

Aborto em Marabá, Pará: fatores e motivos associados

Abortion in Marabá, Pará: associated factors and reasons

Aborto en Marabá, Pará: factores asociados y razones

Silva, Ádria Rodrigues;¹ Franco, Ana Paula Mota;² Leal, Amélia Santos;³ Real, Rayssa Avelar Côrte;⁴ Leite, Daniela Soares⁵

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil sociodemográfico e de abortamento provocado por mulheres residentes em Marabá, Pará e os principais fatores e motivos associados. **Método:** estudo quantitativo, do tipo transversal, por meio de questionários coletados de março a dezembro de 2020, envolvendo 394 mulheres residentes em Marabá, alfabetizadas e com idade maior ou igual a 18 anos. **Resultados:** 37 mulheres que já tiveram algum aborto estavam na faixa etária de 25 a 29 anos, com ensino superior, solteira, com renda familiar de um a dois salários-mínimos, católica e doméstica. Os principais motivos para abortar foram: falta de condições financeiras, não estar preparada para ser mãe e relação instável com o parceiro. **Conclusão:** o aborto provocado é reflexo de um paradigma socioeconômico desigual e sua criminalização traz impedimentos à assistência e reconhecimento do problema.

Descritores: Aborto; Aborto induzido; Mortalidade materna; Inquéritos epidemiológicos

ABSTRACT

Objective: to identify the sociodemographic and abortion profile of women residing in Marabá, Pará and the main associated factors and reasons. **Method:** quantitative, cross-sectional study, through questionnaires collected from March to December 2020, involving 394 women residing in Marabá, literate and aged 18 years or older. **Results:** the results showed that the 37 women who had already had an abortion were aged between 25 and 29 years, with higher education, single, with a family income of one to two minimum wages, catholic and domestic. The main reasons for abortion were lack of financial conditions, not being prepared to be a mother and unstable relationship with the partner. **Conclusion:** induced abortion reflects an unequal socioeconomic paradigm, and its criminalization brings obstacles to care and recognition of the problem.

Descriptors: Abortion; Abortion, induced; Maternal mortality; Health surveys

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil sociodemográfico y de aborto de las mujeres residentes en Marabá, Pará y los principales factores y motivos asociados. **Método:** estudio transversal, través de cuestionarios recolectados de marzo a diciembre de 2020, involucrando a 394 mujeres residentes en Marabá, alfabetizadas y con 18 años o más. **Resultados:** 37 mujeres que ya habían abortado tenían entre 25 y 29 años, con estudios superiores, solteras, con ingreso familiar de uno a dos salarios mínimos, católicas y domésticas. Los principales motivos del aborto fueron: falta de condiciones económicas, no estar preparada para ser madre y relación inestable en pareja. **Conclusión:** el aborto inducido es reflejo de un paradigma socioeconómico desigual y su criminalización trae obstáculos para la atención y reconocimiento del problema.

Descriptor: Aborto; Aborto inducido; Mortalidad materna; Encuestas epidemiológicas

1 Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, Paraná (PR). Brasil (BR). E-mail: adriarodriguess@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7233-0573>

2 Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP). São Paulo, São Paulo (SP). Brasil (BR). E-mail: anapaulamota11@hotmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9404-1265>

3 Universidade Federal do Pará (UFPA). Belém, Pará (PA), Brasil (BR). E-mail: ameelialeal@hotmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5895-0453>

4 Universidade do Estado do Pará (UEPA). Marabá, Pará (PA). Brasil (BR). E-mail: rayssa_avelar@hotmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8121-3814>

5 Universidade do Estado do Pará (UEPA). Marabá, Pará (PA), Brasil (BR). E-mail: danielaleite@uol.com.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3412-1375>

Como citar: Silva AR, Franco APM, Leal AS, Real RAC, Leite DS. Aborto em Marabá, Pará: fatores e motivos associados. J. nurs. health. 2023;13(1):e1316361. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v13i1.6361>



INTRODUÇÃO

Há tempos históricos, o exame minucioso sobre o aborto traz reflexões e exige diligências no que tange ao seu enquadramento social. Além de representar um grave problema de saúde pública, o tema é centro de debates sociais, culturais, econômicos, jurídicos, religiosos, ideológicos, políticos e científicos, principalmente a partir de 2015, quando se discutiu a descriminalização do aborto no Brasil no âmbito do Senado Federal.¹

Hoje, diante de tais condicionamentos, o tema é alvo de discussões conflituosas por todo o mundo; estas oscilam entre posições que defendem o direito à vida do feto e o direito à autonomia reprodutiva da mulher.² Independentemente das opiniões, as políticas brasileiras, inclusive as de saúde, tratam o aborto sob uma expectativa religiosa e moral e respondem à questão com a criminalização e repressão policial. Esta abordagem tem se mostrado não apenas ineficaz, mas também lesiva. Por um lado, não é capaz de diminuir o número de abortos e, por outro, impede que mulheres procurem o acompanhamento e a informação de saúde cogentes para que seja realizado de forma segura ou para planejar sua vida reprodutiva a fim de evitar um segundo evento desse tipo.³

