

**DA ANÁLISE DOS MÉTODOS ABORTIVOS E DE SUAS COMPLICAÇÕES
NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RESUMO

A prática abortiva encontra-se presente no transcorrer de toda história humana, com relatos em livros médicos chineses que datam do século XXVII a.C. Inúmeros métodos foram utilizados e alterados ao longo do tempo, seja por influência de avanços científicos, seja por mudanças advindas de políticas públicas restritivas à prática. O presente estudo buscou analisar como estas alterações nos métodos abortivos influenciaram, ou não, nas eventuais complicações vivenciadas pelas mulheres no pós abortamento. Para tanto foi realizada uma revisão integrativa, levantando estudos presentes nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval (Medline); Scientific Eletronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), foram incluídos trabalhos publicados na íntegra em periódicos indexados como artigos, notas e revisões, na língua portuguesa e inglesa. Não foi estabelecido um limite temporal. A análise e a interpretação dos resultados foram apresentadas de forma descritiva. Verificou-se que, a despeito da disseminação de novos medicamentos abortivos entre a população - em especial de baixa renda - ter diminuído o número internações hospitalares, a taxa de abortamentos inseguros não apresentou mudanças significativas. Atribui-se a isto, ao longo do estudo, o fato da problemática do aborto perpassar a seara médica, envolvendo inúmeros estigmas e fatores sociais que, de igual maneira, necessitam de uma abordagem ampla por parte do Estado e da sociedade civil

Palavras-chave: Aborto. Complicações. SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. METODOLOGIA.....	5
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	6
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12

1. INTRODUÇÃO

A prática do abortamento - eliminação provocada do feto antes desse se tornar viável, com menos de 500 gramas ou 20 a 22 semanas de gestação - vem sendo registrada e debatida, ao longo da história humana, em diversas culturas, com concepções, motivações e técnicas abortivas diferentes. Há relatos de procedimentos em livros médicos chineses que datam do século XXVII a.C, assim como em papiros egípcios do século XVI a.C.¹

Existem também na história menções de proibições a certos aspectos desta prática. O Código de Hamurabi, por exemplo, caracterizava o abortamento realizado por terceiros como um crime; na Grécia Antiga, o aborto era considerada ilegal quando ferisse o direito que o pai tinha sobre um potencial herdeiro. Porém, o abortamento só passa a ser definitivamente condenado pela sociedade com a ascensão da era cristã. Em 1869, o posicionamento da Igreja Católica contrário ao aborto é firmado com a declaração de que o feto possui alma. Ao longo do século XIX a intervenção se torna proibida em diversos países do ocidente, sendo que essa proibição dura até os anos 1960 e 1970.^{1,2}

No Brasil, em 1830, o Código Criminal do Império criminalizava a prática do aborto por terceiros com ou sem o consentimento da gestante. Não era condenada, no entanto, a prática de abortamento realizada pela própria gestante (autoaborto). Essa passa a ser criminalizada no fim do século XIX, no Brasil República, quando o Código Penal da República não só amplia o rol do tipo penal da prática, mas também inclui a noção de aborto necessário, quando a gravidez coloca em risco a vida da gestante.³

Em 1940, o Código Penal Brasileiro tipifica a prática de aborto como crime contra a vida, condenando as práticas realizadas por terceiros, com ou sem consentimento, e o autoaborto. Ademais, o Código Penal de 1940 aumenta o rol de prática abortiva legal, incluindo casos de gestação resultante de estupro. O Supremo Tribunal Federal, em 2012, determinou também ser legal a interrupção da gestação em decorrência de anencefalia.³

No entanto, dita restrição legal não coíbe a realização de práticas abortivas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde⁴, estima-se que no ano de 2008 ocorreram 22 milhões de abortamentos inseguros - procedimentos para interromper a gestação realizados em ambientes não adequados aos padrões médicos necessários e/ou por profissionais não especializados - que podem causar danos psicológicos e complicações físicas, das quais, uma parcela, leva ao óbito.⁴

A Pesquisa Nacional do Aborto aponta que a prática abortiva é comum entre as mulheres brasileiras, porém a condição financeira geral destas tem um importante papel no itinerário percorrido para interromper a gestação.⁵ A literatura aponta que o principal grupo de mulheres que recorrem ao aborto inseguro são aquelas com baixa escolaridade e/ou jovens.^{6,7} As mulheres em

situação de vulnerabilidade, sem recursos para realizar o aborto em clínicas particulares, recorrem ao uso de misoprostol - remédio sintético análogo à prostaglandina, obtido clandestinamente e de procedência desconhecida - e completam o esvaziamento uterino em hospitais.^{5,8} De acordo com dados do Sistema Único de Saúde citados por Carvalho⁹, o esvaziamento uterino - curetagem - é o terceiro procedimento cirúrgico mais frequente nas instituições associadas ao SUS.

