



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

CAROLINA BARBOSA JOVINO DE SOUZA COSTA

**ABORTO PROVOCADO E SUA INTERFACE COM A GRAVIDEZ NÃO
PLANEJADA**

**FORTALEZA-CE
2012**

CAROLINA BARBOSA JOVINO DE SOUZA COSTA

**ABORTO PROVOCADO E SUA INTERFACE COM A GRAVIDEZ NÃO
PLANEJADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora:

Prof.^a. Dr.^a. Escolástica Rejane Ferreira Moura

FORTALEZA-CE
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada à fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- C871a Costa, Carolina Barbosa Jovino de Souza.
Aborto provocado e sua interface com a gravidez não planejada / Carolina Barbosa Jovino de Souza Costa. – 2012.
72 f.: il., enc.; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2012.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura.
1. Planejamento Familiar. 2. Aborto Induzido. 3. Contracepção. I. Título.

CDD 613.94

CAROLINA BARBOSA JOVINO DE SOUZA COSTA

**ABORTO PROVOCADO E SUA INTERFACE COM A GRAVIDEZ NÃO
PLANEJADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado, da
Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Escolástica Rejane Ferreira Moura (Presidente)

Prof^ª. Dr^ª. Raimunda Magalhães da Silva (1º. Membro)

Prof. Dr. Paulo Cesar de Almeida (2º. Membro)

Prof^ª. Dr^ª. Mônica Oliveira Batista Oriá (Membro Suplente)

*D*edico este trabalho a **Deus**, meu Senhor e protetor. Pela Sua luz em minha vida que permitiu mais essa vitória.

AGRADECIMENTOS

- Ao Senhor **Deus** Todo Poderoso, Maravilhoso, Príncipe da Paz, Conselheiro Fiel, que és tudo em minha vida e que abriu as portas do Mestrado para mim.
- Ao meu esposo amado, presente de Deus, **Marcelo de Lima Costa**, companheiro compreensivo, que esteve sempre ao meu lado somando forças para o meu caminhar, motivando-me a não desanimar mediante as dificuldades.
- À minha mãe, **Íris Andrade Barbosa**, exemplo de ternura e motivação, que soube me preparar para viver em justiça, amor e respeito. Sempre presente na minha caminhada.
- Às minhas irmãs, **Juliana Barbosa Sales** e **Gabriela Barbosa Jovino de Souza Moreira**, que torceram pela minha vitória.
- À Prof^ª. Dr^ª. **Escolástica Rejane Ferreira Moura**, amiga, companheira, amorosa. Exemplo de força e de fé. Ensinando a todos ao seu redor que ao andar devemos enxergar as flores que estão no caminho.
- Ao Prof. Dr. **Paulo César de Almeida** pelo apoio no tratamento estatístico dos resultados e pela simplicidade, alegria e carinho com que nos acompanha, ensinando as lições mais complexas.
- Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem (DENF) da Universidade Federal do Ceará (UFC)** meus sinceros agradecimentos pela competência, eficiência e excelência do programa assistindo todos os alunos com gentileza e qualidade.
- Ao **Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará** e ao **Hospital Geral Dr. César Cals** meus gratos agradecimentos pela oportunidade ímpar de ter as suas portas abertas para nossa pesquisa e a seriedade do serviço.
- Às **Mulheres** que aceitaram participar deste estudo, pois sem as mesmas, este não teria sido realizado.
- Ao **Grupo de Estudo em Enfermagem em Saúde Sexual e Reprodutiva (GESARE)** pelo incentivo, pelos conhecimentos trocados e pelo crescimento compartilhado.
- À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** o meu sincero agradecimento pelo incentivo financeiro e credibilidade depositado em mim.

- À **Debora de Araujo Moreira, Adman Câmara Soares Lima, Maria Goretti Soares Monteiro**, companheiras nesta caminhada. Amigas, meus agradecimentos pela amizade cultivada em nosso mestrado.

*“Como um pai se compadece de seus filhos,
assim o Senhor se compadece dos que o
temem.” Salmos 103:11*

RESUMO

Tratou-se de estudo com abordagem quantitativa, transversal, do tipo levantamento, que teve como objetivo geral investigar sobre a prática do aborto provocado e sua relação com a gravidez não planejada, comparativamente com o aborto espontâneo e como objetivos específicos analisar aspectos demográficos, socioeconômicos e reprodutivos comparativamente ao aborto provocado e espontâneo; verificar o conhecimento e a prática anticoncepcional prévia a gestação interrompida por aborto provocado e por aborto espontâneo e conhecer os meios utilizados na prática do aborto provocado e os motivos determinantes. Foi realizado no Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará e no Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC), de junho a dezembro de 2011. A população correspondeu às mulheres em abortamento com idade maior ou igual a 18 anos atendidas nos respectivos hospitais no período da coleta de dados. A entrevista seguiu um formulário estruturado, que foi pré-testado. Finalizou-se o estudo com 70 participantes, sendo 33 (47,1%) mulheres que tiveram aborto provocado e 37 (52,9%) aborto espontâneo. Os dados receberam tratamento estatístico descritivo e as comparações das médias dessas variáveis e o tipo de aborto foram realizados por meio do teste t de *Student* para dados independentes e com variância desiguais (analisadas pelo teste de Levene). Compararam-se, somente para aborto provocado, as porcentagens das variáveis dicotômicas por meio do teste z para proporções. As análises de associações entre tipo de abortamento e as variáveis nominais foram realizadas por meio do χ^2 e de razão de verossimilhança. Calcularam-se as razões de chances (RC) com seus respectivos IC95% entre tipo de abortamento e essas variáveis. Consideraram-se como estatisticamente significantes as análises com $p < 0,05$. Dentre as variáveis demográficas e socioeconômicas, somente a média do número de pessoas na família apresentou associação com o tipo de aborto ($p = 0,042$). Com relação às variáveis reprodutivas e condição de união, houve associação entre planejamento da gravidez e tipo de aborto ($p < 0,001$) (RC=2,4; IC95%: 1,7-3,3). Isto evidencia que a gravidez não planejada foi um fator de risco para o aborto provocado. A média do tempo de união das que tiveram aborto espontâneo foi maior do que aquelas de aborto provocado ($p = 0,041$). Participação masculina na decisão pelo aborto mostrou-se como fator de risco para o aborto provocado ($p = 0,002$). Nenhuma variável relacionada à informação e acesso ao MAC em uso prévio ao aborto foi significativa para o tipo de aborto. Houve associação entre uso de AOC e tipo de aborto, sendo o uso de AOC fator protetor ao aborto provocado ($p = 0,040$). Pensamento mágico de acreditar que a gravidez não ocorreria consigo foi significativo com o tipo de aborto ($p = 0,003$). Chás e misoprostol foram os meios mais referidos pelas mulheres para provocar o aborto, sendo os motivos para provocá-lo a baixa condição financeira, seguida do relacionamento instável e do despreparo para cuidar da criança. Concluiu-se que promover ações efetivas de planejamento familiar, com prioridade para as populações mais carentes e com estratégias que garantam a participação masculina representam meios para reduzir o aborto provocado.

Descritores: Planejamento Familiar; Aborto Induzido; Contracepção.

ABSTRACT

This is a research study with quantitative and transversal approach aiming to investigate the induction of abortion and its relationship with an unplanned pregnancy, in comparison with natural abortion. It also aimed to analyse the demographic, socioeconomic and reproductive aspects of both methods of abortion; verify the knowledge and use of contraceptive methods prior to the interrupted pregnancy through induced and natural abortion and know which methods are used for induced abortion and its motifs. The study took place at the District Hospital Gonzaga Mota in Barra do Ceará and General Hospital Dr. Cesar Cals (HGCC), from June until December of 2011. The population consisted of women in abortion and over 18 years of age who were being assisted at the hospitals during data collection. The interview followed a structured questionnaire that was previously tested. The study consisted in the end with 70 participants, being 33 (47,1%) women who induced abortion and 37 (52,9%) with natural abortion. The data were analysed with descriptive statistics and the comparison of the means of these variables and the type of abortion were done with the *Student t* test for independent data and with unequal variance (analysed with Levene's test). It was compared only for induced abortion, the percentage of dichotomous variables with the z test for proportions. The association analysis between the type of abortion and the nominal variables were conducted with χ^2 and likelihood ratio. It was calculated the chance ratios (CR) with its respective IC95% between the type of abortion and these variables. It was considered as statistically significant, analysis with $p < 0,05$. Amongst the demographic and socioeconomic variables, only the average number of people in the family presented association with the type of abortion ($p = 0,042$). Regarding reproductive variables and marital status, there was an association between planning of a pregnancy and abortion ($p < 0,001$) (RC=2,4; IC95%: 1,7-3,3). This shows that an unplanned pregnancy was a risk factor for induced abortion. The average time of union with their partner was higher in women with natural abortion than in those with induced abortion ($p = 0,041$). It was shown that the male participation in the decision of an abortion is a risk factor for induced abortion ($p = 0,002$). Variables regarding information and access to contraceptive methods prior to the abortion were not significant to the type of abortion. There was an association between the use of AOC and type of abortion, being the use of AOC a protective factor to induced abortion ($p = 0,040$). The belief that a pregnancy would not occur with themselves was significant with the type of abortion ($p = 0,003$). Herbal teas and misoprostol were the most frequent methods mentioned by the women to induce an abortion, being their low economical situation, followed by an unstable relationship and unpreparedness to take care of a child the main reasons to render towards these methods. It was concluded that promoting effective methods of family planning, prioritizing poorer populations, with strategies that assures male participation represent means to reduce induced abortions.

KEY WORDS: Family Planning; Abortion, Induced; Contraception .

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Distribuição do número de mulheres segundo variáveis demográficas e socioeconômicas por tipo de aborto. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza-CE, jun.-dez. 2011. 40
- Tabela 2. Distribuição do número de mulheres segundo variáveis reprodutivas e de união por tipo de aborto. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza, jun.-dez. 2011. 43
- Tabela 3. Distribuição do número de mulheres segundo participação do parceiro na decisão do aborto provocado. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza, jun.-dez. 2011. 46
- Tabela 4. Distribuição do número de mulheres segundo informação e acesso ao método anticoncepcional em uso prévio ao aborto atual. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza, jun.- dez. 2011. 48
- Tabela 5. Distribuição do número de mulheres segundo método anticoncepcional em uso prévio ao aborto atual e tipo de aborto. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza, jun.- dez. 2011. 50
- Tabela 6. Distribuição do número de mulheres segundo meios usados na prática do aborto, fontes de obtenção de informações sobre os meios e motivos para a prática do aborto provocado. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza, jun.- dez. 2011. 52

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AE	Anticoncepcionais Orais de Emergência
AIC	Anticoncepcionais Injetáveis Combinados
AMIU	Aspiração Manual Intra-Uterina
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOC	Anticoncepcionais Orais Combinados de baixa dose
AP	Anticoncepcionais só de Progestógeno
AT	Adesivo Transdérmico
BARR	Métodos de Barreira
BEMFAM	Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CEME	Central de Medicamentos
CI	Coito Interrompido
CIPD/94	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento-94
CNSM	Coordenação Nacional de Saúde do Mercosul
DIU	Dispositivos Intrauterinos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HGCC	Hospital Geral Dr. César Cals
IPPF	International Planned Parenthood Federation
LAM	Método da Lactação com Amenorreia
MAC	Métodos Anticoncepcionais
MBPF	Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MQI	Método das Questões Indiretas
MS	Ministério da Saúde
MU	Método da Urna
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PF	Planejamento Familiar
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SER-I	Secretaria Executiva Regional I
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
USAID	U.S. Agency for International Development

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 Políticas e práticas de saúde voltadas ao planejamento familiar e ao aborto no Brasil	21
3.2 Aborto provocado e prática anticoncepcional	28
3.3 Aborto provocado: motivos para fazê-lo e meios utilizados	33
4 METODOLOGIA	36
4.1 Tipo de Estudo	36
4.2 Local do estudo	36
4.3 População e amostra	37
4.4 Coleta de dados	38
4.5 Organização dos dados para análise	39
4.6 Aspectos Éticos	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 Características demográficas e socioeconômicas das participantes do estudo	40
5.2 História reprodutiva e condição de união das participantes	43
5.3 Informação, acesso e MAC em uso prévio ao aborto atual	48
5.4 Meios usados na prática do aborto, fontes de obtenção de informações sobre os meios e motivos para a prática do aborto provocado	52

6 CONCLUSÕES.....	57
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICE – A: FORMULÁRIO DE ENTREVISTA.....	67
APÊNDICE – B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	69
ANEXO – A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.....	71
ANEXO – B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL GERAL DR. CÉSAR CALS.....	72

1 INTRODUÇÃO

Os eventos no campo da saúde sexual e reprodutiva marcam a trajetória de vida das pessoas, envolvem terceiros e são decididos, muitas vezes, sem o devido conhecimento de causa, podendo gerar arrependimento, comprometimento da saúde nas áreas física, psicológica e/ou social e até o óbito. Nesse contexto, destaca-se o aborto provocado.

Sob o ponto de vista obstétrico, o aborto é definido como sendo a expulsão do concepto antes da 22ª. semana de gravidez ou a perda do concepto com menos de 500g de peso. Este pode se apresentar sob as formas clínicas de ameaça de abortamento, abortamento inevitável, abortamento incompleto, completo, retido, habitual e infectado e quanto ao princípio causal o mesmo é classificado como espontâneo e provocado (REZENDE FILHO ; MONTENEGRO, 2008). O aborto provocado ocorre quando o término da gestação se dá mediante a interferência deliberada, antes que o feto seja capaz de ter vida extra-uterina, e inclui aqueles previstos ou não por lei (OLINTO ; MOREIRA-FILHO, 2006).

A ameaça de abortamento compreende a presença de sangramento vaginal de origem intra-uterina no transcurso da gestação, enquanto o abortamento inevitável é o sangramento vaginal que ocorre com o colo uterino dilatado, acompanhado da perda de líquido amniótico pela ruptura das membranas. O abortamento incompleto é a expulsão parcial do concepto ou da placenta, todavia a expulsão total do concepto nomeia-se como abortamento completo. O abortamento retido é a morte fetal sem a expulsão do concepto, podendo ter ou não sangramento vaginal. Já o abortamento habitual é a interrupção sucessiva de gestações. Quando ocorre infecção no processo de aborto, este é definido como aborto infectado, que em muitos casos está associado ao aborto induzido ou provocado sob más condições de higiene e assepsia (REZENDE FILHO ; MONTENEGRO, 2008).

O aborto pode ser classificado como seguro ou como aborto de risco. Como categorias já reconhecidas internacionalmente são assim descritas: aborto seguro é o que representa risco mínimo para a parturiente, como o aborto médico ou cirúrgico realizado em condições técnicas adequadas e com os recursos e meios necessários. Já o aborto de risco é um procedimento para interrupção de uma gestação indesejada, realizada em ambientes sem padrões médicos mínimos e/ou realizados por pessoas não habilitadas (FAÚNDES ; BARZELATTO, 2004).

O aborto provocado constitui uma prática antiga, evidenciada em relatos históricos. Na antiga Grécia, por exemplo, o aborto era preconizado por Aristóteles (384 - 322 a.C.) como método eficaz para limitar os nascimentos e manter estáveis as populações das cidades gregas. Por sua vez, Platão (427 – 347 a.C.) opinava que o aborto deveria ser obrigatório, por motivos eugênicos, para as mulheres com mais de 40 anos e para preservar a pureza da raça dos guerreiros. Sócrates (470 – 399 a.C.) aconselhava às parteiras, por sinal profissão de sua mãe, que facilitassem o aborto às mulheres que assim o desejassem (FRENTE DE MULHERES FEMINISTAS, 1980 *apud* SCHOR ; ALVARENGA, 1994). Aristóteles como filho de médico teve inclinação para estudar a natureza humana e, Platão, ateniense, envolvido com a política desde muito jovem se colocava em favor da pureza da raça grega, como já citado. Sócrates como filósofo, a viver em praças e ruas estudava a sociedade ouvindo a população e apoiando a liberdade de escolha desta sociedade. Como o aborto perpassa pela saúde, política e pelo social, estes pensadores que marcaram suas épocas não se omitiram em falar sobre este assunto, pertinente até os dias atuais.

Este tema guarda estreita relação com o enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem (técnico e auxiliar de enfermagem), que tanto atuam na promoção da saúde sexual e reprodutiva, desenvolvendo atividades voltadas ao conhecimento do corpo, da prática do sexo seguro, da gravidez planejada (aspectos que reduzem a prática do aborto provocado) quanto atuam na assistência direta às mulheres no abortamento em curso ou em pós-aborto. Neste contexto, inclui os cuidados de enfermagem em hospitalização, na resolução do aborto, prevenção de infecções e de acolhimento às necessidades emocionais da cliente. A Enfermagem mantém sua atuação nessa área da saúde desde a antiguidade, como parteiras empíricas, institucionalizando-se e culminando, nos dias atuais, com a formação em nível de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

Atualmente, vários países têm a prática do aborto legalizada, como a maior parte dos países mulçumanos da Ásia, metade dos países africanos, Bélgica, Irlanda do Norte, Malta e China, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e Cuba (HALBE, 1993; FUSCO; ANDREONI ; SILVA, 2008). Os EUA permitem o aborto até o quinto mês de gestação; na França, a legalização ocorreu em 1975, sendo atualizada em 2001, quando o aborto passou a ser permitido até o terceiro mês de gravidez; no Reino Unido o aborto foi legalizado em 1967, estando autorizado até a 24ª semana de gravidez; Portugal legalizou o aborto recentemente até a 10ª semana de gravidez (SEGATTO, 2007). No entanto, em países como Brasil, Uruguai e Argentina o aborto é considerado crime de acordo em seus respectivos códigos penais (ROCHA; ROSTAGNOL ; GUTIERREZ, 2009). Por outro lado, o Chile não

prevê o aborto nem quando a vida da mãe está em risco e os casos são julgados individualmente, enquanto na China o aborto funciona como medida de controle populacional (SEGATTO, 2007).