Ademais, o medo da descoberta do aborto provocado limita a fidedignidade das entrevistas objetos de estudo e dificulta a obtenção de informações sobre o fenômeno no cenário brasileiro. Todavia, estimativas de ocorrências e suas complicações são realizadas por pesquisas que utilizam métodos diretos (entrevistas e extração de dados de prontuários) e indiretos (fontes de dados secundários de morbidade e mortalidade) possibilitando verificar que a criminalização não impede a prática.⁴ No Brasil, o aborto é considerado legal para mulheres com risco de vida, nas situações de gravidez por estupro e na presença de anencefalia fetal.⁵

Nessa perspectiva, o abortamento que não seja para preservar a vida da gestante, por motivo de estupro ou feto

anencefálico, tende a ser realizado de forma insegura, na ilegalidade, resultando em graves consequências sociais, sobretudo por afetar a saúde da mulher, resultando em elevada morbidade e mortalidade. Além disso, sobrecarrega o sistema de saúde, implica em custos, reduz a produtividade e ainda traz repercussões familiares, além de estigmatizar a imagem feminina.⁶

Os dados mais atuais sobre o número de abortos provocados no Brasil e no mundo foram coletados entre os anos de 2010 e 2014 e demonstraram que globalmente, dos 55 milhões de abortos, 45% foram inseguros, mesmo com os esforços parcialmente bem-sucedidos para reduzi-los.⁷ As gestações que não são pretendidas ou planejadas, tornam-se importunas às mulheres nessas condições que optam entre duas decisões: prosseguir ou de interromper a gravidez inesperada.⁸

A prevalência de aborto induzido no Brasil é mais elevada em populações socialmente vulneráveis, com utilização de medicamentos para a interrupção da gestação e as internações por complicações graves do aborto reduziram-se no período de 2010 a 2016 segundo a Pesquisa Nacional do Aborto. A morbimortalidade materna por aborto apresentou frequência reduzida devido a dois principais fatores: o acesso aos métodos mais seguros de intervenção e provável subregistro de óbitos maternos por essa causalidade. Entretanto, metade das mulheres ainda recorre a outros métodos e o número de internações por complicações do aborto é ainda elevado.⁹

Considerando toda a população feminina entre 18 e 39 anos no Brasil, 4,7 milhões de mulheres já fizeram aborto ao menos uma vez na vida. O perfil da mulher que aborta é comum: 67% têm filhos, 88% declaram ter religião, sendo que 56% são católicas, 25% evangélicas ou protestantes e 7% professam outras religiões.⁹ Sendo assim, monitorar as tendências à ocorrência de aborto provocado é de suma importância para avaliar a saúde materna, a redução de mortalidade e o acesso universal à saúde reprodutiva conforme requer os novos objetivos de

desenvolvimento sustentável 2016 a 2030.10.

Todos esses fatores citados, juntamente com a escassez de estudos relacionado ao tema no Norte do país, nos levam ao entendimento de que muito se tem a discutir em relação ao aborto. Em uma sociedade relativamente nova, em que os valores morais estão em constantes mudanças e o sentimento conservador está aos poucos sendo substituído pelo bom senso, essa pesquisa se faz necessária para a formulação de uma síntese a respeito do tema e o melhor conhecimento das características epidemiológicas das mulheres, moradoras do município de Marabá, estado do Pará (PA), que sofreram/provocaram aborto.

Com o intuito de contribuir com o debate sobre o abortamento como problema de saúde pública e fornecer informações necessárias para o desenho de novas sondagens do tipo e parâmetros para estimativas indiretas. Assim, o objetivo deste estudo foi identificar o perfil sociodemográfico e de abortamento provocado por mulheres residentes em Marabá, PA e os principais fatores e motivos associados.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, tendo como locais de coleta de dados o Hospital Materno Infantil (HMI) e o Centro de Referência Integrado à Saúde da Mulher (CRISMU) de Marabá. Os critérios de escolha desses locais foram: ser unidade de saúde com maior circulação do público feminino e ser campo de estágio curricular obrigatório de estudantes de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Ademais, utilizou-se a diretriz *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* para guiar as etapas de desenvolvimento da pesquisa. O relatório encontra-se na Rede *Equator Network*. Os dados foram coletados de março a dezembro de 2020.

Foi elaborado pelas pesquisadoras, para levantamento das variáveis, um formulário contendo perguntas abertas e fechadas. Este instrumento foi subdividido em três seções: características

sociodemográficas, características reprodutivas e características do abortamento. O formato textual é simples e adaptado à linguagem regional, sem questões conceitualmente complexas ou envolvendo ordenamentos e respostas múltiplas confusas.

Foi utilizado um método híbrido de aplicação dos questionários, através de entrevistas presenciais durante o andamento do internato das pesquisadoras e por meio de formulário eletrônico enquanto as atividades acadêmicas permaneceram suspensas devido à pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19).

