

## Aborto inseguro: prevalência e fatores associados de mulheres em um aglomerado subnormal

### Unsafe abortion: prevalence and associated factors of women in a subnormal cluster

Erika Tanck<sup>1\*</sup>, Dagmar de Paula Queluz<sup>1</sup>

---

#### RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi identificar a prevalência de abortos inseguros e fatores associados de mulheres em um aglomerado subnormal. Trata-se de uma pesquisa transversal quantitativa, realizada com mulheres em idade fértil. As participantes foram abordadas em seu domicílio, respondendo a um questionário com 15 perguntas, sobre: avaliação socioeconômica, vida pessoal e aborto. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e analítica com regressão logística simples e múltipla, para determinar quais variáveis/fatores estão associadas a prática do aborto inseguro. Pelos modelos de regressão foram estimados os *odds ratios* com os respectivos intervalos de 95% de confiança. A prevalência de mulheres que tiveram aborto foi de 31,6%, a prevalência de mulheres que praticaram abortos inseguros foi de 5,9%, a porcentagem de mulheres que já praticaram aborto inseguro foi maior entre aquelas de menor escolaridade (7,6%) do que entre as de maior escolaridade (2,2%), mulheres com até o ensino médio incompleto têm 3,67 vezes mais chance de praticar aborto inseguro do que aquelas com maior escolaridade ( $p < 0,05$ ). Esta pesquisa concluiu que a prevalência de abortos inseguros foi de 5,9%, e a escolaridade foi o fator associado. **Palavras-chave:** Aborto Induzido; Populações Vulneráveis; Saúde Pública.

---

#### ABSTRACT

The aim of this research was to identify the prevalence of unsafe abortions and associated factors among women in a subnormal cluster. This is a quantitative cross-sectional survey, conducted with women of childbearing age. The participants were approached at home, answering a questionnaire with 15 questions, about: socioeconomic assessment, personal life and abortion. The data were analyzed using descriptive and analytical statistics with simple and multiple logistic regression, to determine which variables / factors are associated with the practice of unsafe abortion. The odds ratios were estimated by the regression models with the respective 95% confidence intervals. The prevalence of women who had abortions was 31.6%, the prevalence of women who had unsafe abortions was 5.9%, the percentage of women who had ever had unsafe abortions was higher among those with less education. (7.6%) than among those with higher education (2.2%), women with up to incomplete high school are 3.67 times more likely to practice unsafe abortion than those with higher education ( $p < 0.05$ ). This research concluded that the prevalence of unsafe abortions was 5.9%, and education was the associated factor.

**Keywords:** Abortion Induced; Vulnerable Populations; Public Health.

---

---

<sup>1</sup> Faculdade de Odontologia de Piracicaba- UNICAMP.

\*E-mail: erikatanck2000@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no mundo, mais de 25 milhões de abortos inseguros (45% de todos os abortos) ocorrem anualmente (OMS, 2017). A maioria dos abortos inseguros, ou 97%, ocorreu em países em desenvolvimento na África, Ásia e América Latina (OMS, 2017). A OMS mostrou que a restrição ou proibição do acesso não reduz o número de abortos (OMS, 2017). Além disso, em países onde o aborto é completa ou parcialmente proibido, um em cada quatro abortos é seguro (OMS, 2017). Em países onde o aborto é legal, nove entre dez são realizados de maneira segura (OMS, 2017). Quando os abortos são feitos de acordo com as diretrizes e padrões da OMS, o risco de complicações severas ou de morte são insignificantes (OMS, 2017).

Para a *World Health Organization* (1977, p.639, *apud* TRATADO..., 2019) aborto é a interrupção da gravidez antes das 22 semanas de idade gestacional, ou quando um feto tenha peso inferior a 500 gramas ou de 16,5cm. Ele pode ser natural/espontâneo, onde o corpo expelle o feto por alterações hormonais ou outra patologia; ou pode ser realizado de forma induzida (inseguro), quando estimulado por fatores externos como introdução de objetos para esvaziamento uterino, e uso de fármacos que induzam o parto de forma prematura (FEBRASGO, 2010).

Segundo a Febrasgo, dos 503 mil abortos praticados realizados em 2015, metade foram feitos ilegalmente e necessitaram de intervenção médica (FEBRASGO, 2018). No mundo, diz a *WHO*, entre 20% e 30% dos abortos inseguros resultam em infecções e infertilidade (*WHO*, 2011).

No Brasil, os procedimentos inseguros de interrupção voluntária da gravidez levam à hospitalização de mais de 250 mil mulheres por ano, cerca de 20 mil complicações e 5 mil internações de muita gravidade. O aborto inseguro causou a morte de 203 mulheres em 2016, o que representa uma morte a cada 2 dias. Nos últimos 10 anos, foram 2 mil mortes maternas por esse motivo (COFEN, 2018).

No Brasil, o aborto é proibido por lei. O crime do aborto, no Código Penal de 1940 (JUS, 2017), está previsto no Título I, Capítulo I, dos Crimes Contra a Vida, nos artigos 124, 125, 127 e 128. Com penas de detenção, entre um a dez anos; para quem faz ou pratica dependendo do julgamento (BITENCURT, 2017).

Para a *World Health Organization* (2011) na busca por soluções para realização de métodos de indução do aborto, as mulheres entram em um mundo de ilicitudes, onde encontram opções para seu problema, muitas vezes de forma insegura, denominado como

aborto inseguro. Inibir a mulher em sua meta, não impedirá a realização do aborto, necessitando que no Brasil sejam adotadas Políticas Públicas de Saúde ao aborto seguro; do que a criminalização para evitar o aborto (ADESSE, MONTEIRO, LEVIN, 2008; OLIVEIRA, SOUZA, SANTANA *et al*, 2019).

