

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**REPERCUSSÕES DO ABORTO PROVOCADO NO CONTEXTO DA
CLANDESTINIDADE NA VIDA DAS MULHERES: REVISÃO NARRATIVA DA
PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

GRETA SASSO

Porto Alegre
2020

Greta Sasso

**REPERCUSSÕES DO ABORTO PROVOCADO NO CONTEXTO DA
CLANDESTINIDADE NA VIDA DAS MULHERES: REVISÃO NARRATIVA DA
PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado na Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio grande do Sul
como requisito para a obtenção de grau em
bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Jessica Machado
Teles

Porto Alegre
2020

Dedico este trabalho a todas as mulheres que sofreram e sofrem com a ilegalidade do aborto em nosso país e no mundo. A todas que, de alguma forma, foram lesadas, seja fisicamente ou emocionalmente, julgadas e humilhadas por aquele que não conhece sua história, ou ainda, por alguém que deveria demonstrar apoio. Não se sintam culpadas.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a minha família. Minha mãe Alexandra, meu pai Diogo, minha avó Luigia, minha tia Kina, meu tio Dante e ao meu irmão Leonardo. Obrigada pela base e suporte desde o início da minha caminhada e por todas as oportunidades que me proporcionaram, sem vocês nada disso seria possível.

Obrigada também ao Gabriel, meu companheiro e futuro colega de profissão, agradeço pela parceria e aprendizado que me proporcionaste nestes anos, teu apoio foi de extrema importância para a minha jornada.

Agradeço às minhas amigas de infância, Eduarda e Laura por me apoiarem e estarem junto comigo em todos os momentos, dos mais alegres aos mais difíceis. A amizade de vocês foi essencial para chegar até aqui.

Meu agradecimento às amigadas que criei nestes cinco anos de graduação, Yasmin, Ana Carolina, Angélica, Eduarda, Jéssica, Júlia, Karine, Mariana, Suelen e minhas colegas do Grupo de Enfermagem do HCPA, vocês tornaram a graduação mais leve e divertida, aprendi um pouquinho com cada uma em todo este período da graduação. É um prazer chamá-las de colegas de profissão e de amigas.

Um muito obrigada a minha orientadora Prof^a Jessica, por ter aceitado se juntar a mim neste processo, e ter feito um ótimo trabalho como orientadora, assim como a Prof^a Letícia, que topou iniciar este projeto. Não poderia ter escolhido orientadoras melhores.

Obrigada também a todos os professores, enfermeiras, enfermeiros e técnicos de enfermagem, em especial as equipes de enfermagem da Unidade de Saúde Santa Marta, 9º Norte do Hospital de Clínicas, e a minha chefe Daniela, que me ensinaram tudo o que sei, tiveram paciência e prazer em dividir o conhecimento, não estaria concluindo esta etapa se não fosse por vocês.

RESUMO

Introdução: Aborto é a interrupção da gravidez até a 20-22^a semana de gestação, com o feto pesando menos de 500 gramas, podendo ser espontâneo ou provocado. O aborto inseguro é caracterizado por ser realizado por indivíduos não habilitados, mais comum em ocorrer em países com leis restritivas. Entre 2010-2014 estima-se que 25,1 milhões de abortos ocorreram no mundo e 97% deles ocorreram em países em desenvolvimento. **Objetivo:** Analisar as repercussões biopsicossociais do aborto provocado no contexto da clandestinidade na vida e saúde das mulheres. **Método:** Através do método de revisão narrativa, realizou-se a busca bibliográfica nas bases de dados LILACS, BDEF, MEDLINE/PubMED e SciELO, utilizando um recorte temporal de cinco anos dos artigos que abordavam a temática do estudo. **Resultados:** Obtivemos doze artigos para a amostra, onde foi possível observar as repercussões da saúde física da mulher que realiza o aborto no contexto da clandestinidade, como hemorragias, sepse, esterilidade e até morte. O estigma percebido após o procedimento, esteve mais presente nas mulheres que vivem em países religiosos e aquelas que não tiveram apoio da família ou do companheiro, assim como os sentimentos negativos também estão atrelados ao suporte emocional e história prévia de saúde mental fragilizada. **Conclusão:** Os resultados obtidos apontam que as repercussões do aborto no contexto da clandestinidade se manifestam de forma dinâmica, de acordo com a individualidade de cada mulher, porém estão atrelados entre si. Entretanto, há a necessidade de mais estudos que abordem a temática, principalmente em países com leis restritivas.

Palavras-chave: Aborto provocado, Saúde reprodutiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 Dimensões epidemiológica política do abortamento.....	10
3.2 As implicações biopsicossociais.....	14
3.3 A visão dos profissionais e das mulheres.....	18
4 METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de estudo.....	21
4.2 Estratégia de captação de estudos para a revisão.....	21
4.3 Organização e análise dos estudos	22
5 ASPECTOS ÉTICOS	23
6 RESULTADOS	24
7 DISCUSSÃO	31
7.1 O estereótipo feminino e repercussões sociais nas condições do aborto no contexto da clandestinidade.....	31
7.2 Repercussões do aborto na saúde física das mulheres.....	33
7.3 O significado emocional e a saúde mental das mulheres no contexto do aborto.....	35
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

O aborto é uma prática antiga e universal. Através dos anos, ocorreu em diferentes formas, diferentes contextos políticos, sociais e culturais. As leis variam ao redor do mundo, onde em alguns países é acessível ao requerimento da mulher, enquanto em outros é totalmente proibido perante a lei. A legalização do aborto é um tema de muita controvérsia, muitos defendem que é um direito humano, um direito sexual e reprodutivo, levando em conta o perigo que cerca um aborto provocado no contexto da clandestinidade, enquanto outros condenam a mulher em nome da vida do embrião (GUILLAUME; ROSSIER, 2018).

O termo aborto refere-se à prática da interrupção da gravidez até a 20-22ª semana de gestação, com o feto pesando menos de 500 gramas. Assim, aborto é o produto da concepção sendo eliminado (OMS, 2013). Ele pode ser espontâneo, quando se inicia independente de qualquer mecanismo externo, ou induzido, que é o resultado da utilização de qualquer processo externo, químico ou mecânico, podendo esse ser legal ou ilegal (BORSARI *et al.*, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aborto inseguro é um procedimento realizado para interromper uma gravidez, praticado por pessoas não habilitadas em um local inadequado. Neste trabalho não utilizaremos o termo “aborto ilegal”, “aborto clandestino” ou “aborto criminal” e sim “aborto provocado no contexto da clandestinidade”, para não remeter a culpabilização da mulher ou julgá-la perante tal ato.

Conforme o Código Penal brasileiro, que data de 1940, o aborto é praticado legalmente em apenas três casos: risco de vida para a mãe, evitando danos graves e irreversíveis a saúde da gestante, gravidez resultante de estupro e, desde 2012, a anencefalia. Nas últimas décadas, a justiça brasileira tem permitido a interrupção da gravidez em casos de malformação fetal incompatível com a vida, sob autorização de um juiz. Pela lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 Art. 124, se caso a mulher provocar o aborto em si mesma ou consentir que outro lhe provoque, não se encaixando nesses três casos previstos, ela pode ser julgada a pena de um a três anos de detenção (BRASIL, 1940).

Apenas no início do século XX, houve a inclusão das demandas da saúde da mulher nas políticas nacionais de saúde, sendo restrita às demandas de gravidez e parto. Em 2004, foi consolidado o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria ao movimento de diversos setores da sociedade, que assegurou a saúde da mulher como prioridade. Desta forma, refletiu o compromisso com a implementação de ações de saúde para garantia dos direitos humanos das mulheres e redução da morbimortalidade materna por causas preveníveis e evitáveis. (BRASIL, 2004). Um ano depois, o Ministério da Saúde criou a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, com revisão de normas gerais de acolhimento, orientação e atenção clínica. Deste modo, garantindo a ampliação do acesso à atenção, auxiliando profissionais de saúde a organizar uma assistência eficaz e de qualidade, livre de julgamentos morais (BRASIL, 2011).

De 2015 a 2019, 121 milhões de mulheres apresentaram gravidezes indesejadas por ano em todo o mundo, onde 73,3 milhões de abortos (legais e ilegais) ocorreram no mesmo período, o que reflete que 61% das gravidezes terminaram em aborto (BEARAK, *et al.*, 2020). Estima-se que 25,1 milhões de abortos foram realizados de forma insegura entre 2010 e 2014, e que 97% destes procedimentos ocorrem em países em desenvolvimento e com leis restritivas (GANATRA *et al.* 2017). Segundo a Pesquisa Nacional do Aborto (2016), pelo menos 4,7 milhões de mulheres brasileiras de 18 a 39 anos realizou um aborto, ou seja, uma a cada cinco mulheres em idade reprodutiva, e só no ano de 2016 foram 500 mil abortamentos (DINIZ; MEDEIROS, MADEIRO, 2016).

Esse problema realça ainda mais as desigualdades sociais e regionais existentes no país. Por exemplo, nas regiões Norte e Nordeste, a taxa de abortamento é mais elevada e os índices de redução, mais baixos (SANTOS *et al.*, 2013). A vulnerabilidade, desigualdade de raça, gênero e de acesso à educação, menor acesso à informação, *déficit* de recursos econômicos, fazem com que o aborto no contexto da clandestinidade atinja com maior prevalência as mulheres negras, pobres e marginalizadas (ANJOS *et al.*, 2013).

Além da morte, vemos casos de sepse, hemorragia, perfuração uterina e esterilidade, geralmente causados por inserção de gravetos, vidro e outros objetos cortantes na vagina (OMS, 2020). Verifica-se que a problemática na saúde pública que circunda o aborto vai além das questões físicas e mortes decorrentes, mas

também a falta de apoio que essas mulheres têm, com julgamentos, críticas e a culpa que carregam (SANTOS *et al.*, 2013a).

Não se pode esquecer também da intolerância e violência institucional que essas mulheres sofrem por parte dos profissionais. É comum que eles tenham preconceito, pois, pode ir contra seus valores pessoais, causando demora no atendimento, falta de interesse em escutar e orientar a mulher ou até mesmo a discriminação verbalizada (SANTOS *et. al*, 2013b).

Com isso, percebe-se o estigma que envolve a temática, de que a mulher que aborta é assassina e pecadora, reforçando o estereótipo do gênero feminino de cuidar do outro, de que nascem com instinto materno, violando as projeções ideais da mulher, contrariando as normas sexuais e reprodutivas impostas a elas (ADESSE *et al.*, 2016).

Desse modo, criminalizar a interrupção voluntária da gestação, além de resultar em mortes que poderiam ser evitadas, penaliza as camadas mais vulneráveis da sociedade e priva a mulher de escolher sobre o seu próprio destino, assim como o seu próprio corpo, criando um problema de saúde pública e afrontando o direito fundamental à dignidade da pessoa humana (OLIVEIRA, 2018).

Assim, este trabalho foi proposto com base no aumento na morbimortalidade, suas implicações na vida da mulher e trazer alternativas e subsídios para que equipes de saúde possam orientar essas mulheres em situações pós-aborto.

