, jun. 2012.

THEME-FILHA, M. M. *et al.* Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive Health**, n.13, Suppl1 v.118, p.235-265, 2016.

TORRES, J.H.R. Aborto e legislação comparada. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 2, Jun. 2012.

URUGUAI. Ministerio de laSalud Publica. **Políticas de defensa y promoción de los derechossexuales y reproductivos de toda lapoblación 2010-2015**. 2015.

Disponível em:

<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Políticas%20SSyR%20li%20brillo%20completo%20PDF.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

VALLELY, L.M. et al. Hospital Admission following Induced Abortion in Eastern Highlands Province, Papua New Guinea – A Descriptive Study. **PlosOne.**, v. 9, n.10, e110791, p-1-10, 2014.

VICTORA, C. G. *et al.* Saúde das mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, p. 32-46, maio, 2011.

WIESE, I.R.B; SALDANHA, A.A.W. Aborto inseguro na interface da saúde e do direito. **Saudesoc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 536-547, jun. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe and unsafe induced abortion Global and regional levels in 2008, and trends during 1995–2008**. Geneva: WHO, 2012.

_____. **Global reference list of 100 core health indicators**. Geneva: WHO, 2015.

_____. **Preventing unsafe abortion**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

ZIRABA, A.K. *et al.* Unsafe abortion in Kenya: a cross-sectional study of abortion complication severity and associated factors. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.15, n.34, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A- FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Hospital: _____

Formulário Nº: _____ Nº Prontuário: _____

Dados sociodemográficos

1. Idade: ____ Anos
2. Como se classifica a respeito de sua cor ou raça?
() Preta/negra () Parda () Branca () Amarela () Indígena
3. Escolaridade (em anos) _____
4. Renda Familiar R\$: _____
5. Condição de União: Tem companheiro? Sim () Não ()
- 5.1 Em caso de Sim, vivem juntos? Sim () Não ().
- 5.2 Tempo de união com companheiro atual: _____

Dados obstétricos, contracepção e práticas abortivas

6. Nº de Gestações: _____
8. Nº de Partos: _____
7. Nº de Abortos: _____
9. Nº de filhos Vivos: _____
8. DUM: _____
9. 10. Realizou exame para saber da gravidez? Sim () Não ()
11. Que exame realizou para confirmar: _____
12. Fazia uso de algum método para evitar a gravidez, antes da gestação que finalizou em aborto? Sim () Não ().
13. Caso SIM, qual (is)?

() Preservativo masculino	() Preservativo feminino
() Anticoncepcional oral	() Vasectomia
() Injeção	() Diafragma
() Anticoncepcional oral de Emergência	
() Diafragma	() Tabela
() LAM (Método de Lactação e Amenorreia)	() Coito interrompido
() DIU	() Outros: _____
14. Como busca o acesso ao método anticoncepcional?

() Posto de Saúde
() Compra na Farmácia
() Uma amiga fornece
() Outro: _____
15. Já ouvi falar sobre planejamento familiar? Sim () Não ()

16. Já participou de alguma reunião sobre planejamento familiar?

Sim () Não ()

17. O profissional de saúde indicou o método utilizado?

Sim () Não ()

18. Em caso de não, quem indicou o método? _____

19. A gravidez foi planejada? Sim () Não ()

20. Desejada a gravidez? Sim () Não ()

21. Conhece ou já ouviu falar em métodos para realizar o aborto?

Sim () Não ()

22. Conhece alguém que já realizou aborto, alguma vez na vida?

Sim () Não ()

23. Utilizou algum método para abortar?

Sim () Não (). Caso não, passar para pergunta 26.

24. Qual método usou?

() Misoprostol (Cytotec®)

() Chás

() Introdução de objeto na vagina.

() Curetagem

() Injeção

() Outro: _____

25. Qual principal motivo que a levou a fazer o aborto?

() Falta de condições financeiras

() Não queria filho no momento

() Namorado/ Marido/ Companheiro não queria

() Familiares não aceitaram/aceitariam a gravidez

() Outro: _____

Assistência

26. Quais foram os principais sinais e sintomas que a levaram a buscar atendimento? _____

27. Qual foi o primeiro lugar onde buscou atendimento?

() Farmácia

() Posto de Saúde

() Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

() Hospital

Outro: _____

28. Quanto tempo, depois do aparecimento dos sinais e sintomas, procurou atendimento? _____

29. Sua internação ocorreu no primeiro hospital onde procurou atendimento?

Sim () Não ()