No Brasil, estudos relatam como a ilegalidade impossibilita de termos um cálculo correto e sabermos a dimensão correta do aborto inseguro no Brasil (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008; BRASIL, 2008; DINIZ; MEDEIROS, 2010).

De acordo com os resultados da pesquisa “Abortamento, um grave problema de saúde pública e de injustiça social”, ocorreram anualmente no Brasil entre 729 mil a 1,25 milhão de abortamentos inseguros (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008). Milhares de mulheres arriscam suas vidas através de procedimentos de aborto inseguro e 25% delas sofrem complicações graves para a sua saúde (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Estes valores podem evoluir à medida que aumenta a prevalência de mulheres em idade fértil no país (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Pesquisas indicam que no ano de 2017 nasceram 480.923 crianças filhas de adolescentes entre 10 e 19 anos, representando 16,45% dos partos nacionais, segundo o DATASUS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-SINASC (BRASIL, 2017). Segundo a literatura, o aborto na adolescência ocorre entre 7% e 9% do total de abortos realizados por mulheres em idade reprodutiva (MADEIRO; RUFINO, 2012). Estudos com adolescentes puérperas indicam que entre 12,7% e 40% delas tentam o aborto antes de decidir dar prosseguimento à gestação (BRASIL, 2008).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) fala da necessidade de inclusão dos adolescentes nas Políticas Públicas e ações que visem à garantia dos direitos da criança e do adolescente. Segundo o Art. 70, Parágrafo 5, delibera ao poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde (BRASIL, 2009). Tratando-se de um fator de pesquisa na ordem da saúde pública, cabe a nós a obrigatoriedade de incluir este grupo vulnerável (BRASIL, 2009).

A Pesquisa Nacional de Aborto - PNA 2010 (DINIZ; MEDEIROS, 2010) e a Pesquisa Nacional do Aborto - PNA 2016 (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017), foram realizadas no Brasil demonstraram que os valores de abortamentos se mantiveram em uma cada cinco mulher na faixa etária dos 40 anos, demonstrando que o aborto continua sendo um método contraceptivo usual em todo país, mesmo com a evolução do tempo.

No ano de 2015 ocorreram cerca de meio milhão de abortos (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Considerando que grande parte dos abortos inseguros é ilegal, portanto, são realizados fora das condições sanitárias e de segurança à saúde da mulher (de OLIVEIRA; SOUZA; SANTANA *et al*, 2019). Quase sempre essas mulheres procuram ajuda do serviço público de saúde após essa prática, demonstrando o aborto como um dos problemas de saúde pública no país (BRASIL, 2008, DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, de OLIVEIRA; SOUZA; SANTANA *et al*, 2019, GIUGLIANI; RUSCHEL; SILVA *et al*, 2019).

Geralmente processos abortivos inseguros levam a mulher a uma internação hospitalar e não raro, a processos cirúrgicos complexos, podendo levar a uma incapacidade permanente e/ou morte. Consequente ao fato traz prejuízos a mulher, a família e a sociedade que ela se insere (SANTOS, ANJOS, SOUZAS, *et al*, 2013). A falta de políticas públicas voltada ao aborto onera o sistema de saúde, pois impede que esses procedimentos possam ser realizados de forma segura e simples, com fácil acesso a quem procura (de OLIVEIRA; SOUZA; SANTANA *et al*, 2019, GIUGLIANI; RUSCHEL; SILVA *et al*, 2019).

A introdução de novas políticas faz-se necessário, onde a saúde da mulher deve ser garantida além da prática do aborto (MENEZES; AQUINO, 2009, de OLIVEIRA; SOUZA; SANTANA *et al*, 2019, GIUGLIANI; RUSCHEL; SILVA *et al*, 2019, Chaves; Pereira, 2019).

A literatura indica que o anonimato mantém vantagens sobre outras formas de entrevistas, tais como entrevistas diretas ou outras metodologias qualitativas, uma vez que outras coletas de dados não garantem o sigilo e anonimato das entrevistadas e tendem a subestimar a prática do aborto (OLINTO; 1994, DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Segundo o IBGE, 2010, foi definido que Aglomerado Subnormal é uma forma de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia – públicos ou privados – para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas restritas à ocupação. No Brasil, esses assentamentos irregulares são conhecidos por diversos nomes como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, loteamentos irregulares, mocambos e palafitas, entre outros.

Não podemos esconder o que usualmente ocorre entre as mulheres e fecharmos os olhos a necessidade do atendimento a saúde das mulheres que opta por interromper a gestação. Faz-se então a necessidade desta pesquisa.

Desta forma, esta pesquisa tem o objetivo de identificar a prevalência de abortos inseguros e fatores associados de mulheres em um aglomerado subnormal.

## **MÉTODOS**

Esta pesquisa recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia Piracicaba - UNICAMP com CAAE: 02679218.8.0000.5418 (Anexo 1). Respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) N° 466/12 BRASIL, 2012), e pela Resolução CNS N° 510/16 (BRASIL, 2016), que permite que o processo de consentimento e de assentimento, não necessariamente seja um o registro por escrito (Capítulo III, art. 5), onde haja riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado (art.16, § 1°).

Trata-se de uma pesquisa transversal quantitativa descritiva e analítica, realizada com mulheres em idade fértil, na faixa etária de 14 a 44 anos, de julho a dezembro de 2018, de um aglomerado subnormal no município do interior do estado de São Paulo, Brasil; com uma população censitária de 404.142 em 2019, com índice Gini de 0,5398 no ano de 2010 e uma densidade demográfica de 281,20 Hab./Km<sup>2</sup> em 2019, segundo dados do Instituto de Planejamento e Pesquisa do município (IPPLAP, 2017).

A amostragem da pesquisa foi por conveniência, por se tratar do local de atuação da pesquisadora, composta por todas as mulheres de um aglomerado subnormal, sendo o total de 502, dados baseado no sistema de informação municipal (Olostech), sendo mulheres em idade fértil, entre 14 e 44 anos moradoras em um dos 25 aglomerados subnormais do município, sendo o segundo maior aglomerado subnormal do município (IPPLAP, 2017).