Diante disso, este trabalho tem como questão norteadora: quais as repercussões biopsicossociais do aborto provocado no contexto da clandestinidade na vida das mulheres abordados nas produções científicas dos últimos cinco anos?

2 OBJETIVO

Analisar as repercussões biopsicossociais do aborto provocado no contexto da clandestinidade na vida e saúde das mulheres.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DIMENSÕES EPIDEMIOLÓGICA POLÍTICA DO ABORTAMENTO

As taxas de gravidezes desejadas caíram de 91 a cada 1000 mulheres entre 15 e 44 anos em 1995 para 79 a cada 1000 mulheres em 2008. Verificou-se decréscimo na taxa de abortamentos induzidos de 35 a cada 1000 mulheres em 1995 para 26 a cada 1000 mulheres entre 15 e 44 anos em 2008 em todo o mundo. Esta redução é consequência da queda na taxa de abortamentos seguros, enquanto o abortamento inseguro se manteve constante desde 2000, com aproximadamente 14 a cada 1000 mulheres. Estimou-se que a quantidade de abortamentos inseguros era de aproximadamente 20 milhões em 2003 e de 22 milhões em 2008. A porcentagem dos abortamentos provocados no contexto da clandestinidade aumentou de 47% em 2003 para 49% em 2008 mundialmente (OMS, 2013). Quase 98% deles ocorreram em países em desenvolvimento, onde ocorreu um aumento de 2,8 milhões de abortos desde 2003, ou seja, nos locais em que a mortalidade materna é mais elevada e o acesso a um abortamento seguro é difícil, diferentemente dos países desenvolvidos, que houve uma redução de 0,6 milhões de abortos desde 2003 (SEDGH; *et al.* 2012).

Os abortos resultam em 47 mil mortes por ano, sendo dois terços deles concentrados no continente africano (CISNE; CASTRO; OLIVEIRA, 2018). Para a América Latina e Caribe, estima-se que o número de abortos feitos em condições inseguras é de 4,2 milhões por ano (LEAL, 2012). Já no território nacional, em 2015 estimou-se que aconteceram aproximadamente 503 mil abortos induzidos, (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016) ou seja, são 57 mulheres realizando aborto por hora, 1.369 por dia no Brasil (ANIS, 2018). Além disso, na região Norte, o risco de mortalidade materna por aborto é 1,6 vezes maior em relação a região Sudeste. O risco é 2,5 vezes maior também para mulheres negras analfabetas ou semianalfabetas em relação às brancas e 5,5 vezes maior comparado com as que tiveram 12 anos ou mais de escolaridade (ANJOS; *et. al.*,2013).

Em 1994 na Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento (CIPD) no Cairo, Egito, foram discutidos novos conceitos de direito reprodutivo e estratégias baseadas em tratados internacionais e em declarações globais de

consenso que abordam o respeito, a proteção e o cumprimento dos direitos humanos: o direito de todos ao acesso ao maior padrão de saúde possível; o direito básico de decidir o número, espaçamento e o momento de terem filhos; o direito das mulheres de decidir livre e responsabilmente sobre temas relacionados a sua sexualidade e reprodução, sem coerção, discriminação ou violência e o direito de acesso à informação sobre saúde, por exemplo, sendo eliminar o aborto provocado no contexto da clandestinidade uma das principais estratégias de saúde reprodutiva global da OMS (OMS, 2013).

No Brasil, em 2004, foi consolidado o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, que tem como enfoque a integralidade e promoção da saúde como princípios para buscar avanços em relação a temática de saúde sexual e reprodutiva das mulheres, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

A norma técnica que abordava a Atenção Humanizada ao Abortamento foi criada em 2005 pelo Ministério da Saúde, onde apresenta instrumentos de ação para produzir resultados que reflitam respeito à cidadania feminina e cumpram as Resoluções da Cúpula do Milênio das Nações Unidas (Nova Iorque, 2000) que definiu uma de suas metas como redução da mortalidade materna em 75% até 2015. Criada após o reconhecimento do Governo brasileiro de que o aborto no país é realizado de forma insegura e que é uma importante causa de morte materna. Além disso, afirma que essas mulheres necessitam de um acolhimento, devem ser atendidas com respeito e dignidade ao procurarem um serviço de saúde, tendo os princípios norteadores de igualdade, liberdade, não sendo admitidas qualquer discriminação ou restrição ao acesso à saúde (BRASIL, 2011).

Na América Latina, os únicos países que têm leis que permitem o aborto seguro e acessível são Cuba e Uruguai, que conquistou recentemente a legalização do aborto. Em contrapartida, há países que não é permitida a interrupção da gravidez nem quando for constatado o risco de vida para a mãe, como no Chile, Nicarágua, Honduras e El Salvador, e, pouco tempo atrás, a República Dominicana também estava na lista, porém uma reforma no código penal do país permitiu a realização legal do aborto quando houver risco para a mãe. A África encontra-se em situação parecida, onde apenas três países oferecem leis liberais para o aborto seguro: Zâmbia, África

do Sul e Etiópia (FAUNDES; 2015). Já o Brasil, é um dos 44 países com as leis mais restritivas ao aborto (STREFLING *et. al.*, 2015).

Na Etiópia, em 2005, foram liberadas as leis para aborto seguro, onde antes era apenas permitido em casos de proteção a vida da mãe ou sua saúde física, agora é possível realizá-lo de forma segura em casos de estupro, incesto ou comprometimento fetal, se ela apresenta uma doença física ou mental, e se for menor de idade fisicamente ou mentalmente não preparada para ter um filho. No Japão, a lei que liberava o aborto, criada em 1948, foi inicialmente baseada na teoria da eugenia, porém era uma lei liberal. Com isso, o aborto se tornou a principal forma de controle de natalidade no país, sendo necessária uma reforma em 1996. Atualmente, é permitido em casos para proteção da saúde da mulher, que inclui razões socioeconômicas e em casos de estupro e crime sexual. A grande maioria dos abortos se enquadra na indicação de proteção à saúde da mulher. No Canadá, o aborto não é restrito desde 1988 e é acessível quando requisitado. Contudo, ele não é facilmente acessível em áreas remotas (BERER, 2017).

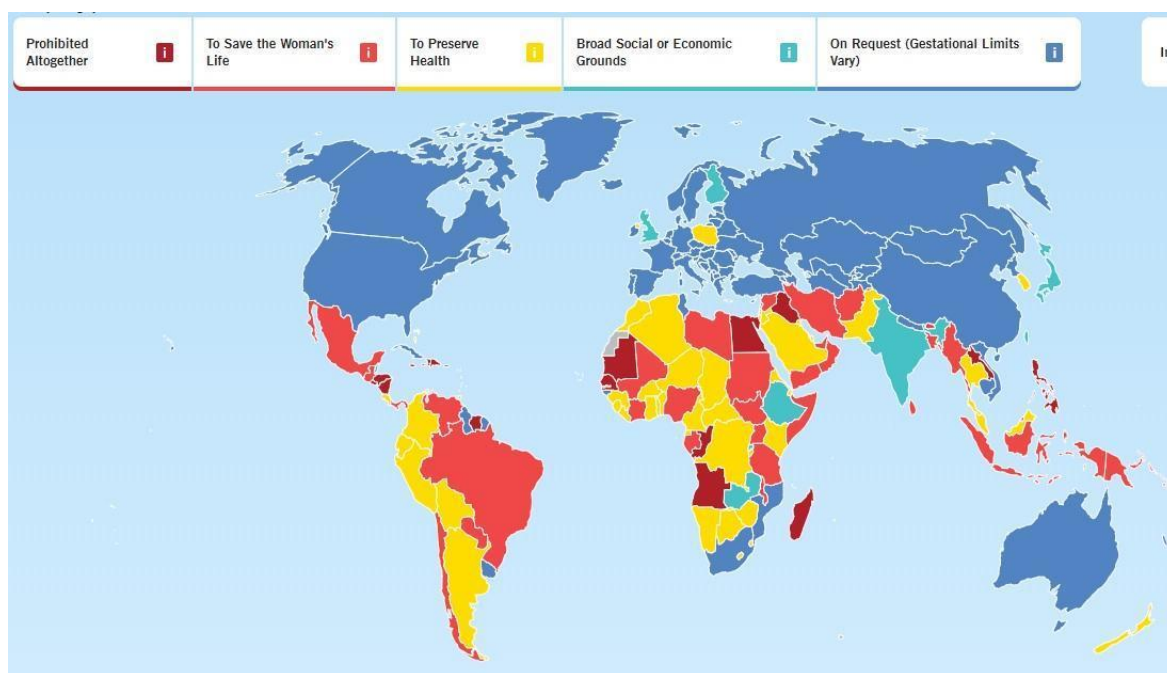
Os níveis de aceitação para aborto legal variam de acordo com o nível de desenvolvimento do país: 90% dos países desenvolvidos permitem aborto para proteger a saúde física ou mental da mulher, enquanto apenas 50-60% dos países em desenvolvimento permitem aborto nessas condições. As diferenças entre regiões são ainda mais visíveis quando se fala sobre aborto em situação de estupro, abuso sexual, incesto ou incompatibilidade fetal: duas vezes mais dos países desenvolvidos (86%) permitem o aborto seguro em relação aos países em desenvolvimento (41%). A autorização para aborto por razões sociais e econômicas também são muito distintas em países desenvolvidos: 82% permitem aborto seguro nesses casos, enquanto apenas 20% dos países em desenvolvimento têm leis liberais (GUILLAUME; ROSSIER, 2018).

A União Soviética foi o primeiro país que concedeu o direito de “abortar a pedido” em 1920. A Islândia, Suécia e Dinamarca despenalizaram na década de 30. Nos anos 60 a maioria dos países industrializados legalizaram o aborto em determinadas causas. Nos anos 80, foram discutidos nos Estados Unidos e a tendência é a despenalização no país, graças a pressão do movimento feminista (DISCACCIATI, 2018). Atualmente, 67 países oferecem aborto seguro para mulheres que solicitam contra 26 países que proíbem sob qualquer circunstância (*Center for Reproductive Rights*, 2019).

Em 2017, dos 43 países da Europa, 29 deles permitem aborto quando requisitado pela mulher, e quatro por motivos sociais e econômicos. Porém, em alguns países o acesso ao aborto seguro continua limitado. Em Andorra, Malta, San Marino e no Vaticano, o aborto é totalmente proibido. Nos países do sul da Ásia, a taxa de aborto chega a quase um terço dos abortos provocados no contexto da clandestinidade do mundo, isso ocorre devidos leis anti-aborto extremamente rígidas. (GUILLAUME; ROSSIER, 2018).