No Código Penal Brasileiro, o artigo 128º estabelece o aborto como um crime contra a vida, exceto quando põe a vida da mãe em risco e em casos de estupro (ANGHER, 2007). O artigo 2º da lei nº. 10.406 do Código Civil Brasileiro estabelece desde a concepção, a proteção jurídica aos direitos do nascituro, e o artigo 7º da lei nº. 8.069 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) dispõe que a criança tem direito à vida, mediante a efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso (ANGHER, 2007).

Do exposto, percebem-se posições extremamente diversificadas dos países com relação à legalização do aborto, passando por sua não previsão mesmo quando a vida materna está em risco, legalização em idades gestacionais variáveis (10ª., 20ª. e 24ª. semanas de gestação) até funcionando como medida de controle populacional.

Com o Sistema Único de Saúde (SUS) instituído no Brasil, em 1986, que tem como princípios norteadores a universalidade, a integralidade e a equidade, a população ganhou a garantia de acesso livre e de qualidade aos serviços de saúde nos níveis primário, secundário e terciário. Entre os vários níveis destaca-se o primário, cuja atenção voltada ao Planejamento Familiar (PF) constitui área prioritária, devendo ser ofertada em todo território nacional pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), introduzida no país em 1994. Destaca-se seu pioneirismo no município de Quixadá, no Ceará, levando os serviços de saúde para próximos de onde as pessoas viviam ou trabalhavam de modo oportuno, humanizado e resolutivo (SOUZA, 2000).

A ESF tem melhorado o acesso da população aos serviços de PF em âmbito nacional, porém lacunas se mantêm no que diz respeito à acessibilidade à informação e aos meios e técnicas de anticoncepção, o que eleva o número de mulheres com gravidez não planejada, evento que, por sua vez, aumenta o número de casos de aborto provocado e ilegal. Não obstante, muitas mulheres permanecem fora desses serviços por desconhecimento; pelas grandes distâncias que as separam das unidades de saúde, particularmente nas áreas rurais; pela escassez de atendimento fora do horário de trabalho; obstáculos impostos pelos profissionais, parceiros, bem como por tabus e mitos que permeiam a saúde sexual e reprodutiva. Em se tratando de adolescentes, fato específico afasta este público-alvo dos serviços de PF, uma vez que a busca pelos Métodos Anticoncepcionais (MAC) se consolida como a declaração de vida sexual ativa, algo que preferem manter sob sigilo.

Os serviços de PF devem oferecer acompanhamento às mulheres, homens e/ou casais, a incluir orientações sobre eficácia, mecanismo de ação, uso adequado, possíveis efeitos colaterais e complicações dos MAC, bem como os próprios meios e técnicas para o alcance da anticoncepção, de modo que a gravidez possa ser planejada e, conseqüentemente, ter menor chance de ser finalizada pelo abortamento provocado. Estudo realizado com 800 nativivos em maternidade pública de Salvador-BA corrobora esta assertiva ao verificar que 418 (52,3%) mulheres não haviam planejado a gravidez e 128 (16%) destas realizaram tentativas de abortamento no primeiro trimestre de gestação (MOREIRA *et al.*, 2001).

Em estudo realizado com 375 mulheres na Zona Norte da cidade de São Paulo, na Favela Inajar de Souza, as mulheres referiram o não uso de MAC em 70,7% dos casos das gestações terminadas em aborto. Entre o grupo de mulheres com histórico de aborto, teve-se uma média de 4,15 gestações por mulher, com apenas 2,5 nascidos vivos; e no grupo de mulheres sem histórico de aborto, a média foi de 2,38 gestações por mulher (FUSCO, ANDREONI e SILVA, 2008). Portanto, a gravidez não planejada pela falta de uso de MAC contribui para a prática do aborto provocado, cujas complicações como as hemorragias representam a segunda causa de morte materna no país (BRASIL, 2009a). É inaceitável que inúmeras mulheres tenham suas vidas ceifadas ou se tornem vítimas de violência física e psicológica na busca ou no processo de resolução do abortamento, quando práticas anticonceptivas embasadas em informações apropriadas poderiam evitar essas gestações.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde da ESF tem como uma de suas competências a promoção da saúde e a prevenção de agravos junto à comunidade adstrita, o que se alcança, em parte, por meio da realização de atividades educativas planejadas e contínuas. No que diz respeito ao planejamento da gestação ou a prática anticoncepcional, as referidas ações educativas são fundamentais a tomada de decisão da mulher, homem e/ou casal. Contudo, Moura e Silva (2004) em estudo realizado com 29 enfermeiros do Ceará verificaram dificuldades para a realização dessas ações, como equipes da ESF incompletas, sobrecarregando o enfermeiro; elevado número de pessoas ou famílias para cada equipe da ESF; escassez de materiais educativos de apoio; e falta de um espaço físico apropriado para reunir à clientela na maioria das unidades de saúde.

No Brasil, a educação em saúde se desenvolve com base em dois pressupostos principais: um voltado às medidas preventivas e curativas, visando à obtenção da saúde e o enfrentamento das doenças; o outro, correspondente às estratégias da promoção da saúde como construção social da saúde e do bem-estar (GUEDES; SILVA ; FREITAS, 2004). Assim, a promoção da saúde é entendida como o processo participativo da população no

contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer, pois almeja a obtenção de melhores condições de vida da população. Abrange, entre outros propósitos, excluir ou minimizar a ocorrência de doenças decorrentes da ausência destas condições, atingindo as causas e não apenas a manifestação de tais agravos (LEFRÈVE, 2003).

Somada a gravidez não planejada pela baixa resposta dos serviços de PF do SUS, parte das gestantes também vivencia falta de apoio por parte da família e/ou do parceiro para exercer a maternidade, a falta de condição financeira para manter o filho é posta como obstáculo e os conflitos sociais advindos da necessidade de investir na carreira profissional ou até mesmo de manter a estética corporal feminina preservada são motivações para o aborto. Estudo de caso-controle realizado com 21 casos de mulheres admitidas em maternidade pública do Município da Serra-ES e 83 controles verificou que as mulheres que trabalhavam fora de casa, estudavam ou tinham como objetivo conseguir um emprego, apresentaram 7,5 vezes mais aborto do que aquelas cuja ocupação era de dona de casa (NADER *et al.*, 2008). Na população adolescente, a decisão pela prática do aborto é vivenciada, muitas vezes, sobre pressão do parceiro ou familiares, a qual acaba sendo concretizada por imposição e de forma clandestina (SOUZA *et al.*, 2010).

Pesquisa sobre a magnitude do aborto no Brasil estimou que 1.054.242 abortos foram provocados em 2005. A fonte de dados para o cálculo da estimativa foi as internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde. No número total de internações foi aplicado um multiplicador baseado na hipótese de que 20% das mulheres que induzem aborto foram hospitalizadas. A maioria dos abortos provocados ocorreu no Nordeste e Sudeste do País, com uma estimativa de taxa anual de aborto provocado de 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos (BRASIL, 2009b).

O conhecimento do número de mortes de mulheres por aborto é um subsídio à elaboração de políticas públicas que previnam este agravo, todavia a subnotificação e o subregistro fazem com que a verdadeira realidade brasileira sobre o aborto não seja retratada (BRASIL, 2004). Mesmo assim, dados do DATASUS de junho de 2010 com relação a internações por gravidez, parto e puerpério revelaram 7.441 internações por gestações que terminaram em aborto, no país, sendo 627 internações na região Norte, 3.181 internações na região Sudeste, 616 internações na região Centro-Oeste, 1.018 internações na região Sul e 1.999 internações na região Nordeste, destacando-se a ocorrência de 301 internações no Ceará (DATASUS, 2010).

Em face ao exposto, observa-se que o aborto provocado constitui um problema relevante de Saúde Pública e que os dados sobre a gravidez não planejada são elevados. Nesse

sentido, foram elaboradas as questões: Qual a prática anticoncepcional de mulheres, prévio a gestação que acabou em aborto provocado comparada as que tiveram aborto espontâneo? O aborto provocado estaria associado à gravidez não planejada? Quais os motivos que levaram essas mulheres à prática do aborto provocado e como o realizaram? Para responder a esses questionamentos foram elaborados os objetivos de pesquisa.

O aborto provocado e sua interface com variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas, comparativamente com o aborto espontâneo constituiu o objeto desta pesquisa, associações que se não enfrentadas particularmente com ações de promoção da saúde em anticoncepção culmina em elevada morbidade e mortalidade materna, tendo relação direta com a atenção dispensada pelos gestores e profissionais de saúde, particularmente, o enfermeiro, que está à frente dos serviços de anticoncepção desenvolvendo atividades educativas, preventivas e assistenciais.

A relevância do estudo está na possibilidade de propor melhorias na assistência a anticoncepção, no sentido de reduzir o aborto provocado, bem como perceber as motivações e os meios associados ao referido evento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Investigar sobre a prática do aborto provocado e sua relação com a gravidez não planejada, comparativamente com o aborto espontâneo.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar aspectos demográficos, socioeconômicos e reprodutivos comparativamente ao aborto provocado e espontâneo.
- Verificar o conhecimento e a prática anticoncepcional prévia a gestação interrompida por aborto provocado e por aborto espontâneo;
- Conhecer os meios utilizados na prática do aborto provocado e os motivos determinantes;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Políticas e práticas de saúde voltadas ao planejamento familiar e ao aborto no Brasil.

No início dos anos 60, com a descoberta da pílula anticoncepcional, o tema da sexualidade e anticoncepção ganhou força em todo o mundo, uma vez que um método anticoncepcional de fácil uso, sob controle da própria usuária, e de elevada eficácia estava disponível, representando possibilidade de a mulher decidir sobre sua meta reprodutiva. Esta mesma época também foi marcada pela ampla inserção feminina no mercado de trabalho, que trouxe conflitos ao exercício da maternidade. Portanto, o campo era favorável a disseminação da pílula (BRASIL, 2010a).

Os países tiveram que responder às demandas geradas no campo da saúde sexual e reprodutiva e como era interesse dos países ricos, especialmente dos Estados Unidos, em impor à América Latina a adoção de políticas de controle da natalidade, impulsionados pelo discurso Malthusiano de que a pobreza seria reduzida pela diminuição do número de nascimentos, recursos financeiros foram introduzidos por agências internacionais que tinham o interesse em reduzir o crescimento populacional, como a *U.S. Agency for International Development* (USAID) e a *International Planned Parenthood Federation* (IPPF). Esta última tornou a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), primeira organização não-governamental de Planejamento Familiar (PF), sua afiliada oficial no país, em 1967 (USAID, 2000).

A enfermeira Margaret Sanger, marcou sua época com a criação do IPPF, em 1952, com sede em Londres. Integrou um grupo de enfermeiras que trabalhou no sentido de estruturar organizações fortes para reivindicar reformas sociais e políticas com vistas a restabelecer o controle da prática de Enfermagem. Desenvolveu conhecimento sobre reprodução e PF, disseminando informações sobre medidas de contracepção. Portanto, a Enfermagem teve sua participação na introdução do PF no Brasil (COSTA, 2002).

A BEMFAM é uma organização não-governamental, de ação social e sem fins lucrativos com 45 anos de atuação no país. Certificada pelo Ministério do Desenvolvimento Social como uma entidade beneficente de assistência social está sediada no Rio de Janeiro com oito escritórios regionais onde funcionam as Unidades de Promoção Social e sete Centros de Jovens. Permanece até os dias atuais desenvolvendo ações direcionadas a grupos

socialmente vulneráveis por meio de atenção individual e familiar, tendo como metas a defesa das políticas de desenvolvimento e ação social que visem à atenção integral à família, igualdade de gênero e ao direito das mulheres à saúde sexual e reprodutiva; a obtenção de avanços no direito humano básico de mulheres, homens e jovens decidirem de maneira livre e informada a respeito da própria saúde sexual e reprodutiva (BEMFAM, 2011).

O pensamento do Ministro da Igreja Anglicana Thomas Robert Malthus publicado na Inglaterra, em 1798, tornou-se uma referência para o estudo da demografia no século XIX. Na segunda metade do século XIX ganhou corpo e legitimidade, materializando-se em proposições e ações voltadas para o controle coercitivo da fecundidade (ALVES e CORRÊA, 2003). Nessa mesma época, as políticas internacionais mantiveram a ênfase no controle da natalidade com vistas a conter o crescimento populacional (GALVÃO, 1999). O reflexo na fecundidade brasileira foi visível. Em 1970, a mulher brasileira tinha, em média, 5,8 filhos. Trinta anos depois, esta média era de 2,3 filhos. Em 2000, com exceção da região Norte, as demais regiões apresentaram taxas de fecundidade próximas à taxa média nacional (2,3 filhos por mulher). A região Sudeste apresentou a menor taxa de fecundidade: 2,2 filhos por mulher (IBGE, 2011).

Contudo, no final da década de 70, o PF passou a ser um tema amplamente discutido pelas mulheres, que por meio dos movimentos feministas defendiam a autonomia de decisão das pessoas na escolha dos Métodos Anticoncepcionais (MAC) e das metas reprodutivas (BRASIL, 2010a).

Na década de 80, precisamente em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a colaboração de representantes de grupos feministas, gestores federais e estaduais e pesquisadores de universidades. O PAISM constituiu-se em um marco histórico das políticas públicas voltadas à saúde da mulher, centrado na integralidade das ações, propondo abordagem global à saúde em todas as fases do seu ciclo vital e não apenas no ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2005). Enquanto diretriz filosófica e política incorporou princípios norteadores da reforma sanitária, com a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade e participação social, voltando-se à atenção ao pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e do câncer de colo de útero e a detecção precoce do câncer de mama. O conceito de assistência reconhece o cuidado de toda a equipe de saúde com alto valor às práticas educativas, no sentido de promover o conhecimento da clientela sobre as questões relativas à saúde e, assim, exercerem a cidadania nesse campo (BRASIL, 2011a).

No intuito de que ações educativas voltadas ao controle da fecundidade e a prevenção de DST/aids sejam ofertadas prévia e concomitantemente ao início da vida sexual, permitindo que os jovens vivam plenamente sua vida sexual e reprodutiva mediante escolhas próprias responsáveis e sem riscos, considerando as diversidades do perfil reprodutivo das adolescentes, políticas públicas têm investido na promoção da saúde deste grupo (BORGES ; SCHOR, 2005). Mesmo assim, estudos revelam que o conhecimento de adolescentes e de pessoas nas demais idades reprodutivas é escasso, revelando que sabem citar a maioria dos MAC, mas desconhece a eficácia, forma de uso, efeitos colaterais e como lidar com os mesmos (MOURA ; SILVA, 2005; MARTINS *et al.*, 2006; ROMERO *et al.*, 2007 ; ROCHA, DIAS ; GAMA, 2010). O abortamento provocado, praticado muitas vezes porque a gravidez não foi planejada, também reforça o desconhecimento das mulheres quanto à prática anticonceptiva e aos riscos relacionados à interrupção voluntária da gestação.

Na década de 90, a realização da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD/94) no Cairo e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (ONU, 2012) foram determinantes para os direitos sexuais e reprodutivos, considerados importantes para os direitos humanos. Na Conferência do Cairo/1994, Capítulo VIII, § 825, descreve que o aborto não deve ser promovido como método de anticoncepção, em que o governo deverá assumir compromisso com a saúde da mulher. Assim, as ações de prevenção à gravidez indesejada deverão ter prioridade. Nos casos de aborto garantido por lei, este deverá ser realizado de forma segura, garantindo também às mulheres em quadro de aborto, espontâneo ou não, serviço de qualidade para o tratamento de possíveis complicações pós-aborto. Além disso, ratifica que o trabalho de orientação, educação e PF pós-aborto devem ser oferecidos às mulheres visando evitar abortos repetidos (CIPD-94, 1994).

Tomando por base este artigo da Conferência do Cairo, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher propôs a revisão das leis que caracterizam o aborto como ato criminoso. Assim, o aborto inseguro passou a ser reconhecido como um problema de Saúde Pública, indicando que os governos deveriam reformular as leis a fim de descriminalizar as mulheres que realizam aborto e garantir pleno atendimento de saúde às mesmas.

Apesar da conquista importante do direito ao PF na Constituição de 1988 no Título VII da Ordem Social, Capítulo VII, art. 226, § 7, em que determina a livre decisão do casal sobre o número de filhos, quando tê-lo, quando parar de tê-los e quais MAC usar, ainda não constitui direito na prática (BRASIL, 2005). Regulamentado pela Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, Art. 2º, entende-se o PF como sendo o conjunto de ações de regulação da

fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 2011b).

Em 2003, iniciou-se a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)-Princípios e Diretrizes, quando a equipe técnica de saúde da mulher do Ministério da Saúde avaliou os avanços e retrocessos alcançados na gestão anterior. Em maio de 2004, o Ministério da Saúde lançou a PNAISM, elaborada a partir da proposição do SUS e respeitando as características da nova política nacional de saúde (BRASIL, 2009c).