As participantes foram abordadas em sua residência pela pesquisadora, de forma a garantir um ambiente seguro e confidencial. Durante as visitas domiciliares, foi explicado sobre a pesquisa e solicitado sua participação, com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A concordância com a pesquisa foi realizada de forma verbal pela entrevistada antes da aplicação do questionário, depois de retirada as dúvidas e aceite dos termos no TCLE. As adolescentes entrevistadas (idade entre 14 e 18 anos) foram abordadas em suas residências e convidadas a participar após leitura do

TCLE ao responsável e assentimento, ambos emitindo concordância verbal (BRASIL, 2016, DINIZ; MEDEIROS, 2010, DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Não foi coletado assinatura no TCLE no momento das entrevistas, por se tratar de um assunto que implica problemas legais e éticos na condução desta pesquisa. Tal procedimento foi uma estratégia de manter o sigilo das respostas, a fim de melhorar a fidedignidade de respostas a questões socialmente controversas e passíveis de criminalização (DINIZ; MEDEIROS, 2012), conforme Resolução N° 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

O entrevistador foi previamente treinado. Os dados foram coletados de forma primária por meio de contato direto e entrevistas, tendo as mulheres como respondentes. O instrumento de coleta de dados utilizado teve como base trabalhos similares (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, GRACIANO; DE SOUZA, 2010), de base populacional, foi previamente testado em estudo piloto.

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário com 15 perguntas/fatores, sendo a primeira parte com 06 perguntas para avaliação socioeconômica (adaptado do estudo de Graciano; de Souza, 2010); a segunda parte com 9 perguntas sobre vida pessoal e aborto (adaptado do estudo de DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017); que posteriormente foi depositado em uma urna, após o preenchimento.

As primeiras 06 perguntas para a avaliação socioeconômica e identificação foi composta pelas variáveis a seguir: idade (em anos); renda familiar; número de moradores no domicílio; escolaridade; moradia; ocupação.

A outra parte do questionário com 09 perguntas sobre vida pessoal e aborto foi composta pelas variáveis a seguir: situação conjugal, religião, fez ou faz uso de drogas lícitas/ilícitas, ocorrência de aborto (espontâneo ou inseguro), prática de aborto inseguro, sucesso na prática do aborto inseguro, método utilizado na prática do aborto inseguro, idade do último aborto, procurou ajuda hospitalar após o aborto.

Após a análise descritiva do perfil das mulheres da amostra, foram estimados modelos de regressão logística simples e múltiplo para determinar quais variáveis foram associadas a prática de aborto inseguro. Foram estudadas na análise multivariada, as variáveis/fatores com  $p < 0,20$  nas análises simples, mantendo-se aquelas que permaneceram no modelo final após os ajustes ( $\alpha = 0,05$ ). Pelos modelos de regressão foram estimados os *odds ratios* com os respectivos intervalos de 95% de confiança. Todas as análises foram realizadas no programa R Core Team (R Core Team, 2019).

Foi utilizado como variável dependente a prática de aborto inseguro. As variáveis independentes foram dicotomizadas para elucidar a pesquisa.

Participaram 502 mulheres, sendo a amostra composta por 437 mulheres entrevistadas, com idade entre 14 e 44 anos com média de idade de  $29,77 \pm 9,85$  anos.

A prevalência de mulheres que tiveram abortos (espontâneos ou inseguros) foi de 31,6% (n=138) (IC95%: 27,2% - 35,9%) e de mulheres que praticaram abortos inseguros foi de 5,9% (n=26) (IC95% 3,7% - 8,2%).

A maioria das mulheres entrevistadas (n=437) apresentou renda familiar de até um salário mínimo (66,6%), 65,9% mora em casa própria quitada e 51,7% está desempregada. Quanto ao número de moradores no domicílio que fazem uso desta renda encontramos a maioria residindo com dois ou até três membros (24,5% e 24,9% respectivamente). Em relação à escolaridade, em sua maior parte, com ensino fundamental incompleto (40,7%), seguidos por ensino médio completo (28,8%). Ainda, 45,1% é casada, 43,9% solteira e 11,0% separada ou viúva. Também, 21,5%, 0,9%, 0,5% e 3,7% declararam que consumiram ou que consomem álcool, maconha, crack e outras drogas, respectivamente. Quanto à religião, apenas 17,2% afirmaram não possuir religião (Tabela 1).

Entre as 26 mulheres que declararam ter praticado aborto inseguro, 50,0% utilizou chás/ervas, 46,2% remédios e uma participante não respondeu sobre o método (Tabela 1).

Entre as 138 mulheres que relataram ocorrência de aborto (espontâneo ou inseguro), 4,3% teve aborto na faixa de 12 a 15 anos, 12,3% na faixa de 16 a 17 anos e 11,6% na faixa de 18 a 19 anos. Entre as 138 mulheres, 71,7% procurou ajuda hospitalar após o evento (Tabela 1). Na análise multivariada (Tabela 2) foram apresentados os resultados das análises de associação com a prática de aborto inseguro. As variáveis independentes (idade, renda familiar, número de moradores no domicílio, moradia, ocupação, situação conjugal, religião, fez ou faz uso de drogas lícitas/ilícitas) não apresentaram significância.

A porcentagem de mulheres que já praticaram aborto inseguro é maior entre aquelas de menor escolaridade (7,6%) do que entre as de maior escolaridade (2,2%),  $p < 0,05$ . Mulheres com até o ensino médio incompleto têm 3,67 (IC95%: 1,08-12,43) vezes mais chance de praticar aborto inseguro do que aquelas com maior escolaridade ( $p < 0,05$ ).

Tabela 1. Análise descritiva do perfil das mulheres avaliadas em um aglomerado subnormal no município do interior do estado de São Paulo, 2018.