Quanto às entrevistas, a técnica da urna (*ballot box technique*) foi escolhida, buscando maximizar a confidencialidade das informações, e assim, melhorar a fidedignidade de respostas às questões socialmente controversas. Esse método baseia-se na utilização de uma urna lacrada, onde a entrevistada colocará seu questionário devidamente preenchido, sem passar pela mão de terceiros.

Já os formulários eletrônicos foram divulgados via plataforma *Google Forms* através da técnica da bola de neve (*snowball*), a partir da qual o link do instrumento é divulgado em redes sociais e murais acadêmicos e passa por compartilhamento coletivo para alcançar efetivamente o público-alvo. Nesta divulgação, é identificado os critérios de inclusão da pesquisa, o convite a participar da mesma e o pedido de compartilhamento.

Foram entrevistadas 224 mulheres e 170 responderam o formulário eletrônico. Em ambas as aplicações, a entrevistada respondia inteiramente o questionário sozinha, após ter aceitado participar da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual era explicado pelas pesquisadoras e apresentado impresso em duas vias (nas entrevistas pessoais) ou em anexo ao *Google Forms* no formulário eletrônico. A escolha das mulheres foi aleatória, exigindo-se a ausência de conhecimento ou contato prévio entre entrevistadora e participante.

Foram incluídas na pesquisa mulheres residentes na área urbana do município de Marabá, alfabetizadas e com idade maior ou igual a 18 anos. A idade mínima de 18 anos assegurou maioria legal às respondentes e trata-se de uma faixa etária que inclui a maioria dos eventos reprodutivos das mulheres brasileiras. A alfabetização foi um requisito inevitável para o tipo de questionário utilizado, visto que as participantes necessitaram ler as perguntas e escrever as respostas no formulário. A restrição às áreas urbanas buscou reduzir o viés associado à não realização de entrevistas por analfabetismo, cuja incidência entre mulheres acima de 30 anos é elevada em zonas rurais. Além disso, a longa extensão entre a zona urbana e rural do município exigiria transporte adequado para o deslocamento, o que se tornou um desafio, já que o ônibus do campus universitário é requerido somente por causas coletivas maiores e o risco à vida das pesquisadoras deve ser considerado.

Embora não se tenha dados atualizados sobre a distribuição da população feminina em cada distrito, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, Marabá possui 42.205 mulheres na faixa etária de 20 a 39 anos. De acordo com a mesma pesquisa, há 18.195 pessoas de 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever, representando uma taxa de 11,4% em relação a todos os habitantes com 15 anos ou mais; e 80% dos domicílios particulares permanentes encontram-se na zona urbana. Entretanto não é informado quantas mulheres estão incluídas nestas variáveis. Sendo assim, foi considerada uma população total de 40.000 indivíduos para estabelecer o tamanho amostral.

Por este motivo, a amostra incluída no estudo foi definida de forma aleatória e estratificada. Neste caso, a população feminina presente no HMI e no CRISMU e as participantes alcançadas via eletrônica constituíram os dois estratos do estudo, a partir dos quais foram alvo 394 mulheres. Esse número foi baseado na calculadora amostral padrão. Para esta caracterização, foi considerada uma

população de 40.000 mulheres, com nível de confiança (σ) de 95%, erro amostral máximo (e^2) de 5% e a distribuição da população de forma heterogênea (50/50).

A priori, foi construída uma planilha eletrônica e os dados coletados foram agrupados, organizados e armazenados no programa Microsoft Excel 2013. Posteriormente, as variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, enquanto as quantitativas foram classificadas por meio do teste de Shapiro-Wilk como tendo distribuição normal ($p > 0,05$) ou não-normal ($p < 0,05$). As variáveis quantitativas que apresentaram distribuição normal foram descritas por meio de média e desvio padrão, já as de distribuição não normal foram descritas por meio de mediana e intervalo interquartil 25 e 75. Para avaliar a associação entre a realização do aborto provocado e as variáveis sociodemográficas foi realizado o teste de Qui-quadrado, sendo considerado estatisticamente significativos $p \leq 0,05$. O programa estatístico utilizado foi o Stata 12.0[®].

O estudo obedeceu à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, e foi conduzido após a submissão e aprovação sob número de parecer 3.982.222 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 28818620.1.0000.5174.

RESULTADOS

Ao todo, 394 mulheres participaram dessa pesquisa. A maioria estava na faixa etária de 20 a 24 anos (137; 34,77%), com ensino superior (191; 48,48%), tempo de moradia em Marabá de 10 anos ou mais (266; 67,51%), solteira (205; 52,03%), renda familiar de uma a dois salários-mínimos (105; 26,65%), se declara católica (106; 41,37%) e estudante (121; 30,87%).