Como estratégias da PNAISM podem-se enumerar: ampliação e qualificação da atenção clínico-ginecológica, implantação e implementação da assistência ao PF, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde; atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes; atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2009c).

Retomando a atenção ao PF destaca-se a atenção voltada à concepção e anticoncepção. Quanto à anticoncepção, suprimento suficiente e contínuo dos MAC constitui condição indispensável à qualidade das ações. A esse respeito, a distribuição dos MAC aconteceu no País, inicialmente, pela doação de agências internacionais e, em 1990, o anticoncepcional hormonal oral passou a ser adquirido pela Central de Medicamentos (CEME) como responsabilidade do Governo Federal. Em 1997, a aquisição do MAC pelo Ministério da Saúde foi interrompida, havendo a descentralização dos recursos federais para os estados e municípios. Porém, em 2000, o Ministério da Saúde retomou a distribuição dos MAC, visando à ampliação da oferta e a estratégia de compra voltou para o nível Federal, com distribuição para as secretarias estaduais e municipais de saúde, propondo-se a atender, respectivamente, 30% da demanda potencial de métodos no SUS no 1º ano (2000), 60% no 2º ano (2001) e 100% no 3º ano (2002) (BRASIL, 2005).

Realidade diferente foi desencadeada na aquisição dos MAC no Estado do Ceará, em que a Secretaria Estadual de Saúde introduziu na relação dos medicamentos adquiridos pelo Estado, o anticoncepcional oral combinado de baixa dose e o anticoncepcional só de progestágeno (CEARÁ, 2003).

Com relação à aquisição e à distribuição de preservativos, desde 2001, vem sendo implementada a Política de Preservativos Masculinos e Femininos do Ministério da Saúde e tem sido responsabilidade do Programa Nacional de DST/aids a implementação desta Política (BRASIL, 2005).

A lista atual de MAC ofertados pelo Governo Federal abrange: Anticoncepcionais Orais Combinados de baixa dose (AOC), Anticoncepcionais Injetáveis Combinados (AIC), Anticoncepcionais só de Progestógeno (AP), Anticoncepcionais Orais de Emergência (AE), Dispositivos Intrauterinos (DIU) e os Métodos de Barreira (BARR) como o diafragma e preservativo masculino (BRASIL, 2011c). Acrescentam-se a estes os Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF) como o método Ogino-Knaus, Temperatura Basal Corporal, Billings e o sintotérmico. Soma-se, ainda, o Coito Interrompido (CI) e o método da Lactação com Amenorreia (LAM), complementando a variedade dos MAC que deve ser ofertada a clientela com necessidade de anticoncepção.

A maior diversidade de MAC fornecida aos usuários do serviço de PF garante a livre escolha, como também a adequação do método e a adesão e a continuidade de uso do mesmo, evitando a gravidez indesejada e, por conseguinte o aborto provocado. Portanto, as políticas e ações de saúde voltadas ao PF estão intimamente relacionadas às políticas e ações voltadas a prevenção do abortamento provocado.

No Brasil, em 2006, o número de óbitos maternos foi de 77 por 100.000 nascidos vivos, correspondendo a 1.623 óbitos maternos. As mortes maternas por causas obstétricas diretas que são aquelas relacionadas ao parto, ao aborto e ao puerpério vêm respondendo por cerca de dois terços desses óbitos, denotando baixa qualidade da atenção obstétrica e ao PF prestada às mulheres brasileiras (BRASIL, 2009e).

Em 2005, foi lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, objetivando a melhoria de serviços de saúde sexual e reprodutiva enfocando, principalmente, o PF. Como principais eixos de estratégias, destacam-se: a ampliação da oferta de MAC reversíveis; o aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária; e a introdução da reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde (SUS). Também trata da inclusão do medicamento misoprostol na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), regulamentada pela Portaria nº 1.044/2010; e a participação na elaboração do Acordo MERCOSUL/RMS Nº 14/08 para a redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011d).

De acordo com o Relatório da Coordenação Nacional de Saúde do Mercosul (CNSM) em que foram pactuados diversos acordos, o do MERCOSUL/RMS Nº 14/08, estabelece como estratégia a prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva, a prevenção da gravidez não planejada e DST e o acesso e qualificação da atenção humanizada à interrupção da gravidez e aconselhamento. Em reunião da Comissão Internacional sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, que ocorreu no dias 10 e 11 de setembro de 2009, com participação do Brasil,

Paraguai, Uruguai e Chile, foram discutidos dentre outras questões a incidência de mortes maternas por aborto provocado (BRASIL, 2009d).

No que se refere à assistência ao abortamento, a Normatização da Atenção Humanizada ao Abortamento lançada em 2005, pelo Ministério da Saúde, como guia norteador de aspectos éticos e jurídicos, esclarece que de acordo com o Código Penal Brasileiro é legal o aborto em caso de risco à vida da mãe e em caso de estupro; e permite jurisprudência para a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extra-uterina, com o consentimento da mulher. Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o (a) médico (a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. O não cumprimento da norma legal pode ensejar procedimento criminal, civil e ético profissional contra quem revelou a informação, respondendo por todos os danos causados à mulher (BRASIL, 2010b).

Nas situações de violência sexual o Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento e a mulher violentada sexualmente não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O profissional de saúde ao se deparar com esta situação acima citada, não deve negar atendimento à mulher violentada que não apresente documento policial ou judicial. Se posteriormente, o profissional tomar conhecimento de que a gravidez não foi resultado de violência sexual, deve tranquilizar-se, pois o Código Penal, artigo 20, § 1º garante a isenção de pena a quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima (BRASIL, 2010b ; ANGHER, 2007).

Propondo uma atenção humanizada na área de assistência ao abortamento, o Ministério da Saúde enfatiza a importância do acolhimento, em que se deve realizar a escuta ativa, livre de preconceito, julgamento e comentários desrespeitosos, colocando a tarefa de acolher para toda equipe de saúde. Estabelece que se deva orientar a mulher, informando-a dos procedimentos, das condições clínicas e dos cuidados para que sejam evitadas as complicações posteriores. Nos casos de abortamento provocado, a adoção imediata de contracepção pós-abortamento mostra-se como medida eficaz para reduzir o risco de novos abortamentos provocados (BRASIL, 2010b). A oferta do serviço de PF às mulheres em pós-abortamento envolve a participação do enfermeiro, dando a oportunidade de conhecimento

sobre os MAC, eficácia, mecanismo de ação, efeitos adversos e a prática da decisão de escolha do MAC com autonomia pela mulher.

O atendimento para o esvaziamento uterino oferecido no abortamento provocado inclui o uso do misoprostol em qualquer tempo gestacional, a técnica de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) até a 12^a semana gestacional e a curetagem uterina após a 12^a semana gestacional (BRASIL, 2010b).

O aborto provocado pode ser deflagrado por meio de sucção ou aspiração, curetagem, drogas, plantas e soluções salinas (REZENDE FILHO ; MONTENEGRO, 2008). Quando praticado clandestinamente pode ter complicações imediatas, como a perfuração uterina com lesão de vísceras abdominais, hemorragias intensas, laceração da cérvix, coagulopatia sistêmica, complicações anestésicas, evoluindo muitas vezes para o aborto séptico (FREITAS *et al.*, 2006).

Apesar da ilegalidade da comercialização do misoprostol no Brasil, estabelecida na Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o mercado negro o comercializa de forma deliberada. Por exemplo, a internet, oferece o medicamento para quem tiver interesse pelo produto, independente das consequências e contra-indicações do mesmo (ALVES, 2008). Conforme a citada Portaria somente é permitida a compra e uso do misoprostol em estabelecimentos hospitalares devidamente cadastrados junto a Autoridade Sanitária (BRASIL, 1998).

O misoprostol é indicado para ser usado por via vaginal, cujos comprimidos são umedecidos com água e aplicados no fundo de saco lateral da vagina. A dose dependerá da idade gestacional, ou seja, no primeiro trimestre de gestação, a dose será de 800mcg por dia, via vaginal durante dois dias e no segundo trimestre de gestação, a dose recomendada será de 200mcg de 12 em 12 horas, via vaginal, e propõe-se repetir o tratamento em ciclos de 48 horas, com três a cinco dias de intervalo (BRASIL, 2010b).

A técnica AMIU tem se constituído em um método eficaz, seguro e conveniente para esvaziamento uterino em casos de aborto incompleto no primeiro trimestre de gestação. Consiste em uma seringa de válvula única ou dupla, de 60 ml, adaptadores e uma série de cânulas de Karman de 4 a 12mm de diâmetro para útero do tamanho menor de 12 semanas de gestação, pois há necessidade de o colo uterino ser justo à cânula para que o vácuo seja transferido da seringa para a cavidade uterina. Este é o procedimento de escolha para resolução do abortamento, sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO). Nos casos em que o abortamento está infectado, a AMIU é a técnica de eleição, embora cuidados redobrados

devam ser adotados, pelo risco de perfuração uterina (REZENDE FILHO ; MONTENEGRO, 2008; BRASIL, 2010b). Nestes casos, a antibioticoterapia entra como coadjuvante, na prevenção ou controle da infecção iniciada ou não, após a exposição do útero ao início do abortamento, principalmente, quando utilizado técnica séptica. Geralmente, a cobertura do antibiótico de escolha é ampla, para atingir os microorganismos aeróbicos e anaeróbicos.

A curetagem uterina é realizada nos casos de abortamento em curso com a apreensão da massa ovular ou de fragmento ovular. Para realização deste procedimento é necessário anestesia. No procedimento, são utilizados dilatadores de Denistonn ou velas de Hegar e uma pinça tipo Pozzi. Introduce-se a cureta e promove-se a raspagem da cavidade uterina, extraindo-se o material desprendido pelo instrumental. Por ter diâmetro variável e ser de material rígido (aço), pode provocar acidentes, tal como a perfuração do útero. Este procedimento é difundido em todo o país (REZENDE FILHO ; MONTENEGRO, 2008; BRASIL, 2010b).

3.2 Aborto provocado e prática anticoncepcional

Realizou-se busca no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) pela utilização dos descritores aborto induzido (*abortion, induced*) e anticoncepção (*contraception*) em associação, de 1996 a 06 de março de 2011. O início do interstício para a busca (1996) foi definido pelo ano da Lei Nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar, evento que deu novos rumos à pesquisa sobre esta temática.

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos nos idiomas inglês e português disponíveis com resumo e/ou texto completo; e como critérios de exclusão: o resumo não abordar o objeto de investigação da busca, artigos repetidos e artigos com acesso indisponível. A busca foi finalizada com 16 artigos, em que 13 tiveram seus textos completos disponibilizados e apenas três artigos apresentaram somente resumo.

Para encadeamento da apresentação dos artigos levantados com as políticas vigentes no Brasil, foram trazidos para este capítulo as publicações sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo (BRASIL, 2005), Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica (BRASIL, 2010b) e Critérios Médicos de Elegibilidade para uso de Métodos Anticoncepcionais (WHO, 2004).

A prevenção da gravidez não planejada e do aborto provocado e de suas consequências deve ter alta prioridade nas ações de saúde. Às mulheres deve ser garantido o acesso à informação, ao abortamento previsto em lei, à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortos e ao PF pós-abortamento para, inclusive, evitar abortamentos repetidos, aumentando os riscos de complicações (BRASIL, 2010b).

Estudo realizado em São Paulo, em 1999, com 952 acadêmicas de 11 cursos de graduação, os principais MAC utilizados foi o preservativo masculino, por 265 (44,4%) estudantes e o Anticoncepcional Oral Combinado (AOC) por 98 (16,4%). Quanto à prática de indução do aborto, 52,2% das universitárias que haviam engravidado buscaram tal prática (PIROTTA ; SCHOR, 2004). Realidade semelhante foi encontrada entre 120 estudantes de Medicina do México, em que 19 (16%) que tinham história anterior de gravidez, 10 (52%) destas tinham provocado aborto. A taxa de aborto relatado entre essas estudantes representa apenas 2% em relação à população geral mexicana, taxa de 11% para mulheres de idades similares (ORTIZ-ORTEGA *et al.*, 2003).

Estudo de caso-controle realizado no Município da Serra-ES, com grupo-caso constituído por 21 mulheres com complicações do abortamento e que declararam tê-lo provocado e com grupo-controle constituído por 83 mulheres que tiveram gestação a termo, encontrou que as mulheres que provocaram o abortamento foram as que, proporcionalmente, referiram maior desconhecimento sobre as ações de PF – 18 (85,7%); $p=0,06$. Quando perguntadas sobre o recebimento de algum tipo de orientação sobre PF no decorrer da vida, 9 (42,9%) do grupo-caso e 37 (44,6%) do grupo-controle declararam ter recebido orientação sobre a temática ($p=0,88$). Quanto ao uso do MAC anterior à gravidez, 10 (47,6%) do grupo-caso e 51(61,4%) do grupo-controle informaram que não utilizavam nenhum método (NADER *et al.*, 2008). Em João Pessoa-PB, estudo realizado com 1.068 participantes identificou que a falta de informação é um dos motivos de gravidez não planejada, destacando, ainda, os baixos fatores sociais, início cada vez mais precoce de experiências sexuais, insegurança do adolescente em utilizar os MAC e a falta de acesso a serviços específicos para atender a esta faixa etária (SALDANHA *et al.*, 2008). Em Moscou, em 1997, obteve-se que 87,8% dos participantes de um estudo desejariam ter mais literatura sobre a contracepção durante sua vida na escola, pois 93,5% a obtiveram antes da união, 93,2% após inserir-se no mercado de trabalho e 95,5% após um aborto (KULAKOV; VIKHLYAEVA ; NIKOLAEVA, 1997).

Estudo realizado em Fortaleza-CE com 40 jovens gestantes verificou que 7 (17,5%) haviam abortado e 24 (60%) não utilizavam nenhum MAC. Apesar das orientações e palestras

em colégios, das distribuições gratuitas de MAC nas unidades básicas de saúde, muitas continuam sem usar qualquer método. Dezesesseis (40%) gestantes relataram ter utilizado algum método, prevalecendo a pílula e o preservativo masculino (ARCANJO; OLIVEIRA ; BEZERRA, 2007).

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), realizada em todo o Brasil, nas capitais das Federações e regiões metropolitanas, em 2010, com amostra de 2.002 entrevistadas, faixa etária entre 18 a 39 anos, utilizando a técnica da urna, mostrou que a proporção de mulheres que provocou aborto cresceu com o aumento da idade. Essa proporção varia de 120 (6,0%) para mulheres com idades entre 18 e 19 anos a 440 (22,0%) entre mulheres de 35 a 39 anos, predominando a faixa etária adulta. (DINIZ ; MEDEIROS, 2010).

Ainda de acordo com a PNA, no final da vida reprodutiva, mais de um quinto das mulheres, no Brasil urbano, fez aborto. Os níveis de internação pós-aborto são elevados e os colocam como um problema de saúde pública no Brasil. Cerca de metade das mulheres que provocaram aborto recorreram ao SUS e foram internadas por complicações, correspondendo a 161 (8,0%) das mulheres entrevistadas. Os autores afirmam que essas internações poderiam ter sido evitadas se o aborto não fosse tratado como atividade clandestina e o acesso aos medicamentos seguros para aborto fossem garantidos (DINIZ ; MEDEIROS, 2010).

Os dados referentes à hospitalização por abortamento no país confirmam a magnitude desse problema. A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação do SUS, superada apenas pelos partos normais (BRASIL, 2010b).

Estudo realizado com 160 mulheres hospitalizadas, em maternidade de Recife-PE, com diagnóstico de abortamento, no período de novembro de 2005 a julho 2006, representaram 3,1% dos internamentos obstétricos. Considerando cada MAC, individualmente, 100% das entrevistadas afirmaram conhecer a pílula e o preservativo masculino, e como métodos abortivos apontaram o misoprostol e chás. Quanto ao tipo do abortamento, 23 (14,3%) foram classificados como provocados e 90 (56,3%) foram classificados como possivelmente provocados. Não houve associação entre a classificação do aborto e a idade gestacional em que o mesmo ocorreu ($p=0,223$); a maior ocorrência de abortamento se deu na faixa etária de 20 a 29 anos, correspondendo a 78 (48,9%) do total de casos (RAMOS; FERREIRA ; SOUZA, 2010). Também em Recife-PE, na investigação de 203 casos de abortos, 49 (24%) corresponderam a aborto provocado, dos quais 33 (67%) utilizaram o misoprostol e 148 (73%) dos casos de aborto foram resultantes de gestação não planejada (LUCENA, 2000).

Na Romênia, em 2004, foi retratada a difícil situação do acesso do MAC na região rural pela falta de serviço de PF, levando a população a se deslocar para região urbana onde o serviço de PF é oferecido. Nesse contexto, a autora ressalta a necessidade de promoção de saúde sexual e reprodutiva no país, pois os índices de aborto são elevados (HORGA, 2004).