Variável	Categoria	N (%)	
Avaliação Socioeconômica	Idade (anos) (n=437)	14 a 20	94 (21,5%)
		21 a 30	141 (32,3%)
		31 a 40	108 (24,7%)
		41 a 44	94 (21,5%)
	Renda Familiar (n=437)	Até 1 salário mínimo	291 (66,6%)
		≥1 salário até <2 salários mínimos	47 (10,8%)
		≥2 salários até <3 salários mínimos	93 (21,3%)
		≥3 salários mínimos	6 (1,4%)
	Número de moradores no domicílio (n=437)	Até 2 membros	107 (24,5%)
		Até 3 membros	109 (24,9%)
		Até 4 membros	87 (19,9%)
		Até 5 membros	72 (16,5%)
		Até 6 membros	39 (8,9%)
		Acima de 6	23 (5,3%)
	Escolaridade (n=437)	Fundamental incompleto	178 (40,7%)
		Fundamental complete	40 (9,2%)
		Médio incompleto	83 (19,0%)
		Médio complete	126 (28,8%)
		Superior incompleto	8 (1,8%)
		Superior complete	2 (0,5%)
	Moradia (n=437)	Alugada	80 (18,3%)
		Própria quitada	288 (65,9%)
		Própria financiada	44 (10,1%)
		Cedida/Invasão	25 (5,7%)
	Ocupação (n=437)	Empregador	8 (1,8%)
		Assalariado	145 (33,2%)
		Desempregado	226 (51,7%)
Estudante		58 (13,3%)	
Situação Conjugal (n=437)	Casada	197 (45,1%)	
	Solteira	192 (43,9%)	
	Separada/Viúva	48 (11,0%)	
Religião (n=437)	Católica	142 (32,5%)	
	Evangélica/cristão não católico	205 (46,9%)	
	Outras	15 (3,4%)	
	Não possui religião	75 (17,2%)	

Avaliação	Fez ou faz uso de Drogas lícitas/ilícitas (n=437)	Álcool	94 (21,5%)
		Maconha	4 (0,9%)
		Cocaína	0 (0,0%)
		Crack	2 (0,5%)
		Outras Drogas	16 (3,7%)
		Nenhuma	321 (73,5%)
	Ocorrência de aborto (espontâneo ou inseguro) (n=437)	Sim	138 (31,6%)
		Não	299 (68,4%)
	Prática de aborto inseguro (n=437)	Sim	26 (5,9%)
		Não	411 (94,1%)
Sucesso na prática do aborto Inseguro (n=26)	Sim	12 (46,2%)	
	Não	14 (53,8%)	
Método utilizado na prática do aborto	Remédio	12 (46,2%)	

Variável	Categoria	N (%)
Inseguro (n=26)	Chás/ervas	13 (50,0%)
	Introdução de Objetos	0 (0,0%)
	Cirurgia	0 (0,0%)
	Outros	0 (0,0%)
	Não respondeu	1 (3,8%)
Idade do último aborto (n=138)	12 a 15 anos	6 (4,3%)
	16 a 17 anos	17 (12,3%)
	18 a 19 anos	16 (11,6%)
	20 a 24 anos	16 (11,6%)
	25 a 29 anos	7 (5,1%)
	30 a 34 anos	7 (5,1%)
	35 a 39 anos	5 (3,6%)
	40 a 44 anos	2 (1,4%)
	Não lembra/Não quis falar	62 (44,9%)
Procurou ajuda hospitalar após o evento (n=138)	Sim	99 (71,7%)
	Não	38 (27,5%)
	Não respondeu	1 (0,7%)

N: frequência absoluta; %: frequência relativa

Tabela 2. Análises (brutas e ajustadas) das associações com a prática de aborto inseguro por mulheres de um aglomerado subnormal no município do interior do estado de São Paulo, 2018.

Variável	Categoria	N (%)	Prática de aborto inseguro		§OR bruto (#IC95%)	p-valor	§OR modelo final (#IC95%)	p-valor
			Não (%)	*Sim (%)				
Idade	14 a 29 anos	224 (51,3%)	215 (96,0%)	9 (4,0%)	Ref			
	30 a 44 anos	213 (48,7%)	196 (92,0%)	17 (8,0%)	2,07 (0,90-4,76)	0,0857		
Renda Familiar	Até 1 salário mínimo	291 (66,6%)	273 (93,8%)	18 (6,2%)	1,14 (0,48-2,68)	0,7666		
	Acima de 1 salário mínimo	146 (33,4%)	138 (94,5%)	8 (5,5%)	Ref			
Número de moradores no domicílio	Até 3 membros	216 (49,4%)	200 (92,6%)	16 (7,4%)	1,69 (0,75-3,81)	0,2071		
	Acima de 3 membros	221 (50,6%)	211 (95,5%)	10 (4,5%)	Ref			
Escolaridade	Até Ensino Médio incompleto	301 (68,9%)	278 (92,4%)	23 (7,6%)	3,67 (1,08-12,43)	0,0369	3,67 (1,08-12,43)	0,0369
	Ensino Médio completo ou mais	136 (31,1%)	133 (97,8%)	3 (2,2%)	Ref		Ref	
Moradia	Alugada	80 (18,3%)	75 (93,8%)	5 (6,3%)	1,07 (0,39-2,92)	0,9000		
	Própria	357 (81,7%)	336 (94,1%)	21 (5,9%)	Ref			
Ocupação	Assalariado	153 (35,0%)	141 (92,2%)	12 (7,8%)	1,64 (0,74-3,64)	0,2233		
	Desempregado	284 (65,0%)	270 (95,1%)	14 (4,9%)	Ref			
Situação Conjugal	Casada	197 (45,1%)	189 (95,9%)	8 (4,1%)	Ref			
	Solteira/Separada/Viúva	240 (54,9%)	222 (92,5%)	18 (7,5%)	1,92 (0,82-4,50)	0,1363		
Religião	Possui religião	362 (82,8%)	343 (94,8%)	19 (5,2%)	Ref			
	Não possui religião	75 (17,2%)	68 (90,7%)	7 (9,3%)	1,86 (0,75-4,89)	0,1795		
Fez ou faz uso de Drogas lícitas/ilícitas	Faz uso de Drogas	116 (26,5%)	105 (90,5%)	11 (9,5%)	2,14 (0,95-4,80)	0,0658		
	Nenhuma	321 (73,5%)	306 (95,3%)	15 (4,7%)	Ref			