Embora o Ministério da Saúde tenha publicado uma diretriz de atendimento ao abortamento, preconizando um acolhimento humanizado e de qualidade independente do enquadramento do aborto a se realizado, o estigma associado à prática acaba por influenciar o atendimento recebido tanto em casos de complicação, quanto em casos nos quais é necessária a curetagem. Segundo Madeiro e Rufino¹⁰, a maioria das mulheres que buscam esse serviço sofrem alguma forma de violência institucional ou julgamentos morais, e ameaças de denúncia às autoridades públicas pela equipe de saúde se fazem presente na maioria dos casos relatados.^{9,10,11}

Além disso, a avaliação de risco realizada no ambiente hospitalar não garante a oferta de atendimento prioritário. Essa demora na assistência e na finalização do abortamento pode acarretar em complicações clínicas.⁹ Segundo Adesse et al.¹², no ano de 2015 foram internadas 117 mulheres por complicações resultantes de abortamento. Assim, podemos perceber o quanto essa prática tão presente na história da sociedade ainda a atinge.

Desse modo o presente artigo se propôs a analisar a produção científica acerca do abortamento e suas complicações. Buscando avaliar as mudanças nas práticas abortivas adotadas pelas mulheres, usuárias do sistema de saúde público, e a influência dessas mudanças nas taxas de complicações observadas no puerpério.

2. METODOLOGIA

O presente artigo utilizou o método de revisão integrativa, seguindo as etapas propostas por Whitemore e Knalf¹³. No processo de levantamento bibliográfico foram consultadas as bases de dados eletrônicos Medical Literature Analysis and Retrieval (MEDLINE); Scientific Eletronic Library Online (Scielo); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os descritores e operadores booleanos utilizados no levantamento estão discriminados no Quadro 1. O processo de levantamento bibliográfico estendeu-se até outubro de 2020.

Quadro 1- Levantamento bibliográfico: descritores e operadores booleanos_

	Sintaxe de busca
MEDLINE	tw:(("induced, abortion") OR ("abortion" AND "induced") OR ("induced abortion") AND (unsafe OR illegal OR provoked OR criminal OR trends OR rates) AND ("brazil"))
LILACS	tw:(("aborto induzido") OR ("aborto provocado") OR ("aborto"and (induzido OR provocado)) AND (inseguro OR provocado OR ilegal OR taxas OR pesquisa) AND (brasil OR brazil))
SCIELO	("aborto induzido") OR ("aborto" AND (induzido OR provocado)) AND ((inseguro OR (legal) OR (pesquisa) OR (taxas) OR (tendência)) AND (brasil))

Optou-se por incluir apenas trabalhos publicados na íntegra em periódicos indexados como artigos, notas e revisões, na língua portuguesa ou inglesa. Não sendo estabelecido um limite temporal. Foram considerados elegíveis trabalhos que abordassem a prática de abortos inseguros, características sociodemográficas das mulheres que o realizam e os métodos utilizados para o abortamento e suas conseqüentes complicações. Foram excluídos artigos que não abordassem mulheres em situação de vulnerabilidade e que não abordassem os métodos utilizados e/ou as complicações pós abortamento.

Durante a seleção dos estudos, foram excluídos artigos duplicados e que não estavam em português ou inglês. Após a triagem inicial, foram excluídos artigos que, de acordo com seu título e resumo, não fossem relacionados temática da revisão. Após a leitura completa dos artigos selecionados, novas exclusões foram feitas a fim de adequação à pertinência temática do estudo.