As mulheres no pós-aborto devem receber informações sobre todos os MAC aceitos no Brasil, inclusive sobre a eficácia, modo de uso, efeitos colaterais, complicações e como lidar com os mesmos. A orientação e oferta dos métodos devem acontecer já no local de atendimento, pois o risco de uma nova gravidez é quase imediato após o esvaziamento uterino. Nesse sentido, o Dispositivo Intrauterino (DIU) e os Anticoncepcionais Injetáveis Combinados (AIC) trimestrais ou mensais têm-se demonstrado mais eficiente por haver menor risco de esquecimento. Nos casos de inviabilidade de utilização destes métodos, o Anticoncepcional Oral Combinado de Baixa Dose (AOC) e os Métodos de Barreira (BARR) ganham destaque (BRASIL, 2010b). É provável que mulheres que sofreram aborto tenham função ovariana suficiente para produzir mudanças hormonais e/ou sinais de fertilidade detectáveis, probabilidade que aumenta com o passar do tempo após o aborto. Assim, as mulheres podem começar a utilizar os MBPF depois que tenham tido pelo menos um ciclo menstrual depois do aborto. A utilização de AOC, AIC, AP, BARR e DIU pode ser imediata e está fortemente indicada, mas no caso do DIU deve atentar para a utilização segura do método que ocorre quando não há sinais de sepse (WHO, 2004).

Outro método a ser promovido é a Anticoncepção Oral de Emergência (AE), considerando que sempre haverá mulheres convictas de que não voltarão a ter relações sexuais em curto espaço de tempo e, por este motivo, não usam métodos. Essas mulheres poderão estar expostas a relações sexuais inesperadas e não protegidas do risco de gravidez e de abortamento (BRASIL, 2010b). Estudo realizado em Utah, de 2000 a 2006, sobre o uso de AE e o número de indução de abortos, os coeficientes de correlação de Pearson apresentaram-se estatisticamente significantes ($p= 0.001$), ou seja, quanto maior o uso de AE menor número de casos de abortos provocados (TUROK; SIMONSEN ; MARSHALL, 2009).

A taxa de falha do MAC nos EUA apresentava-se em 3% para AOC, 12% para preservativos, 18% para diafragma e 2% para o DIU, Anticoncepcionais Injetáveis Combinados (AIC) e Adesivo Transdérmico (AT) e apenas 2% das mulheres usavam o DIU no país (SEGAL, 1996). Estudo atual nos EUA aponta o uso AIC e AOC como os métodos reversíveis mais eficazes usados pelas mulheres no país, com probabilidades da falha durante os primeiros 12 meses de uso ser de 7% e 9%, respectivamente. As probabilidades da falha para o Coito Interrompido (18%) e o preservativo masculino (17%) foram similares (KOST et

al., 2008). Esses resultados de eficácia dos MAC são importantes para dar a real noção dos riscos gestacionais que as mulheres correm mesmo praticando a contracepção.

Estudo realizado na China, onde o aborto é legalizado, 97,4% das contracepções são realizadas pelo uso do DIU ou do preservativo (HE; OSTBYE ; DALTVEIT, 2009). O uso da contracepção na Dinamarca, Alemanha, Polônia, Itália, e Espanha foi descrito em estudo de seção transversal, conduzido por meio de entrevistas realizadas com 6.630 mulheres entre 25 e 44 anos. As residentes de países europeus do Norte tenderam a usar métodos mais eficazes da contracepção do que residentes de países europeus do Sul. Ter filhos e história pregressa de aborto provocado foram, igualmente, as causas determinantes principais do uso de métodos mais eficazes (SPINELLI; TALAMANCA ; LAURIA, 2000).

Deve-se destacar a oferta do preservativo masculino ou feminino juntamente com outro método de escolha da mulher para conferir à dupla proteção oferecida pelo método, ou seja, a anticoncepção e prevenção das DST/HIV/aids. Para o alcance desta meta, a organização dos serviços de saúde no país precisa passar por transformação, desde a estrutura das unidades de saúde, as atitudes profissionais, de modo que a atenção integral seja oferecida.

A assistência em contracepção na Suécia é facilmente disponível em clínicas de planejamento familiar e de saúde da juventude. Os preservativos e a contracepção oral estão disponíveis a baixo custo e a gravidez entre adolescentes é baixa. O tratamento para a Clamídia genital é executado nestas clínicas. Nos anos 90, a educação sexual foi ensinada com menor frequência nas escolas e as taxas de aborto entre adolescentes foram acima de 17/1000 em 1995 a 22.5/1000 em 2001. As infecções por Clamídia genital aumentaram de 14.000 casos em 1994 para 22.263 casos em 2001, sendo 60% entre jovens (EDGARDH, 2002).

3.3 Aborto provocado: motivos para fazê-lo e meios utilizados

Busca realizada em banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando os descritores aborto induzido (*abortion, induced*) e misoprostol em associação, no período de 1998 a 06 de março de 2011. O início do interstício da busca (1998) foi definido por corresponder ao lançamento da Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998, que regulamenta o uso do misoprostol pela ANVISA.

Como critérios de inclusão dos artigos foram estabelecidos: estudos nos idiomas inglês e português com resumo e/ou texto completo disponíveis e como critérios de exclusão foram adotados: o resumo não abordar o objeto da investigação e artigo repetido. A busca foi finalizada com 12 artigos, todos com o texto completo disponível.

O abortamento induzido é cercado de questões ainda não reveladas, pois é uma trajetória sigilosa e muitas vezes solitária percorrida pela mulher que o pratica. Os motivos pela busca de realizá-lo nem sempre são conhecidos, porém os meios para praticá-lo passam pelo conhecimento popular.

Conforme a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) realizada, em 2010, com 2.002 mulheres na faixa etária entre 18 e 39 anos, 296 (15,0%) afirmaram ter provocado o aborto e 141 (48,0%) destas utilizaram algum tipo de medicamento para induzi-lo, porém não foi identificado quais os medicamentos usados, mas é possível que entre os mesmos o misoprostol ocupe uma posição importante. Os abortos ilegais realizados com medicamentos tendem a ser mais seguros do que quando são utilizados outros meios, em particular quando o medicamento usado é o misoprostol, popularizado no Brasil na década de 90 (DINIZ ; MEDEIROS, 2010).

Estudo realizado nos Estados Unidos sobre a eficácia do misoprostol como abortivo, envolveu 300 pacientes, sendo que 273 (91%) terminaram a gestação em abortamento. Quanto ao tempo de uso não foi encontrada associação entre ser utilizado durante 3, 4 ou 5 dias (CARBONELL *et al.*, 1998). Em estudo randomizado realizado com 140 mulheres no segundo trimestre de gestação, o misoprostol foi eficaz como abortivo em 80%, sendo usado por via vaginal 400mcg de 3em 3 horas durante 24 horas (WONG *et al.* , 1998). Porém estudo realizado com 120 mulheres com gestação de 64 a 84 dias que receberam 800 microgramas do misoprostol vaginal por 24 horas e três doses no máximo, sem realizar a curetagem pós-expulsão, teve como resultado o abortamento bem sucedido e como efeitos secundários a diminuição da hemorragia ($p = 0.0001$) (CARBONELL *et al.*, 1998a).

Estudo realizado em maternidade do Espírito Santo com 83 mulheres em abortamento encontrou como motivos à indução do abortamento que: 10 (29,4%) mulheres referiram falta de condições financeiras, 7 (20,6%) falta de apoio do pai do concepto, 6 (17,7%) indicaram o fato de ter uma relação conjugal instável, 4 (11,8%) relacionaram a limitação da prole, considerando o número de filhos suficiente, 4 (11,8%) tiveram medo de perder o emprego e/ou ter que parar de estudar, 2 (5,8%) informaram medo da família e 1 (2,9%) referiu não querer a criança. Ao indagar sobre os meios utilizados, 15 (71,4%) referiram usar somente o misoprostol, enquanto 1 (4,8%) informou o uso do misoprostol associado a outro meio e 5 (23,8%) utilizaram outros meios como chás, drogas e sondas (NADER; BLANDINO ; MACIEL, 2007).

Pesquisa utilizando duas metodologias com uma amostra de 3.098 mulheres, 50% da amostra com técnica de coleta Método da Urna (MU) e a outra metade através do Método das Questões Indiretas (MQI), realizado na zona urbana de Pelotas encontrou que: de acordo com o MQI, 58 (3,8%) mulheres relataram aborto induzido e entre os motivos mais frequentes para indução do aborto, 18 (31,0%) ressaltaram as questões econômicas e 14 (24,0%) ser muito jovem ou solteira. Dentre as 107 mulheres que relataram aborto induzido pelo MU o misoprostol foi empregado em 14 (13,0%) dos abortos (OLINTO ; MOREIRA FILHO, 2004). Resultado semelhante encontrado por Nader, Blandino e Maciel (2007) em pesquisa em uma maternidade no Espírito Santo, apontou a condição financeira e a instabilidade conjugal como principais motivos para a prática do aborto induzido.

Em relação aos métodos para abortar, estudo realizado com 160 mulheres em Recife-PE, encontrou por ordem decrescente de frequência que entre as 23 mulheres que realizaram aborto induzido, 20 (86,9%) usaram misoprostol; 17 (73,9%) tomaram chás abortivos e 3 (13,0%) tiveram sonda inserida (RAMOS; FERREIRA ; SOUZA *et. al.*, 2010) .

Estudo com 9.394 mulheres que buscaram o serviço de abortamento nos Estados Unidos verificou que 112 (1,2%) nunca tinham usado o misoprostol como abortivo e 131 (1,4%) relataram utilizar outras substâncias, como a vitamina C ou ervas (JONES, 2011).

Em maternidade da rede pública de Salvador-BA, pesquisa qualitativa realizada com a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, 17 participantes informaram que trajetória para a realização do aborto induzido em meio à clandestinidade, inicia-se com o uso de chás, seguidos de medicamentos adquiridos de forma ilegal e utilização de sondas inseridas por pessoas leigas, que as orientam a procurar a maternidade quando ocorrer hemorragia. A mulher assume os custos do aborto, pois os serviços de saúde nem sempre respondem aos procedimentos de diagnósticos, como exames, nem valorizam no atendimento a

vulnerabilidade emocional feminina. O aborto clandestino favorece o lucro do “comércio e práticas médicas informais”, mas a penalização social é voltada às mulheres, tanto física quanto legalmente. Na verdade, estas mulheres necessitam de espaço de escuta e resolução de suas demandas pelos serviços de saúde, no que se refere aos aspectos subjetivos e biológicos de uma gestação não planejada (SOUZA *et al.*, 2010).

Estudo com 28 jovens realizado nos Estados Unidos sobre aceitabilidade emocional para indução do aborto, durante a visita de continuação da assistência que ocorre entre quatro a oito dias após abortamento, 21(75%) consideraram a realização do aborto satisfatória, porcentagem esta que durante visita com quatro semanas foi para 27 (96%). Embora 12 (43%) relatassem o sentimento de medo no início do pós-aborto, na visita realizada na 4ª semana pós-abortamento somente 2 (8%) ainda experimentavam o sentimento de medo (PHELPS; SCHAFF ; FIELDING, 2001).

Quanto aos meios usados para provocar o aborto, o misoprostol permanece na liderança, descumprindo, em geral, o processo de aquisição farmacêutica adequada e uso seguro conforme determinado pela ANVISA.

A prática de indução do aborto através de chás e infusões pertencentes ao conhecimento popular é apontada como segundo meio de indução, enfatizando-se que o aborto induzido inicia-se e completa-se na comunidade, percentual desconhecido pelas instituições de saúde. A utilização de sonda no colo uterino, prática agressiva e com elevado potencial de complicações, é difundida por terceiros sem o menor conhecimento sobre o risco que as mulheres se expõem ao se submeter a tal prática.

Contudo, também há quem promova ou estimule o uso de sonda como abortivo mesmo conhecendo os riscos à mulher, motivos por interesses comerciais em parceria com quem realiza o procedimento. Outros estimulam ou favorecem tal prática até mesmo pelo desejo de ajudar a quem quer induzir o aborto a ter seu problema solucionado, por envolver-se emocionalmente com este dilema da gravidez não planejada.

Estudo realizado com 800 nativos em maternidade pública de Salvador-BA verificou que 78 (60,9%) mulheres usaram chás ou infusões para abortar e 38 (29,7%) usaram o misoprostol na dose de quatro comprimidos, sendo dois administrados por via oral e dois por via vaginal (MOREIRA *et al.*, 2001). Murta *et al.* (2001) em estudo realizado com 224 pacientes com diagnóstico de abortamento séptico, em enfermaria do hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro verificaram que 85 (37,9%) das mesmas relataram ter feito algum tipo de procedimento para provocar o aborto, percentual, portanto, 2,36 vezes menor do que o encontrado por Moreira *et al.* (2001) em Salvador-BA.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de estudo com abordagem quantitativa, transversal, do tipo levantamento, cujas definições foram tomadas com base nas ideias de Polit e Beck (2011).

A principal preocupação dos estudos quantitativos é proporcionar as respostas mais exatas, imparciais e interpretáveis possíveis para a questão de pesquisa e propiciar resultados replicáveis. Portanto, estuda os fenômenos que se prestam à mensuração precisa.

O delineamento transversal envolve a coleta de dados em um ponto do tempo, sendo especialmente apropriado para descrever a situação, o *status* do fenômeno ou a relação entre fenômenos.

O levantamento se caracteriza pela interrogação ao sujeito da pesquisa cujo comportamento se deseja conhecer, obtendo informações relativas à prevalência, distribuição e inter-relacionamento de variáveis em uma população. Os levantamentos coletam informações sobre as ações, o conhecimento, as intenções e as opiniões dos indivíduos. Seus dados se baseiam em auto-relatos, ou seja, as pessoas respondem às perguntas feitas pelo pesquisador.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará, conhecido como Gonzaguinha da Barra e no Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC). Esses hospitais foram escolhidos na perspectiva de reunir uma unidade do sistema municipal de saúde e uma unidade de referência do sistema estadual de saúde no cenário do estudo.

No Gonzaguinha da Barra é oferecido atendimento de Urgência e Emergência, Clínica Geral, Obstetrícia e Pediatria. Trata-se de uma unidade de nível secundário, cuja área de abrangência corresponde a Secretaria Executiva Regional I (SER-I) (FORTALEZA, 2011).

O HGCC pertence a rede pública estadual e constitui referência para atendimento nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, no nível terciário.

É um hospital de alta complexidade, de ensino, reconhecido pelos Ministérios da Educação e da Saúde. Corresponde ao hospital mais antigo da rede estadual de saúde, dedicando-se ao ensino e a assistência à saúde há 80 anos (CEARÁ, 2010).

O serviço de atenção ao aborto no Gonzaguinha da Barra começa na emergência, especificamente na sala de parto. Nesta é realizado o primeiro atendimento a paciente. Após avaliação, esta é dirigida à realização dos procedimentos cabíveis, permanecendo internada na enfermaria durante 24 horas, sendo todas as altas médicas realizadas no período da manhã, por volta das nove horas, rotina que levou a estabelecer o respectivo turno para a realização das entrevistas. Para evitar qualquer desinteresse por parte das mulheres com relação à entrevista, uma vez que as mesmas estariam de alta, esta era realizada nas primeiras horas da manhã.

No HGCC, de modo semelhante, o serviço de atenção ao aborto começa na emergência, especificamente na sala de parto onde é realizado o primeiro atendimento a paciente. A mulher em processo de abortamento é encaminhada para uma sala privativa na qual recebe avaliação obstétrica. Após avaliação, esta é dirigida à realização dos procedimentos cabíveis, permanecendo sob observação até seis horas e em casos de aborto infectado são internadas. Nesse contexto, as altas médicas eram dadas em horários irregulares, pois o tempo de seis horas de pós-aborto era o fator determinante. Assim, as entrevistas foram realizadas no turno da tarde, pois tínhamos maior facilidade para abordar tanto as mulheres admitidas no turno da manhã que estavam prestes a terem alta, quanto aquelas admitidas no turno da tarde.

4.3 População e amostra

A população correspondeu às mulheres que buscaram os hospitais selecionados para o atendimento da resolução do abortamento, no período da coleta de dados: Junho a Dezembro de 2011. A amostra ficou constituída de 70 mulheres.

Adotou-se como critérios de inclusão: mulheres em abortamento provocado ou espontâneo atendidas nos serviços de pós-aborto e com idade maior ou igual a 18 anos. O critérios de exclusão foi de não estarem em condições clínicas e emocionais para participar da pesquisa.

4.4 Coleta de dados

Antes de dar início a coleta de dados, visitaram-se os dois hospitais com a finalidade de reconhecer o ambiente de pesquisa e as respectivas equipes de trabalho. Nessa ocasião, procurou-se informá-las quanto à realização da pesquisa, seus objetivos e da necessidade em obter o apoio destas. Foi possível observar os locais nos quais as pacientes se encontravam e estabelecer estratégias para que as entrevistas ocorressem em ambiente privativo.

Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista junto às mulheres nas respectivas enfermarias de pós-aborto dos dois hospitais. Segundo Gil (2006) a entrevista consiste na técnica em que o investigador realiza perguntas ao participante e através da interação obtém as informações desejadas às quais interessam à pesquisa.

A entrevista seguiu um formulário estruturado (APÊNDICE – A), que foi pré-testado. O pré-teste consistiu em aplicar o formulário com cinco mulheres aptas a participarem do estudo, ocasião em que esteve-se atenta para a ordem das perguntas; modo de perguntar, identificando a melhor redação a promover compreensão por parte das mulheres e, assim, obter as respostas que atendessem aos objetivos; tempo de duração da entrevista; e adequação do ambiente de entrevista. Os dados coletados durante o pré-teste não constituíram dados da pesquisa e o tempo médio de entrevista foi de 30 minutos.