A organização de advocacia global, *Center for Reproductive Rights* disponibiliza um mapa de todas as leis ao redor dos 193 países do mundo, onde é possível ver de forma ampla o status legal do aborto, em tempo real (figura 1):

Figura 1- Mapa das leis do aborto



Fonte: Center for Reproductive Rights 2019

O abortamento legal pode ser realizado de diversas maneiras: abortamento cirúrgico, onde há a aspiração a vácuo intrauterina, técnica de escolha para a interrupção da gravidez com um máximo de 12 a 14 semanas de gestação. O abortamento farmacológico, quando a gravidez está em idade gestacional de até 9 semanas. Utiliza-se mifepristone seguido de misoprostol 1 a 2 dias mais tarde. O mifepristone sempre deve ser administrado por via oral. Em gestações com máximo de 7 semanas, pode-se administrar o misoprostol por via vaginal, bucal, sublingual ou oral. Já os procedimentos do aborto inseguro, podem implicar na inserção de uma

substância ou objeto (uma raiz, um galho, um cateter) no útero, dilatação e a curetagem realizada incorretamente por alguém não capacitado, ingestão de preparados caseiros, nocivos à saúde. Em alguns casos, há espancamentos a socos a parte inferior do abdômen da mulher, o que pode levar a ruptura do útero e a morte (OMS, 2013).

3.2 AS IMPLICAÇÕES BIOPSISSOCIAIS

O aborto provocado no contexto da clandestinidade representa um dos desafios globais em relação a direitos de saúde e direitos humanos mais críticos dos dias atuais (SHAH; ÂHMAN, 2009).

Com os avanços das práticas de saúde, as novas tecnologias mais seguras e eficazes, há a possibilidade da eliminação dos abortos inseguros e as mortes relacionadas, contanto que existam políticas específicas e um acesso universal a estes serviços. Apesar dos avanços, prevê-se que 33 milhões de usuárias de métodos anticoncepcionais fiquem grávidas anualmente. Algumas destas gravidezes acidentais são finalizadas pelo abortamento induzido e outras irão gerar bebês não planejados. Estima-se que a cada ano são feitos 22 milhões de abortamentos no contexto da clandestinidade, levando cerca de 47.000 mulheres a morte ou a problemas físicos e mentais em outras 5 milhões de mulheres. Se a educação sexual, o planejamento familiar, o acesso ao abortamento seguro e a atenção às complicações decorrentes do abortamento fossem acessíveis para todas, cada uma destas mortes e disfunções poderia ter sido evitada (OMS, 2013).

Na maioria dos países desenvolvidos há amparo legal para o abortamento seguro, por solicitação da mulher, é possível dispor e ter acesso facilmente a esses serviços em geral. Já nos países em que o abortamento está restrito ou não está disponível pela lei, o aborto seguro se torna um privilégio das mulheres ricas, fazendo com que as mulheres de baixa renda sejam mais suscetíveis a procurarem outros métodos inseguros para realizá-lo, provocando a morte e gerando maior responsabilidade social e financeira para o sistema de saúde pública (OMS, 2013).

Em 2004, uma pesquisa da Organização Mundial da Saúde baseada em estimativas e dados de todos os países do mundo, mostrou que quanto mais flexível

as leis do aborto forem, menos mortes acontecerão por abortos ilegais. Nesta pesquisa, encontraram também que há apenas seis motivos que permitem o aborto nos países onde é legal: 1- risco de vida para a mãe; 2- estupro ou abuso sexual; 3- anomalia fetal; 4- risco a saúde física e, em alguns casos, saúde mental da mulher; 5- razões sociais e econômicas; 6- por solicitação da mulher. Países com quase nenhuma morte por aborto inseguro são aqueles que aceitam a solicitação da mulher sem nenhuma restrição (BERER, 2017).

No Brasil, historicamente a Igreja Católica assumiu um papel nos processos políticos, construção do modelo de sociedade civil e formulação dos direitos individuais e coletivos, devido a transformação promovida pela República no final do século XIX. Isso faz com que os ideais católicos tenham força política no país, tornando-a a principal esfera que atua contra a descriminalização do aborto (GOMES; MENEZES, 2015).

Diversas pesquisas brasileiras trazem que a ilegalidade do aborto traz apenas consequências negativas para a vida da mulher, não impede a prática e perpetua a desigualdade social no país (BRASIL, 2009). Isso mostra que, mesmo com a proibição do aborto no Brasil, é provado que a interrupção da gravidez existe, é uma questão social de ampla dimensão e que, na maioria dos casos, é realizado nas piores condições, fato que coloca em risco a vida das mulheres (OMS, 2013).

Dados do Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que a incidência de óbitos decorrentes de complicações do aborto é de 12,5%, ocupando o terceiro lugar no ranking de mortalidade materna (DOMINGOS; MERIGHI, 2010). Segundo Diniz e Medeiros (2017), ao final da vida reprodutiva, uma a cada cinco mulheres realizarão o aborto inseguro no país, mostrando o quanto é um fenômeno comum no Brasil. A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2016 trouxe que 13% das mulheres de 18 a 39 anos realizaram pelo menos um aborto ao longo da vida.

Enquanto as mulheres com melhores condições financeiras recorrem a clínicas de aborto em boas condições, com profissionais preparados, as mulheres mais carentes são obrigadas a buscarem métodos perigosos para a realização do abortamento resultando em graves complicações. (SANTOS *et al.*, 2013). Arambepola *et al.* (2016) traz que o baixo status socioeconômico, baixa escolaridade e ocupações menos ou não qualificadas, são fatores de risco para o aborto inseguro, principalmente em países onde ele é ilegal. Mostra também que no Sri Lanka, o programa nacional de saúde da família engloba apenas mulheres casadas ao atendimento domiciliar e

de parteiras, ao menos que estejam grávidas ou já tenham um filho, excluindo mulheres que não vivem com o parceiro, dificultando o acesso a anticoncepção para evitar uma gravidez não desejada.

Ao criminalizar o aborto, instala-se a desigualdade social, cria e preserva estruturas de violência que aumentam a vulnerabilidade daqueles que passam por situações precárias. No Chile, as leis atuais estabelecem que uma mulher que realiza o aborto no contexto da clandestinidade está sujeita cinco anos de detenção. Quase todas que cumprem a pena são mulheres das camadas mais vulneráveis da sociedade, que precisaram de atendimento em hospital público e foram denunciadas (NICHOLLS; CUESTAS, 2018).

Um estudo de Bankole *et al.* (2014), traz dados do país africano Burquina Faso, e mostra que mulheres pobres e da zona rural são as mais propensas a procurarem o aborto menos seguro possível, ao contrário das mulheres urbanas e/ou com maior escolaridades, que realizam abortos ilegais com profissionais de saúde mais treinados e que apresentam as regras básicas de higiene e segurança. Essa disparidade é comum em outros países onde o aborto seguro é restrito: mulheres com mais recursos financeiros conseguem obter uma terminação da gravidez segura, enquanto mulheres pobres utilizam métodos perigosos e que, muitas vezes, não efetivo. É comum que ocorram abortos incompletos e complicações de saúde.

As principais implicações físicas do aborto inseguro são a hemorragia, a septicemia, a peritonite e o traumatismo do colo do útero e os órgãos abdominais. Podem apresentar também consequências a longo prazo como anemia, esterilidade, dor e fraqueza persistente. É estimado que 17 milhões de mulheres ao redor do mundo sofram de esterilidade secundária após um aborto, enquanto três milhões apresentam infecções crônicas do trato reprodutivo (GUILLAUME; ROSSIER, 2018). Cerca de 20% a 30% desses abortos provocam infecções do trato reprodutivo e entre 20% e 40% destas acabam com uma infecção do trato genital superior. Além disso, uma em cada quatro mulheres que realizam o abortamento inseguro provavelmente irá desenvolver sequelas temporárias ou permanentes (OMS, 2013). Pode haver ainda o agravamento das condições de saúde dessas mulheres, devido o desconhecimento de sinais de alarme e demora na busca de um serviço de saúde, que muitas vezes não é capacitado para atender essa demanda (BRASIL, 2004) ou ainda o medo de maltrato e represálias por parte dos profissionais (OMS, 2013).

O risco de um aborto provocado no contexto da clandestinidade é menor se não for terminado em uma idade avançada da gestação, sempre utilizando um método baseado em evidências. É mais perigoso quando empregado técnicas como ingestão de substâncias causticas ou inseridas na vagina ou inserção de gravetos e varas no útero, que são usualmente utilizados em gravidezes avançadas. (GANATRA *et al.*, 2014).

Ao decidir interromper a gravidez, são produzidas também marcas negativas internas e externas, tornando-as inferiores aos ideais do “ser mulher” dentro da sociedade que se inserem, além de retirar sua autonomia reprodutiva sobre uma circunstância que terá impactos definitivos para sua vida (GALLI; SYDOW; ADESSE, 2010). Após um aborto, deve-se considerar também os efeitos emocionais na vida da mulher. Há algumas décadas, a chamada “síndrome traumática do abortamento” era atribuída aos graves e permanentes danos emocionais causados ao abortamento no contexto da clandestinidade, no entanto, estudos comprovaram que essa síndrome não é real. Todavia, investigações constataram elevada frequência de respostas emocionais adequadas ao aborto legal, superando as respostas negativas. Além disso, verifica-se que os problemas emocionais resultantes do aborto induzido são menos graves e muito menos frequentes do que aqueles que surgem com a gravidez mantida contra o desejo da mulher (DREZETT; PEDROSO, 2012).

Um estudo de Aznar e Cerdá (2014) traz que não se pode comprovar se existe uma síndrome do pós-aborto, mas que se detecta que mulheres que abortaram têm maior chance de apresentar problemas psicológicos, principalmente se realizaram abortos repetidas vezes, e também há casos de sentimentos de alívio ao realizá-lo. Deve-se levar em conta a percepção que a mulher pode ter de dar fim à vida de um ser humano, que neste caso é seu filho, também é um fator importante, senão decisivo, para desencadear transtornos psicológicos.

Terminar uma gravidez é sempre uma decisão difícil, principalmente quando é proibido e estigmatizado (GUILLAUME; ROSSIER, 2018). Palomino *et al.* (2011), traz que as participantes da pesquisa referiram que o aborto é uma experiência e prática marcada pela clandestinidade, culpa e censura. Normas culturais, sociais e religiosas ditam a oposição pública frente ao aborto, mesmo quando é praticado sigilosamente. Comentários que condenam o aborto tendem a estigmatizar quem o realizou.

O aborto induzido no contexto da clandestinidade é mais incidente em países em desenvolvimento como o Brasil. Ele acontece com mais frequência entre mulheres

de baixa escolaridade: em média 23% dos abortos são realizados em mulheres com até o ensino fundamental e 12% têm o ensino médio completo, além de prevalecer em mulheres negras ou pardas, casadas ou em união-estável e com mais de um filho nascido vivo. Leva-se em consideração a dificuldade que essas mulheres têm de acessar um serviço de saúde de qualidade e a presença da violência, que está associado também a elevada taxa de mortalidade materna (SANTOS *et al.*, 2013). Estima-se que em 2012, sete milhões de mulheres foram tratadas devido complicações no pós-aborto em países em desenvolvimento, indicando que o aborto continua com uma taxa de morbidade elevada (SINGH; MADDOW-ZIMET, 2016).

O que vai determinar os riscos do aborto são os métodos utilizados para terminar a gravidez e idade gestacional; os determinantes sociais; contexto legal; o nível de estigma que envolve o aborto; a escolaridade da mulher, acesso a informações sobre o aborto, idade e status socioeconômico (GANATRA *et. al*, 2014).