Já entre o grupo de mulheres que tiveram aborto (83; 21,07%), a maioria estava na faixa etária de 25 a 29 anos (16; 19,28%), com ensino superior (28; 33,73%), tempo de moradia em Marabá de 10 anos ou mais (65; 78,31%), solteira (34; 40,96%), com renda familiar de um a dois

salários-mínimos (29; 34,94%), se declara católica (40; 48,19%) e doméstica (33; 39,76%). O perfil epidemiológico das

participantes, tanto no geral quanto no grupo das que tiveram aborto, está descrito na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa, Marabá-PA, 2020. (n=394)

Variável	Geral		Aborto	
	n	%	n	%
Faixa etária				
18 ou 19 anos	49	12,44	4	4,82
20 a 24 anos	137	34,78	11	13,25
25 a 29 anos	71	18,02	16	19,28
30 a 34 anos	31	7,87	15	18,08
35 a 39 anos	35	8,88	9	10,84
40 a 44 anos	30	7,61	13	15,66
45 a 49 anos	14	3,55	4	4,82
50 anos ou mais	27	6,85	11	13,25
Escolaridade				
Até a 4ª série	20	5,08	9	10,84
5ª a 8ª série	53	13,45	22	26,51
Ensino médio	130	32,99	24	28,92
Ensino superior	191	48,48	28	33,73
Tempo de moradia				
Menos de 1 ano	19	4,82	3	3,61
De 1 a menos de 5 anos	63	15,99	8	9,64
De 5 a menos de 10 anos	46	11,68	7	8,43
10 anos ou mais	266	67,51	65	78,32
Estado civil				
Solteira	205	52,03	34	40,97
União estável	78	19,80	21	25,30
Casada	98	24,87	26	31,33
Divorciada	9	2,28	1	1,20
Viúva	4	1,02	1	1,20
Renda familiar				
Menos de 1 salário	34	8,64	10	12,05
1 salário	77	19,54	22	26,51
De 1 a 2 salários	105	26,65	29	34,94
De 3 a 5 salários	93	23,60	10	12,05
5 a 10 salários	47	11,93	7	8,43
Mais de 10 salários	39	9,64	5	6,02
Religião				
Católica	163	41,37	40	48,19
Evangélica/Protestante	139	35,28	25	30,12
Espírita	6	1,52	1	1,20
Outra	16	4,06	5	6,02
Não tem religião	70	17,77	12	14,47
Profissão (principais)				
Estudante	121	30,85	10	12,05
Doméstica	92	23,44	33	39,76
Professora	13	3,26	1	1,20
Comerciante	12	3,03	3	3,61
Lavradora	12	3,03	3	3,61
Servidora pública	11	2,78	2	2,41
Autônoma	11	2,78	1	1,20
Não informaram	122	30,83	30	36,16

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Quando avaliadas todas as participantes, a mediana do número de gestações foi de três (p25-75: 2-5) e do número de filhos foi de um (p25-75: 0-2), enquanto de abortos e óbitos fetais foi

nula. Já entre o grupo das mulheres que tiveram aborto, a mediana do número de gestações foi a mesma (3, p25-75: 2-5) e do número de filhos foi de dois (p25-75: 1-3), sendo também nula a de óbitos fetais.

Quanto à proporcionalidade dos abortamentos, das mulheres que engravidaram (230), 36% (83) tiveram um

ou mais abortos. Destes, 44,5% (37) foram provocados e 55,4% (46) foram espontâneos (Figura 1).