O formulário de entrevista continha perguntas sobre as condições demográficas e socioeconômicas das participantes; condição de união e história reprodutiva; prática anticoncepcional prévio a gestação que acabou em aborto provocado ou espontâneo; atenção em anticoncepção recebida pelas mulheres; motivos para abortar e meios usados na prática do aborto provocado.

Durante este período de internação e/ou observação, identificou-se as pacientes que haviam realizado curetagem pós-aborto através da descrição feita no prontuário e passou-se para a abordagem destas de forma individualizada. Inicialmente a pesquisadora se apresentou a mulher, explicou os objetivos, a importância do estudo e fez-se o convite à participação, com a garantia da privacidade e da confidencialidade com relação a todas as informações dadas pelas participantes.

Os dados foram por nós registrados de modo concomitante a entrevista, no próprio formulário, para se evitar perdas de informações.

4.5 Organização dos dados para análise

Os dados foram organizados em tabelas, com as porcentagens absolutas e relativas. Calcularam-se as medidas descritivas média e desvio padrão das variáveis quantitativas idade, anos de estudo, renda *per capita*, número de gestação, de paridade, de aborto e de filhos vivos. As comparações das médias dessas variáveis e o tipo de aborto foram realizadas por meio do teste t de *Student* para dados independentes e com variância desiguais (homogeneidade essa analisada pelo teste de Levene). Compararam-se, somente para aborto provocado, as porcentagens das variáveis dicotômicas por meio do teste z para proporções. As análises de associações entre tipo de abortamento e as variáveis qualitativas e ou categóricas foram realizadas por meio do teste de χ^2 e do teste de razão de verossimilhança. Calcularam-se as razões de chances (RC) com seus respectivos IC95% entre tipo de abortamento e essas variáveis. Consideraram-se como estatisticamente significantes as análises com $p < 0,05$. Os dados foram processados no EPI-INFO.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo aprovado conforme o parecer n°. 094/11 (ANEXO – A). Foi submetido, ainda, ao Comitê de Ética em Pesquisa do HGCC, com parecer favorável conforme n°. 525/2011 (ANEXO – B).

No desenvolvimento da pesquisa foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme recomendações da Resolução n°. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde (BRASIL, 2003). As participantes depois de informadas sobre a finalidade do estudo e uma vez aceitando em participar livremente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE – B).

Concluída a entrevista, as mulheres receberam orientações sobre as medidas de anticoncepção a serem adotadas no pós-aborto, bem como sobre a importância de prevenirem a recidiva do aborto provocado, na perspectiva dos riscos para a vida materna. Essa iniciativa foi pautada na importância de se amenizar o caráter utilitarista na pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características demográficas e socioeconômicas das participantes do estudo

Entre as participantes, 33 (47,1%) referiram estar em pós-aborto provocado e 37 (52,9%) afirmaram ter tido aborto espontâneo, em que 5 (14,3%) destas últimas referiram história anterior de aborto provocado. A Tabela 1, que se apresenta a seguir, reúne as características demográficas e socioeconômicas do grupo pesquisado segundo tipo de aborto.

Tabela 1. Distribuição do número de mulheres segundo variáveis demográficas e socioeconômicas por tipo de aborto. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza-CE, jun.- dez. 2011.

Variáveis demográficas e socioeconômicas	Tipo de aborto				p
	Provocado (N=33)		Espontâneo (N=37)		
	N	%	N	%	
Idade (ano)					
Até 19	10	66,7	5	33,3	0,100
20-34	16	37,2	27	62,8	
35-45	7	58,3	5	41,7	
Média±DP	25,5±7,1		26,3±7,9		0,660
Renda per capita (em Salário Mínimo - SM)¹					
Até 1/3	10	45,5	12	54,5	0,393
>1/3-2/3	11	61,1	7	38,9	
>2/3- 2	11	40,7	16	59,3	
Média±DP	340,5±254,5		367,6±234,2		0,652
Nº de pessoas na Família					
2	6	40,0	9	60,0	0,101
3	6	35,3	11	64,7	
4	8	40,0	12	60,0	
5 a 11	13	72,2	5	27,8	
Média±DP	4,3±2,1		3,5±1,3		0,042
Escolaridade (anos de estudo)					
3 a 6	3	30,0	7	70,0	0,218
7 a 10	17	58,6	12	41,4	
11 a 15	13	41,9	18	58,1	
Média±DP	9,2±2,3		9,1±2,5		0,969

¹Salário Mínimo (SM) vigente = R\$ 545,00

A idade das participantes variou entre até 19 e 45 anos, com uma média de 25,5 anos e desvio padrão de 7,1 entre as participantes que tiveram aborto provocado. A média de idade das participantes que tiveram aborto espontâneo foi de 26,3 anos com desvio padrão de 7,9. O aborto provocado foi mais prevalente na faixa etária de até 19 anos, o que correspondeu a 10

(66,7%) participantes do que o aborto provocado. O aborto espontâneo predominou na faixa etária dos 20 aos 34 anos, correspondendo a 27 (62,8%) participantes do que o aborto provocado. A faixa etária dos 35 aos 45 anos foi a segunda mais prevalente de ocorrência de abortamento em ambos os tipos de aborto, correspondendo a 7 (58,3%) e 5 (41,7%), respectivamente. Observou-se, portanto, prevalência de aborto provocado entre adolescentes (até 19 anos) e de aborto espontâneo na faixa etária que não representa risco reprodutivo (20 a 35 anos). Contudo, não foi encontrada associação estatística significativa entre tipo de aborto e idade ($p=0,100$) como também entre tipo de aborto e média de idade ($p=0,660$). De modo semelhante, em estudo realizado na Favela de Inajar de Souza, São Paulo, com 375 mulheres na faixa etária de 15 a 54 anos, a média de idade das mulheres que abortaram foi de 23,1 anos (FUSCO; ANDREONI ; SILVA, 2008). Outro estudo do tipo caso-controle realizado em maternidade pública do Município da Serra-ES, com 21 casos de mulheres e 83 controles, o número de mulheres que realizou aborto provocado foi maior na faixa etária de 20 a 24 anos, correspondendo a 38,1%, portanto, a divergir dos resultados encontrados neste estudo (NADER *et al.*, 2008).

A maior concentração de abortamento provocado ocorreu entre mulheres com renda *per capita* maior de 1/3 a 2/3 de SM, correspondendo a 11 (61,1%) mulheres e maior de 2/3 a 2 SM, correspondendo a 11 (40,7%). Com relação às mulheres que tiveram aborto espontâneo ocorreu o oposto, ou seja, a maior concentração do número de casos ocorreu entre aquelas com renda *per capita* maior de 2/3 a 2 SM, correspondendo a 16 (59,3%) mulheres, seguindo-se daquelas com renda de até 1/3 de SM, correspondendo a 12 (54,5%). Portanto, no grupo pesquisado, houve prevalência de aborto provocado entre as mulheres com maior renda *per capita* e quanto ao aborto espontâneo, a prevalência foi elevada na menor e na maior renda *per capita*. Entretanto, não houve associação estatística significativa entre renda *per capita* e o tipo de aborto ($p=0,393$) e a média da renda *per capita* e tipo de aborto ($p=0,652$). Resultado divergente foi encontrado no estudo de Fusco, Andreoni e Silva (2008), o qual obteve associação estatística significativa entre renda *per capita* e aborto ($p=0,017$) e por meio do teste não paramétrico de Kruskal Wallis o grupo de aborto provocado apresentou renda *per capita* inferior a apresentada pelos grupos nenhum aborto e aborto espontâneo.

A média do número de pessoas na família das mulheres que tiveram aborto provocado ($4,3\pm 2,1$) mostrou-se maior do que a média do número de pessoas das que tiveram aborto espontâneo ($3,5\pm 1,3$). Não houve associação estatística significativa entre número de pessoas na família e tipo de aborto, contudo houve associação estatística significativa entre a média do número de pessoas na família e tipo de aborto ($p=0,042$), evidenciando que quanto maior a

média do número de pessoas na família, maior o risco para aborto provocado. Em pesquisa realizada em áreas urbanas e rurais dos municípios de Aratuba, Mulungu, Guaramiranga, Pacoti, Baturité, Itapiúna, Capistrano e Aracoiaba que constituem uma Regional do Sistema de Saúde do Ceará, foram ouvidas 50 mulheres usuárias de serviço de planejamento familiar oferecido pela Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre suas perspectivas quanto ao número de filhos. Os resultados ajudam a refletir sobre os dramas que parte das mulheres de baixa renda vivencia em meio a ter e não ter filhos, o que deve mobilizar os profissionais de saúde para cada vez mais se empenharem com as questões voltadas a saúde sexual e reprodutiva e de fazerem pré-julgamentos negativos com relação as mulheres que cometem o aborto provocado: “É bom evitar filhos porque a nossa condição é baixa [referindo-se a renda], falta até a alimentação. Eu me sinto mal em não dar o que meu filho pede” (U6, U8). “O meu filho mesmo chora por comida e não tenho o que dar [lágrimas]” (U10). “Não devemos botar criança no mundo pra sofrer, passar fome como muitos que a gente vê por aí” (U21). “Eu pretendo não ter família agora. As coisas estão difíceis... falta o leite pra um [silêncio, tristeza], a gente só falta ficar doida” (U46) (MOURA; SILVA, 2004).

O MS preconiza a atenção humanizada ao abortamento, enfatizando a importância do acolhimento e da escuta ativa, livre de preconceito, julgamento e comentários desrespeitosos para com a mulher. Estabelece que se deva orientá-la sobre os procedimentos, condições clínicas e cuidados para que sejam evitadas as complicações do aborto provocado, bem como a adoção imediata da contracepção pós-aborto (BRASIL, 2010b).

A escolaridade variou de 3 a 15 anos de estudos, com igual média de 9,1 e igual desvio padrão de 2,5, estatisticamente, para os dois tipos de aborto. Não houve associação estatística significativa entre escolaridade e o tipo de aborto ($p=0,218$) e entre a média de escolaridade e tipo de aborto ($p=0,969$). Entretanto, a maior concentração de aborto provocado ocorreu em escolaridade menor do que a escolaridade de maior concentração de aborto espontâneo, correspondendo de 7 a 10 anos (17-58,6%) e 11 a 15 anos (18-58,1%), respectivamente. De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) realizada por amostragem aleatória de domicílio, em 2010, em todo o Brasil urbano, com 2.002 mulheres entre 18 e 39 anos, o aborto provocado foi mais freqüente entre as mulheres de escolaridade muito baixa (até 4 anos de estudos) (DINIZ; MEDEIROS, 2010). Na pesquisa de Fusco, Andreoni e Silva (2008) foi encontrada associação estatística significativa entre escolaridade e tipo de aborto ($p=0,003$).

5.2 História reprodutiva e condição de união das participantes.

Tabela 2. Distribuição do número de mulheres segundo variáveis reprodutivas e de união por tipo de aborto. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza, jun.- dez. 2011.

Variáveis	Tipo de aborto				p	RC/IC _{95%}
	Provocado (N=33)		Espontâneo (N=37)			
	N	%	N	%		
Número de Gestações						
1	11	52,4	10	47,6	0,823 ⁽¹⁾	1,7 (0,5-5,6)
2	9	39,1	14	60,9		
3	7	50,0	7	50,0		
4 a 8	6	50,0	6	50,0		
Média±DP	2,4±1,5		2,3±1,4			
Número de Partos						
Zero	12	42,9	16	57,1	0,539 ⁽¹⁾	1,6 (0,5-5,0)
1	14	56,0	11	44,0		
2 a 6	7	41,2	10	58,8		
Média±DP	1,0±1,1		1,0±1,2			
Número de Abortos						
1	23	46	27	54	0,149 ⁽¹⁾	0,4 (0,3-0,6)
2	7	41,2	10	58,8		
3	3	100	0	0,0		
Média±DP	1,3±0,6		1,2±0,4		0,358 ⁽²⁾	
Número de Filhos Vivos						
Zero	13	44,8	16	55,2	0,928 ⁽¹⁾	1,1 (0,4-4,0)
1	13	50	13	50		
2 a 6	7	46,7	8	53,3		
Média±DP	1,0±1,1		0,9±1,1			
Condição de união						
Parceiro fixo	22	37,3	37	62,7	< 0,0001 ⁽¹⁾	2,7 (1,9-3,7)
Parceiro não fixo	11	100	0	0,0		
Tempo de união (em anos)						
Até 1	12	57,1	9	52,9	0,281 ⁽¹⁾	1,3 (0,4-4,1)
2 a 6	14	50,0	14	50,0		
7 a 20	7	33,3	14	66,7		
Média±DP	3,7±4,1		6,1±5,5		0,041 ⁽²⁾	
Gravidez Planejada						
Sim	0	0,0	14	100	< 0,0001 ⁽¹⁾	2,4 (1,7-3,3)
Não	33	58,9	23	41,1		

(1) Teste de χ^2 ; (2) Teste T de *Student*

O número de gestações variou de 1 a 8, com uma média de 2,4 gestações e desvio padrão de 1,5 entre as mulheres que tiveram aborto provocado. Entre as mulheres que tiveram aborto espontâneo a média do número de gestações foi de 2,3 gestações, com desvio padrão de 1,4, resultados estatisticamente iguais. O aborto provocado foi mais freqüente entre as mulheres de G1 seguido pelas mulheres de G2, enquanto o aborto espontâneo predominou entre as mulheres de G2, seguido daquelas de G1. Não houve associação estatística

significante entre número de gestações e tipo de aborto ($p=0,823$), como também entre média do número de gestações e tipo de aborto. Estudo realizado em maternidade pública do Município da Serra-ES, com 21 casos de mulheres e 83 controles, encontrou-se entre 11(52,4%) das mulheres que provocaram o aborto tinham história de 1 a 2 gestações anteriores e entre 10 (47,6%) história de 3 ou mais gestações anteriores, não encontrando-se, também, associação estatística significativa ($p=0,510$) (NADER *et al.*, 2008).

O número de partos variou de zero a 6, sendo que o aborto provocado foi mais prevalente nas primíparas, correspondendo a 14 (56,0%), enquanto o aborto espontâneo foi maior entre mulheres nulíparas, correspondendo a 16 (57,1%). Não houve associação estatística entre o número de partos e o tipo de aborto ($p=0,539$) e entre média do número de partos e tipo de aborto ($p=0,918$). As médias do número de partos foram estatisticamente de igual valor para o aborto provocado ($1,0\pm 1,1$) e o aborto espontâneo ($1,0\pm 1,2$). Estudo realizado nas capitais brasileiras de São Paulo-SP e Natal-RN, com mulheres que passaram por aborto (provocado e espontâneo), sendo 166 mulheres de São Paulo-SP e 150 mulheres de Natal-RN, obteve-se maior concentração de aborto entre primíparas em ambas as capitais, com 103 (62%) mulheres de São Paulo-SP e 90 (60%) mulheres de Natal-RN (NOMURA *et al.*, 2011).

Tanto o número de abortos provocados, quanto o número de abortos espontâneos foi maior entre as mulheres que tinham história de 1 ou de 2 abortos anteriores (sendo um destes abortos aquele que transcorria durante a pesquisa). Ressalta-se que 7 (41,2%) e 3 (100%) das mulheres, respectivamente, relataram passado de 2 e 3 abortos provocados. Assim, observa-se este evento como recorrente, o que pode estar sendo praticado como método anticoncepcional. Porém, estudos futuros devem ser realizados para explicar os verdadeiros motivos para tal achado. Nesse sentido, não foi encontrada associação estatística significativa entre número de abortos e média do número de abortos no passado dessas mulheres com o tipo de aborto ($p=0,173$ e $p=0,358$, respectivamente). No estudo de Ramos, Ferreira e Souza (2010) realizado em maternidade do Centro de Atenção à Mulher do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CAM/IMIP) de Recife-PE, com 160 mulheres, foi encontrado entre as 113 (70,6%) que referiram aborto provocado e possivelmente provocado história de número de abortos anteriores predominando entre 1 e 2 abortos (sendo um destes abortos aquele que transcorria durante a pesquisa). Estes autores também não encontraram associação estatística significativa entre número de abortos anteriores e tipo de aborto ($p=0,700$).

O número de filhos vivos variou de zero a 6 , sendo que o aborto provocado foi mais comum entre as mulheres que ainda não tinham filhos vivos e entre aquelas que tinham 1 só filho vivo. O abortamento espontâneo predominou também entre as mulheres sem filhos vivos ou com 1 filho vivo. Porém, mulheres com 2 a 6 filhos vivos também estavam presentes entre as mulheres que tiveram aborto provocado e que tiveram aborto espontâneo. Não houve associação estatística significante entre número de filhos vivos e média do número de filhos vivos com o tipo de aborto ($p=0,928$ e $p=0,773$, respectivamente). No estudo de Ramos; Ferreira e Sousa (2010) o aborto provocado e possivelmente provocado apresentou segunda maior prevalência entre mulheres sem filhos vivos, encontrando-se associação estatística significante entre número de filhos vivos e tipos de aborto ($p=0,001$). Pesquisa realizada com 3.002 mulheres da zona urbana de Pelotas-RS comparando mulheres que tiveram aborto provocado ($N=147$) e espontâneo ($N=2.855$) afirmou que 97 (66,0%) das que tiveram aborto provocado declararam “não querer mais filhos”, com valor de p estatisticamente significante ($p=0,001$) (OLINTO; MOREIRA-FILHO, 2006). Mediante ao exposto, observa-se que o número de filhos vivos pode tanto apresentar-se como fator protetor quanto desencadeador do aborto provocado.