30. Em caso de não, quantos hospitais percorreu? _____

31. Quanto tempo decorreu no momento que chegou ao hospital até receber avaliação médica? _____

INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO

1. Idade Gestacional: _____ semanas

2. Hipótese diagnóstica na Internação:

() Aborto completo

() Aborto incompleto

() Aborto retido

() Aborto infectado

() Aborto legal

() Outro: _____

Procedimentos

3. Hemograma: Sim () Não ()

4. Urina do tipo I: Sim () Não ()

5. Coagulograma: Sim () Não ()

6. Hemocultura: Sim () Não ()

7. Ultrassonografias: Sim () Não ()

8. Antibioticoterapia: Sim () Não ()

9. Transfusão de concentrado de hemácia: Sim () Não ()

10. Laparatomia: Sim () Não ()

11. Histerectomia: Sim () Não ()

12. Esvaziamento Uterino

() AMIU

() Curetagem

() Medicamentoso

13. Tempo decorrido entre internação e esvaziamento uterino: _____

14. Tempo de permanência hospitalar: _____

15. Valor da Internação: _____

APÊNCIDE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa **“INTERNAÇÕES POR ABORTAMENTO INSEGUROS E FATORES ASSOCIADOS”**, que tem como objetivo principal analisar as internações por abortos inseguros, com base nos fatores associados, em Fortaleza-Ceará.

Com efeito, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a um formulário de entrevista. A pesquisa apresenta o RISCO social de constrangimento do entrevistado e BENEFÍCIOS, como: contribuirá com os gestores, profissionais de saúde e outros que estão envolvidos na rede de assistência à saúde da mulher na compreensão dos fatores envolvidos nos abortos inseguros, bem como proporcionará apoio para planejamento de ações que fortaleçam às questões relativas à saúde reprodutiva da população feminina. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, garantindo que não haverá nenhum tipo de prejuízo, dano ou transtorno para aquelas que participarem. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e a senhora poderá a qualquer momento deixar de participar desta, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos de revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todas as participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Poderão também entrar em contato com a Coordenadora da pesquisa, Katherine Jeronimo Lima, pelo telefone (85) 31019891 ou e-mail katherine.jeronimo@gmail.com e com o Comitê de Ética Pesquisa - UECE (Instituição Proponente) na rua Dr. Silas Munguba, 1700, Campus Itapery ou por meio do telefone (85) 3101 9890 ou e-mail: cep@uece.br.

Este termo foi elaborado em duas vias, sendo uma para a Pesquisada e a outra para o arquivo da pesquisadora.

Eu, _____ tendo sido esclarecida a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) Sr.(a) Eveline Ferreira Feitosa, RG 93023000012, cargo Coordenadora, função Enfermeira, depositário(a) dos documentos consubstanciados nos prontuários da instituição Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana, situada à Avenida. Washington Soares, 7700, Messejana, Fortaleza, Ceará, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa "INTERAÇÕES POR ABORTAMENTOS INSEGUROS E FATORES ASSOCIADOS", que tem como objetivo analisar as interações por abortos inseguros, a partir dos fatores associados, em Fortaleza-Ceará, vem, na melhor forma de direito, **AUTORIZAR** Katherine Jeronimo Lima, RG: 2.179.837, Enfermeira, endereçada na Rua Japi, nº 82, Serrinha, Fortaleza-Ceará, a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que recebidas do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

1. Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
2. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar a sua AUTORIZAÇÃO e está ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável.

Eveline Ferreira Feitosa
Coordenadora do SAME
HDGMM
Fortaleza, Ce. 28 de 03 de 2017.

Nome do fiel depositário

Visto 28/03/2017
Maria Gláucia Ibiapina Gurgel
Coordenadora de Pesquisa e
Publicações / CEAP / HDGMM.

APÊNDICE D – TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o (a) Sr.(a) Karin Kusiete Lima Leite, RG 143290503-15, cargo Coordenadora, função -, depositário(a) dos documentos consubstanciados nos prontuários da instituição Hospital Distrital Gonzaga Mota José Walter, situada à Avenida D, 440, 2ª etapa, José Walter, Fortaleza, Ceará, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa "INTERNAÇÕES POR ABORTAMENTOS INSEGUROS E FATORES ASSOCIADOS", que tem como objetivo analisar as internações por abortos inseguros, a partir dos fatores associados, em Fortaleza-Ceará, vem, na melhor forma de direito, **AUTORIZAR** Katherine Jeronimo Lima, RG: 2.179.837, Enfermeira, endereçada na Rua Japi, nº 82, Serrinha, Fortaleza-Ceará, a coletar dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que recebidas do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

1. Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
2. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

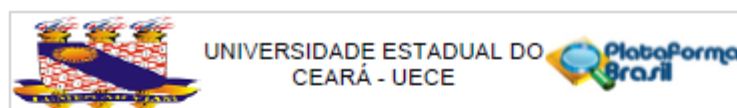
Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar a sua AUTORIZAÇÃO e está ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável.