Para a análise dos dados, foi construída uma tabela agrupando os estudos selecionados. Essa tabela contém os seguintes aspectos: autores, ano e local de publicação, delineamento do estudo e resultados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foram identificados 479 artigos. Destes, 264 foram excluídos por se tratarem de artigos duplicados (157) ou que não se encontravam na língua portuguesa ou inglesa (107). Dos artigos considerados elegíveis (215), foram excluídos 163 após a leitura do título e resumo, a fim de adequação temática à presente pesquisa. Após a leitura na íntegra e aplicação dos critérios de elegibilidade, foram excluídos 28 estudos

Dentre os vinte e quatro artigos selecionados para compor a revisão (Quadro 2), quatro investigam os casos de hospitalização por complicações, sendo um de âmbito nacional¹⁵ e três estudos locais - em Recife^{16,17} e São Paulo¹⁸. De acordo com Singh et al.¹⁵, entre 1992 e 2009 houve uma diminuição de 57% nas taxas de hospitalização por abortamento e uma redução ainda mais acentuada (69%) nas taxas de tratamento para complicações graves. Os estudos evidenciaram, não só uma diferença temporal, mas também uma diferença regional. Em 1995, no estado de São Paulo¹⁸, as internações por abortamento representavam 10% das internações obstétricas.

Já em Recife¹⁶, no mesmo período, 78,7% das mulheres internadas na maternidade IMIP por complicações haviam possivelmente (50%) ou definitivamente (28,7%) induzido o abortamento. Em 2005, outro estudo¹⁷ realizado na mesma maternidade de Recife, apontou que as internações por complicações representavam cerca de 3.1% dos internamentos obstétricos do período. No ano de 2009, as regiões Norte e Nordeste apresentaram as maiores taxas de internação - 5.1 e 4.5 por 1000 mulheres, respectivamente - enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentaram taxas abaixo

da média nacional¹⁵.

Quadro 2 - Características dos artigos sobre complicações associadas ao aborto induzido

Referência	Local e ano	Delineamento do estudo	Resultados
Singh et al. ¹⁵	Brasil (1992-2009)	Estudo de tendência analisando dados obtidos pelo SIH-SUS	Redução nas taxas de internação por complicações pós aborto (57%) e diminuição acentuada nas taxas de complicações graves (69%). Região norte e nordeste apresentaram as maiores taxas de internação no ano de 2009, enquanto a região Sul apresentou a menor taxa.
Souza et al. ¹⁶	Recife, Brasil (1994-1995)	Estudo de caso controle, com base hospitalar. Contou com quatro controles para um caso.	A maioria das mulheres internadas por complicações haviam possivelmente (50%) ou com certeza (28,3%) provocado o aborto. O método mais utilizado foi o misoprostol seguido por utilização de chás.
Ramos et al. ¹⁷	Recife, Brasil (2005-2006)	Estudo transversal, realizado com 160 mulheres.	A maioria dos abortamentos foram realizados abaixo de 12 semana. O tipo mais frequente de abortamento foi o possivelmente induzido (56,3%). O método mais conhecido entre as mulheres era o misoprostol
Sorrentino e Lebrão ¹⁸	São Paulo, Brasil (1995)	Estudo descritivo, analisando dados do SIH-SUS	As internações por causas obstétricas representaram 37,8% das hospitalizações no SUS, sendo que dessas 10% foram por motivos relacionados ao abortamento. O estudo ressaltou que existe uma discordância entre os procedimentos realizados e o diagnóstico relatados.
Martins et al. ¹⁹	Rio de Janeiro (1984-1985)	Estudo seccional por amostragem estratificada aleatória.	Dentre as 1783 mulheres entrevistadas 31% relataram já terem abortado. Dos casos de aborto, 16,9% foram induzidos. A maioria dos procedimentos foram induzidos por médicos. Foram registradas complicações em 22,3% dos casos de abortamento induzido
Hardy & Alves ²⁰	Rio de Janeiro (1992)	Análise secundária dos dados obtidos através de uma pesquisa desenvolvida em 1990 numa universidade brasileira	A porcentagem de mulheres internadas por complicações aumentou com o tempo de gestação. Ao analisar a relação entre complicações e o local onde foi realizado o abortamento notou-se uma menor taxa de complicações entre as mulheres que interromperam a gestação em clínicas ou consultórios. Houve uma maior taxa de internações por complicações quando usadas sondas ou agulhas para interrupção.
Fonseca et al. ²¹	Florianópolis, Brasil (1993-1994)	Inquérito	Das 620 mulheres entrevistadas, 141 induziram o fim da gestação. Metade das mulheres que provocaram o abortamento relataram o uso do Cytotec (misoprostol) isolado ou associado com outros métodos. Notou-se uma diminuição no número de complicações
Silva et al. ²²	Campinas, Brasil (2008-2009)	Estudo transversal. Entrevistas e consultas ao prontuário.	Dentre as mulheres internadas, 259 foram classificadas como abortamento possível ou certamente induzido. 25 mulheres afirmaram terem induzido o fim da gestação e 9 relataram o uso de misoprostol. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação as complicações entre as mulheres que relataram o uso de misoprostol e as que usaram outros métodos
Fusco et al. ²³	São Paulo, Brasil (2005)	Inquérito domiciliar	Foram relatados 144 abortos, destes 82 foram declarados como provocados. Tanto os abortamentos induzido quanto os espontâneos se mostraram inseguros. Dentre os abortos induzidos, apenas 6 foram realizados em clínicas clandestinas. A maioria utilizou misoprotol. A complicação mais citada foi a hemorragia, seguida de infecção. 94,12% das mulheres que afirmaram terem induzido o fim da gestação relataram complicações.