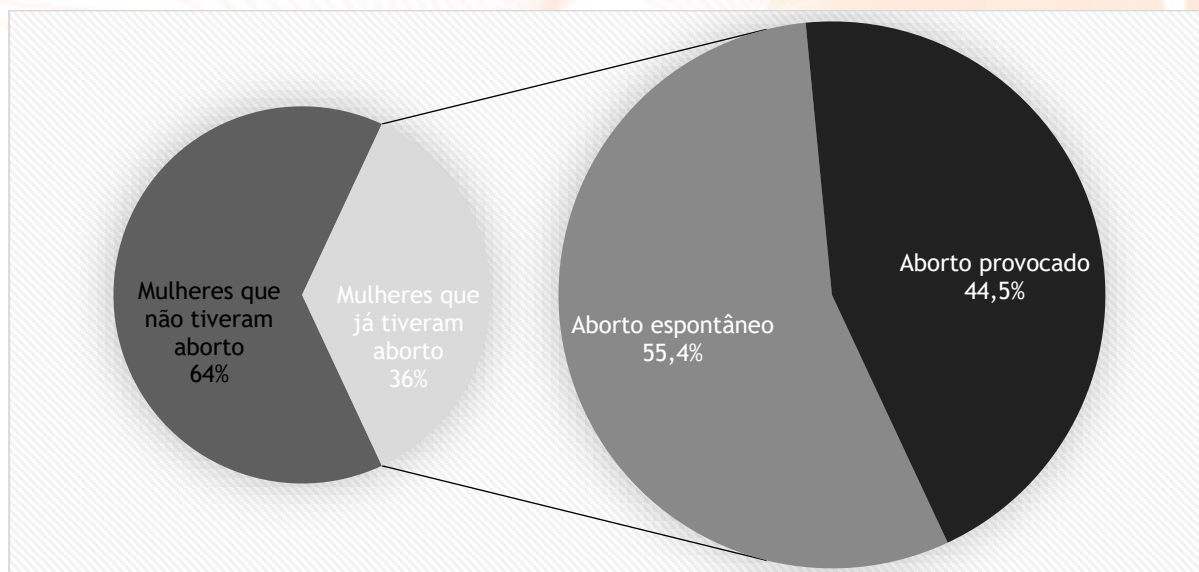


Figura 1. Proporcionalidade dos abortamentos, Marabá-PA, 2020 (n=394)
Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Dentre as pacientes que já tiveram algum aborto, 37 (9,39%) relatam que já provocaram aborto. Destas, a mediana no número de abortos foi de um (p25-75: 1-1). Quando questionada a idade da participante na ocasião do aborto provocado, a faixa etária mais citada foi de 18 a 19 anos (11, 29,50%) (Tabela 2). O método abortivo mais citado foi a pílula (24, 64,86%). Destaca-se que o medicamento informado pelas mulheres foi o misoprostol. Entre as fontes de informação sobre o método utilizado, a mais citada foi por uma colega (22, 59,46%).

A maioria das mulheres que alegaram ter provocado pelo menos um aborto, tinham, no momento da entrevista, de 20 a 24 anos e de 40 a 44 anos (8; 21,62% em ambas as categorias), assim como relataram ter completado o ensino superior (21; 56,76%) e morar na cidade há mais de 10 anos (29; 78,38%). Além disso, a maior parte delas diz ser solteira (59,46%), com renda mensal de um salário-mínimo (29,73%), referindo-se como católica (15; 40,54%) e doméstica (9; 24,32%). Ao associar as variáveis sociodemográficas ao aborto provocado, nota-se que a faixa etária, escolaridade e profissão foram estatisticamente significativas e relevantes (Tabela 3).

Tabela 2: Faixa etária, método e fonte de informação das participantes na ocasião do aborto provocado, Marabá-PA, 2020. (n=37)

Variável	N	%
Faixa etária		
12 a 15 anos	2	4,39
16 ou 17 anos	10	26,91
18 ou 19 anos	11	29,50
20 a 24 anos	5	13,40
25 a 29 anos	6	16,10
30 a 34 anos	4	9,70
Método utilizado		
Pílula	24	64,86
Introduziu substância na vagina	6	16,21
Curetagem	3	8,11
Chá	3	8,11
Sonda	1	2,71
Fonte de informação sobre o método		
Colega	22	59,46
Pela internet	5	13,51
Familiar	4	10,81
Companheiro	3	8,11
Balconista de farmácia	2	5,41
Outro	1	2,70

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Tabela 3: Perfil sociodemográfico, no momento da entrevista, das participantes que relataram aborto provocado, Marabá-PA, 2020 (n=37)

Variável	Aborto provocado
	n %

Faixa etária		p=0,006*
18 ou 19 anos	1	2,70
20 a 24 anos	8	21,62
25 a 29 anos	7	18,92
30 a 34 anos	6	16,22
35 a 39 anos	4	10,81
40 a 44 anos	8	21,62
45 a 49 anos	1	2,70
50 anos ou mais	2	5,41
Escolaridade		p=0,031*
Até a 4ª série	2	5,41
5ª a 8ª série	9	24,32
Ensino médio	5	13,51
Ensino superior	21	56,76
Tempo de moradia (anos)		p=0,527*
Menos de 1	1	2,70
de 1 a menos de 5	4	10,81
de 5 a menos de 10	3	8,11
10 ou mais	29	78,38
Estado civil		p=0,504*
Solteira	22	59,46
União estável	5	13,51
Casada	9	24,32
Viúva	1	2,70
Renda familiar (salários-mínimos)		p=0,173*
Menos de 1	4	10,81
1	11	29,73
de 1 a 2	5	13,51
de 3 a 5	6	16,22
5 a 10 salários	7	18,92
Mais de 10	4	10,81
Religião		p=0,660*
Católica	15	40,54
Evangélica/ Protestante	11	29,73
Espírita	1	2,70
Outra	3	8,11
Não tem religião	7	18,92
Profissão (principais)		p=0,001*
Doméstica	9	24,32
Estudante	7	18,92
Faxineira	4	10,81
Gerente administrativa	3	8,11
Cozinheira	2	5,41
Engenheira	2	5,41

*Teste qui-quadrado

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

Quando questionadas sobre o companheiro, a maioria relatou que o companheiro ficou sabendo da decisão (20; 52,63%) e, sobre a participação nela, 19 (50%) relataram que o companheiro não participou da decisão, 10 (26,31%) relataram que o companheiro soube e apoiou a decisão e quatro (10,52%)

disseram que o parceiro soube, porém foi indiferente ou não soube se posicionar.

Em relação ao motivo que levou a provocar o aborto, a maioria (19; 50%) relatou falta de condição financeira, seguido de não estar preparada para a gravidez (17; 44,73%) e relação instável com o companheiro (12; 31,57%).