Fortaleza, Ce. 26 de 06 de 2017.

Karin Kusiete Lima Leite
Nome do fiel depositário

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES POR ABORTAMENTOS INSEGUROS E FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: Katherine Jerônimo Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66687817.9.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.248.323

Apresentação do Projeto:

O aborto se destaca entre as principais causas de morbimortalidade materna em todo o mundo, constituindo-se como grave problema de saúde pública. No Brasil, a prática do aborto inseguro não é legalizada, as mulheres com gravidez indesejada buscam clandestinamente finalizar a gestação. No entanto, a maioria dos abortos clandestinos são realizados com técnicas inadequadas, ambientes inseguros e sem controle sanitário, o que provoca maiores implicações negativas à saúde da mulher, consequentemente internações para tratamento das complicações abortivas, portanto, encargos sociais e aos serviços de saúde. Assim, o presente estudo pretende analisar as internações por abortos inseguros, a partir dos fatores associados, em Fortaleza-Ceará.

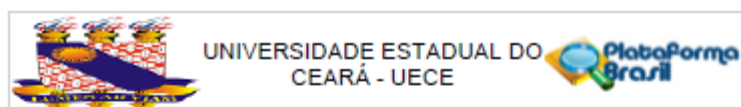
Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Analisar as internações por abortos inseguros, a partir dos fatores associados, em Fortaleza-Ceará.

Objetivo Secundário:

Identificar a ocorrência de abortos inseguros; Caracterizar os fatores demográficos, socioeconômicos, reprodutivos, clínicos e de custos; Testar a existência de associação entre o

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700
 Bairro: Itapevi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-0890 Fax: (85)3101-0008 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 2.240.323

aborto inseguro com os fatores demográficos, socioeconômicos, reprodutivos, clínicos e de custos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Entende-se que há risco social de constrangimento às entrevistadas no compartilhamento de informações pessoais ou confidenciais. O pesquisador garante que a qualquer momento a pessoa poderá deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízos.

Benefícios:

O estudo contribuirá com a melhor compreensão dos fatores envolvidos nos abortos inseguros, bem como, proporcionará apoio para planejamento de ações que fortaleçam as questões relativas à saúde reprodutiva da população feminina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estima-se que a realização de estudos sobre abortos inseguros somam-se na contribuição de planejamento de ações relativas à questão da saúde sexual e reprodutiva da mulher. Ao mesmo tempo, fortalece as discussões no refere à organização dos serviços de assistência ao abortamento e a redução de danos ocasionados pelas práticas inseguras do aborto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos encontram-se dentro dos critérios estabelecidos pelo CEP.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

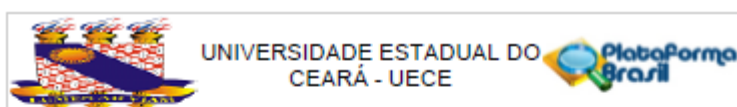
Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_941095 ET.pdf	05/07/2017 10:29:45		Aceito

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0006 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer 2.240.323

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Fiel_Depositario.pdf	05/07/2017 10:19:51	Katherine Jeronimo Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANEXO_C.pdf	05/07/2017 10:17:55	Katherine Jeronimo Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANEXO_E.pdf	05/07/2017 10:17:29	Katherine Jeronimo Lima	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	ANEXO_B.pdf	05/07/2017 10:16:39	Katherine Jeronimo Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANEXO_DD.pdf	05/07/2017 10:15:50	Katherine Jeronimo Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANEXO_A.pdf	05/07/2017 10:12:33	Katherine Jeronimo Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Katherine.pdf	05/07/2017 10:09:38	Katherine Jeronimo Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	28/03/2017 19:55:15	Katherine Jeronimo Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Katherine.pdf	28/03/2017 19:54:30	Katherine Jeronimo Lima	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 30 de Agosto de 2017

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700
Bairro: Itapevi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0906 E-mail: cep@uece.br

Página 03 de 03