\*Categoria de referência para a variável de desfecho. §Odds ratio. #Intervalo de confiança. N: frequência absoluta; %: frequência relativa

## DISCUSSÃO

Não cabe a pesquisa se posicionar contra ou a favor do aborto. Não entramos neste mérito nem o faremos. Comprendemos que a mulher tem razões próprias, tem convicções. Portanto, não cometeremos ingerência em uma esfera que não nos propomos.

A pesquisa demonstrou a ocorrência de abortos inseguros no segundo maior aglomerado subnormal estudado no município do interior do estado de São Paulo. A prevalência de mulheres que praticaram abortos inseguros foi de 5,9%, baixa se comparada a outros estudos (MARTINS; COSTA; FREITAS, 1991, MELO; LIMA; ALENCAR *et al*, 2012) em função da situação de vulnerabilidade inerente ao contexto de aglomerado subnormal, nas condições sociais e ambientais.

Não houve um aumento na probabilidade de praticar o aborto conforme aumento na idade, associação não identificada. Isso pode ser explicado por não importar maior ou menor tempo de exposição a todos os fatores de vulnerabilidade envolvidos.

Quando questionadas sobre a tentativa da prática de aborto durante a gestação, mesmo sem sucesso, 26 mulheres entre todas (n=437) as entrevistadas, relataram que fizeram uso de qualquer método abortivo em uma ou mais gestação para que houvesse a interrupção da mesma, ou seja, diante da notícia de uma gestação não desejada, houve um processo de não aceitação do evento que de forma intencional a mulher recorreu, de modo inseguro, a qualquer método abortivo a que teve acesso, mesmo sendo passível de uma ação penal, pois o aborto é proibido por lei no Brasil (JUS, 2017).

A pesquisa demonstrou uma taxa de abortamento alta, ou seja, quando questionadas sobre a ocorrência de aborto espontâneo ou inseguro ao longo de sua vida reprodutiva, aproximadamente um terço das mulheres (n=31,6%; n=138) relataram ter sofrido um aborto. Devido a natureza autorreferida da entrevista, não foi possível averiguar a veracidade das respostas e a verdadeira etiologia do aborto, mas esses valores ficam bem acima da média exposta pela Febrasgo que estima uma taxa de 20% de abortamento nas das gestações (FEBRASGO, 2018). Dessa forma gerando vieses que poderiam dar outros desfechos a pesquisa, mas não houve direcionamento na coleta de dados (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008, DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

A pesquisa demonstrou que as mulheres que optaram pela interrupção da gestação, podem ter necessitado do apoio da saúde pública como um ser de direito, muitas vezes provindas de uma violência oculta, seja por parte da família, parceiro, sociedade ou até mesmo da religião, achados semelhantes foram citados por Diniz e Medeiros (2010), e Shellenberg, Moore, Bankole *et al*, (2011). São mulheres em sofrimento psicológico intenso (dos SANTOS; de OLIVEIRA; VENÂNCIO *et al*, 2019, OLIVEIRA; JORGE, 2007).

O impacto da violência contra a mulher, seja ela domestica ou institucional, deve ser associada como fonte causadora de doença para elas. Pode ser medido pelo número de anos

de vida saudáveis perdidas; sendo que essas mulheres apresentam, em razão da violência, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, hemorragias, lesões e infecções ginecológicas e urinárias, abortos espontâneos, partos prematuros, danos psicológicos, etc (Chaves; Pereira, 2019, OLIVEIRA; JORGE, 2007).

Segundo Oliveira e Jorge (2007), mulheres que sofreram com violência doméstica passam por diversos problemas psicológicos. Sendo assim são diagnosticadas com transtornos mentais tais como depressão, ansiedade, insônia e outros; não sendo possível mensurar o sofrimento e a atmosfera em que vive essa mulher (OLIVEIRA; JORGE, 2007). Ela precisa de um atendimento humanizado de saúde e não ser exposta a uma judicialização criminal (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008, Chaves; Pereira, 2019).

Deve ser assegurado um atendimento de aconselhamento, que anteceda a prática; e a reabilitação, evitando dessa forma o aborto inseguro, garantindo a mulher o direito a saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (GIUGLIANI; RUSCHEL; SILVA *et al*, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), maus tratos por parte de profissionais e de negligências da saúde pública, equivalem a uma violação de direitos humanos. Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo uma assistência digna e respeitosa, assim como o direito de estar livre de violência e discriminação e abusos (OMS, 2014).

Para Santos, Anjos, Souza, *et al*, (2013) e Chaves, Pereira (2019), o aborto inseguro pode ser considerado uma injustiça social e fere os direitos humanos, por ocorrer de forma clandestina e sem segurança.

Estudos de Diniz, Medeiros, (2010) e Diniz, Medeiros, Madeiro (2017) relatam que a maior parte das variações nas taxas de aborto, segundo faixas etárias quinquenais, pode ser associada a uma movimentação de coortes, isto é, à acumulação de abortos ao longo da vida reprodutiva. Não foi observado maior prevalência na prática de aborto inseguro nas diferentes faixas etárias das mulheres.