Chamou a atenção que 100% das mulheres que referiram parceria não fixa tiveram aborto provocado e todas as mulheres que tiveram aborto espontâneo referiram parceria fixa. Nesse contexto, a condição de união teve associação estatística significante com o tipo de aborto ($p<0,0001$), ou seja, a parceria não fixa mostrou-se como fator de risco para o aborto provocado, com a chance deste ocorrer em mulheres sem parceria fixa na razão (RC) de 2,7 e IC95% de 1,9 – 3,7 comparado as mulheres com parceria fixa. No estudo de Nader *et al.* (2011) obteve-se que entre as mulheres que provocaram aborto, somente 5 (23,8%) tinham parceria fixa e 11 (52,4%) tinham parceria não fixa, com associação estatística também significativa ($p< 0,0001$), ou seja, ter parceria não fixa mostrou-se como fator de risco para aborto provocado. Olinto e Moreira-Filho (2006) reforçam esses resultados adicionando o evento “ser ou não casada” e afirmam que mulheres vivendo com parceiro fixo, mas não casadas, apresentaram risco de provocar o aborto cerca de duas vezes comparadas com as mulheres com parceiros fixos, sendo casadas.

O tempo de união variou de até 1 a 20 anos, sendo que o aborto provocado apresentou maior concentração em até 1 ano de união e de 2 a 6 anos. O aborto espontâneo foi mais comum em uniões mais duradouras, ou seja, de 2 a 6 e de 7 a 20 anos de união. Nesse sentido, o tempo de união não teve associação estatística significante com o tipo de aborto ($p=0,281$), mas a média do tempo de união mostrou associação estatística significante com o referido

desfecho ($p=0,041$). Observa-se, então, que o valor da média do tempo de união das mulheres que tiveram aborto espontâneo foi quase o dobro do valor da média do tempo de união das mulheres que tiveram aborto provocado. Quanto maior a média de tempo de união for é fator protetor para o aborto provocado. Ressaltamos que em busca realizada na BVS no dia 4 de fevereiro de 2012, utilizando os descritores não controlados aborto provocado juntamente com tempo de união, sem critérios de exclusão, foram apresentados 28 artigos, porém nenhum tratou desta variável.

Quanto ao planejamento da gravidez, 14 (100%) mulheres que a planejaram tiveram aborto espontâneo, em contrapartida 33 (58,9%) mulheres que não planejaram a gravidez tiveram aborto provocado. Assim, houve associação estatística significativa ($p < 0,0001$) entre planejamento da gravidez e tipo de aborto, ou seja, a gravidez não planejada mostrou-se como fator de risco para o aborto provocado. A chance do aborto provocado acontecer na gravidez não planejada apresentou RC de 2,4 vezes maior do que na gravidez planejada, com IC95% de 1,7-3,3. Estudo realizado com 24 mulheres assistidas em serviço de planejamento familiar em Fortaleza-CE, 11(45,8%) referiram que a gravidez não foi planejada e 5 (45,5%) destas recorreram ao aborto provocado (SILVA *et al.*, 2011). O estudo realizado em maternidade pública do Município da Serra-ES, com 21 casos de mulheres e 83 controles, 21 (100%) realizaram aborto provocado, todas referindo que não planejaram a gravidez (NADER *et al.*, 2008).

Tabela 3. Distribuição do número de mulheres segundo participação do parceiro na decisão do aborto provocado. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza, jun.- dez. 2011.

Variáveis	Aborto provocado		p
	N=33	%	
Participação masculina na decisão do aborto			
Sim	10	30,3	0,002
Não	23	69,7	
Reação do parceiro	N=10		
Apoio e compartilhamento	6	60,0	
Pressão, imposição ou ameaça psicológica	4	40,0	

Quanto à participação masculina na decisão do aborto, a Tabela 3 evidenciou que 10 (30,3%) mulheres que tiveram aborto provocado afirmaram a participação do parceiro na tomada de decisão, seja por meio de atitude impositiva e de violência psicológica ou por meio de apoio. A esse respeito, houve associação estatística significativa entre o aborto provocado e a participação masculina na decisão deste ($p=0,002$), ou seja, a participação masculina

mostrou-se como fator de risco para o aborto provocado. No estudo de Nomura *et al.* (2011) 98 (59%) mulheres de São Paulo-SP e 93 (62%) mulheres de Natal-RN relataram que a participação masculina na situação de aborto foi satisfatória, enquanto que 15 (9%) mulheres de São Paulo-SP e 9 (6%) mulheres de Natal- RN, referiram-na como insatisfatória. Todavia, os autores não teceram maiores comentários sobre os referidos sentimentos das mulheres.

Uma das principais formas de participação do homem no aborto provocado consiste na aquisição ilegal do misoprostol, uma tarefa predominantemente masculina, o que é facilitado pelo fato de que grande parte das mulheres abortaram vivendo um relacionamento conjugal estabelecido (BRASIL, 2008a). Conforme apresentamos na Tabela 6 mais à frente, o misoprostol constitui um dos meios mais prevalentes para a prática do aborto provocado.

Chumpitaz (2003) em dissertação de mestrado abordando qualitativamente as percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões sobre o aborto provocado observou que as mulheres do estudo conciliam significados de uma ideologia de gênero tradicional com outra mais igualitária, principalmente em relação à identidade feminina e ao trabalho da mulher, o que denotaria um processo de transição de gênero. A participação masculina na decisão de abortar é variada (o parceiro se exclui, promove ou recusa o aborto), mas o desejo de não assumir a paternidade parece refletir as características da natureza e qualidade do relacionamento, assim como a situação do parceiro como trabalhador ou provedor da família.

5.3 Informação, Acesso e Método Anticoncepcional em uso prévio ao aborto atual.

Tabela 4. Distribuição do número de mulheres segundo informação e acesso ao método anticoncepcional em uso prévio ao aborto atual. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza, jun.- dez. 2011.

Variáveis	Tipo de aborto				p
	Provocado (N=31)		Espontâneo (N=33)		
	N	%	N	%	
Autopercepção das mulheres quanto a estar informada sobre o MAC					
Totalmente informada	23	45,1	28	54,9	0,290
Parcialmente informada	8	61,5	5	38,5	
Conteúdos informados sobre o uso do MAC					
Uso correto do MAC	31	47,7	34	52,3	0,999
Queixas sobre o uso do MAC	6	37,5	10	62,5	0,288
Livre escolha do MAC					
Sim	25	44,6	31	55,4	0,402
Não	8	57,1	6	42,9	
Local de acesso ao MAC					
Compra em Farmácia	18	47,4	20	52,6	0,513
Unidade Básica de Saúde (UBS)	11	39,3	17	60,7	
Dificuldade para recebimento do MAC na UBS					
Sim	12	52,2	11	47,8	0,423
Não	18	41,9	25	58,1	

A autopercepção “parcialmente informada” sobre o MAC em uso prévio ao aborto foi maior entre as mulheres que tiveram aborto provocado, enquanto entre as que tiveram aborto espontâneo a autopercepção predominante foi a de “totalmente informada”. Apesar disso, não houve associação estatística significativa com relação à autopercepção de informação sobre o MAC em uso prévio ao aborto e o tipo de aborto ($p=0,290$).

A respeito do conteúdo informado sobre o uso do MAC, observou-se que as mulheres que tiveram aborto provocado tiveram menos informação sobre o uso correto e sobre as queixas possíveis ao uso do MAC o que poderia ser fator de risco para a indução do aborto. Porém, não houve associação estatística significativa entre conteúdo sobre uso correto do MAC, queixas possíveis ao uso do MAC, e tipo de aborto ($p= 0,999$ e $p=0,288$, respectivamente). No estudo de Nader *et al* (2008) as 9 (42,9%) mulheres que provocaram o aborto apresentaram menor percentual de informação sobre os MAC, contudo os autores também não encontraram associação estatística significativa ($p=0,888$). Em estudo realizado com 160 mulheres hospitalizadas em maternidade de Recife-PE, em abortamento, 100% das entrevistadas afirmaram conhecer a pílula e o preservativo masculino, e dentre essas 23 (14,3%) haviam provocado o aborto (RAMOS; FERREIRA ; SOUZA, 2010). O fato de simplesmente conhecer o MAC não é garantia de uso e de uso correto, vindo a ocorrer a

gravidez. O conhecimento de usuários de MAC em geral, é escasso, revelando que até sabem citar a maioria dos MAC, mas desconhecem a eficácia, forma de uso, efeitos colaterais e como lidar com os mesmos (MOURA ; SILVA, 2005; MARTINS *et al.* , 2006; ROMERO *et al.* , 2007 ; ROCHA; DIAS ; GAMA, 2010). O abortamento provocado, praticado muitas vezes porque a gravidez não foi planejada conforme mostramos na Tabela 2, também reforça o desconhecimento das mulheres quanto aos MAC.

A livre escolha do MAC predominou entre as mulheres que tiveram aborto espontâneo, porém não houve associação estatística significativa entre a livre escolha do MAC e o tipo de aborto ($p=0,402$). A esse respeito ouvimos de algumas mulheres ($n=8$), independente do tipo de aborto, os fatores relacionados as dificuldades para a livre escolha do MAC, destacando-se a imposição do profissional de saúde como o fator mais citado ($n=7$), seguido pela negação do parceiro ao uso do MAC ($n=2$), influência da mãe ($n=2$), falta do MAC na UBS ($n=1$) e efeitos colaterais com o uso do MAC ($n=1$). Ressaltamos que estas informações não estão apresentadas na Tabela 4.

Sobre o local de acesso ao MAC, prevaleceu as UBS entre as mulheres que tiveram aborto espontâneo, o que poderia ter relação com maior inserção dessas mulheres no sistema de saúde, comparadas as que tiveram aborto provocado. Quanto ao acesso do MAC em farmácia, os resultados foram semelhantes em termos percentuais para os dois tipos de aborto. Mesmo assim, não foi encontrada associação estatística significativa entre o local de acesso ao MAC e o tipo de aborto ($p= 0,513$). De acordo com o Relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em seis capitais brasileiras com 15.575 mulheres constatou-se que as farmácias continuam sendo a fonte mais importante de obtenção dos métodos hormonais (pílula e injeções) e da camisinha masculina, no país (BRASIL, 2008b).

As mulheres que tiveram aborto provocado apresentaram maior percentual de dificuldade para receber o MAC na UBS, porém não houve associação estatística significativa em relação ao recebimento do MAC na UBS e tipo de aborto ($p= 0,423$). Esse resultado reforça a realidade local de existência de barreiras institucionais ao acesso dos MAC nas UBS. Algumas mulheres, independente do tipo de aborto, relataram como dificuldades: o longo tempo de espera ($n=10$), horário de atendimento das UBS incompatível com atividades laborais de parte das mulheres ($n=6$), falta de MAC na UBS ($n=5$), bem como longa distância para a UBS, burocracia, baixa confiança no serviço e falta de profissionais ($n=3$). Essas informações também não constaram da Tabela 4, pois são comuns as mulheres dos dois tipos de abortos. Dificuldades semelhantes foram encontradas em estudo que entrevistou 248 usuárias de serviços de planejamento familiar oferecidos pela ESF de 88 municípios

pertencentes a quatro Células Regionais de Saúde do Estado do Ceará: 149 (60,1%) referiram como dificuldade a entrega mensal do método, 120 (48,4%) a falta do MAC escolhido, 55 (22,2%) a longa espera pelo atendimento e 18 (22,2%) o mal atendimento por parte dos profissionais (MOURA *et al.*, 2011).

Na Romênia, país da Europa Oriental, em 2004, retratou-se a difícil situação do acesso do MAC na região rural pela falta de serviço de PF, levando a população a se deslocar para região urbana onde o serviço de PF é oferecido. Nesse contexto, a autora ressalta a necessidade de promoção de saúde sexual e reprodutiva no país, pois os índices de aborto são elevados (HORGA, 2004); ou seja, fora do Brasil, barreiras ao acesso dos MAC também estão presentes.

Tabela 5. Distribuição do número de mulheres segundo método anticoncepcional em uso prévio ao aborto atual e tipo de aborto. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza, jun.-dez. 2011.

Variáveis	Tipo de aborto				p
	Provocado (N=32)		Espontâneo (N=37)		
	N	%	N	%	
MAC em uso prévio ao aborto					
Preservativo masculino	15	46,8	17	53,2	0,999
Anticoncepcional Oral Combinado (AOC)	12	35,2	22	64,8	0,040
Anticoncepcional Injetável Combinado (AIC)	5	35,7	9	64,3	0,264
Autopercepção da falha da prática anticoncepcional prévio a gestação que acabou em aborto					
Pensamento mágico – (acreditar que a gravidez não ocorreria consigo)	11	64,7	6	35,3	0,003
O método falhou	6	46,2	7	53,8	
Uso incorreto do MAC	6	60,0	4	40,0	
Faltou o método	4	100,0	-	-	
Interrompeu o MAC	4	17,4	19	82,6	
Negação do parceiro ao MAC	2	66,7	1	33,3	

As mulheres que tiveram aborto provocado utilizavam como método prévio a este desfecho, o preservativo masculino como método mais prevalente, seguido pelo AOC, o que sugere uso irregular e incorreto dos métodos, já que apresentam taxas de eficácias elevadas. As mulheres que tiveram aborto espontâneo o método em uso prévio mais prevalente foi o AOC e em segundo lugar o preservativo masculino. Neste último grupo também houve maior prevalência de uso de AIC prévio ao aborto, comparando-se com o grupo de mulheres que provocaram o aborto. Houve associação estatística significativa entre uso de AOC e tipo de

aborto, sendo o uso de AOC fator protetor ao aborto provocado ($p=0,040$). O uso de preservativo masculino e de AIC não apresentou associação estatística significativa com tipo de aborto ($p=0,999$ e $p=0,264$, respectivamente).

Na China, onde o aborto é legalizado, o estudo revelou que 97,4% das contracepções são realizadas pelo uso do DIU ou do preservativo (HE; OSTBYE ; DALTVET, 2009). O uso de MAC na Dinamarca, Alemanha, Polônia, Itália, e Espanha foi descrito em estudo de seção transversal, conduzido por meio de entrevistas realizadas com 6.630 mulheres entre 25 a 44 anos. As residentes de países europeus do Norte tenderam a usar métodos mais eficazes de contracepção do que residentes de países europeus do Sul. Ter filhos e história progressiva de aborto provocado foram, igualmente, as causas determinantes principais do uso de métodos mais eficazes (SPINELLI; TALAMANCA ; LAURIA, 2000).

As principais razões para as gravidezes que evoluíram para o aborto provocado terem ocorrido foram o “pensamento mágico”, seguido por iguais proporções, a falta do método e o uso incorreto do método. Para as mulheres cujas gestações evoluíram para o aborto espontâneo, as principais razões para as gestações terem ocorrido foram à interrupção do uso do MAC, seguida pela falha do método e o “pensamento mágico”. Observa-se também que o aborto provocado aconteceu com todas as mulheres que relataram a falta do MAC. Houve associação estatística significativa entre a autopercepção da falha da prática anticoncepcional com o tipo de aborto ($p=0,003$). Estudo realizado com 156 jovens grávidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), em Campinas-SP, encontrou em auto-relato de adolescentes como motivo para o não planejamento da gravidez que “não pensaram nisso na hora”, correspondendo a 50 (32,4%), seguido pela falta de conhecimento sobre os MAC com 17 (11,3%), em 13 (8,5%) o parceiro negou-se a usar o MAC e 8 (5,6%) relataram dificuldade de acesso ao MAC (BELO ; SILVA, 2004).

5.4 Meios usados na prática do aborto, fontes de obtenção de informações sobre os meios e motivos para a prática do aborto provocado

Tabela 6. Distribuição do número de mulheres segundo meios usados na prática do aborto, fontes de obtenção de informações sobre os meios e motivos para a prática do aborto provocado. Hospital Geral Dr. César Cals e Hospital Distrital Gonzaga Mota da Barra do Ceará. Fortaleza, jun.-dez. 2011.

Variáveis (N=33)	N	%	p
Meios abortivos adotados			
Chás	17	42,5	
Misoprostol	15	37,5	
Introdução de substâncias na vagina	2	5	
Outros	6	15	
Fontes de informações sobre os meios abortivos usados			
Amigas	21	61,7	<0,0001
Familiares	7	20,5	
Parceiro	3	8,9	
Ideia própria	3	8,9	
Motivos para prática do aborto provocado			
Baixa condição financeira	12	30,0	
Relacionamento instável	11	27,5	
Despreparo para cuidar da criança	6	15,0	
Outros	11	27,5	

Sobre os meios abortivos usados pelo grupo pesquisado, os chás foram os de maior prevalência, destacando-se como substâncias usadas: Quina-quina (*Coutarea hexandra (jacq.) K. Schum*), Cabacinha (*Luffa operculata*), Marcela (*Egletes viscosa (L.) Less*), Boldo (*Peumus boldus Molina*), Boldo com Marcela, pílula do mato (composto por resina de Jalapa-brasileira (*Operculina macrocarpa*) e o extrato fluido de cabacinha) com boldo, Boa noite (*Catharanthus roseus*), Canela (*Cyannamomum verum J. Presl.*), Cabeça de nego (*Caput Nigri*), Quebra-pedra (*Phyllanthus amarus*), e Sene (*Senna Alexandria*). Segundo Mengue et al. (1997), estudo realizado com 6.109 grávidas, em Fortaleza- CE, Salvador-BA, Porto Alegre-RS, Rio de Janeiro-RJ, São Paulo-SP, Manaus-AM e Belo Horizonte-MG identificou o uso das seguintes plantas medicinais como abortivas: Boldo (*Peumus boldus Molina*), Quina-quina (*Coutarea hexandra (jacq.) K. Schum*), Canela (*Cyannamomum verum J. Presl.*), Marcela (*Egletes viscosa (L.) Less.*) Cabacinha (*Luffa operculata*). Os autores realizaram consulta a botânicos e farmacêuticos especializados em flora regional e foram informados que as plantas acima citadas têm alguma ação abortiva, à exceção da Canela (*Cyannamomum verum J. Presl.*). Contudo, opiniões de especialistas constituem evidência científica de baixo poder.