DISCUSSÃO

Em concordância com o presente estudo, uma pesquisa realizada em Salvador-BA,¹¹ com mulheres internadas em uma maternidade pública, que à época contava com aproximadamente oitenta leitos e realizava cerca de oito mil internações anuais, sendo em torno de 20% curetagens pós-aborto. As participantes foram 39 jovens de 15 a 29 anos, das quais 12 foram internadas por abortamento e suas características socioeconômicas eram de residentes em bairros de baixa renda, não trabalhavam no momento da entrevista e suas rendas familiares variavam de menos de um até cerca de seis salários-mínimos.¹⁰ entrevistadas se auto classificaram morenas ou negras, uma parda e uma branca, a última pertencia a uma família de classe média, com renda acima de dez salários-mínimos. Essa jovem residia em um bairro nobre da cidade e era estudante universitária. Das demais, cinco não tinham completado o ensino fundamental, uma era analfabeta e duas tinham o ensino médio. Quatro entrevistadas com aborto provocado já eram mães, uma estava casada, duas eram mães solteiras e todas induziram o aborto. Entre as mulheres sem filhos, uma vivia em união estável, e as demais eram solteiras.

Em outro estudo conduzido em Teresina-PI,¹² realizado com jovens na faixa etária entre 15 e 19 anos, que finalizaram uma gravidez em seis maternidades do município, verificou-se que 86,9% estavam em distorção idade-série, ou seja, fora da faixa etária apropriada para a série escolar que frequentavam e metade possuía renda mensal familiar de até um salário-mínimo, realidade diferente da que foi observada em Marabá, onde a pesquisa indicou a maioria das participantes com nível superior.

A existência de um estudo que apresentou alto nível de escolarização das oito mulheres participantes que fizeram aborto,¹³ se diferencia dos dados encontrados em produções que tratam sobre o tema e se aproxima desta pesquisa, que utiliza estudos comparativos quanto à escolaridade e também apresenta uma diferença no nível de escolaridade das participantes, podendo ser explicada pela maior divulgação do formulário eletrônico entre a comunidade acadêmica marabaense e seus contatos próximos, acrescentando maior nível de instrução ao componente amostral desta pesquisa.

É importante destacar a idade jovem das mulheres que já tiveram algum aborto. Nesse contexto, em 2015, estimou-se que 503 mil abortos inseguros foram realizados entre mulheres de 20 a 24 anos. E quanto à mortalidade materna, são as mulheres abaixo de 20 anos, solteiras e com idade gestacional mais elevada as que apresentam maior risco de morte após o aborto inseguro.¹⁴

Três estudos de base hospitalar em âmbito local avaliaram a morbimortalidade materna. A questão da juventude das mulheres que tiveram aborto também chama atenção na pesquisa realizada em Marabá, em que se verificou que a idade da participante na ocasião do aborto provocado estava entre 18 e 19 anos (11; 28,94%).

O estado civil também se torna relevante, uma vez que, no processo de abortamento, a mulher geralmente necessita de auxílio físico e psicológico, o qual espera-se partir do companheiro. Estar solteira pode significar uma relação menos estável ou duradoura, comprometendo a assistência humanizada à mulher.

A omissão ou isenção do homem na ocasião da tomada de decisão pelo aborto não só estabelece uma responsabilização polarizada à mulher como também pode minimizar a oportunidade de apoio físico e emocional, aumentando os riscos após o procedimento e comprometendo ainda mais a saúde da mulher.

Em relação à prevalência do aborto provocado, em uma pesquisa realizada em Teresina-PI,¹² 78 mulheres entre 20 e 24

anos foram entrevistadas. Todas foram submetidas à curetagem como método de esvaziamento uterino, mais da metade (57,7%) estava grávida pela primeira vez e 10,3% já tinham estado três ou mais vezes. Das mulheres entrevistadas, 19,2% já tinham abortado anteriormente, sendo que duas delas tinham provocado três abortos.

Um estudo sobre aborto provocado realizado nas 27 capitais brasileiras revelou que das 13.611.082 mulheres de 15 a 49 anos residentes nas capitais do Brasil, 65.682 mulheres fizeram aborto provocado no período de 2011 a 2012, resultando numa incidência acumulada de 4,83 para cada 1.000 mulheres de 15 a 49 anos. Em média, as estimativas da incidência acumulada de mulheres que fizeram aborto foram superiores nas capitais das regiões Norte e Nordeste do Brasil, como pode ser visto em Boa Vista - RR (9,81 IC95% [6,08; 14,60]), Aracaju - SE (9,26 IC95% [5,66; 14,00]), São Luís - MA (8,77 IC95% [5,47; 12,95]).¹⁵

Em relação à amostra total, das 2.002 mulheres alfabetizadas entre 18 e 39 anos entrevistadas pela Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2016, 13% (251) já fez ao menos um aborto.⁴ Na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde realizada no Brasil em 1996, 12.612 mulheres em idade fértil foram entrevistadas. Desse total, 14% referiram alguma vez ter tido exclusivamente abortos espontâneos e 2,4% referiram ter induzido pelo menos um aborto.⁶ Em Marabá, esse valor foi de 9,39%.