Portanto, é importante entender que manter as leis para aborto restritivas, afeta somente a parcela mais desprovida da população, que precisam recorrer à insegurança na hora de realizar um aborto. Essas mulheres pobres também são as que chegam ao hospital decorrente de complicações provocadas no pós-aborto, e ocasionalmente são denunciadas e não raras vezes encarceradas por este delito (FAUNDES, 2015).

3.3 A VISÃO DOS PROFISSIONAIS E DAS MULHERES

Como exposto anteriormente, em 2005 foi publicada a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, com diretrizes para auxiliar os profissionais e serviços de saúde a garantir os direitos humanos como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e uma atenção de qualidade. Ela traz propostas de acolhimento, orientação e atenção clínica a usuária, estabelecendo relação de confiança, deixando de lado julgamento, discriminação e preconceitos morais e religiosos (STREFLING *et. al*, 2015a).

Porém, é evidente que esse acolhimento desrespeite as diretrizes de direitos humanos e não ocorra nos serviços de saúde de forma humanizada e de qualidade. Uma pesquisa realizada em cinco estados brasileiros, concluiu que a assistência a

mulheres que realizaram o aborto induzido no contexto da clandestinidade é desumanizada, discriminatória e estigmatizada. Dados de um dossiê do Rio de Janeiro destacam que a violência sofrida pelas mulheres é: retardo no atendimento, falta de interesse da equipe em escutá-la e orientá-la e até mesmo discriminação explícita, com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas (LEMOS; RUSSO, 2014).

Ao investigar a percepção da enfermagem sobre a assistência prestada às mulheres em processo de aborto, foi constatado em alguns estudos que os profissionais têm consciência de que discriminam as mulheres que provocaram aborto e declaram priorizar a assistência às parturientes, puérperas e gestantes, desconsiderando os aspectos humanizados e o risco de saúde que essas mulheres enfrentam. Há também a carga dos profissionais em relação a realização de um crime perante a lei e são pecadoras diante de Deus. Outros dados revelam que, essas atitudes discriminatórias têm relação com a criminalização do aborto e suas leis restritivas no Brasil (STREFLING *et al.*, 2015b).

Por isso, muitas vezes as mulheres têm comportamentos tímidos ou ariscos pois não recebem um tratamento acolhedor de que precisam dos profissionais (STREFLING *et al.*, 2015a). Um estudo de 2012 mostra que alguns profissionais pensam em como elas são “capazes de realizar um aborto” e as consideram “clandestinas”, relatando que há julgamentos por parte da equipe e que há influência na interação médico-paciente. Referem também que mulheres que provocam o aborto “ocupam leitos de mulheres grávidas” e que a missão da obstetrícia é “salvar vidas” ou “cuidar dos fetos” (ZORDO, 2012).

Santos e Brito (2014), mostram as reações das mulheres ao descobrirem uma gravidez indesejada e suas decisões, onde a maioria afirma ter recebido a notícia com tristeza e desespero. Trouxe também a angústia de descobrir uma gravidez, fazendo com que adiassem a busca por exames confirmatórios. Algumas das entrevistadas referem que o primeiro pensamento foi de morte, enfatizando o desespero de descobrir a gestação. Outras falas mostraram que houve sentimentos de felicidade e tristeza ao descobrir a gestação, felicidade pela gravidez e tristeza pois sabiam a necessidade do aborto, ao levar em consideração seus valores e contextos sociais, dificuldades financeiras e até mesmo obstáculo para a procura de trabalho. Mostrou também a auto culpabilização, pelo esquecimento ou o não uso de métodos

contraceptivos, evidenciando a responsabilidade exclusiva da mulher sobre a contracepção, onde cabe somente a ela prevenir a gestação indesejada.

Sendo assim, observa-se que no aborto existe dor e sofrimento, nas dimensões físicas, sociais, emocionais, psíquicas e espirituais, (BARBOSA *et al.*, 2012) enfatizando que condutas discriminatórias não levam a redução ou eliminação dos abortos, além de interferirem na qualidade do cuidado prestado nos serviços públicos de saúde e aumentam a chance de complicações, como o estresse pós-traumático (STREFLING *et al.*, 2015b). Portanto, a assistência em saúde deve enfatizar a necessidade de um cuidado solidário, com união das competências técnico-científicas e humanitárias (BARBOSA *et al.*, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura que tem como característica publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de determinada temática, na perspectiva teórica ou contextual. Artigos de revisão narrativa não apontam as fontes de informação utilizadas, metodologia de pesquisa, nem critérios utilizados na seleção e avaliação dos trabalhos. Consistem em análise da literatura publicada em livros, revistas (impressas ou eletrônicas) e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

4.2 ESTRATÉGIA DE CAPTAÇÃO DE ESTUDOS PARA A REVISÃO

A busca bibliográfica será desenvolvida nas seguintes bases de dados e bibliotecas virtuais: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Base de Dados em Enfermagem (BDENF); National Library of Medicine, USA (MEDLINE/PUBMED – NLM); Scientific Electronic Library Online (SciELO). A seleção dos periódicos respeitará o recorte temporal de cinco anos (2015 a 2020) por haver interesse em publicações atuais.

Aplicou-se a combinação das seguintes palavras chaves e booleanos: “aborto provocado” and “saúde reprodutiva” para a base MEDLINE/PUBMED realizou-se a busca em português e inglês, acrescentando-se as expressões: “induced abortion” and “reproductive health”.

Os critérios de inclusão dos estudos são: artigo, disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico, publicado em periódicos nacional e internacional. Os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos e científicos e documentos

ministeriais. A partir da leitura prévia dos títulos e resumos foram selecionados os artigos da área da saúde.

4.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS ESTUDOS

Para o mapeamento das produções científicas, utilizou-se uma ficha documental constituída das variáveis: ano de publicação e tipo de estudo. Tal mapeamento será apresentado na forma de frequências absoluta e relativa. Para a análise dos artigos na íntegra, aplicou-se em uma ficha de avaliação de dados composta pelas seguintes informações dos artigos: nome da amostra; autor/ano; título; nomenclatura utilizada para descrição do aborto; objetivo; método; principais resultados e base de dados. O conteúdo foi analisado em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados (MINAYO, 2013). Efetuou-se a leitura flutuante e fichamentos (ficha de extração de dados), possibilitando uma visão abrangente do conteúdo.

A leitura integral do artigo possibilitou a transcrição dos resultados e de trechos significativos. Com a leitura exaustiva, realizou-se a codificação dos achados fichados para elaboração das categorias temáticas, com referências dos autores e análise sintética dos textos, a fim de visualizar os textos de forma integrada, podendo relacioná-los e sintetizá-los, observando as convergências, divergências e semelhanças existentes sob a ótica de diferentes autores no que tange às repercussões do aborto no contexto da clandestinidade na vida e saúde das mulheres.

5 ASPECTOS ÉTICOS

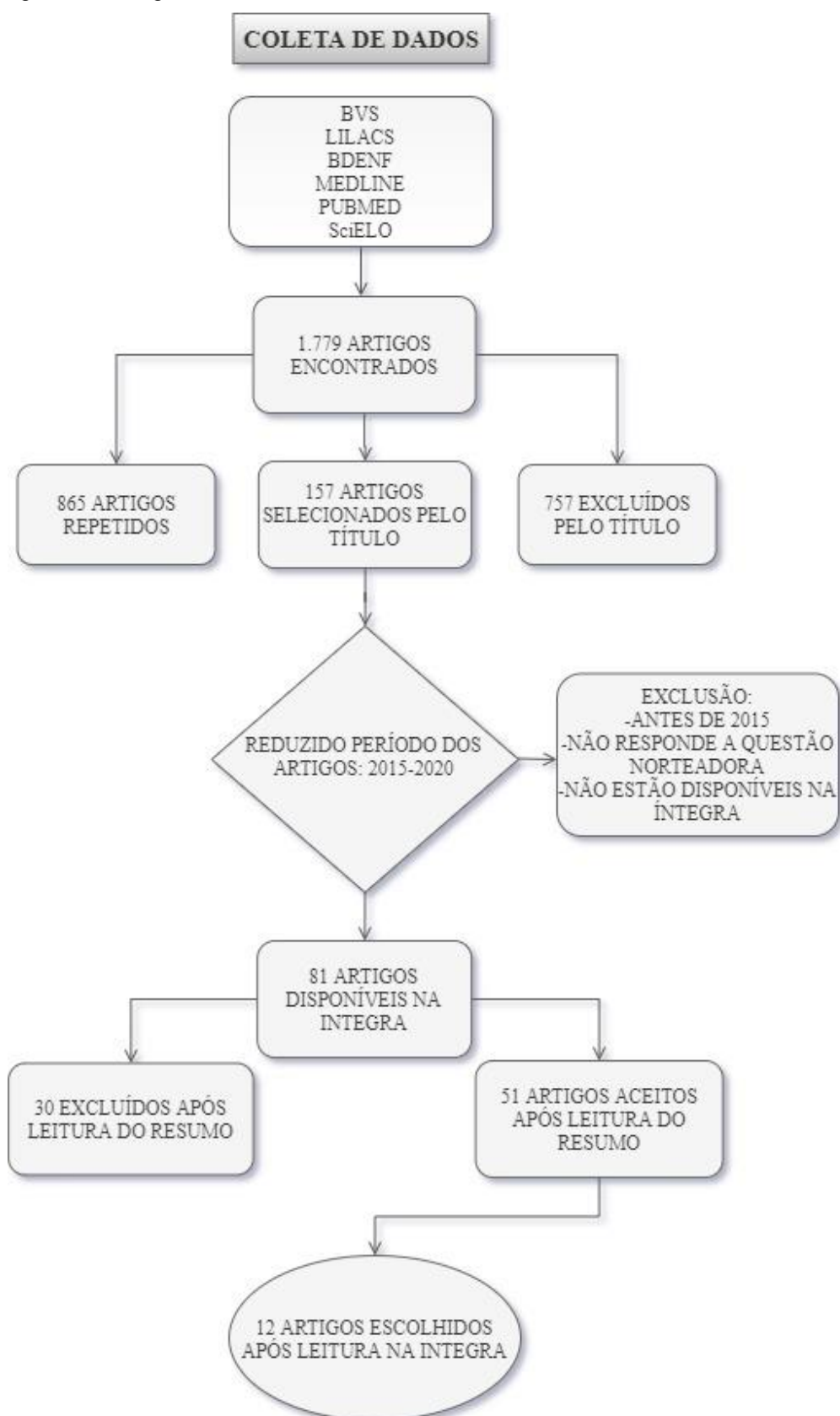
Foram respeitadas as ideias, os conceitos, e definições dos autores, apresentadas de forma autêntica, descritas e citadas conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) de 2013. Foram também respeitadas as diretrizes nacionais de Ética em Pesquisa (CONEP) e aspectos éticos atendidos através da Lei dos Direitos Autorais nº 9.610 de fevereiro de 1998, conservando ideias originais utilizadas.