continua

Quadro 2 - Continuação

Referências	Local e ano	Delineamento do estudo	Resultados
Chaves et al. ²⁴	Maceió, Brasil (2006-2007)	Estudo descritivo, utilizando questionário estruturado	De acordo com as respostas obtidas, 63,6% dos abortamentos foram provocados. Sendo classificados em possivelmente, provavelmente e certamente provocados. Entre os certamente induzidos, 89% relataram uso de misoprostol
Diniz e Madeiro ²⁵	Brasil (2010)	Inquérito domiciliar, utilizando a técnica de urna	Dentre as mulheres entrevistadas 15% relatam ter praticado a interrupção da gestação. Metade das mulheres que realizaram o abortamento utilizaram algum medicamento para indução. Ocorrendo elevados níveis de internação, correspondendo a 50% das mulheres que abortaram e a 8% das entrevistadas
Diniz e Madeiro ²⁶	Brasil (2010-2011)	Inquérito domiciliar	A maioria das entrevistadas realizou pelo menos um aborto. O método mais comum foi o uso de cytotec, isolado ou associado a chás e ervas, com finalização em hospital. A procedência do cytotec utilizado é desconhecida pelas mulheres. Mulheres mais jovens recorrem com mais frequência a casa das aborteiras.
Diniz et al ⁵	Brasil (2016)	Inquérito domiciliar	Houve uma prevalência de aborto induzido. Metade das mulheres utilizou algum medicamento para indução do aborto, e 48% das mulheres que provocaram o aborto precisaram de internação.
Gomperts et al. ²⁷	Brasil (2011)	Estudo de caso retrospectivo.	Dentre as 602 mulheres que requisitaram o misoprostol através do site Women on Web, 370 utilizaram a medicação. Dessas, 307 relataram suas experiências. Dentre as mulheres que relataram o ocorrido, 236 tiveram um abortamento completo e 64 precisaram de intervenção cirúrgica.
Duarte et al. ²⁸	Brasil (2016-2017)	Etnografia virtual	Houve uma prevalência do uso de cytotec, isolado ou associado a outros métodos. Hospitais foram utilizados para atendimento após complicações ou para exames.
Lima ²⁹	Brasil (1980-1995)	Estudo seccional utilizando a base de dados SIM-DATASUS	Notou-se uma redução na taxa de mortalidade por causas relacionadas ao abortamento.
Camargo et al. ³⁰	Brasil (2006)	Análise secundária do dados obtidos na pesquisa demográfica de saúde	A taxa de abortos induzidos relatados foi de 2,3%, sendo maior no Norte e Nordeste. Complicações foram mais frequentes entre as mulheres que abortaram, quando comparadas com as que realizaram o parto.
Santana et al. ³¹	Brasil (2009-2010)	Estudo transversal multicêntrico	O abortamento correspondeu a 2,5% do total mulheres identificadas como tendo morbidade materna severa. Foi observado que o near miss materno é mais frequente em casos de aborto.
Martins et al. ³²	Minas Gerais, Brasil (2000-2011)	Estudo ecológico de uma série temporal dos óbitos relacionados a abortamentos.	Identificaram que o aborto foi a causa básica de 15% dos óbitos maternos, não havendo alteração da porcentagem ao longo do período. No entanto, quando os óbitos foram analisados pelo método de causas múltiplas observou-se um aumento de 38% no nível de mortalidade relacionada ao abortamento.
Kale et al. ³³	São Paulo, Rio de Janeiro, Niterói, Brasil (2011)	Estudo seccional de base hospitalar; com realização de entrevistas e levantamento de dados nos prontuários e no SIM	Apenas um óbito materno foi identificado. Esse não tinha causas associadas ao abortamento. A proporção do aborto provocado foi de 11,9% no Rio de Janeiro e 1% em São Paulo. O método mais utilizado foi o misoprostol