Supõe-se que as diversas prevalências encontradas nos diferentes estudos comparativos se devem tanto às particularidades metodológicas de cada pesquisa como também aos fatores sociais e religiosos relacionados à dinâmica local e aos vieses de resposta devido ao medo ou ao preconceito de admitir o ato. No mais, evidencia-se alta prevalência de abortamentos e maior proporção de abortos provocados entre as mulheres marabaenses, em comparação à maioria das pesquisas apresentadas.

Estudos realizados em três capitais brasileiras (Goiânia/GO, Recife/PE, Fortaleza/CE) e publicados em 2010, indicaram a prevalência de outros

métodos que são diferentes do método medicamentoso para provocar o aborto, realidade que difere dos resultados de pesquisas mais recentes. Em 2010, os autores entrevistaram 543 mulheres internadas, 25 delas declararam a indução do aborto e, destas, 36% referiram uso de misoprostol e 64% utilizaram outros métodos (chá de arruda, chá de buxinha, chá de folha de laranja, chá de pimenta-do-reino, chá de maconha, chá de boldo, chá de arruda e canela, inalação com buxinha, ergotrate, anticoncepcional de emergência ou sonda intra-uterina).¹⁶

Uma pesquisa mais recente realizada entre novembro de 2016 e janeiro de 2017, analisou 18 narrativas disponíveis em uma comunidade online sobre os métodos e estratégias de mulheres para abortar e indicou o uso prevalente do misoprostol (Cytotec) como método para interromper a gravidez.¹⁷

Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto 2016 (PNA), o misoprostol é o medicamento mais usado para a interrupção da gravidez, justamente o recomendado pela Organização Mundial de Saúde para a realização segura, sendo provável que o abandono de outros métodos e adoção do misoprostol venha contribuindo para a diminuição de internações e mortalidade por complicações. Permanecem, no entanto, outros riscos importantes à saúde e não explorados na PNA como a saúde mental.⁹

Em Sergipe, no período entre 2017 a 2019, houve em média 7.941 casos de abortos e curetagens. Destes, 3.196 mulheres sofreram aborto espontâneo, presumindo-se que 4.745 possam ter sido provocados. Essa taxa reforça a constatação de que a curetagem uterina é um dos procedimentos mais realizados no sistema público de saúde e ajuda verificar que atualmente, muitas mulheres procuram a rede hospitalar durante o processo pós-aborto, demandando provisão de serviços e ações que tenham por finalidade garantir que elas recebam atendimento sem discriminação e coerção devido o tema ainda ser alvo de estigmas sociais e sanções legais.¹⁸

Os métodos mais conhecidos para realizar atendimento às mulheres no processo pós-aborto são: aspiração manual

ou a elétrica uterina, curetagem, abortamento medicamentoso com utilização do misoprostol. Vale ressaltar que o ato realizado fora do ambiente hospitalar aumenta as chances de possíveis complicações como sangramento persistente, hemorragia, endometrite, restos placentários, hematoma de colo uterino e perfuração uterina, que podem ser minimizados quando o processo é realizado sob supervisão profissional.¹⁸

Neste contexto, estudos demonstraram que a utilização do misoprostol no âmbito obstétrico foi menos deletério e potencialmente menos perigoso no processo abortivo em comparação a outras técnicas, já que apresenta menor risco de infecção, perfuração de órgãos e hemorragia do que os métodos mecânicos predominantemente usados até pouco tempo atrás.¹⁹

Contudo, a restrição legal ao misoprostol devido a criminalização do aborto no Brasil, não impediu sua ampla utilização e tem levado as mulheres para o comércio ilegal e para o uso inadequado do medicamento, que pode comprometer sua eficácia quando não administrado em meios hospitalares com respaldo de indicação médica e de profissionais capacitados.¹⁹

A experiência do abortamento sem apoio do parceiro e na ausência de condições socioeconômicas favoráveis é considerado como processo de sobrecarga emocional agravada. Em se tratando da participação do parceiro na decisão e logística para o abortamento, são relatadas situações de ausência, pressão sob ameaças para abortar, isenção na tomada de decisão, falta de apoio e recusa da gravidez, impelindo a mulher buscar suporte no círculo de amizade para implementar o aborto.²⁰

Quanto aos motivos para abortamento provocado, a pesquisa realizada em 2018, que a decisão é influenciada por dificuldades financeiras, ameaça de interrupção de planos futuros, ausência do parceiro, pressão do parceiro e/ou da família para abortar e como a única alternativa num contexto difícil.²⁰

Ademais, outra pesquisa destacou que mulheres em abortamento

representam um grupo estigmatizado com representação social que dificulta a revelação de seus abortamentos e a implementação de políticas públicas, que contribui para continuidade do aborto clandestino e dificuldades de implementação de ações que apoiem a redução de danos à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.⁴

CONCLUSÃO

A presente pesquisa demonstrou uma prevalência elevada de abortos provocados entre as mulheres marabaenses. Características epidemiológicas e socioeconômicas foram concordantes com diversos outros estudos analisados: as mulheres que abortaram foram, em maioria, jovens entre 20 e 30 anos, com baixa renda familiar, domésticas e solteiras.