6 RESULTADOS

A partir da coleta dos dados nas diferentes plataformas de busca, encontramos 1.779 artigos, dos quais 865 deles eram duplicatas de outros estudos. Após a leitura e análise dos títulos, 757 artigos foram excluídos pois não tinham relação com a temática proposta, restando 157 artigos para análise do resumo. Para melhor refinamento, escolha mais precisa dos estudos, e ainda, dados mais atualizados, reduzimos o intervalo das publicações de dez anos para cinco, respeitando um novo recorte temporal de 2015 a 2020. Com isso, obtivemos 81 artigos disponíveis na íntegra para leitura do resumo. Após revisão exaustiva dos resumos, 51 estudos foram escolhidos para leitura completa dos textos, chegando então a uma amostra de 12 artigos que responderam nossa questão norteadora.

A seguir, apresentamos o fluxograma do processo da coleta de dados para o nosso estudo (figura 1).

Figura 2- Fluxograma da coleta de dados



Fonte: Greta Sasso, 2020.

Em relação a caracterização da amostra, os 12 artigos foram publicados entre 2015 e 2020, sendo quatro (33%) das publicações de 2016, do ano de 2015 temos três (25%) publicações que compõe a amostra, assim como três (25%) do ano de 2017. Já dos anos de 2018 e 2020, apenas dois (17%) artigos foram adicionados ao nosso estudo. Dos artigos incluídos, onze (92%) deles foram encontrados na base de dados PubMed e apenas um (8%) na base SciELO, assim como os mesmos onze (92%) estudos são de origem estrangeira, o que mostra a escassez de publicações sobre a temática em nosso país. Bem como o Brasil, a falta de estudos na América Latina também pode ser percebida, pois dos doze artigos da amostra, onze (92%) foram publicados na língua inglesa e um (8%) na língua portuguesa. Quanto ao tipo de estudo/metodologia das publicações, cinco (42%) foram estudos do tipo qualitativo, quatro (33%) quantitativos, dois (17%) são relatos de caso e uma (8%) revisão integrativa.

Todos os estudos responderam à questão norteadora em diferentes aspectos: duas (17%) das publicações abordaram o tema da relação psicológica da mulher que passa pelo processo do abortamento. Dois (17%) dos artigos relataram as questões sociais que envolvem a mulher que enfrenta o aborto no contexto da clandestinidade, como o estigma e comentários da comunidade que está inserida. Em relação às questões biológicas, cinco (42%) dos estudos abordaram as repercussões na saúde física dessas mulheres. Encontramos também três (25%) estudos que conseguiram trazer mais de um tópico proposto no trabalho e suas consequências na saúde da mulher que realiza um aborto.

Neste trabalho, optou-se por utilizar a nomenclatura aborto o contexto da clandestinidade para que não fosse desferida a culpa a mulher que passa no processo de abortamento. Na amostra deste trabalho, encontramos as seguintes terminologias: em quatro (33%) dos artigos utilizou-se 'aborto inseguro' para caracterizar o ato de abortar, três (25%) estudos trouxeram 'aborto induzido' e outros três (25%) apenas 'aborto'. Um (8%) dos trabalhos utilizou 'aborto clandestino' e outro (8%) usou a expressão 'aborto nos setores informais'.

Na tabela 1, temos a ficha de catalogação da amostra, que possibilita a visualização mais abrangente dos dados.

Tabela 1- Catalogação da amostra

N	Autor/ano	Título	Nomenclatura para o aborto	Objetivo	Metodologia	Resultados	Base de dados
E1	Adesse L, Jannotti CB, Silva KS e Fonseca VM, 2016. Rio de Janeiro-Brasil.	Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática	Aborto clandestino	Analisar a produção científica sobre aborto e estigma social e discutir o potencial da categoria estigma para os estudos sobre os processos de assistência às mulheres em situação de abortamento, em nosso país.	Revisão integrativa	A produção social do estigma é local e varia segundo as estruturas de desigualdades; ressaltam a importância de considerar as normas sexuais e reprodutivas em seu contexto e compreender como a transgressão dos estereótipos de gênero marca as mulheres como seres inferiores, deteriorados, promíscuas, pecadoras, sujas, assassinas.	SciELO
E2	Olson RMK e Kamurari S, 2017.	Barriers to safe abortion access: uterine rupture as complication of unsafe abortion in a Ugandan girl	Aborto inseguro	Uma menina de 15 anos foi atendida em um centro de saúde de Uganda para interromper sua gravidez por estupro de seu tio e os profissionais de saúde se recusaram a realizar o aborto. A paciente obteve o aborto inseguro por inserção vaginal de ervas e objetos pontiagudos e desenvolveu choque hemorrágico.	Relato de caso	A paciente foi submetida a uma laparotomia de emergência. Uma histerectomia subtotal foi então realizada com boa hemostasia e o abdome foi fechado por planos. A paciente recebeu alta cirúrgica e pós-operatório estável.	PubMed
E3	Sama CB, Aminde LN e Angwafo FF, 2016.	Clandestine abortion causing uterine perforation and bowel infarction in a rural area: a case report and brief review	Aborto inseguro	Discutimos o caso de uma mulher de 21 anos que apresentou choque séptico após ter se submetido a um aborto inseguro de uma gravidez de 11 semanas com perfuração da parede uterina e lesão intestinal que exigiu ressecção	Relato de caso	Uma laparotomia de emergência foi realizada pois a cavidade peritoneal continha cerca de 1,5l de sangue com material fecalóide. Um segmento de intestino delgado necrótico devido perfuração de 2 cm no fundo do útero edemaciado. Um caule de 3 cm foi encontrado ligando o útero ao intestino. A peça foi extraída, a perfuração uterina reparada E feita a ressecção de cerca de 15 cm da porção inviável do intestino.	PubMed

E4	Rocca CH, Kimport K, Roberts SCM, Gould H, Neuhaus J, Foster DG, 2015.	Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study	Aborto induzido	Investigar como as opiniões das mulheres sobre a decisão de interromper a gravidez e as emoções mudam ao longo de três anos.	Estudo longitudinal quantitativo	A probabilidade de relatar que o aborto foi a decisão certa foi superior a 99% em todos os momentos ao longo de três anos. Mulheres com gestações mais planejadas e mais dificuldade em decidir interromper a gravidez, tiveram menor chance de relatar o aborto foi a decisão certa. As emoções negativas e positivas diminuíram ao longo do tempo. Maior estigma do aborto na comunidade e menor apoio social foram associados a emoções mais negativas.	PubMed
E5	Polis CB, Mhango C, Philbin J, Chimwaza W, Chipeta E, Msusa A, 2017.	Incidence of induced abortion in Malawi, 2015	Aborto induzido	Determinar as estimativas atuais de aborto induzido no Malawi.	Quantitativo	Aproximadamente 38 abortos induzidos por 1.000 mulheres com idades entre 15-49 ocorreram no Malawi em 2015. Estima-se menos complicações entre mulheres que realizam aborto com médicos, enfermeiras e parteiras (varia de 19% a 34%, independentemente da condição urbana/rural ou pobre/não pobre), em comparação com aquelas que realizam com curandeiros tradicionais, farmacêuticos, auto induzem ou com indivíduo não treinado (variando de 54% a 80%, independente de condição financeira).	PubMed
E6	Biggs MA, Brown K, Foster DG, 2020.	Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion.	Aborto	Avaliar prospectivamente as percepções do estigma do aborto após receber ou ter um aborto negado durante 5 anos, os fatores associados ao estigma do aborto percebido e os efeitos do estigma do aborto no bem-estar psicológico.	Longitudinal quantitativo	Uma semana após buscar pelo aborto, mais da metade das mulheres dizem que, se outros descobrissem, seriam menosprezadas por pessoas próximas (60%) ou pela comunidade (56%). As pessoas que negaram o aborto e que levaram a gravidez a termo (grupo <i>Turnaway-parto</i>) relataram estigma significativamente menor das pessoas próximas a elas e da comunidade do que as <i>quase limite</i> , diferenças que permaneceram significativas por 1,5 anos. O estigma geral do aborto diminuiu para ambos os grupos do estudo. Maior estigma do aborto no início do estudo foi associado a maiores chances de sofrimento psicológico anos mais tarde.	PubMed

E7	Smith W, Turan JM, White K, Stringer KL, Helova A, Simpson T e Cockrill K, 2016.	Social Norms and Stigma Regarding Unintended Pregnancy and Pregnancy Decisions: A Qualitative Study of Young Women in Alabama	Aborto	Explorar as percepções de normas e estigmas relacionados à gravidez indesejada, paternidade, adoção e aborto, e examinar as diferenças raciais nessas percepções, entre jovens mulheres de baixa renda em Birmingham, Alabama.	Qualitativo	As expectativas da comunidade para que a gravidez ocorresse no contexto de relacionamentos monogâmicos, onde ambos os parceiros eram maduros e financeiramente estáveis. Relataram que a gravidez indesejada fora dessas circunstâncias é comum e que a comunidade espera que as mulheres jovens criem esses filhos.	PubMed
E8	Kalilani-Phiria L, Gebreselassie H, Levandowski BA, Kuchingale E, Kachale F e Kangaude G, 2015.	The severity of abortion complications in Malawi	Aborto induzido	Estimar a gravidade das complicações do aborto em Malauí e para determinar os fatores de risco associados.	Transversal quantitativo	Um quarto (27,4%) das mulheres apresentou morbidade grave ou moderada. Sepse (13,7%), retenção de produtos da concepção (12,7%) e febre (12,3%) foram as complicações mais comuns. A taxa de letalidade foi de 387 mortes por 100.000 procedimentos pós-aborto. Mulheres com complicações graves ou moderadas eram mais prováveis de serem de áreas rurais do que urbanas e ter relatado interferir na gravidez.	PubMed
E9	Yegon EK, Kabanya PM, Echoka E e Osur J, 2016. Nairóbi-Quênia.	Understanding abortion-related stigma and incidence of unsafe abortion: experiences from community members in Machakos and Trans Nzoia counties Kenya	Aborto inseguro	Explorar o estigma relacionado ao aborto nas comunidades como uma barreira para as mulheres entenderem sobre seus direitos a um aborto seguro e legal e comparar as manifestações do estigma do aborto em duas comunidades de regiões com alta e baixa incidência de aborto inseguro.	Qualitativo	O aborto é reconhecido como comum nas comunidades, mas seus membros expressaram o estigma às mulheres que procuram um aborto. Eram rotuladas como assassinas e consideradas má influência para as mulheres mais jovens. As mulheres relataram que foram mal tratadas pelos profissionais de saúde por buscarem o aborto. A institucionalização do estigma, especialmente quando o Ministério da Saúde retirou normas e diretrizes, apenas intensificou a forma como o estigma se apresenta e levou mulheres a buscarem métodos inseguros gerando um aumento na morbidade e mortalidade.	PubMed