continua

Quadro 2 - continuação

Referências	Local e ano	Delineamento do estudo	Resultados
Chaves et al ³⁴	Maceió, Brasil (2008-2009)	Descritivo, a partir de questionário estruturado. Foram entrevistadas adolescentes internadas em hospital do SUS para curetagem	Dentre as 201 adolescentes entrevistadas 98,01% tiveram seu aborto classificado como provocado. Destes, 81,59% foram considerados como certamente provocados. O método mais comum entre as adolescente, que assumiram ter terminado a gestação, foi o misoprostol.
Nunes et al ³⁵	Piauí, Brasil (2011)	Estudo transversal e descritivo.	Foram entrevistadas 30 adolescentes, a maioria se encontrava na faixa etária dos 14 aos 17 anos. 77% estavam na primeira gravidez. O misoprostol foi usado por 94% das adolescentes. Houve 3 casos de complicações graves.
Madeiro e Diniz ³⁶	Porto Alegre, Belém e Teresina, Brasil (2012)	Estudo qualitativo. Entrevistas.	Todas as mulheres entrevistadas relataram ao menos uma experiência de abortamento. O método mais comum foi o misoprotol, seguido de chás e clínicas clandestinas. As complicações mais comuns foram dor abdominal intensa e hemorragia.
Madeiro e Rufino ³⁷	Piauí, Brasil (2010)	Método misto. Primeira fase quantitativa, com questionário aplicado pela técnica de urna e segunda fase qualitativa, com questionário preenchido pelo pesquisador.	Dentre as 310 mulheres entrevistadas 163 afirmaram ter realizado ao menos um aborto.. O método mais utilizado foi o misoprostol, seguido chás e sondas.

Dez artigos abordam os métodos utilizados para a interrupção da gravidez e as suas complicações^{5,19,20,21,22,23,24,25,26,27}. No Rio de Janeiro¹⁹, um estudo realizado com 1783 mulheres entre os anos de 1984 e 1985 apontou que, dos abortos registrados, 50.2% haviam sido induzidos e, destes, 62.1% foram realizados por médicos, através de curetagem. Apenas uma pequena parcela dos abortamentos (10%) foram realizados por terceiros. Houve significativamente menos complicações entre mulheres que interromperam a gravidez com médicos, comparadas com as que tiveram o aborto induzido por curiosas¹⁹. No mesmo sentido, Hardy e Alves²⁰ obtiveram resultados semelhantes.

Segundo Fonseca et al.²¹, dos 620 casos de aborto registrados em uma maternidade de Florianópolis, entre 1993 e 1994, 141 casos foram classificados como certamente provocados, em 50,4% dos casos foi utilizado misoprostol, sozinho ou associado, para a indução. Aproximadamente metade dos casos de interrupção provocada apresentaram sinais de infecção à admissão e foram tratados com antibióticos. Cerca de 18% das mulheres apresentaram hemorragia grave à admissão. E, na maioria dos casos (138), foi realizada a curetagem²¹.

Em campinas²², entre 2008 e 2010, dentre as vinte e seis mulheres que haviam certamente induzido o fim da gestação, nove declararam ter utilizado misoprostol (Cytotec) e dezessete referiram ter utilizado outros métodos. Complicações infecciosas foram notadas em oito mulheres e complicações hemorrágicas foram notadas em nove mulheres. Em São Paulo²³, também foi observado uma alta taxa de complicações pós abortamentos provocados (94,1%). A maioria dos

abortos foi provocado por meio da utilização de misoprostol (oral, intra-vaginal, ou pelas duas vias) associado a uma combinação de chás.

Em um estudo realizado em Maceió²⁴, entre 2006 e 2007, a maioria das mulheres entrevistadas possivelmente ou certamente havia provocado a interrupção da gestação. Dentre as que certamente haviam induzido o fim da gestação a maioria fez uso de medicamentos.

Os primeiros resultados da PNA²⁵ e de sua etapa de entrevistas estruturadas (PNA-entrevistas)²⁶ vão ao encontro com os resultados encontrados em outros estudos^{21,22,23}. O itinerário mais comum entre as mulheres que interromperam a gestação é o da utilização de Cytotec, em dosagens variadas, com internação hospitalar para finalizar o aborto^{25,26}. Notou-se que mulheres mais jovens utilizam menos o misoprostol, recorrendo a aborteiras ou chás e são internadas para a finalização do procedimento²⁶. A PNA de 2016⁵ apresentou resultados semelhantes.