As mulheres com renda mensal de até um salário-mínimo, valores que podem sofrer com viés de seleção, por se tratar de uma população em uma área de aglomerado subnormal, no entanto corroboram com os dados das pesquisas de Diniz, Medeiros, (2010) e Diniz, Medeiros, Madeiro (2017) e relatados por Santos, Anjos, Souza *et al* (2013).

A porcentagem de mulheres que já praticaram aborto inseguro foi maior entre aquelas de menor escolaridade do que entre as de maior escolaridade; que corroboram

com os diversos estudos (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, OLIVEIRA; JORGE, 2007, MENEZES; AQUINO, 2009, DINIZ; MEDEIROS, 2012), comprovando que a baixa instrução/escolaridade tem mais chance na prática de aborto inseguro do que aquelas com maior escolaridade ( $p < 0,05$ ). Cabe destacar que a escolaridade foi a variável que mais impactou com o resultado da mulher praticar o aborto inseguro.

Possuem casa própria, sendo a maioria mulheres desempregada, ou seja, com pouca ou sem fonte de renda manter a casa, declarando-se solteiras no momento da aplicação do questionário, semelhante aos resultados de Diniz e Medeiros (2012).

Das mulheres que referiram a prática do aborto ( $n=26$ ), a maioria ( $n=19$ ) declarou-se possuir religião, semelhante ao estudo da Febrasgo (2018). Vivemos em um país predominantemente cristão, no qual as pessoas têm livre arbítrio e as mulheres, autonomia para tomar a melhor decisão para suas vidas. Não adianta proibir, não adianta criminalizar. A mulher fará o aborto se quiser ou precisar e está tudo caminhando para a descriminalização do aborto (FEBRASGO, 2018). Cabe destacar que a religião não foi uma variável que influencia na prática do aborto, ou um impedimento para a prática. Nesta pesquisa houve concordância das pesquisas anteriores como Diniz, Medeiros (2010), Diniz e Medeiros (2012) e Diniz, Medeiros, Madeiro (2017) em relação a religiosidade das mulheres que responderam ao questionário. Devido as convicções religiosas, em certos casos a maior parte destes sentimentos posteriores ao aborto tem muito pouco que ver com a crença religiosa; que corroboram com o estudo de de Oliveira; Souza; Santana *et al* (2019).

Observa-se que 12 mulheres assumiram o sucesso do aborto (2,75% de 437 mulheres), ou seja, a expulsão total do feto, sendo que 14 delas fizeram uso de algum método, mas não teve sucesso na expulsão.

Deve se considerar que mesmo o aborto sendo um método de escolha de muitas mulheres, o uso do método não garante a interrupção da gestação (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008, DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Muitas vezes o método é falho, podendo gerar seqüelas a mulher ou ao feto, já foi relatado em pesquisas o efeito teratogênico de indutores ao trabalho de parto, usados para o aborto, nos casos onde não há a expulsão do feto, segundo Menezes e Aquino (2009).

Dentre as 26 mulheres que optaram pela intervenção, 53,8% não tiveram sucesso na prática, ou seja, não tiveram a gravidez interrompida, tiveram uma gestação com curso normal, ou nem tão normal. Não é possível quantificar nem qualificar essas gestações provindas de abortamento mal-sucedido, e também não há como acompanhar essas

puérperas. A ilegalidade não permite esses tipos de pesquisas, pois não dá segurança a mulher afirmado na literatura 20 anos de Pesquisa sobre Aborto no Brasil (BRASIL, 2008).

Na busca por um método abortivo, as mulheres optaram de forma igual pelos métodos Remédio e Chás/ Ervas. A ingestão ou aplicação do método pode gerar uma grave intoxicação exógena com sequelas em decorrência dessas substâncias, efeitos adversos e reações alérgicas (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, CAMILO; SAPATEIRO; MARTINS, 2021). Não foi avaliado nesta pesquisa quais substâncias foram ingeridas, mas pesquisas afirmam que são variados os produtos e muitas vezes mais de um (DINIZ; MEDEIROS, 2012, CAMILO; SAPATEIRO; MARTINS, 2021).

Durante a pesquisa, 73,9% das entrevistadas que sofreram um aborto, relataram buscar por atendimento hospitalar, esses dados sobrepõem a pesquisa de Diniz e Medeiros (2010), onde estabelece 20% de procura por ajuda hospitalar, fortalecendo a teoria de Adesse, Monteiro, Levin (2008), que a busca por hospitalização nos casos de abortamento ocorre com grande frequência, onerando o serviço público de saúde. Essas mulheres buscam a internação hospitalar e não raro, ocorre procedimentos cirúrgicos complexos, podendo levar até uma incapacidade permanente e morte (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008, DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, GIUGLIANI; RUSCHEL; SILVA *et al*, 2019).

Existem grandes barreiras ao aborto seguro no Brasil, além da ilegalidade do ato, a falta de orientação a mulher e apoio da saúde fazem com que elas não tenham outras escolhas discutíveis no momento. A ilegalidade do assunto gera desconfortos, destacados até mesmo durante a pesquisa. Cabe se ressaltar que no momento da escolha do método, a mulher não possui informações profissionais adequadas, somado ao desamparo psicossocial, familiar e sem apoio emocional adequado, a mulher aceita qualquer informação que seja exposta, independente da veracidade dela, conforme afirma a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) e Adesse, Monteiro, Levin (2008). Sem informações adequadas, a proteção a saúde dessa mulher é violada (SANTOS, ANJOS, SOUZAS, *et al*, 2013). Na busca pelo método, ela entra em um mundo de ilegalidade.

Toda gestação é um momento frágil e delicado, com inúmeras alterações emocionais e hormonais que a gravidez naturalmente trás, a mulher se expõe a criminalidade, drogadição, e uso de material e método desconhecido colocando em risco sua vida e saúde. Ela procura formas de completar suas necessidades sem amparo e

direcionamento profissional, ficando sujeitas a procedimentos, métodos e condutas que podem prejudicar sua saúde e levar ao óbito.