E10	Brauer M, van Ditzhuijzen J, Boeije H e van Nijnatten C, 2018.	Understanding Decision-Making and Decision Difficulty in Women With an Unintended Pregnancy in the Netherlands	Aborto	Descrever os processos de tomada de decisão de mulheres que enfrentaram uma gravidez indesejada: (a) optaram pelo aborto e tiveram nenhuma ou pouca dificuldade na decisão, (b) optaram pelo aborto e tiveram mais dificuldade de decisão; (c) decidiram dar à luz depois de considerar o aborto, experimentaram grande dificuldade de decisão.	Qualitativo	Mulheres com pouca dificuldade na decisão, sentem-se aliviadas imediatamente após o aborto, com recuperação física e emocional rápida. Mulheres com muita dificuldade na decisão, guarda memórias dolorosas sobre o procedimento, podendo se sentir culpada e desapontada. Embora a maioria das mulheres em todos os grupos estivesse satisfeita com a decisão final, as mais satisfeitas eram as do grupo pouca dificuldade. Tanto no grupo com muita dificuldade de decisão quanto no grupo parto, havia mulheres que tiveram dificuldade em aceitar sua escolha final.	PubMed
E11	Vallely, LM; Homiehombo, P; Kelly-Hanku, A e Whittaker A, 2015.	Unsafe abortion requiring hospital admission in the Eastern Highlands of Papua New Guinea - a descriptive study of women's and health care workers' experiences	Aborto inseguro	Descrever, a partir do cenário de Papua Nova Guiné, as razões pelas quais as mulheres recorrem ao aborto inseguro, as técnicas utilizadas, as consequências que levam à internação hospitalar e as razões por trás do aborto e da procura de atendimento pós-aborto.	Qualitativo	As mulheres procuraram atendimento pós-aborto devido ao sangramento vaginal excessivo e fortes dores abdominais, algumas com medo de morrer se não procurassem ajuda. A maioria se sentiu aliviada por não estar mais grávida e outras relataram sentimento de tristeza e falaram de arrependimento pelo que haviam feito.	PubMed
E12	Gerdtz C, Raifman S, Daskilewicz K, Momberg M, Roberts S e Harries J, 2017.	Women's experiences seeking informal sector abortion services in Cape Town, South Africa: A descriptive study	Aborto nos setores informais	Compreender melhor o comportamento, conhecimento e experiências das mulheres que procuram aborto no setor informal na África do Sul, bem como testar método de recrutamento específico, que pode levar a melhores estimativas da prevalência de aborto no setor informal entre uma população particularmente em risco.	Quantitativo	Mais da metade da população do estudo (57%) relatou ter sido informada sobre efeitos colaterais do aborto, por amigos, familiares ou membros da comunidade (19%) e curandeiros (5%). 93% das mulheres relataram "sangramento intenso" e 11 (26%) procuraram atendimento médico. Houve relatos de cólica e dores abdominais (88%), tonturas (57%) e náuseas (50%). Uma mulher teve infecção após o procedimento. Quando suas tentativas falharam, cinco mulheres buscaram tratamento adicional para interromper a gravidez.	PubMed

Fonte. Greta Sasso, 2020

7 DISCUSSÃO

Após a leitura e análise dos estudos que responderam a questão norteadora quais as repercussões biopsicossociais do aborto no contexto da clandestinidade na vida da mulher, obteve-se a temática que envolve o estereótipo feminino e repercussões sociais nas condições do aborto no contexto da clandestinidade; repercussões do aborto na saúde física das mulheres; e o significado emocional e a saúde mental das mulheres no contexto do aborto.

7.1 O ESTEREÓTIPO FEMININO E REPERCUSSÕES SOCIAIS NAS CONDIÇÕES DO ABORTO NO CONTEXTO DA CLANDESTINIDADE

A amostra deste estudo traz as percepções do estigma em relação ao aborto. Mostra tanto a visão da mulher que aborta e seus sentimentos em relação aos comentários e julgamentos, quanto a visão da sua comunidade quando descobrem sobre a interrupção da gravidez.

No estudo E1, os autores trazem artigos sobre o estigma do aborto. Alguns trabalhos abordam que o estigma num geral, marca o indivíduo com a vergonha, mancha sua identidade e, por consequência, o exclui e censura. Tratando-se do aborto, os autores trazem que a mulher que interrompem a gravidez, tem caráter desnaturado de recusa da maternidade, além de serem consideradas esposas más e egoístas na visão da sociedade. Outros estudos apresentam o “auto estigma” e o “estigma sentido”, ou seja, a internalização dos preconceitos e as atitudes de desvalorização vindo de terceiros. A interiorização deste sentimento, geralmente é expressa após a exposição a comentários negativos sobre outras mulheres que realizaram um aborto, e elas acabam acreditando no discurso. O sentimento pode ser pior em mulheres que creem que a responsabilidade de evitar a gravidez é apenas delas (COCKRILL, NACK, 2013).

Os estudos E1 e E6, trazem que as mulheres que realizaram um aborto, tinham certeza de que seriam desprezadas ou vistas de forma diferente se alguém descobrisse que ela realizou, ou procurou informações sobre o procedimento. Assim como traz Mohamed *et al.* (2018), onde as entrevistadas afirmam que seriam julgadas, ouviriam comentários maldosos e as pessoas da família ficariam decepcionadas. Houve também a aceitação de algumas das participantes, pois “*não adiantava se preocupar com julgamento ou fofoca, pois a decisão havia sido tomada e o aborto já havia ocorrido*” (Mohamed *et al.*, 2018), mostrando uma autoconfiança dessas mulheres em relação as suas próprias escolhas.

O artigo E6 mostra que, mulheres que procuraram aborto, mas que optaram por continuar a gravidez, perceberam menos o estigma social e individual que as mulheres que o realizaram. Ao escolher terminar com a gravidez, a mulher desafia o conceito de “natureza da mulher” que é ser mãe, onde o papel dela é cuidar dos mais vulneráveis e a sua sexualidade serve apenas para procriação (KUMAR *et al.*, 2009). A estigmatização do aborto ocorre pois viola as projeções do “ser feminino” e contraria as normas sexuais, reprodutivas, sociais e religiosas (USHIE *et al.*, 2019), além de envergonhar e calar quem realiza o aborto, tornando este um processo solitário, como mostra o estudo E1.

O autor do estudo E6, traz também que, mulheres que contaram para duas ou mais pessoas sobre o procedimento e tiveram suporte da família, sentiram menos o estigma do que aquelas que não informaram a ninguém ou não tiveram apoio de alguém que confiavam. Isso decorre pois, com a normalização do aborto e apoio da família, o estigma do aborto é desviado destas mulheres fazendo com que elas não internalizem o sentimento de vergonha ou culpa, não havendo necessidade de manter sigilo (HOGGART, 2017). Já Cockrill e Nack (2013), mostram em seu estudo que todas as mulheres entrevistadas contaram para alguém sobre o aborto, porém assim que obtiveram comentários negativos, param de expor.

Mulheres brancas, casadas e de religião católica ou protestante sentiram mais o julgamento da sociedade e delas mesmas (COCKRILL, NACK, 2013) do que outros grupos, conforme o estudo E6. Contudo, o artigo E7 traz que, no sul dos Estados Unidos, tanto a comunidade branca quanto a negra experienciam as manifestações do estigma de forma semelhante, como os comentários negativos, culpa e discriminação. Em países altamente cristãos, quando questionado a população jovem do estudo se cometer aborto é um pecado, a grande maioria dos entrevistados

concordou (MAKENZIUS *et al.*, 2019), atribuindo esta ideia a fé em Deus e a crença de que a vida é sagrada (MOHAMED *et al.*, 2018).

Em algumas comunidades, o aborto é interpretado de forma negativa, em que a mulher está matando seu filho, são rotuladas de irresponsáveis, egoístas, fracas, insensíveis e imorais. As mulheres que experienciam uma gravidez indesejada ou um aborto, são taxadas de “pagãs”, “prostitutas” e “assassinas”, sendo alvo de comentários vexatórios, como traz os estudos E7 e E9, além de serem isoladas e consideradas candidatas ruins ao casamento e vistas como maus exemplos para as meninas mais jovens. O isolamento e a rejeição, faz com que as mulheres abandonem seu trabalho e busquem moradia em outras comunidades onde ninguém conhece seu passado (USHIE *et al.*, 2019) (MOHAMED *et al.*, 2018).

Conforme os autores do estudo E9 trazem, o medo do isolamento social, ser presa e falta de sensibilidade e desatenção dos profissionais em unidades de saúde (IZUGBARA, EGESA, OKELO, 2015), faz com que as mulheres evitem contar para a família sobre o procedimento e busquem serviços inseguros longe de sua comunidade. Para as entrevistadas do estudo de Izugbara, Egesa e Okelo (2015), aborto seguro é conseguir proteger a saúde física e os resultados sociais negativos que o procedimento acarreta depois.

É essencial que o estigma do aborto no contexto da clandestinidade seja minimizado para que seja possível a prevenção de reações prejudiciais as mulheres, como estresse, solidão e evasão dos serviços de saúde, como mostra o estudo E7.

7.2 REPERCUSSÕES DO ABORTO NA SAÚDE FÍSICA DAS MULHERES

Tratando-se das questões biológicas, os estudos da amostra trazem desde sintomas mais leves como náuseas e cefaleia, até necessidade de cirurgias para reverter o quadro das complicações de um aborto realizado por alguém não qualificado.

Os estudos E2 e E3 trazem um relato de caso, onde ambas as pacientes realizaram o aborto com inserção de plantas ou gravetos no útero. O artigo E2, mostra que a paciente apresentou sangramento abundante, com perda de consciência após inserção de substâncias abortivas no colo uterino por um fito terapeuta local. A

paciente precisou passar por cirurgia de emergência, onde foram encontradas alterações uterinas que resultou na necessidade de uma histerectomia total. Já o estudo E3, a paciente chegou na unidade de saúde com dor em baixo ventre e sangramento vaginal constante, onde na inspeção foi encontrado um graveto de 14cm que havia sido inserido por um abortista local. A paciente apresentou choque séptico e foi submetida a uma laparotomia de emergência, e constatou ruptura uterina e necrose de alça intestinal. Melese *et al.* (2017) traz em seu estudo que, 0,5% a 1,1% das pacientes atendidas em unidades de saúde necessitaram de cirurgias como histerectomia e laparotomia, além de casos de insuficiência hepática e renal. Um estudo do Rio de Janeiro, mostra que em 2,6% dos casos foi realizada histerectomia (MADEIRO, RUFINO, 2017), mostrando que este procedimento é frequente em diferentes lugares do mundo.

O artigo E5 nos mostra que, mulheres que realizam interrupção da gravidez com médicos, enfermeiras, parteiras, independente da sua condição financeira (pobre, não pobre, moradora de zona rural ou urbana), apresentam menor incidência de complicações (19% a 34%) do que mulheres que buscam aborto com curandeiros, farmacêuticos, auto induzem ou com uma pessoa não treinada (54% a 80%). Como Ziraba *et al.* (2015) descreve, mulheres divorciadas, estudantes e fazendeiras tiveram proporções significativamente maiores de complicações graves em comparação com outras categorias. Além disso, o estudo E5 explica que, mulheres não pobres e moradoras de áreas urbanas, realizam mais abortos com médicos, enfermeiras e parteiras, do que mulheres pobres que vivem em zona rural.