A baixa renda e inserção social em um ambiente de relações interpessoais inóspitas estão presentes em diversas famílias brasileiras e constituem-se nos principais motivos de abortamento provocado. Neste caso, o problema de saúde pública é reflexo de um paradigma socioeconômico desigual. O Estado, entretanto, é negligente a respeito, não enuncia a questão em seus planejamentos políticos de saúde e não explicita condutas para o enfrentamento do problema.

Devido a criminalização do aborto provocado e o medo da punição por tal motivo, é provável que haja mais incidências sem registros dessa prática, como também é possível que mulheres optem por informar aborto espontâneo e não aborto provocado, realidade que indica a maior limitação da pesquisa que investiga este tipo de fenômeno, representando um campo interessante para continuidade de trabalhos que venham contribuir para o desvelamento da real dimensão do problema.

REFERÊNCIAS

1 Oliveira RN. O aborto no Brasil: análise das audiências públicas do Senado Federal (2015-2016). [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2017. Disponível em:

<https://repositorio.unb.br/handle/10482/31032>

2 Aguiar BHK et al. A legislação sobre o aborto nos países da América Latina: uma revisão narrativa. *Comun. ciênc. saúde.* 2018;29(1):36-44. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/legislacao_aborto.pdf

3 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde Materno Infantil. Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

4 Menezes GMS, Aquino EML, Fonseca SC, Domingues RMSM. Abortion and health in Brazil: challenges to research within a context of illegality. *Cad. Saúde Pública (Online).* 2020;36(Suppl1):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197918>

5 Fonseca SC et al. Legal abortion in Brazil: systematic review of the scientific production, 2008-2018. *Cad. Saúde Pública (Online).* 2020;36(1):1-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718>

6 Correa AA, Mattoso MA, Almeida NH, et al. A criminalização do aborto no Brasil: suas implicações na vida da mulher e na saúde pública. *Jornal Eletrônico Faculdades Integradas.* 2021;13(1):326-43. Disponível em: <https://www.jornaleletronicofivj.com.br/jefvj/article/download/781/767/1637>

7 Mikael-Silva T, Nascimento ARA. Representações sociais de aborto para ginecologistas e obstetras da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2021;26(8):3345-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.16722020>

8 Gorjão BR. Estou grávida! E agora? Os fatores que influenciam a decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez inesperada. [dissertação]. Lisboa (PT): Universidade de Lisboa; 2017. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33099/1/ulfpie052841_tm.pdf

9 Diniz D, Madeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey 2016. *Cien Saude Colet.*

- 2017;22(2):653-60. DOI:
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>
- 10 Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- 11 Mccallum C, Menezes G, Reis AP. The dilemma of a practice: experiences of abortion in a public maternity hospital in the city of Salvador, Bahia. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*. 2016;23(1):37-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100004>
- 12 Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2017;22(8):2771-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.04252016>
- 13 Beraldo A, Birchall TS, Mayorga C. O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres. *Revista Estudos Feministas*. 2017;25(3):1141-57. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1141>
- 14 Domingues RMSM, et al. Unsafe abortion in Brazil: a systematic review of the scientific production, 2008-2018. *Cad. Saúde Pública* (Online). 2020;36(Suppl1):1-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190418>
- 15 Paiva NS. Quantas mulheres fizeram aborto provocado nas capitais brasileiras? Resultados de um inquérito nacional com a aplicação de modelos hierárquicos utilizando informações indiretas baseadas na rede de contatos. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30879#:~:text=Resultados%3A%20Das%2013.611.082%20mulheres,de%2015%20a%2049%20anos>
- 16 Silva DFO, Bedone AJ, Faúndes A, et al. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol?. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* (Online). 2010;10(4):441-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000400004>
- 17 Duarte NIG, Moraes LL, Andrade CB. Abortion experience in the media: analysis of abortive paths shared in an online community. *Cien Saude Colet*. 2018;23(10):3337-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.14062018>
- 18 Almeida Júnior EC, et al. Incidência de mulheres submetidas à curetagem uterina pós-aborto no serviço público de saúde. *Investigação, Sociedade e Desenvolvimento*. 2021;10(1):e50410111901. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11901>
- 19 Esteves MF, Rodrigues NM, Batalha RB, Quiroga MAC, Sá RS. O uso inadequado do misoprostol como abortivo: uma revisão integrativa. *Colloquium Vitae*. 2021;13(1):22-34. DOI: <https://doi.org/10.5747/cv.2021.v13.n1.v320>
- 20 Marques, PF. Marcadores de gênero na experiência de mulheres com abortamento induzido: construção de instrumento para o cuidado. [tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/31049#:~:text=Universidade%20Federal%20da%20Bahia%3A%20Marcadores,de%20instrumento%20para%20o%20cuidado&text=Abstract%3A,expostas%20a%20riscos%20%C3%A0%20sa%C3%BAde>

Recebido em: 31/07/2021
Aceito em: 04/12/2022
Publicado em: 21/04/2023