



BJGH

Brazilian Journal
of Global Health

Revista Brasileira
de Saúde Global

Da análise dos métodos abortivos e de suas complicações no âmbito do Sistema Único de Saúde

Deborah Bruna Gomes Simoni^{1*}, Débora Rita Gobbi¹

¹Faculdade de Medicina da Universidade Santo Amaro.

RESUMO

OBJETIVO

Analisar como as metodologias da prática abortiva influenciaram, ou não, nas eventuais complicações vivenciadas pelas mulheres no pós-abortamento.

MÉTODOS

Para a produção deste artigo foi realizada uma revisão sistemática da literatura, levantando estudos presentes nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval (Medline); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), foram incluídos trabalhos publicados na íntegra em periódicos indexados, na língua portuguesa e inglesa. Não foi estabelecido um limite temporal.

RESULTADOS

Verificou-se que, a despeito da disseminação de novos medicamentos abortivos entre a população, em especial de baixa renda, ter diminuído o número de internações hospitalares, a taxa de abortamentos inseguros não apresentou mudanças significativas.

CONCLUSÕES

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.

DESCRITORES

Aborto, Aborto provocado, Complicações, Saúde pública.

Autor correspondente:

Deborah Bruna Gomes Simoni.

Faculdade de Medicina da Universidade Santo Amaro. R. Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 - Jardim das Imbuías, São Paulo - SP, Brasil.

Email: dbgsimoni@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3041-9438>

Copyright: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons

Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.

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 considerado 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 gestante³.

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 anencefalia³.

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 óbito⁴.

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 gestação⁵. 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 hospitais⁸. 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 faz presente na maioria dos casos relatados^{9,10,11}.

Carvalho et al.⁹ relatam que as mulheres não são necessariamente atendidas na primeira instituição em que buscam auxílio,

tendo que transitar entre dois ou mais hospitais pela falta de um protocolo de indicação. 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 clínicas⁹.

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. De modo que 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, propôs-se este estudo.

MÉTODOS

O presente artigo utilizou o método de revisão sistemática. A revisão foi norteada pela questão: Como as mudanças nos métodos abortivos utilizados pelas mulheres, usuárias do sistema de saúde público, influenciaram as alterações nos quadros de complicações vivenciados no pós-abortamento?

No processo de levantamento bibliográfico foram consultadas as bases de dados eletrônicas Medical Literature Analysis and Retrieval (MEDLINE); Scientific Electronic 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 brasil)).
SCIELO	("aborto induzido") OR ("aborto" AND (induzido OR provocado)) AND ((inseguro) OR (ilegal) 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 consequências 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.

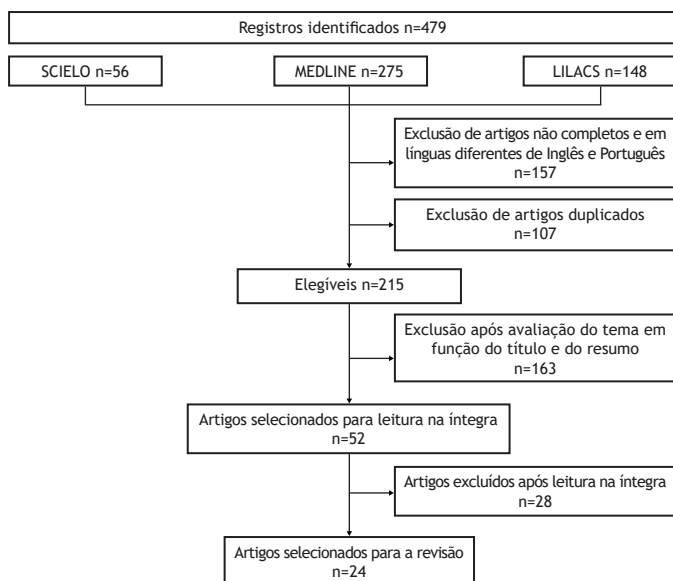
Para a análise dos dados, foi construído um quadro agrupando os estudos selecionados. Essa tabela contém os seguintes aspectos: autores, ano e local de publicação, delineamento do estudo e resultados.

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 a presente pesquisa. Após a leitura na íntegra e aplicação dos critérios de

elegibilidade, foram excluídos 28 estudos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma da etapa de seleção dos artigos incluídos na revisão.