Sepse foi a manifestação clínica mais comum em 27,4% das mulheres em Malawi, seguido de retenção de produtos da concepção e febre, segundo o artigo E8. De acordo com a classificação dos autores, 20,7% das mulheres atendidas nas unidades de saúde apresentaram morbidade grave (sepse, febre, insuficiência de órgãos, peritonite, taquicardia, choque, tétano, morte), já um estudo de 2016 de Botswana, traz que 11% das pacientes foram classificadas como morbidade alta (MELESE *et al.*, 2017). Em análise, a causa mais frequente das condições potencialmente fatais foi a hemorragia; no entanto, a infecção foi a principal causa de morte dessas mulheres (DRAGOMAN *et al.*, 2014). De 2.067 mulheres que compunham a amostra do estudo, oito delas morreram ao chegar na unidade de saúde por complicações do aborto, dando uma estimativa de 98 morte maternas anualmente no Malawi. Em 2018, Calvert *et al.* publicou uma pesquisa que teve como base 70

estudos, onde 28 deles o acesso do aborto é limitado, foi estimado que pelo menos 9% das internações hospitalares relacionadas ao aborto tem complicações de *near miss* (quase morte), e 1,5% termina em óbito. No Brasil, 2,5% das hospitalizações dos anos de 2008 a 2017 foram casos de *near miss* (ANIS, 2019).

Assim como os estudos E2 e E3, sangue e hemoderivados foram tratamento frequentes nas pacientes dos estudos, como mostra Medeiro e Rufino (2017), onde 7,7% das pacientes receberam transfusão sanguínea em seu estudo. Um artigo de 2014 que fornece dados de diversos países, hemorragia em mulheres que sofrem *near miss* após um aborto, foi o achado clínico mais comum e a transfusão sanguínea a intervenção mais frequente (DRAGOMAN *et al.*, 2014).

E11 traz que frequentemente as mulheres demoram a procurar atendimento após o aborto nos contextos da clandestinidade, podendo levar de seis dias a quatro semanas depois do procedimento. A apresentação tardia a um atendimento de saúde, contribui para o aumento das complicações (ZIRABA *et al.*, 2015). As mulheres do estudo descrevem que buscam o hospital devido sangramentos que duram mais tempo do que esperavam, ou sentiram outros sintomas como tonturas, dores nas costas e abdominais. Algumas experienciam sintomas muito graves, desencadeando medo da morte caso não recebam atendimento especializado. E12 mostra além de sangramentos, sintomas de náuseas em 50% das entrevistadas. No Brasil, cerca de 250 mil mulheres utilizam o SUS para tratar de complicações do aborto todos os anos (ANIS, 2019).

Com isso, podemos perceber que o aborto no contexto da clandestinidade resulta em comprometimento da saúde da mulher, elevando sua taxa de mortalidade, além de sobrecarregar e aumentar os custos para o sistema de saúde (ANJOS *et al.*, 2013).

7.3 O SIGNIFICADO EMOCIONAL E A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES NO CONTEXTO DO ABORTO

A saúde mental após um aborto no contexto da clandestinidade, está em consonância com o estigma que a prática carrega, pois, a falta de apoio e discriminação que as mulheres sofrem, pode estar relacionada a sentimentos

negativos e transtornos psicológicos futuros. Em nossa amostra, encontramos cinco estudos que abordam a saúde psicológica da mulher após realizar um aborto, sobretudo os aspectos emocionais que envolvem o processo, sejam eles sentimentos de alívio ou de culpa.

O estudo E1, mostra que a necessidade de manter o aborto em segredo é motivo de sofrimento psicológico, além de serem mais propensas ao desenvolvimento de ansiedade e depressão (CAMERON, 2010), pois o medo de ser julgada, faz com que internalizem a discriminação, levando a insegurança.

Como apresentado anteriormente sobre o estigma do aborto, os estudos E6 e E4, mostram que mulheres que sofreram mais com o julgamento após realizar o procedimento, tiveram mais chances de apresentarem sofrimento psicológico anos mais tarde, pois elas internalizam o sentimento de preconceito ou recebem comentários negativos após o aborto, como aponta um estudo de 2018, onde as mulheres com saúde mental mais fragilizada, apresentam maiores chances de sofrimento psicológico devido a tensão que o aborto (REARDON, 2018), (ou qualquer outro evento estressor) pode causar (STEINBERG, FINER, 2011). Porém, o estudo E6 traz que a ansiedade era maior no período em que procuravam um modo de terminar a gravidez em comparação com anos depois, como mostra Daugirdaitė *et al.* (2015), em que um estudo da amostra aponta que adolescentes apresentaram menores níveis de angústia após o procedimento em comparação a antes do aborto.

Tratando-se de raça/etnia, brancos e não hispânicos tiveram mais propensão de relatar angústia do que outros grupos, em concordância com o artigo E4. Um estudo de 2010, aborda os fatores de risco para depressão pós abortamento, onde foi encontrado fatores socioeconômicos, uso de álcool e drogas, local de moradia, falta de apoio social, violência doméstica (MARIUTTI, FUREGATO, 2010) e maior religiosidade (NOMURA *et al.*, 2011).

O estudo E10, aborda os sentimentos das mulheres que tiveram pouca ou muita dificuldade em decidir sobre realizar o aborto. Mulheres com pouca dificuldade na decisão, podiam contar com o apoio do companheiro sobre sua decisão, e pensavam sua carreira mais do que em ser mãe, da mesma maneira que o estudo E4 aponta. Após o procedimento, sentiram-se aliviadas e nem um pouco angustiadas e com a certeza de que foi a escolha certa (REARDON, 2018), assim como traz o artigo E11, além de apresentarem uma recuperação física e psicológica bem rápida.

Já o grupo que manifestou muita dificuldade para a tomada de decisão, tanto no estudo E10 quanto no E4, geralmente sentem-se felizes pois a gravidez era desejada, porém não contam com o apoio do parceiro, mas também compreendem que não seria o melhor momento. Após o procedimento, a recuperação física e emocional é mais demorada, revelam recordações dolorosas e às vezes obsessivas (REARDON, 2018), além de culpa, decepção (CAMERON, 2010), como mostrou também o estudo E11, com a percepção de que foi um dos momentos mais estressantes de sua vida.

Porém, é raro que haja sentimento de arrependimento e, quando ocorre, ela sentiu-se forçada pelo parceiro a terminar a gravidez. Já o estudo E4, mostra que as mulheres que tinham a gravidez mais planejada, menos apoio da família, maior dificuldade em decidir sobre a terminação da gravidez e maior conflito pessoal em relação ao aborto (CAMERON, 2010), experienciaram mais sentimentos negativos ao longo dos anos e maior probabilidade de apresentarem sofrimento mental (REARDON, 2018).

No estudo E11, algumas entrevistadas relataram que o sentimento de luto e culpa foram agravados pela falta de empatia e comentários negativos da equipe de saúde, é percebido um ambiente julgador e a indiferença dos profissionais frente às suas demandas, como explica o artigo E1. Romio *et al.* (2015), aponta que, a prática do aborto pode gerar ainda mais sofrimento em mulheres que vivem em países onde ainda é criminalizado, visto que, além da demora para encontrar um local para terminar a gravidez, precisam lidar com a falta de humanização dos serviços de saúde e principalmente o medo de serem denunciadas pela equipe.

Horvath e Schreiber (2017) apontam que 95% das entrevistas afirmaram que terminar a gravidez foi a decisão certa a ser tomada, assim como o artigo E4 e, à medida que o tempo passa, as mulheres pensam com menos frequência no aborto, como trouxe também o estudo E10.

Pode-se dizer que, a maioria das mulheres que passam por um aborto induzido sente pelo menos um sentimento negativo, considerando todo o processo de aborto, desde o momento da decisão, o apoio e as motivações para a terminação da gravidez, até o período pós aborto. Alguns estudos trazem que condições mais graves de sofrimento mental estão atrelados a criminalidade do aborto (ROMIO *et al.*, 2015). Contudo, não são todas as mulheres que experienciam sofrimento psicológico depois de abortar (REARDON, 2018) (STEINBERG, FINER, 2011).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo trazer as repercussões do aborto provocado no contexto da clandestinidade na vida das mulheres e mostra como o afeta a saúde física, mental e as relações sociais da mulher. Entende-se que essas repercussões são dinâmicas, manifestando-se de acordo com a individualidade e particularidade de cada uma que passa pelo processo de abortamento. Apresentou-se que, cada um desses resultados estão atrelados entre si, visto que o estigma do aborto faz, por muitas vezes, com que mulheres internalizem os preconceitos ouvidos e vividos, e ainda busquem o aborto inseguro, levando a maiores chances de sofrimento psicológico. Estudos apontam que, a experiência e o medo do julgamento nas unidades de saúde por parte dos profissionais, repercutem negativamente na saúde das nossas mulheres.

Nota-se também que há uma baixa produção científica sobre a temática no Brasil, considerando-se que é um país com leis sobre aborto altamente restritivas, sendo necessário maior interesse das categorias profissionais em trazer estudos sobre o tema, em razão de ser uma questão de saúde pública no nosso país.

É necessário desmistificar a ideia de “assassinato” quando trata-se de aborto, reduzir o estigma tanto para os profissionais, quanto para a população em geral, informar as mulheres sobre seus direitos reprodutivos e de contracepção e, no caso do aborto provocado no contexto da clandestinidade, garantir uma atenção humanizada e empática nas instalações de saúde, demonstrando interesse e apoio às mulheres que passam pelo procedimento, para evitar e reduzir complicações, tanto físicas quanto emocionais.

A equipe de enfermagem tem papel de extrema importância no cuidado pós abortamento, sempre levando em consideração não apenas as questões clínicas, mas também emocionais dessas mulheres, além de orientar de forma correta sobre uso dos métodos contraceptivos e saúde reprodutiva, para prevenção e promoção da saúde (CARVALHO; PAES, 2014).

Por se tratar de uma revisão, este trabalho tem como limitação a escassez de estudos relacionados à temática, principalmente no Brasil, porém que são essenciais para o cuidado por se tratar de uma temática de grande relevância social e de saúde.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, Leila *et al.* Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 14, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413812320152112.07282015>. Acesso em: 16 nov. 2020.
- ANJOS, Karla Ferraz dos *et al.* Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 12, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S010311042013000300014>. Acesso em: 17 nov. 2020.
- Anis Instituto de Bioética. **Aborto: por que precisamos descriminalizar**. Brasília, 2019, 56 p. Disponível em: <http://www.mulheressocialistas.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Cartilha-ABORTO.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.
- ARAMBEPOLA, Carukshi *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. **Reproductive Health**, v. 13, n. 75, p. 9, junho 2016. Disponível em: [10.1186/s12978-016-0173-5](https://doi.org/10.1186/s12978-016-0173-5). Acesso em: 17 nov. 2020.
- AZNAR, Justo; CERDÁ, German. Aborto y salud mental de la mujer. **Acta Bioethica**, Santiago, v. 20, n. 2, p.189-195, 30 nov. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200006>. Acesso em: 17 nov. 2020.
- BANKOLE, Akinrinola *et al.* Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Burkina Faso: Causes and Consequences. **Guttmacher Institute**, Nova York, 2014. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/unintended-pregnancy-burkina-eng.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.
- BARBOSA, Ana Silvia Sandoval de Freitas; BOBATO, Jacqueline Aparecida Cosmo; MARIUTTI, Mariana Gondim. Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 11, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200006. Acesso em: 17 nov. 2020.
- BEARAK, Jonathan *et al.* Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. **The Lancet**, Nova York, v. 8, p. 9, julho 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6). Acesso em: 17 nov. 2020.
- BERER, Marge. Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization. **Health And Human Rights Journal**, Londres, v. 19, n. 1, p.13-27,

jun. 2017. Disponível

em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5473035/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BORSARI, Cristina Mendes Gigliotti *et al.* Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 27-32, jan. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000100006>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL, **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2009. 427p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Casa Civil. Decreto n. 2848, de 07 de dezembro de 1940. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 07 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. **SÉRIE C. PROJETOS, PROGRAMAS E RELATÓRIOS**: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes. 1 ed. Brasília- DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

CALVERT, Clara *et al.* The magnitude and severity of abortion related morbidity in settings with limited access to abortion services: a systematic review and meta-regression. **Bmj Glob Health**, Sydney, v. 692, n. 3, p. 1-12, maio 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000692>. Acesso em: 17 nov. 2020.