Gomperts et al.²⁷, analisando os registros de 307 mulheres que interromperam a gravidez através de medicamentos obtidos pelo site Women on Web em 2011, observaram que a maioria (236) completou o aborto e que 64 mulheres foram submetidas a um procedimento cirúrgico após utilizar a medicação.

Assim como foi visto em outros estudos^{21,23,25,26,27}, Duarte et al.²⁸ notaram, através da análise das narrativas presentes no site Women on Web entre 2016 e 2017, que a maioria das mulheres fez uso do Cytotec - sozinho ou associado a chás e outros métodos - e terminaram o procedimento no hospital. Ressaltam que as desigualdades são expressas nos itinerários, de maior ou menor complexidade e sinuosidade de acordo com os recursos financeiros da mulher²⁸.

Cinco estudos abordam a mortalidade materna por causas relacionadas ao aborto^{29,30,31,32,33}, sendo três de âmbito nacional^{29,30,31}. De acordo com os dados obtidos através do SIM-DATASUS, houve uma queda na mortalidade relacionada ao aborto no Brasil, entre 1980 e 1995²⁹. Segundo Camargo et al.³⁰, complicações graves como hemorragias e infecções foram mais frequentes em casos de mulheres que abortaram quando comparados com casos de mulheres que fizeram o parto.

Um estudo conduzido em 27 maternidades de referência identificou que, embora apenas 2,5% dos casos de morbidade materna grave sejam resultantes de complicações pós abortamento, o near miss materno é mais frequente em casos de aborto³¹. Nesses casos, o risco de near miss aumenta quando a mulher apresenta alguma condição preexistente ou quando ocorre demora para receber a atenção médica adequada³¹.

Uma série temporal sobre mortalidade materna em Minas Gerais³², entre 2000-2011, identificou que apesar da contribuição proporcional do aborto (15%) no conjunto das principais causas de morte materna não ter sofrido uma alteração expressiva no período pesquisado, houve um aumento de 38% ao se analisar pelo método de causas múltiplas³².

Já em uma pesquisa realizada em maternidades públicas de São Paulo, do Rio de Janeiro e de Niterói, em 2011, com 7.845 mulheres, foi identificado apenas um óbito materno, por causas não relacionadas ao aborto³³. Dentre os casos de abortamento identificados nessa pesquisa, o método mais utilizado foi o misprostol³³.

Dois artigos abordam o aborto provocado em adolescentes^{34,35}. Em Maceió³⁴, 81,59% das entrevistadas tinham certamente provocado o aborto, tendo a maioria utilizado misoprostol³⁴. No Piauí³⁵, 94% (28) das entrevistadas fez uso do Cytotec isolado buscando o hospital para terminar o procedimento através da curetagem. Houve complicações em três casos, principalmente pela má assistência recebida pós aborto³⁵.

Artigos que abordavam o aborto induzido entre prostitutas também foram incluídos^{36,37}. Um estudo entrevistou 39 mulheres que se declaravam trabalhadoras do sexo em Porto Alegre, Belém e em Teresina. Todas as mulheres entrevistadas haviam realizado pelo menos um aborto, sendo o método mais comum a utilização de misoprostol, seguido por chás e clínicas clandestinas. As complicações mais comuns foram dor abdominal e hemorragia³⁶.

Outro estudo³⁷, realizado no Piauí, trouxe resultados semelhantes. Das 310 mulheres entrevistadas, 163 afirmaram ter realizado pelo menos um aborto. Dentre elas, o método mais utilizado (75%) foi o cytotec, sendo que 47,8% das mulheres relataram a necessidade de serem internadas por complicações³⁷. Não se observou uma redução na taxa de aborto inseguro nos estudos nacionais^{5,25}, embora a taxa de hospitalização por abortamento tenha caído^{15,16,17,18}, em especial em relação as complicações graves pós abortamento. Resultado que condiz com o observado em revisão de literatura anterior³⁸.

Esta queda na hospitalização por complicações graves é atribuída, por diferentes autores, à disseminação do uso do Misoprostol, que passou a ser empregado como método para interromper a gestação na década de 90 e tem se tornado cada vez mais popular^{5,20,22,26}. Contudo, o hospital ainda se faz presente em grande parte dos itinerários percorridos para interromper a gestação. Existe ainda um número elevado de curetagens para a finalização do aborto e de mulheres que são orientadas a buscar a instituição logo no início do sangramento causado pelo uso da medicação^{5,7,9,17,26,33}.