Diminuição da ocorrência dos abortos inseguros demanda ações que extrapolam o âmbito dos serviços de saúde, educação é necessário. A maior escolaridade tem sido apontada nos estudos como um grande diferencial quanto aos comportamentos reprodutivos (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Para Giugliani; Ruschel; Silva *et al* (2019) ações na atenção primária como prevenção com educação sexual e planejamento reprodutivo para evitar a gestação indesejada, seriam a primeira forma de abordar as mulheres; atuar diante ao abortamento, que não se pode evitar, seja realizado de forma segura, seriam ações secundárias e no atendimento terciário, tratar oportunamente as complicações do abortamento e fornecer contracepção para prevenir a sua repetição, seriam soluções para melhor atendimento a mulher que opta pelo aborto.

Pesquisas sobre fatores associados ao aborto na população em aglomerado subnormal são escassas. É observado que mesmo sem sucesso na prática, essas mulheres se sujeitaram a um medicamento ou fórmula caseira desconhecida, não foi questionado a forma de aquisição do produto, mas é dedutível que essas mulheres se submeteram ao contato de forma ilícita, uma vez que o comércio de qualquer método abortivo passível de pena de detenção de um a três anos, e isso se repete a mulher que provocar aborto em si mesma ou consentir que este seja provocado (JUS, 2017, BITENCOURT, 2017 ).

A presente pesquisa apresenta algumas limitações por se tratar de uma pesquisa transversal, uma vez que não permite que se façam inferências de causa-efeito em relação a prática de aborto inseguro e as variáveis estudadas, apenas podendo indicar uma associação entre as variáveis independentes e o desfecho. Os resultados estão sujeitos ao viés de causalidade reversa. Outra limitação é o viés de recordatória, uma vez que esta pesquisa fez perguntas sobre o passado destas mulheres, o que pode ter levado a algum esquecimento. Da mesma forma, apesar dos cuidados metodológicos e éticos, o viés de não-aceitação (ou falsa resposta) pode ter ocorrido, pois como foram entrevistas diretas sobre comportamentos estigmatizados e ilegais, algumas mulheres podem ter se resguardado em responder algumas questões. Entretanto, estes dois últimos vieses poderiam operar subestimando as estimativas. Se houve um prejuízo para a pesquisa foi o de não encontrar possíveis associações. Por fim, mesmo apontando o delineamento realizado como uma limitação da pesquisa, a realização da pesquisa transversal com essas

mulheres pode ser vantajosa e a melhor opção, em função de ser uma população itinerante e mutável.

Por meio da pesquisa, pode-se concluir que o objetivo proposto foi respondido e trouxe contribuições importantes para melhor compreensão da ocorrência da prática de abortos inseguros, localizando 26 mulheres de um aglomerado subnormal no município do interior do estado de São Paulo, que relataram a prática do aborto; demonstrando que o aborto inseguro ocorre mesmo que clandestinamente, não importando sua legalidade ou não.

A prevalência de mulheres que praticaram abortos inseguros foi de 5,9%. O fator associado com a prática de aborto inseguro foi a escolaridade da mulher. Não houve associação significativa da prática de aborto inseguro com os fatores/variáveis sendo que, a maior prevalência de abortos inseguros ocorreu em mulheres com idade de 30 a 44 anos, com renda familiar de até um salário-mínimo, residindo com até três membros no mesmo domicílio, com moradia alugada, assalariada, sem cônjuge (separadas/viúvas/solteiras), sem religião, e faz uso de drogas.

## CONCLUSÃO

A prática de aborto inseguro dessas mulheres aponta para a necessidade de políticas públicas que direcionam o atendimento a essas mulheres de forma segura e humanizada. É necessário ações que atendam as demandas dessas mulheres, com processos educativos na saúde e planejamento familiar. A constituição não permite a intervenção na gestação, os profissionais da saúde precisam trabalhar com o que tem esse perfil populacional: educação e prevenção.

## REFERÊNCIAS

ADESSE, L.; MONTEIRO M.F.G.; LEVIN J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. **Radis**—Comunicação em Saúde. 2008. 66 [acesso 2018 Ago 14] Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis\\_66.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_66.pdf)

BITENCOURT, C. Código Penal comentado. **Saraiva**, 2017.

BRASIL. Casa Civil - **Estatuto da Criança e Adolescente**. Lei Nº 12.010, de 3 de Agosto de 2009. [acesso 2017 Ago 10]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/112010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112010.htm).

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. "Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016." *Diário Oficial* 2016

BRASIL. **DATASUS**. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Sinasc. *Nascimento por ocorrência por Ano do nascimento segundo Idade da mãe*. 2017 [acesso 2020 Jan 14] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>

BRASIL. Ministério da Saúde/**Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial* 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Ciências e Tecnologia, Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Aborto: 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília. Ministério da Saúde, 2008. [acesso 2018 Ago 14]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>

BORGES, A.L.V.; SCHOR N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**. 2005; 21(2): 499-507

Camilo, D. C., Sapateiro, G. A., Martins, N., Antikadjian, R. H., Tanck, E., & Milagres, C. S. (2021). Práticas de aborto inseguro: métodos culturais e caseiros Unsafe abortion practices: cultural and domestic methods. *Brazilian Journal of Development*, 7(9), 94414-94426.