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

Referência	Local e ano	Delineamento do estudo	Resultados
Singh et al ¹³	Brasil (1992-2009)	Estudo de tendência.	Redução nas taxas de internação por complicações pós aborto (57%) e diminuição acentuada nas taxas de complicações graves (69%).
Sorrentino e Lebrão ¹⁴	São Paulo, Brasil (1995)	Estudo descritivo.	As internações por causas obstétricas representaram 37,8% das hospitalizações. Ademais, o estudo ressaltou que existe uma discordância entre os procedimentos realizados e o diagnóstico relatados.
Souza et al ¹⁵	Recife, Brasil (1994-1995)	Estudo de caso controle	A maioria das mulheres internadas por complicações haviam possivelmente (50%) provocado o aborto. O método mais utilizado foi o misoprostol seguido por utilização de chás.
Ramos et al ¹⁶	Recife, Brasil (2005-2006)	Estudo transversal.	O tipo mais frequente de abortamento foi o possivelmente induzido. O método mais conhecido era o misoprostol.
Martins et al ¹⁷	Rio de Janeiro (1984-1985)	Estudo seccional.	Dentre as entrevistadas, 31% relataram já terem abortado. Dos casos de aborto, 16,9% foram induzidos, desses, a maioria foi realizado por médicos.
Hardy & Alves ¹⁸	Rio de Janeiro (1992)	Análise secundária dos dados obtidos em pesquisa anterior.	Notou-se uma menor taxa de complicações entre as mulheres que interromperam a gestação em clínicas ou consultórios.
Fonseca et al ¹⁹	Florianópolis, Brasil (1993-1994)	Inquérito.	Metade das mulheres que provocaram o abortamento relataram o uso do Cytotec (misoprostol). Notou-se uma diminuição no número de complicações.
Silva et al ²⁰	Campinas, Brasil (2008-2009)	Estudo transversal.	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. ²¹	São Paulo, Brasil (2005)	Inquérito domiciliar.	Dentre os abortos induzidos, apenas 6 foram realizados em clínicas clandestinas. A complicação mais citada foi a hemorragia, seguida de infecção.
Chaves et al ²²	Maceió, Brasil (2006-2007)	Estudo descritivo.	De acordo com as respostas obtidas, 63,6% dos abortamentos foram provocados. Entre os certamente induzidos, 89% relataram uso de misoprostol.
Diniz e Madeiro ²³	Brasil (2010)	Inquérito domiciliar.	Dentre as mulheres entrevistadas 15% relatam ter praticado a interrupção da gestação. Metade das mulheres utilizaram algum medicamento para indução.
Diniz e Madeiro ²⁴	Brasil (2010-2011)	Inquérito domiciliar.	A maioria das entrevistadas realizou pelo menos um aborto. O método mais comum foi o uso de cytotec, com finalização em hospital.
Diniz et al ⁵	Brasil (2016)	Inquérito domiciliar.	Metade das mulheres utilizou algum medicamento para indução do aborto, e 48% das mulheres que provocaram o aborto precisaram de internação.
Gomperts et al ²⁵	Brasil (2011)	Estudo de caso retrospectivo.	Dentre as 602 mulheres que requisitaram o misoprostol, 370 utilizaram a medicação. Dentre as mulheres que relataram o ocorrido, 64 precisaram de intervenção cirúrgica.
Duarte et al ²⁶	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 ²⁷	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 ²⁸	Brasil (2006)	Análise secundária dos 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.
Santana et al ²⁹	Brasil (2009-2010)	Estudo transversal multicêntrico.	O abortamento correspondeu a 2,5% do total de mulheres identificadas como tendo morbidade materna severa.
Martins et al ³⁰	Minas Gerais, Brasil (2000-2011)	Estudo ecológico.	Identificaram que o aborto foi a causa básica de 15% dos óbitos maternos, não havendo alteração da porcentagem ao longo do período.
Kale et al ³¹	São Paulo, Rio de Janeiro, Niterói, Brasil (2011)	Estudo seccional de base hospitalar.	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.
Chaves et al ³²	Maceió, Brasil (2008-2009)	Descritivo, a partir de questionário estruturado.	O método mais comum entre as adolescente, que assumiram ter terminado a gestação, foi o misoprostol.
Nunes et al ³³	Piauí, Brasil (2011)	Estudo transversal e descritivo.	Foram entrevistadas 30 adolescentes, O misoprostol foi usado por 94% das adolescentes. Houve 3 casos de complicações graves.
Madeiro e Diniz ³⁴	Porto Alegre, Belém e Teresina, Brasil (2012)	Estudo qualitativo.	Todas as mulheres entrevistadas relataram ao menos uma experiência de abortamento. O método mais comum foi o misoprostol.
Madeiro e Rufino ³⁵	Piauí, Brasil (2010)	Método misto (quantitativo e qualitativo).	Dentre as 310 mulheres entrevistadas 163 afirmaram ter realizado ao menos um aborto. O método mais utilizado foi o misoprostol, seguido chás e sondas.