Conforme Barros e Albuquerque (2005) a Cabacinha (*Luffa operculata*) possui substâncias denominadas cucurbitacinas que são esteróides resultantes da oxidação de triterpenos tetracíclicos. Estas são responsáveis pelas ações embriotóxicas e abortivas, podendo causar hemorragia grave ou até mesmo a morte.

Rodrigues *et al.* (2011) objetivando fornecer uma listagem das principais plantas medicinais com efeitos embriotóxicos, teratogênicos e abortivos comprovados realizaram buscas nas bases de dados SciELO, PubMed, MEDLINE, LILACS, CAPES e Google acadêmico e encontraram que Arnica (*Arnica montana*), Artemísia (*Artemisia vulgaris*), Arruda (*Ruta chalepensis/ Ruta graveolens*), Barbatimão (*Stryphnodendron polyphyllum*) e Boldo (*Vernonia condensata*) podem gerar um desses efeitos uma vez que os constituintes da planta podem atravessar a placenta e chegar ao feto. Os autores concluíram que para a maioria das plantas medicinais não há informações a respeito da segurança de seu uso sendo os referidos efeitos embriotóxico, teratogênico e abortivo, os mais preocupantes. Portanto, o uso dessas substâncias como abortivo se perpetua de geração para geração, baseada em uma validação cultural, sem, entretanto, dispor de justificativa científica para a maioria.

O misoprostol foi o segundo meio mais adotado, em que a aquisição do medicamento ocorreu no mercado clandestino, com custos variando entre R\$ 70,00 até 200,00 reais, a dose de quatro comprimidos.

Estudo realizado com 800 nativos em maternidade pública de Salvador-BA, Nordeste do Brasil, já encontrava a 10 anos atrás, como meios mais usados na prática do aborto provocado os chás e o misoprostol, em que 78 (60,9%) mulheres usaram chás ou infusões para abortar e 38 (29,7%) usaram o misoprostol na dose de quatro comprimidos, sendo dois administrados por via oral e dois por via vaginal (MOREIRA *et al.*, 2001). Estudo recente realizado com 160 mulheres em Recife-PE, também situado no Nordeste do Brasil, encontrou por ordem decrescente de frequência, entre 23 mulheres que realizaram aborto provocado, os seguintes meios utilizados: 20 (86,9%) misoprostol, 17 (73,9%) chás e 3 (13,0%) tiveram sonda inserida no útero (RAMOS; FERREIRA ; SOUZA *et. al.*, 2010) .

Portanto, chás e misoprostol foram os principais meios usados para provocar o aborto nestes três estudos realizados em capitais nordestinas, Fortaleza-CE, Salvador-BA e Recife-PE. Nos EUA, pesquisa realizada com 9.394 mulheres que buscaram o serviço de abortamento verificou que 112 (1,2%) nunca tinham usado o misoprostol como abortivo e 131 (1,4%) relataram utilizar outras substâncias, como a vitamina C ou ervas (JONES, 2011). Assim, as ervas, que correspondem a matéria prima dos chás, também é um meio prevalente para prática do aborto provocado nos EUA.

A crença de que medicamentos à base de plantas são isentos de riscos à saúde faz parte da bagagem cultural da população afeita ao seu uso: "*o que vêm da terra não faz mal*". No entanto, o potencial tóxico, as características específicas do usuário, a possibilidade de contaminação e a falta de regulamentação constituem fatores de risco para a ocorrência de reações adversas, intoxicações e outras complicações decorrentes de seu uso. O caráter "natural" das plantas medicinais não é sinônimo de ausência de riscos para a população usuária. É necessária a implantação de políticas de fitofarmacovigilância eficientes, a fim de tornar o consumo mais racional e, deste modo, minimizar os riscos à população usuária (LANINI *et al.*, 2009). Nessa perspectiva é que se deve olhar para os chás usados como abortivos, pois são poucas as evidências científicas disponíveis sobre o uso dos mesmos.

A utilização do misoprostol foi uma revolução como abortivo, devido à facilidade de uso e baixo custo. É um análogo sintético da prostaglandina *E* e, como tal, aumenta o tônus uterino, favorece o desenvolvimento de contrações, além de causar o amolecimento do colo do útero, facilitando a dilatação necessária à realização de curetagem, bem como de outros procedimentos obstétricos (COÊLHO, 1998).

Os métodos abortivos dos anos 1980 eram chás, ervas, sondas, objetos perfurantes e líquidos cáusticos, além do recurso às leigas e clínicas privadas. O uso de medicamentos era raro nos estudos, sendo citado por menos de 15% das mulheres em situação de aborto nos hospitais públicos. Já em meados dos anos 1990, estudo com mulheres hospitalizadas por abortamento descobriu que 76,1% destas conheciam o misoprostol e em análise dos principais estudos nacionais constatou-se o uso do misoprostol como método abortivo, associado as seguintes razões: privacidade, segurança e recusa ao aborto em clínicas privadas. Os estudos dos anos 2000 apresentam tendência semelhante nas razões da escolha do misoprostol para indução de aborto, conforme mostramos no presente estudo (BRASIL, 2008a).

Afirma-se que não se conhece como as mulheres têm acesso aos meios abortivos, em particular de quem compram ou recebem o misoprostol ou os chás (BRASIL, 2008a). No presente estudo, no âmbito das fontes de informações sobre esses meios, amigas e familiares foram predominantes, inclusive fontes de informação apresentou associação estatística significativa com aborto provocado ($p < 0,0001$). O parceiro foi a terceira fonte de informação quanto ao meio abortivo, portanto, este é bem mais o provedor do misoprostol do que o informante do meio abortivo, conforme afirmou (BRASIL, 2008a).

Apesar da ilegalidade da comercialização do misoprostol, no Brasil, estabelecida na Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998, o mercado negro o comercializa de forma deliberada. Por exemplo, a *internet*, oferece o medicamento para quem tiver interesse pelo produto,

independente das consequências e contra-indicações do mesmo (ALVES, 2008). Conforme a citada Portaria somente é permitida a compra e uso do misoprostol em estabelecimentos hospitalares devidamente cadastrados junto a Autoridade Sanitária (BRASIL, 1998).

Dentre os motivos apresentados para realização do aborto, a baixa condição financeira teve maior percentual, seguida do relacionamento instável e do despreparo para cuidar da criança. Entre os “outros” motivos, citados por uma ou duas das mulheres, cada, anotou-se seus depoimentos, uma vez que se considerou relevante durante a condução da entrevista: “Abortei com medo dos meus pais quando soubessem da gravidez”; “O motivo foi minha idade, sou muito nova. Também teve a questão de ainda estar estudando”; “Não desejava essa gravidez”; “Meu companheiro não queria a gravidez, ele não quis o filho”; “Não tive apoio da mãe”. Em face ao exposto, observa-se que os principais motivos apresentados por essas mulheres para provocarem o aborto já faziam parte do seu contexto de vida, como é o caso da baixa condição financeira, do relacionamento instável e do despreparo para cuidar do filho. Assim, pareceu-nos existir certa banalização em provocar o aborto, pois se os motivos pré-existentm por que não prevenir a gestação? Outros estudos poderão suplantar essa lacuna no conhecimento.

O medo de reação dos pais e a negação do companheiro também marcaram a motivação deste grupo para provocar o aborto, sobre o que ressaltamos a dependência para com os pais e a irresponsabilidade masculina perante a anticoncepção e a paternidade, evento de amplo espectro no país. Estudo realizado em 10 escolas públicas e privadas de Maceió-AL, com 559 jovens corrobora como motivo mais citado para provocar o aborto o medo da reação dos pais, correspondendo a 57,7%; o companheiro não querer a gravidez correspondeu ao motivo de 16,1% e a pouca idade correspondeu a 43,5% (CORREIA *et al.*, 2011). Podemos observar que os motivos para o aborto provocado foram bem mais externos à vontade da jovem, como a influência dos pais e parceiro.

Estudo realizado em maternidade do Espírito Santo com 83 mulheres em abortamento encontrou como motivos para a realização do aborto provocado: 10 (29,4%) mulheres referiram falta de condições financeiras, 7 (20,6%) falta de apoio do pai do concepto, 6 (17,7%) indicaram o fato de ter uma relação conjugal instável, 4 (11,8%) relacionaram a limitação da prole, considerando o número de filhos suficiente, 4 (11,8%) tiveram medo de perder o emprego e/ou ter que parar de estudar, 2 (5,8%) informaram medo da família e 1 (2,9%) referiu não querer a criança (NADER; BLANDINO ; MACIEL, 2007).

Pesquisa utilizando duas metodologias com uma amostra de 3.098 mulheres, 50% da amostra com técnica de coleta Método da Urna (MU) e a outra metade através do Método das

Questões Indiretas (MQI), realizado na zona urbana de Pelotas encontrou que: de acordo com o MQI, 58 (3,8%) mulheres relataram aborto provocado e os motivos para indução do aborto foram: para 18 (31,0%) mulheres as dificuldades econômicas e para 14 (24,0%) ser muito jovem ou solteira (OLINTO ; MOREIRA FILHO, 2004). Resultado semelhante foi encontrado por Nader; Blandino e Maciel (2007), bem como na presente pesquisa, ou seja, a dificuldade financeira e a instabilidade conjugal como principais motivos para a prática do aborto provocado.

6. CONCLUSÕES

O aborto provocado mostrou-se mais presente quando os aspectos demográficos e socioeconômicos do grupo pesquisado foram menos favoráveis: mulheres mais jovens (adolescentes); menor renda *per capita*, comparativamente a renda familiar das mulheres que tiveram aborto espontâneo; e maior média do número de pessoas na família ($p= 0,042$). Apesar de a média de escolaridade ter sido estatisticamente igual entre as mulheres nos dois tipos de aborto, a maior concentração de aborto provocado ocorreu em escolaridade menor do que a escolaridade de maior concentração de aborto espontâneo.

O número de gestações, partos, abortos e de filhos vivos não influenciou o tipo de aborto, porém o aborto provocado foi mais prevalente em primíparas, o que de certa forma reforça sua maior prevalência entre adolescentes. Também constatou-se relativa recorrência de aborto provocado. A condição de união não fixa mostrou-se como fator de risco para o aborto provocado ($p<0,0001$), com a chance deste ocorrer em mulheres sem parceria fixa na razão (RC) de 2,7 e IC95% de 1,9 – 3,7 comparado às mulheres com parceria fixa. A média do tempo de união também influenciou o tipo de aborto provocado ($p=0,041$).

Portanto, no contexto demográfico, socioeconômico, reprodutivo e de condição de união das mulheres pesquisadas, maior número de pessoas na família, parceria não fixa e média do tempo de união representou fator de risco para o aborto provocado, devendo ser levados em consideração nas ações preventivas a esse evento. Ademais, estudos de abordagem qualitativa poderiam ser realizados com o objetivo de compreender os reais sentimentos e intenções de mulheres que provocam o aborto, tendo os referidos fatores associados, de modo a contribuir para amenizar preconceitos e discriminações no acolhimento dessa clientela nos serviços de assistência ao aborto.

A gravidez não planejada mostrou-se como fator de risco para o aborto provocado ($p<0,0001$) e a chance do aborto provocado acontecer na gravidez não planejada apresentou-se RC de 2,4 vezes maior do que na gravidez planejada, com IC95% de 1,7-3,3 e a participação masculina na decisão do aborto representou fator de risco para o aborto provocado ($p=0,002$). Portanto, promover atenção em planejamento familiar com o envolvimento do parceiro constituirá ação de prevenção ao aborto provocado.

Livre escolha do MAC, local de acesso ao MAC e dificuldades para receber o método não apresentaram associação estatística significativa com o tipo de aborto, porém o aborto provocado foi predominante entre as mulheres que apresentaram maior percentual de

dificuldade para receber o MAC na UBS, ou seja, novamente lacunas na atenção ao planejamento familiar contribuindo para o aborto provocado.

Os MAC em uso prévio ao aborto provocado pelo grupo pesquisado foram o preservativo masculino, seguido pelo AOC, e o AIC, com associação estatística significativa entre uso de AOC e tipo de aborto, sendo o uso de AOC fator protetor ao aborto provocado ($p=0,040$). O “pensamento mágico”, seguido por iguais proporções, a falta do MAC e o uso incorreto do método foram as razões mais citadas para justificar a ocorrência da gravidez que evoluiu para aborto provocado, tendo este acontecido com todas as mulheres que relataram a falta do MAC. Houve associação estatística significativa entre a autopercepção da falha da prática anticoncepcional com o tipo de aborto ($p=0,003$).

Quanto aos meios usados para provocar o aborto, os chás tiveram maior prevalência, seguido do uso do misoprostol. Os chás utilizados por essas mulheres foram indicados por amigas e familiares. A venda desses chás é de fácil acesso, mesmo que a cultura de utilização de ervas é bastante antiga, provinda da cultura indígena. E sem maiores fiscalizações da sua comercialização e produção. Já o misoprostol, apesar de sua proibição na comercialização aos populares, o comércio clandestino revelou-se comum nas falas destas mulheres, tanto no sentido de conhecerem sobre o uso quanto de terem acesso aos comprimidos.

A contribuição deste estudo está em oferecer para a Enfermagem, em particular, mas também para o sistema local de saúde e outras instituições que lidam com a saúde da mulher a evidência de que promover ações efetivas de planejamento familiar, com prioridade para as populações mais carentes e com estratégias que garantam a participação masculina representa meio para reduzir aborto provocado. Destaca-se, ainda, que a assistência ao planejamento familiar às mulheres em pós-aborto é de fundamental importância para que não haja a recorrência deste fato, colocando em risco a vida destas mulheres. E nem a prática do aborto venha ser um método anticoncepcional, uma vez que a gravidez não foi planejada.

Ressalta-se como limitação do presente estudo a dificuldade que encontramos para que a mulher em pós-aborto revelasse o tipo de aborto provocado.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, J. E. D.; CORRÊA, S. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v. 20, n. 2, p. 129-156, jul./dez. 2003.
2. ALVES, S. R. **Remédios na internet brasileira: Agravos à Saúde**. 2008. 99f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). -- Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
3. ANGHER, A. J. (Org.). **Vade Mecum acadêmico de direito**. 4. ed. São Paulo: RIDEEL, 2007.
4. ARCANJO, C. M.; OLIVEIRA, M. I. V.; BEZERRA, M. G. A. Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza - Ceará. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 445-51, set., 2007.
5. BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, Aug. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Feb. 2012.
6. SOCIEDADE CIVIL DE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). **Sobre a BEMFAM**. Disponível em: <<http://www.grupobemfam.org.br/bemfam/sobre-a-bemfam>>. Acesso em: 01 mar. 2011.
7. BARROS, F. R. do; ALBUQUERQUE, I. L. de. Substâncias e Medicamentos Abortivos Utilizados por Adolescentes em Unidade Secundária de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, n. 4, p. 177-184, 2005.
8. BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Trajetórias afetivo-amorosas e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1239726747098Portaria%20344.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

10. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. (Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996). **Bioética**, v.4, n.2, p.15-25, 20, 2003.
11. _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: plano de ação 2004-2007. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
12. _____. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
13. _____. Ministério da Saúde. DINIZ, D.; CORRÊA, M.(coord.).**Aborto e Saúde Pública 20 anos de pesquisas no Brasil**. Brasília :Ministério da Saúde, 2008a. p.315.
14. _____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher** (PNDS 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.
15. _____. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
16. _____. Ministério da Saúde. **Aborto e Saúde Pública no Brasil 20 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
17. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.
18. _____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2008 da Coordenação Nacional da Saúde no Mercosul**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.
19. _____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno Secretaria de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.
20. _____. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher**: um diálogo aberto participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
21. _____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série Direitos Sexuais e reprodutivos-caderno nº 4).
22. _____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236&janela=1>. Acesso em: 03 fev. 2011a .
23. _____. Ministério da Justiça. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm>. Acesso em: 03 fev. 2011b.
24. _____. Ministério da Saúde. **Ministério financia métodos anticoncepcionais**. Disponível em:

- <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=33886>. Acesso em: 03 fev. 2011c.
25. _____. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/direitos_sexuais_port_210910.pdf>. Acesso em : 03 fev. 2011d.
 26. CARBONELL, J. L. *et al.*; Oral methotrexate and vaginal misoprostol for early abortion. **Contraception**, v.57, n.2, p. 83-8, feb. 1998.
 27. CARBONELL, E. J. L. *et al.* Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. **Contraception**, v.57, n.5, p. 329-33, may. 1998a.
 28. CEARÁ. Secretaria da Saúde. **RESME: Relação Estadual de Medicamentos Essenciais**. 5. ed. Fortaleza, 2003. 110p.
 29. _____. Hospital Geral Dr. César Cals. **O Hospital**. Disponível em: <http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=65&Itemid=142>. Acesso em: 15 ago. 2010.
 30. CHUMPITAZ V. A. C., **Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido**. 2003.140f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). -- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
 31. COÊLHO, H. L. L. Misoprostol: a solução não é tão simples assim. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.4, p.394-5, jun. 1998.
 32. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO(CIPD), 94, 1994. Cairo. **Relatório**. Brasília: FNUAP/CNPD, 1994.
 33. CORREIA, D. S. *et al.* Prática do abortamento entre adolescentes:um estudo com dez escolas de Maceió (AL,Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.5, p.2469-2476, 2011.
 34. COSTA, A. M. **Planejamento Familiar no Brasil**. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>>. Acesso em: 06 dez. 2002.
 35. DATASUS. Internações segundo Unid.Federação Capítulo CID-10: XV. **Gravidez parto e puerpério Lista Morb CID-10: Outras gravidezes que terminam em aborto**.Período: Jun/2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 27 ago. 2010.
 36. DINIZ, D. ; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15(Supl. 1), p.959-966, 2010.
 37. EDGARDH, K. Adolescent sexual health in Sweden. **Sex Transm Infect**, v.78, n. 5, p. 352-6, Oct. 2002.

38. FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. **O drama do aborto**: em busca de um consenso. Campinas: Komedi, 2004.
39. FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006. p.680. ISBN: 8536305495.
40. FRENTE DE MULHERES FEMINISTAS. **O que é o aborto?**. São Paulo: Ed. Cortez, 1980.
41. FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. **Hospital Distrital Gonzaga Mota- Barra do Ceará** Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_redeHospitalar_GonzagaBarra.asp> . Acesso em: 22 abr. 2011.
42. 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. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 78-88, mar. 2008.
43. GALVÃO, L. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. DÍAZ, J.(Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec,1999. cap.5, p.165-179.
44. GUEDES, M. V. C.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C. de. Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, dec. 2004.
45. GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
46. HALBE, H. W. **Tratado de Ginecologia**. 1933. 2. ed. São Paulo: Roca, 1993. V.1.
47. HE, H.; OSTBYE, T.; DALTVEIT, A. K. Reproductive and family planning history, knowledge, and needs: a community survey of low-income women in Beijing, China. **BMC Womens Health**, v.9, n. 23, 2009.
48. HORGA, M. **Abortion and contraception in Romania**: a strategic assessment of policy, programme and research issues. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9739953166.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2011.
49. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Fecundidade**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html#anc1>>. Acesso em: 10 mar. 2011.
50. JONES, R. K. How commonly do US abortion patients report attempts to self-induce? **Am J Obstet Gynecol**, v. 204, n.1, p. 23, jan. 2011.

51. LANINI, J.; DUARTE-ALMEIDA, J. M.; NAPPO, S. *et al.* "O que vêm da terra não faz mal": relatos de problemas relacionados ao uso de plantas medicinais por raizeiros de Diadema/SP. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.19, n.1a, p. 121-129, 2009.
52. KOST, K. *et al.* A Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth. **Contraception**, v. 77, n.1, p. 10-21, jan. 2008.
53. KULAKOV, V.; VIKHLYAEVA, E.; NIKOLAEVA, E. **Epidemiology of Abortions in Russia**. World Health Organization for Europe. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/euro/199497/EUR_RUS_FMLY_04_23_04.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2011.
54. LEFRÈVE, F. **Promoção de saúde: um novo modo de entender e praticar saúde**. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/flefreve.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2003.
55. LUCENA, R. C. B. **Características de mulheres internadas por aborto em uma maternidade pública em Recife - PE: dimensão do problema e sua relação com a prática contraceptiva**. 2000. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). -- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2000.
56. MARTINS, L. B. M. *et al.* Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 40, n.1, 2006. p. 57-64.
57. MENGUE, S. S. *et al.* Especies Vegetales Utilizadas por Embarazadas con El objeto de provocar La menstruación. **Acta Farmacêutica Bonaerense**, Buenos Aires, v.16, n.4, 1997. Disponível em: <http://www.latamjpharm.org/trabajos/16/4/LAJOP_16_4_5_1_252Q6H08O1.pdf>. Acesso em : 29 mar. 2012.
58. MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.1023-1032, dez. 2004
59. MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 39, n.5, p.795-801, 2005.
60. MOURA, E. R. F. *et al.* Avaliação da Assistência prestada em planejamento familiar no contexto do Programa saúde da Família do Ceará - Brasil. **In: Pesquisa para o SUS Ceará: Coletânea de artigos PPSUS – 2**. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2011. p.18-35. ISBN 978-85-98693-04-0.
61. MOREIRA, L. M. A. *et al.* Associação entre o Uso de Abortifacientes e Defeitos Congênitos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.517-21, set. 2001.
62. MURTA, E. F. C. *et al.* Abortamento Séptico: Identificação de Fatores de Risco para Complicações. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p.153-57, abr. 2001.

63. NADER, P. R. A.; BLANDINO, V. R. P.; MACIEL, E. L. N. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra - ES. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p.615-24, dez. 2007
64. NADER, P. R. A. *et al* . Aspectos sociodemográficos e reprodutivos do abortamento induzido de mulheres internadas em uma maternidade do Município da Serra, ES. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.699-705, dez. 2008.
65. NOMURA, R. M. Y. *et al*. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.57, n.6, p.644-650, 2011.
66. OLINTO, M. T. A.; MOREIRA-FILHO, D. C. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.365-75, fev. 2006.
67. OLINTO, M. T. A.; MOREIRA FILHO, D. C. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. **Revista Panamericana de Salud Pública (OPS)**, Washington, v.15, n.5, p.331-6, 2004.
68. ONU. Organização das Nações Unidas. **Fourth World Conference on Women (1995)**. Disponível em: <<http://www.un.org/geninfo/bp/women.html>>. Acesso em: 31 mar. 2012.
69. ORTIZ-ORTEGA, A. *et al*. Abortion, contraceptive use, and adolescent pregnancy among first-year medical students at a major public university in Mexico city. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.14, n. 2, p.125-130, 2003.
70. PHELPS, R. H.; SCHAFF, E. A.; FIELDING, S. L. Mifepristone abortion in minors. **Contraception**, v.64, n. 6, p. 339-4, dez. 2001.
71. PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p.495-502, ago. 2004.
72. POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Trad. Denise Regina de Sales. 7. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2011.
73. RAMOS, K. S.; FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.605-10, set. 2010.
74. REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetricia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 218-233.

75. ROCHA, C. M. F.; DIAS, S. F.; GAMA, A. F. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p.1003-1012, maio. 2010.
76. ROCHA, M. I. B.; ROSTAGNOL, S.; GUTIERREZ, M. A. Aborto y Parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 26, n. 2, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982009000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2010.
77. RODRIGUES, H. G. *et al.* Efeito embriotóxico, teratogênico e abortivo de plantas medicinais. **Revista brasileira de Plantas Mediciniais** [online], v.13, n.3, p. 359-366, 2011. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-05722011000300016>>. Acesso em: 03 abr. 2012.
78. ROMERO, K. T. *et al.* O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 1, p.14-19, fev. 2007.
79. SALDANHA, A. A. W. *et al.* Comportamento sexual e vulnerabilidade à AIDS: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. **Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.20, n.1, p. 36-44, 2008.
80. SEGAL, S. J. Contraceptive Development and Better Family Planning. **Bull N Y Acad Medice**, Summer, v. 73, n. 1, p. 92-104, 1996.
81. SEGATTO, C. Aborto: sim ou não?. **Revista Época**, Rio de Janeiro, n. 465, p. 82-95, abr. 2007.
82. SCHOR, N.; ALVARENGA, A.T. O aborto: um resgate histórico e outros dados. **Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v.4, n.2, p.12-27, jul./dez. 1994.
83. SPINELLI, A.; TALAMANCA, I. F.; LAURIA, L. Patterns of contraceptive use in 5 European countries. European Study Group on Infertility and Subfecundity. **Am J Public Health**, v.90, n. 9, p. 1403-8, Sep. 2000.
84. SOUZA, Z. C. S. N. *et al.* Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 732-6, 2010.
85. SOUZA, H. M. Programa Saúde da Família: entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial, p. 7-16, dez. 2000.
86. TUROK, D. K.; SIMONSEN, S. E.; MARSHALL, N. Trends in levonorgestrel emergency contraception use, births, and abortions: the Utah experience. **Medscape J Med**, v.11, n. 1, p. 30, 2009.
87. USAID. U.S. Agency for International Development. **Apoio aos programas de planejamento Familiar e Saúde Reprodutiva no Brasil**, novembro 2000.

88. WONG, K. S. Vaginal misoprostol compared with vaginal gemeprost in termination of second trimester pregnancy. A randomized trial. **Contraception**, v. 58, n. 4, p. 207-10, oct. 1998.
89. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Critérios Médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais**. 3. ed. Geneva, 2004.

APÊNDICE – A: FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

I. Característica demográficas e socioeconômicas.

1. Idade (em anos completos)_____ 2. Escolaridade (em anos de estudo):_____ 1.___
 3. Renda Familiar: R\$_____ 4. N° de pessoas na família:_____ 2.___
 3.___
 4.___
 5.___

II. Historia reprodutiva e condição de união.

5. Gesta__ 6. Para__ 7. Aborto__ 8. N° abortos provocados?__ 9. N° filhos vivos:___ 6.___
 10. Condição de união: 1()parceiro fixo 2()parceiro eventual 7.___
 3()parceiro fixo e eventual 8.___
 11. Tempo de união com o parceiro atual:_____ 9.___
 12. A gravidez foi planejada ? 1 Sim() 2 Não() 10.___
 13. Seu parceiro contribuiu com sua decisão de provocar o aborto? 1 Sim() 2 Não() 11.___

Caso não, passe para a questão 15.

14. Caso sim, o parceiro agiu com: 12.___
 1() pressão, imposição ou ameaça psicológica 2() violência física 13.___
 3() apoio e compartilhamento 14.___
 4() outro(s), especifique:_____ 15.___
 16.___

III. Prática anticoncepcional prévio à gestação que acabou em aborto.

15. Utilizou algum MAC prévio à gestação que acabou em aborto? 1 Sim() 2 Não() Caso não, passe para a questão 23.

16. Caso sim, qual (is)? 17.___
 1() LAM 2() Coito interrompido (CI) 3() Muco cervical 18.___
 4() Tabela 5() Preservativo masculino 6() Preservativo feminino 19.___
 7() AOC 8() AP 9() Injetável combinado 20.___
 10() IP 11() Diafragma 12() Espermicida 21.___
 13() DIU 14() Anticoncepcional oral de Emergência 22.___
 15() Outros: _____

17. Você recebeu informação sobre o método? 1() Sim 2() Não. Caso não, passe para a questão 23.

18. Caso sim, a informação foi dada: 23.___
 1() Individualmente 2() Em grupo 3() Ambos 24.___

19. Foi utilizado material de apoio audiovisual? 1() Sim 2() Não 25.___

20. Caso Sim: 26.___

- 1() TV/Vídeo 2() folheto 3() cartaz 4() outros _____ 27.___

21. A informação recebida lhe deixou: 28.___

- 1() totalmente informada 2() parcialmente informada 3() confusa, pois pouco compreendeu.

22. As informações dadas foram voltadas para: 29.___

- 1() uso correto do método 30.___

- 2() eficácia/falha 31.___

- 3() possíveis queixas com o método

- 4() possíveis complicações com o método

- 5() outros: especificar: _____

23. O método em uso foi de sua livre escolha? 1() Sim 2() Não

24. Caso não, por quê?

- 1() Era o que estava disponível no posto de saúde

- 2() O parceiro não aceitava seu método de escolha

- 3() Apresentava contra-indicação ao método de escolha

- 4() Apresentava efeitos colaterais ao método de escolha

5() Por imposição do profissional

6() Outro(s), especificar: _____

25. Como se deu o acesso ao método anticoncepcional?

1() Pegou no posto de saúde

2() Comprou na Farmácia

3() Foi fornecido por amiga

4() Recebeu de um profissional(amstras grátis)

5() Outro, especifique _____

26. Com relação à entrega do método no posto de saúde (acesso), você encontra dificuldade(s)? 1() Sim 2() Não

27. Caso sim, quais?

1() Longo tempo de espera

2() Retorno mensal

3() Pouca atenção por parte do profissional que a atende

4() Falta de método anticoncepcional

5() Horário de atendimento incompatível com trabalho ou atividades da vida diária

6() Outro(s), especificar: _____

28. Na sua opinião, por que essa gravidez ocorreu?

1() O método falhou

2() Faltou o método

3() O método foi usado de forma incorreta

4() O parceiro se negou a usar o método

5() Pensamento mágico – a gravidez não vai ocorrer em uma só relação desprotegida

6() Outro(s), especificar: _____

29. O que utilizou na prática do aborto:

1 () Misoprostol (Citotec)

2 () Curetagem

3 () Chás; especifique: _____

4 () Introdução de substâncias na vagina; especifique: _____

5 () Injeções; especifique: _____

6 () Outros; especifique: _____

30. Como teve informação sobre estes método abortivos?

1 () Amigas

2 () Balconistas de farmácia

3 () Familiares

4 () Profissional da saúde

5() Parceiro

6 () Outros; especifique: _____

31. Sobre os motivos que a levaram a tomar essa decisão?(Primeira informação)

1 () Condições financeiras

2 () Não estar preparada para criar uma criança

3 () Companheiro não querer a gravidez

4 () Pressão da família

5 () Devido ao trabalho

6 () Tipo de relacionamento instável

7 () Considera o número de filhos suficiente

8 () Outros, especifique: _____

APÊNDICE – B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCALRECIDO

Eu, Carolina Barbosa Jovino de Souza, Enfermeira e aluna do Curso de Mestrado da Universidade Federal do Ceará estou desenvolvendo um estudo sobre aborto e sua interface com a gravidez não planejada, de modo comparativo entre aborto provocado e espontâneo. Este estudo tem como objetivos: Identificar o conhecimento e a prática anticoncepcional prévio a gestação interrompida por aborto provocado; verificar associação entre o aborto provocado e a gravidez não planejada, comparativamente com o aborto espontâneo e conhecer os motivos determinantes do aborto provocado e os meios utilizados na prática. Para tanto, convido você para fazer parte desta iniciativa, contribuindo com informações que me serão passadas por entrevista. Gostaria informar, ainda, que:

A coleta das informações acontecerá através de uma entrevista em que os dados serão anotados em um formulário. Esses dados coletados serão divulgados, porém sua identidade (seu nome) será mantido no anonimato (em sigilo), bem como qualquer informação que possa identificá-lo;

Os benefícios em participar desta pesquisa compreenderão a orientação individual dada por mim quanto a sua prática anticoncepcional adequada no pós-aborto. Os riscos desta pesquisa poderão ser: alteração do estado emocional ou psicológico da participante durante a realização das perguntas, em particular, daquelas em abortamento provocado. Neste caso, peço que no menor desconforto com qualquer pergunta da entrevista informe e então será interrompida a coleta de dados e as informações não serão utilizadas para o estudo.

Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar sem que isto lhe traga prejuízo moral, físico ou social, bem como a continuidade de sua assistência. Para qualquer outro esclarecimento estarei disponível no telefone (85) 3228-2345 . O telefone do Comitê de Ética também poderá ser utilizado para esclarecimento (3366-8338).

Muito obrigada por sua colaboração e receba nossos sinceros agradecimentos .

Fortaleza, ___ de _____ de 20 ___.



Ass. do sujeito da pesquisa

Ass. do responsável p/coleta de dados

CONSENTIMENTO POS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido pelo pesquisador e tendo entendido o que me foi explicado concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Fortaleza, ___ de _____ de 20__.



Ass. do sujeito da pesquisa

Ass. do responsável p/coleta de dados

Digital caso não
assine

**ANEXO – A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO CEARÁ**



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 132/11

Fortaleza, 29 de Junho de 2011

Protocolo COMEPE nº 094/11

Pesquisador responsável: Carolina Barbosa Jovino de Souza.

Título do Projeto: “Aborto Provocado e sua interface com a gravidez não planejada”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 16 de junho de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
COMEPE/UFCE

**ANEXO – B: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL GERAL DR.
CÉSAR CALS**



Hospital Geral
Dr. César Cals

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ / SUS
HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS
CENTRO DE ESTUDOS APERFEIÇOAMENTO E PESQUISA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

PARECER CEP

Protocolo do CEP: 525/2011

Título do projeto: **ABORTO PROVOCADO E SUA INTERFACE COM A GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA**

Pesquisador Responsável: **Carolina Barbosa Juvino de Souza**

Levamos ao conhecimento de V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral Dr. César Cals, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução Nº. 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução Nº. 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997 respectivamente, **avaliou e aprovou o referido projeto em reunião do dia 05/08/2011**

Outrossim, informamos que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme estabelecido no protocolo.
3. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Qualquer modificação ou emenda ao protocolo deve ser apresentada ao CEP para nova avaliação.
5. Relatório parcial e final devem ser apresentados ao CEP

Moisés de Araújo Pereira
Dr. Antonio Luiz Carneiro Jerônimo

pl Coordenador do CEP