Observa-se que embora a mortalidade da gestante pela prática do aborto induzido tenha diminuído entre 1980 e 2011, esta continua, a ser uma causa significativa de morte materna evitável^{29,30,31,32,33}. Estudos apontam que o near miss materno permanece elevado, em especial quando associado a comorbidades preexistentes ou por conta da violência institucional³¹.

A violência institucional, por sua vez, depreende-se do estigma associado à prática abortiva pelos diversos agentes públicos, inclusive de profissionais médicos responsáveis pelo primeiro

atendimento^{10,11}. Dentre esses, é possível verificar que a inobservância em relação aos primeiros cuidados foi baseada em questões morais e religiosas, ignorando o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde para se evocar a “objeção de consciência”^{11,39}.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Permite-se concluir, diante da literatura e de todas as pesquisas expostas, realizadas desde a década de 80, que, a despeito da diminuição da mortalidade dentre as mulheres que praticam o abortamento, persiste de modo constante e sistemático o elevado risco à saúde destas em todo o território nacional. Ademais, denota-se que o problema atinente ao abortamento é composto por diversos fatos que ultrapassam a abordagem estritamente médica, a exemplo de questões sociais, morais e religiosas.

Não obstante o Estado tenha adotado medidas pontuais ao decorrer dos anos, a falta de uma abordagem multidimensional para um problema enraizado em diversos segmentos impediu o avanço de medidas capazes de assegurar a saúde da mulher. O “tabu” inerente ao aludido estigma social refreia até mesmo a discussão por grande parcela da sociedade quanto às possíveis medidas a serem adotadas, sem embargo do número de novas vítimas que se acumula a cada ano

Além de tudo, observa-se que o “vácuo estatal” foi predominantemente preenchido – como é natural – pela criminalidade, que visa tomar vantagem de mulheres em situação de agravada vulnerabilidade (por vezes potencializada pela desigualdade social) mediante a comercialização de falsos fármacos abortivos, bem como da realização do abortamento em clínicas clandestinas sem condições mínimas ao resguardo da saúde da mulher. Diante de todo esse quadro, urge-se incitar a sociedade para que construa pontes por meio do diálogo, enfrentando a problemática do abortamento em suas diversas facetas e, com isso, minorar – senão erradicar – o constante risco à saúde da mulher^{6,7,11,27,28}.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. JOFFE C. **Abortion and medicine: A sociopolitical history** IN: BORGATTA L. et al. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. 1 ed. Wiley-Blackwell, 2009. doi:<<https://doi.org/10.1002/9781444313031.ch1>>
2. MACHADO L. **O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador**. *Cadernos Pagu*. 2016 jul; no.50. doi:<<https://doi.org/10.1590/18094449201700500004>>
3. PEREIRA T S, SILVA M P. **O princípio da dignidade da pessoa humana e a autonomia da mulher frente à ampliação das hipóteses de aborto legal**. *Vestnik*: Brasília 2015
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). **Abortamento Seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2 ed. Uruguai: OMS, 2013.

5. DINIZ D, MADEIRO A, MEDEIROS M. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016**. *Ciência & saúde coletiva*. 2017 fev vol.22, no.2. doi:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>>
6. DINIZ D, CASTRO R. **O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres**. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011 jan; vol.27; no.1. doi:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100010>>
7. FERRARI W, PERES S. **Itinerários de solidão: aborto clandestino de adolescentes de uma favela da Zona Sul do Rio de Janeiro, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*; 2020 fev; vol.36, supl.1. doi:<<https://doi.org/10.1590/0102-311x00198318>>
8. ALMEIDA M et al. **Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto**. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020 fev.; vol.36 ; supl.1. doi:< <https://doi.org/10.1590/0102-311x00189618>>
9. CARVALHO F et al. **Atenção ao abortamento em instituições hospitalares da rede SUS de Fortaleza, Ceará**. *Cadernos de Saúde coletiva*. 2020 abr; vol.28, no.1. doi: <<https://doi.org/10.1590/1414-462x202028010297>>
10. MADEIRO A, RUFINO A. **Mau-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil**. *Ciência & saúde coletiva*. 2017 ago; vol.22; no.8. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.04252016>>
11. ADESSE L, BONAN C, FONSECA V, SILVA K. **Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática**. *Ciência & Saúde coletiva*. 2016 dec; vol.21; no.12. doi:<<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.07282015>>
12. ADESSE L, BONAN C, FONSECA V, SILVA K. **Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha**. *Saúde em debate*. 2015 set; vol.39, no.106. doi:<<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030011>>
13. WHITTEMORE R, KNALF K. **The integrative review: Updated methodology**. *Journal of Advanced Nursing*, Oregon, USA, 2005. vol. 52 (5), p. 546-553. PubMed; PMID: 16268861
14. CARVALHO R, SILVA MD, SOUZA MT. **Revisão Integrativa: o que é e como fazer**. *Einstein*. 2010 jan; vol.8 no. 1. doi:<<https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>>
15. SINGH S., MONTEIRO M., LEVIN J. **Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brasil, 1992-2009: Why the decline in numbers and severity**. *International Journal of Gynecology and obstetrics*. 2012; vol.118. doi: < [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60007-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60007-1)>