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 nacional¹³ e três estudos locais - em São Paulo¹⁴ e Recife^{15,16}. De acordo com Singh et al.¹³, 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.

Em 1995, no estado de São Paulo, as internações por abortamento representavam 10% das internações obstétricas¹⁴. Já em Recife, no mesmo período, 78,7% das mulheres internadas na maternidade IMIP por complicações haviam possivelmente (50%) ou definitivamente (28,7%) induzido o abortamento¹⁵.

Em 2005, outro estudo realizado na mesma maternidade de Recife, apontou que as internações por complicações representavam cerca de 3,1% dos internamentos obstétricos do período¹⁶.

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 nacional¹³. Assim, os estudos evidenciaram, não só uma diferença temporal, mas também uma diferença regional^{13,14,15,16}.

Dez artigos abordam os métodos utilizados para a interrupção da gravidez e as suas complicações^{5,17,18,19,20,21,22,23,24,25}. No Rio de Janeiro, um estudo realizado 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%) foi realizada por terceiros¹⁷.

Ademais, o estudo aponta que houve significativamente menos complicações entre mulheres que interromperam a gravidez com médicos, comparadas com as que tiveram o aborto induzido por curiosas¹⁷. No mesmo sentido, Hardy e Alves¹⁸ obtiveram resultados semelhantes.

Segundo Fonseca et al.¹⁹, 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 indução¹⁹.

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 curetagem¹⁹.

Em Campinas, entre 2008 e 2010, dentre as vinte e seis mulheres que haviam certamente induzido o fim da gestação, nove declararam ter utilizado misoprostol e dezessete referiram ter utilizado outros métodos. Complicações infecciosas foram notadas em oito mulheres e complicações hemorrágicas foram notadas em nove mulheres²⁰.

Nesse mesmo sentido, foi observada, em São Paulo, uma alta taxa de complicações pós-abortamentos provocados (94,1%). A maioria dos abortos foi induzida por meio da utilização de misoprostol por via oral, intravaginal, ou pelas duas vias - associado a uma combinação de chás²¹.

Em um estudo realizado em Maceió, 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 medicamentos²².

Os primeiros resultados da PNA²³ e de sua etapa de entrevistas estruturadas (PNA-entrevistas)²⁴ vão ao encontro com os resultados encontrados em outros estudos^{17, 18,19}. O itinerário mais comum entre as mulheres que interromperam a gestação é o da utilização de misoprostol, em dosagens variadas, com internação hospitalar para finalizar o aborto^{23,24}. Notou-se que mulheres mais jovens utilizam menos o misoprostol, recorrendo a aborteiras ou chás e são internadas para a finalização do procedimento²².

Gomperts et al.²⁵, 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 medicação²⁵.

Assim como foi visto em outros estudos^{19, 21,23,24,25}, Duarte et al.²⁶ notaram, através da análise das narrativas presentes no site Women on Web entre 2016 e 2017, que a maioria das mulheres fez uso do misoprostol - 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 mulher²⁶.

Cinco estudos abordam a mortalidade materna por causas relacionadas ao aborto^{27, 28,29,30,31}, sendo três de âmbito nacional^{27,28,29}. De acordo com os dados obtidos através do SIM-DATASUS, houve uma queda na mortalidade relacionada ao aborto no Brasil, entre 1980 e 1995²⁷. Segundo Camargo et al.²⁸, 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 aborto. Nesses casos, o risco de *Near miss* aumenta quando a mulher apresenta alguma condição preexistente ou quando ocorre demora em receber a atenção médica adequada²⁹.

Uma série temporal sobre mortalidade materna em Minas Gerais, 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 múltiplas³⁰.

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 aborto. Dentre os casos de abortamento identificados nessa pesquisa, o método mais utilizado foi o misoprostol³¹.

Dois artigos abordam o aborto provocado em adolescentes^{32,33}. Em Maceió, 81,59% das entrevistadas tinham certamente provocado o aborto, tendo a maioria utilizado misoprostol³². No Piauí, 94% (28) das entrevistadas fez uso do misoprostol isolado buscando o hospital para terminar o procedimento através da curetagem. Houve complicações em três casos, principalmente pela má assistência recebida pós-aborto³³.

Artigos que abordavam o aborto induzido entre prostitutas também foram incluídos^{34,35}. Um estudo entrevistou 39 mulheres que se declaravam trabalhadoras do sexo em Porto Alegre, Belém e em Teresina³⁴. 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 hemorragia³⁴.

Outro estudo, 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 misoprostol, sendo que 47,8% das mulheres relataram a necessidade de serem internadas por complicações³⁵.