COFEN. **Conselho Federal de Enfermagem**. Uma mulher morre a cada 2 dias por aborto inseguro, diz Ministério da Saúde. 2018. [acesso 2020 Jan 14]. Disponível em [http://www.cofen.gov.br/uma-mulher-morre-a-cada-2-dias-por-causa-do-aborto-inseguro-diz-ministerio-da-saude\\_64714.html](http://www.cofen.gov.br/uma-mulher-morre-a-cada-2-dias-por-causa-do-aborto-inseguro-diz-ministerio-da-saude_64714.html)

CHAVES, G.K.; PEREIRA, L.D.N. A (Des) Criminalização Do Aborto: Uma Questão De Saúde Pública. 2019. In *III Congresso Nacional Ciências Criminais E Direitos Humanos* (Vol. 1, No. 1).

de OLIVEIRA, M.C.; SOUZA, D.H.P; SANTANA, M.D.O; de SÁ, RIBEIRO, R.; VIANA, J.A.; CARNEIRO, A.M.D.C.T. *Aborto Induzido No Brasil*. **Multidebates**. 2019. 3(1):287-307.

DINIZ D; MEDEIROS M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010; 15:959-966. [acesso 2018 Ago 14]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700002)

DINIZ, D; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012; 17:1671-1681.

DINIZ, D; MEDEIROS, M; MADEIRO, A. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017; 22:653-660. [acesso 2018 Ago 18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653>

dos SANTOS, E.C.; de OLIVEIRA, D.F; VENÂNCIO, L.; NEUMANN, H.R. A Descriminalização do Aborto como Política Pública de Saúde. 2019. [acesso 2020 Jan 14] **Encontro Internacional de Gestão, Desenvolvimento e Inovação (EIGEDIN)**, 3(1). <https://periodicos.ufms.br/index.php/EIGEDIN/article/view/8741>

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério**. 2010. Rio de Janeiro: 7-45. [acesso 2020 Jan 14] <http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ASSIST%C3%8ANCIA%20AO%20PARTO,%20PUERP%C3%89RIO%20E%20ABORTAMENTO%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>

FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. **Não criminalização da mulher que voluntariamente se submete à interrupção da gravidez – posição da Febrasgo**. 2018. [acesso 2020 Jan 14]. Disponível em <https://www.Febrasgo.org.br/pt/noticias/item/542-nao-criminalizacao-da-mulher-que-voluntariamente-se-submete-a-interruptao-da-gravidez-posicao-da-Febrasgo>

FUSCO, C.L.B; ANDREONI, S.; SILVA, R.S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Rev Bras Epidemiol** 2008; 11(1): 78-88.

GRACIANO, M.I.G; de SOUZA, LEHFELD N.A. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. **Serviço Social e Saúde** 2010; 9(1): 157-186.

GIUGLIANI, C.; RUSCHEL, A. E.; SILVA, M. C. B. D.; MAIA, M. N.; & OLIVEIRA, D. O. P. S. D. (2019). O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. vol. 14, n. 41 (jan./dez. 2019), 1791, 13 f.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Aglomerados Subnormais**. [acesso 2020 Jan 18]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-aglomerados-subnormais>

IPPLAP. **Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba**. 2017. [acesso 2020 Jan 18]. Disponível em <http://ipplap.com.br/site/piracicaba-em-dados/>.

JUS. **O aborto no Código Penal Brasileiro**. 2017. [acesso 2020 Jan 14]. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/57513/o-aborto-no-codigo-penal-brasileiro>)

MADEIRO, A.P; RUFINO, A.C. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina-Piauí. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012. [acesso 2018 Ago 14]. 17: 1735-1743. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000700012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700012)

MARTINS, I.R; COSTA, S.H.; FREITAS, S.R.S; PINTO, C.S. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: Dimensão de um problema. **Cadernos de Saúde Pública** 1991; 7(2).

MELO, F.R.M.; LIMA, M.S.; ALENCAR, C.H.; RAMOS, J.R.A.N.; CARVALHO F.H.C.; MACHADO, M.M.T; HEUKELBACH, J. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. **Rev Saúde Pública**, 2014; 48(3):508-520.

MENEZES, G.; AQUINO, E.M.L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de saúde pública**, 2009. [acesso 2018 Ago 14]. 25:193-s204. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2009.v25suppl2/s193-s204/pt/>

OLINTO, M.T.A. Estimativa da frequência de abortos induzidos: teste de uma metodologia. **Revista Brasileira de Estudos de População**. 1994; 11(2):255-258. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/475>

OLIVEIRA, E.M.; JORGE, M.S.B. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2007; 8 (2):93-100. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5332>

OLOSTECH. Piracicaba implanta Prontuário Eletrônico e tablets para ACS com uso de sistema integrado. [acesso 2020 Jan 18]. Disponível em: <http://www.olostech.com/index.php/noticias/51-piracicaba-implanta-prontuario-eletronico-e-tablets-para-ac-s-com-uso-de-sistema-integrado>

OMS. Organização Mundial da Saúde: proibição não reduz número de abortos e aumenta procedimentos inseguros | **ONU Brasil**. Publicado em 28/09/2017. [acesso 2020 Jan 14]. Disponível em <https://nacoesunidas.org/oms-proibicao-nao-reduz-numero-de-abortos-e-aumenta-procedimentos-inseguros/>

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. [acesso 2018 Ago 14]. Disponível em: [WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf;sequence=3](#)

R Core Team (2019). R: **A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.

SANTOS, V.C; ANJOS, K.F; SOUZAS, R; EUGENIO, B.G. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Revista Bioética**, 2013. [acesso 2018 Ago 14]. 21(3):494-508. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a14v21n3.pdf>.

SHELLENBERG, K.M.; MOORE, A.M; BANKOLE, A.; JUAREZ, F.; OMIDEYI, A.K.; PALOMINO, N; *et al.* Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. **Glob Public Health**, 2011. [acesso 2018 Ago 14]. 6(Supl.1):S111-S125. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2174503>

TRATADO DE OBSTETRICIA. Febrasgo/ editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá; coordenação Corintio Mariani Neto. 1.ed. – Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2019. p639

WHO. World Health Organization. **Abortion Unsafe**. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 2011. Geneva: WHO. [acesso 2018 Ago 14]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf?sequence=1)

*Recebido em: 15/05/2022*

*Aprovado em: 18/06/2022*

*Publicado em: 23/06/2022*