16. SOUZA A. et al. **Reasons for hospitalization due to abortion and pregnancy termination.** Journal of Tropical Pediatrics. 1999 fev.; vol. 25. doi: < <https://doi.org/10.1093/tropej/45.1.31>>
17. RAMOS K., FERREIRA A., SOUZA A. **Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma maternidade escola na cidade de Recife, Brasil.** Rev. Esc. Enferm USP, 2010; vol 44. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300008>>
18. SORRENTINO S., LEBRÃO M.L. **Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995.** Rev. Bras. Epidemiologia. 1998; vol.1. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X1998000300005>>
19. MARTINS I. et al. **Aborto induzido em mulheres de baixa renda: Dimensão de um problema.** Cadernos de Saúde Pública. 1991, vol.7. doi:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200009>>
20. HARDY E., ALVES G. **Complicações pós aborto provocado: Fatores Associados.** Cadernos de Saúde Pública. 1992. vol. 8. doi:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000400010>>
21. FONSECA et al. **Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, 1998; vol. 14. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000200004>>
22. SILVA et al. **Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol?** Rev. Bras. Saúde Matern. Infan.,2010, vol.10. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000400004>>
23. FUSCO C., ANDREONI S., SILVA R. **Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza - Favela Inajar de Souza, São Paulo.** Rev. Bras. Epidemiol. 2008; vol. 11. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100007>>
24. CHAVES J. et al. **O abortamento incompleto (provocado e espontâneo) em pacientes atendidas em maternidade do Sistema Único de Saúde.** Rev. Bras. Clin. Med. São Paulo, 2011; vol. 9. LILACS: ID: lil-588517
25. DINIZ D., MADEIROS M. **Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com a técnica de urna.** Ciência & Saúde Coletiva. 2010; vol. 15 doi: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700002>>
26. DINIZ D, MADEIROS M. **Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras.** Ciência & Saúde Coletiva. 2012; vol. 17 doi: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700002>>
27. GOMPERS R. et al. **Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil.** Contraception. 2014, vol.89. doi: <<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.11.005>>

28. DUARTE N., MORAES L., ANDRADE C. **A experiência do aborto na rede: análise de itinerários abortivos compartilhados em uma comunidade online.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018, vol. 23 doi: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.14062018>>
29. LIMA B. **Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais.** *Rev. Panam. Salud Publica*. 2000, vol. 7. doi: <<https://doi.org/10.1590/s1020-49892000000300005>>
30. CAMARGO R.S. et al. **Severe maternal morbidity and factors associated with the occurrence of abortion in Brazil.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2011; vol. 112 doi: <<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.08.013>>
31. SANTANA D.S. et al. **Severe maternal morbidity due to abortion prospectively identified in a surveillance network in Brazil.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012; vol. 119. doi: <<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.05.025>>
32. MARTINS E.F. et al. **Causas múltiplas de mortalidade materna relacionadas ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011.** *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; vol. 33. doi: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00133116>>
33. KALE P.L. et al. **Morte de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas.** *Ciências & Saúde Coletiva*. 2018; vol. 25. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018235.18162016>>
34. CHAVES J.H.B. et al. **Abortamento provocado e o uso de contraceptivos em adolescentes.** *Rev. Bras. Clin. Med.* 2010; vol. 8 LILACS: lil-543992
35. NUNES M., MADEIRO A., DINIZ D. **Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; vol.18. doi:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800015>>
36. MADEIRO A., DINIZ D. **Induced abortion among Brazilian female sex workers: a qualitative study.** *Ciência & Saúde coletiva*. 2015; vol.20. doi:<<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.1120201>>
37. MADEIRO A., RUFINO A. **Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina - Piauí.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; vol.17. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700012>>
38. DOMINGUES R. et al. **Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018.** *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; vol.36. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00190418>>