Não se observou uma redução na taxa de aborto inseguro nos estudos nacionais^{5,23}, embora a taxa de hospitalização por abortamento tenha caído^{13,14,15,16}, em especial quanto às complicações graves advindas do pós-abortamento. Resultado que condiz com aqueles observados em revisão de literatura anterior³⁶.

A 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^{5,18,20,24}.

Contudo, a intervenção hospitalar ainda se faz presente em grande parte dos itinerários percorridos ao longo da interrupção gestacional. Existe, ainda, um número elevado de curetagens realizadas 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^{5,7,9,15,24,31}.

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 passível de ser evitada^{27,28,29,30,31}. Estudos apontam que o *near miss* materno permanece elevado, em especial quando associado a comorbidades preexistentes ou à violência institucional^{29,30,31}.

A violência institucional, por sua vez, depreende-se do estigma associado à prática abortiva pelos diversos atores envolvidos no contato com a gestante, inclusive a gentes públicos e profissionais médicos responsáveis pelo primeiro atendimento^{8,10,11}.

Dentre os profissionais da saúde, é possível verificar que a inobservância em relação aos primeiros cuidados por vezes é baseada em questões morais e religiosas, ignorando-se por completo o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde para se evocar a “objeção de consciência”^{11,37}.

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 abortamento, persiste de modo constante e sistemático o elevado risco à saúde da mulher em todo território nacional. Ademais, denota-se que o problema atinente ao abortamento é composto por diversos fatores 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 ano¹¹.

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^{6,7,11,25,26}.

REFERÊNCIAS

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: 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: 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: 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; doi: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: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: 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: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: 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: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:10.1590/0103-1104201510600030011
13. SINGH S., MONTEIRO M., LEVIN J. Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992-2009: Why the decline in numbers and severity. International Journal of Gynecology and obstetrics. 2012; vol.118. doi:10.1016/S0020-7292(12)60007-1
14. SORRENTINO S., LEBRÃO M.L. Os abortos no atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, 1995. Rev. Bras. Epidemiologia. 1998; vol.1. doi: 10.1590/S1415-790X1998000300005
15. SOUZA A. et al. Reasons for hospitalization due to abortion and pregnancy termination. Journal of Tropical Pediatrics. 1999 fev.; vol. 25. doi:10.1093/tropej/45.1.31
16. 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: 10.1590/S0080-62342010000300008
17. MARTINS I. et al. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: Dimensão de um problema. Cadernos de Saúde Pública. 1991, vol.7. doi:10.1590/S0102-311X1991000200009
18. HARDY E., ALVES G. Complicações pós-aborto provocado: Fatores Associados. Cadernos de Saúde Pública. 1992. vol. 8. doi: 10.1590/S0102-311X1992000400010
19. 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: 10.1590/S0102-311X1998000200004
20. 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: 10.1590/S1519-38292010000400004
21. 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: 10.1590/S1415-790X2008000100007
22. 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
23. DINIZ D., MADEIROS M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com a técnica de urna. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; vol. 15 doi: 10.1590/S1413-81232010000700002
24. DINIZ D, MADEIROS M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; vol. 17 doi: 10.1590/S1413-81232012000700002
25. GOMPERS R. et al. Provision of medical abortion using telemedicine in Brazil. Contraception. 2014, vol.89. doi: 10.1016/j.contraception.2013.11.005
26. 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: 10.1590/1413-812320182310.14062018
27. LIMA B. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. Rev. Panam. Salud Publica. 2000, vol. 7. doi: 1590/s1020-

- 4989200000300005
28. 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: 10.1016/j.ijgo.2010.08.013
 29. SANTANA D.S. et al. Severe maternal morbidity due to abortion prospectively identified in a surveillance network in Brasil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012; vol. 119. Doi: 10.1016/j.ijgo.2012.05.025
 30. 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: 10.1590/0102-311x00133116
 31. KALE P.L. et al. Morte de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceptos em maternidades públicas. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2018; vol. 25. doi: 10.1590/1413-81232018235.18162016
 32. 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
 33. NUNES M., MADEIRO A., DINIZ D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; vol.18. doi: 10.1590/S1413-81232013000800015
 34. MADEIRO A., DINIZ D. Induced abortion among Brazilian female sex workers: a qualitative study. *Ciência & Saúde coletiva*. 2015; vol.20. doi: 10.1590/1413-81232015202.1120201
 35. MADEIRO A., RUFINO A. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina - Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; vol.17. doi: 10.1590/S1413-81232012000700012
 36. DOMINGUES R. et al. Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; vol.36. doi: 10.1590/0102-311x00190418
 37. MADEIRO A. et al. Objeção de consciência e aborto legal: atitudes de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2016; vol. 40. doi: 10/1590/1981-52712015v40n1e02382014