CAMERON, Sharon. Induced abortion and psychological sequelae. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Reino Unido, v. 24, n. 5, p. 657-665, out. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.02.001>. Acesso em: 17 nov. 2020.

CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. Integrality of nursing care provided to women who have experiencing experienced an unsafe abortion. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 130-135, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140019>. Acesso em: 30 nov. 2020.

CECATTI, José Guilherme; *et al.* Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3,

p. 6, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000100006>. Acesso em: 17 nov. 2020.

Center for Reproductive Rights. **The world's abortion laws 2019**. Center for Reproductive Rights. 2019. Disponível em: <http://www.reproductiverights.org/document/the-worlds-abortion-laws-map>. Acesso em: 16 nov. 2020

CISNE, Mirla; CASTRO, Viviane Vaz; OLIVEIRA, Giulia Maria Jenelle Cavalcante de. Unsafe abortion: a patriarchal and racialized picture of women's poverty. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p.452-470, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p452>. Acesso em: 17 nov. 2020.

COCKRILL, Kate; NACK, Adina. "I'm Not That Type of Person": managing the stigma of having an abortion. **Deviant Behavior**, v. 34, n. 12, p. 973-990, 14 ago. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01639625.2013.800423>. Acesso em: 17 nov. 2020.

DAUGIRDAITE, Viltė; AKKER, Olga van Den; PUREWAL, Satvinder. Posttraumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder after Termination of Pregnancy and Reproductive Loss: a systematic review. **Journal Of Pregnancy**, v. 2015, p. 1-14, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2015/646345>. Acesso em: 17 nov. 2020.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.959-966, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S141381232010000700002> . Acesso em: 17 nov. 2020.

DINIZ, Debora *et al.* Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.653-660, fev. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. Acesso em: 17 nov. 2020.

DISCACCIATI, Vilda. En Argentina, durante 2018 el aborto salió del armario pero no de la clandestinidad. **Evidência: Actualización en la Práctica Ambulatoria**, Buenos Aires, v. 2, n. 21, p. 42-44, jun. 2018. Disponível em: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/b393fb7c781b48a4502794b84bd0db4a.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.177-181, mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100026>. Acesso em: 17 nov. 2020.

DRAGOMAN, M *et al.* Overview of abortion cases with severe maternal outcomes in the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: a descriptive analysis. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, p. 25-31, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12689>. Acesso em: 17 nov. 2020.

DREZETT, Jefferson; PEDROSO, Daniela. Aborto e violência sexual. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 64, n. 2, p.35-38, jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252012000200015>. Acesso em: 17 nov. 2020.

FAUNDES, Anibal. Malentendidos sobre el efecto de la legalización del aborto. **Anales de La Facultad de Medicina**, Lima, v. 76, n. 4, p.425-429, out. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15381/anales.v76i4.11413>. Acesso em: 17 nov. 2020.

GALLI, Beatriz; SYDOW, Evanize; ADESSE, Leila. **Autonomia reprodutiva em questão**: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2703948>. Acesso em: 17 nov. 2020.

GANATRA, Bela *et al.* From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. **Bulletin of the World Health Organization**, Lima, Peru, v. 92, n. 3, p.155-155, 1 mar. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.136333>. Acesso em: 17 nov. 2020.

GANATRA, Bela *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. 11, setembro 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4). Acesso em: 17 nov. 2020.

GOMES, Edlaine de Campos; MENEZES, Rachel Aisengart. Diferentes perspectivas sobre aborto y gestión de la muerte en Brasil: posiciones religiosas y del discurso médico: posiciones religiosas y del discurso médico. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 28-48, ago. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.05.a> Acesso em: 17 nov. 2020.

GUILLAUME, Agnès; ROSSIER, Clémentine. Abortion Around the World An Overview of Legislation, Measures, Trends, and Consequences. **Cairn**, França, v. 73, n. 2, p.217-306, fev. 2018. Disponível em: <https://www.cairn-int.info/journal-population-2018-2-page-217.htm>. Acesso em: 17 nov. 2020.

HOGGART, Lesley. Internalised abortion stigma: young women's strategies of resistance and rejection. **Feminism & Psychology**, Reino Unido, v. 27, n. 2, p. 186-202, 20 abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0959353517698997>. Acesso em: 17 nov. 2020.

HORVATH, Sarah; SCHREIBER, Courtney. Unintended Pregnancy, Induced Abortion, and Mental Health. **Current Psychiatry Reports**, Estados Unidos, v. 77, n. 19, p. 1-6, set. 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-017-0832-4>. Acesso em: 17 nov. 2020.

IZUGBARA, Chimaraoke O; EGESA, Carolyne; OKELO, Rispah. 'High profile health facilities can add to your trouble: women, stigma and un/safe abortion in Kenya. **Social Science & Medicine**, Kenya, v. 141, p. 9-18, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.019>. Acesso em: 17 nov. 2020.

KUMAR, Anuradha *et al.* Conceptualising abortion stigma. **Culture, Health & Sexuality**, v. 11, n. 6, p. 625-639, ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>. Acesso em: 17 nov. 2020.

LEAL, Ondina Fachel. "Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!": revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p.1689-1697, jul. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700007>. Acesso em: 17 nov. 2020.

LEMOS, Adriana; RUSSO, Jane Araújo. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 49, p.301-312, jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0754>. Acesso em: 17 nov. 2020

MADEIRO, Alberto Pereira; RUFINO, Andréa Cronemberger. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em teresina, piauí, brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.04252016>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MAKENZIUS, Marlene *et al.* Stigma related to contraceptive use and abortion in Kenya: scale development and validation. **Reproductive Health**, Stockholm, v. 16, n. 1, p. 1-10, 6 set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0799-1>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MARIUTTI, Mariana Gondim; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 183-189, abr. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200003>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MELESE, Tadele *et al.* High Levels of Post-Abortion Complication in a Setting Where Abortion Service Is Not Legalized. **Plos One**, v. 12, n. 1, p. 1-13, 6 jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166287>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MENEZES, Sáskia Sampaio Cipriano de *et al.* Clinical reasoning in undergraduate nursing education: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, Manaus, v. 49, n. 6, p.1032-1039, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600021>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MILANEZ, Núbia *et al.* Gravidez Indesejada e Tentativa de Aborto: práticas e contextos. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, Rio de Janeiro, n. 22, p.129-146, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.06.a>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MOHAMED, Deeqa *et al.* Stigma and agency: exploring young kenyan women's experiences with abortion stigma and individual agency. **Reproductive Health**

Matters, v. 26, n. 52, p. 128-137, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1492285>. Acesso em: 17 nov. 2020.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto *et al.* Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 644-650, nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000600010>. Acesso em: 17 nov. 2020.

OLIVEIRA, William Motta de. **CRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO VOLUNTÁRIO NO BRASIL VERSUS A LIBERDADE DE ESCOLHA DA MULHER**. 2017. 57p. TCC (Graduação) - Curso de Direito, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2018.

OMS. **Abortamento seguro**: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 123p. Genebra: Oms, 2013. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/pt/. Acesso em: 17 nov. 2020.

OMS: Organização Mundial da Saúde. **Preventing unsafe abortion**. Organização Mundial da Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>. Acesso em: 17 nov. 2020.

PALOMINO, Nancy *et al.* The social constructions of unwanted pregnancy and abortion in Lima, Peru. **Global Public Health**, Lima, v. 6, n. 1, p.73-89, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17441692.2011.590813>. Acesso em: 17 nov. 2020.

REARDON, David C. The abortion and mental health controversy: a comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. **Sage Open Medicine**, Springfield, v. 6, p. 1-38, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2050312118807624>. Acesso em: 17 nov. 2020.

ROMIO, Caroline Matos *et al.* Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-81, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24229>. Acesso em: 17 nov. 2020.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p.5-6, jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SANTOS, Danyelle Leonette Araújo dos; BRITO, Rosineide Santana de. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.1293-1314, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000400014>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SANTOS, Vanessa Cruz *et al.* Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Revista Bioética**, Brasília, v. 21, n. 3, p.494-508, dez. 2013a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300014>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SANTOS, Vanessa Cruz et al. Aborto no Brasil: Impactos da ilegalidade na saúde pública. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Bahia, v. 4, n. 4, p.1527-1544, dez. 2013b.

SEDGH, Gilda et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. **The Lancet**, New York, v. 379, n. 9816, p.625-632, fev. 2012. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61786-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8). Acesso em: 17 nov. 2020.

SHAH, Iqbal; ÅHMAN, Elisabeth. Unsafe Abortion: Global and Regional Incidence, Trends, Consequences, and Challenges. **Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada**, Canadá, v. 31, n. 12, p.1149-1158, dez. 2009. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34376-6](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34376-6). Acesso em: 17 nov. 2020.

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**, Nova York, v. 123, n. 9, p.1489-1498, 19 ago. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13627>. Acesso em: 17 nov. 2020.

STEINBERG, Julia R.; FINER, Lawrence B. Examining the association of abortion history and current mental health: a reanalysis of the national comorbidity survey using a common-risk-factors model. **Social Science & Medicine**, Estados Unidos, v. 72, n. 1, p. 72-82, jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.006>. Acesso em: 17 nov. 2020.

STREFLING, Ivanete da Silva Santiago *et al.* Nursing perceptions about abortion management and care: a qualitative study. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p.784-791, 25 ago. 2015a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000940014>. Acesso em: 17 nov. 2020.

STREFLING, Ivanete da Silva Santiago *et al.* Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p.169-177, 6 abr. 2015b. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769212533>. Acesso em: 17 nov. 2020.

USHIE, Boniface Ayanbekongshie *et al.* Community perception of abortion, women who abort and abortifacients in Kisumu and Nairobi counties, Kenya. **Plos One**, v. 14, n. 12, p. 1-13, 12 dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226120>. Acesso em: 17 nov. 2020.

ZIRABA, Abdhahah Kasiira *et al.* Unsafe abortion in Kenya: a cross-sectional study of abortion complication severity and associated factors. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, Kenya, v. 15, n. 1, p. 1-11, 15 fev. 2015. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0459-6>. Acesso em: 17 nov. 2020.

ZORDO, Silvia de. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p.1745-1754, jul. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700013>. Acesso em: 17 nov. 2020.