



ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ABORTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH ABORTION IN A PUBLIC HOSPITAL OF FLORIANÓPOLIS

Roberta Ferreira Rojas¹
Paulo Fernando Brum Rojas²
Franciele Cascaes da Silva³
Marcela Barros Damm⁴

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência e os fatores associados ao aborto em um Hospital Público da Grande Florianópolis. **Método:** Estudo observacional de delineamento transversal, realizado na maternidade do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes/SC. As variáveis analisadas foram relacionadas aos aspectos sociodemográficos, aspectos clínicos e hábitos de vida. Os dados foram digitalizados no programa Windows Excel e exportados para o programa Statistical Package for the Social Scieces Version 20.0. Foi apresentado o valor de p no nível de significância de 5% e o intervalo de confiança 95%. Este estudo está fundamentado nos princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** a prevalência de aborto em um Hospital Público da Grande Florianópolis no período de estudo foi de 27,2%, sendo 25,2% aborto espontâneo e 2% aborto induzido. Os fatores associados ao aborto que mais chamam a atenção são: idade materna média de 30 anos, multiparidade, ter cursado ensino médio, ter união estável e/ou ser casada, ter alguma religião, ser da cor branca. **Conclusão:** Os resultados obtidos suportam que a prevalência de aborto em um Hospital Público da Grande Florianópolis é maior que a média nacional. Se torna necessário garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e à anticoncepção a fim de evitar gestações indesejadas.

Descritores: Aborto, Aborto induzido, Aborto espontâneo, Gestações indesejadas, Fatores associados

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the prevalence and factors associated with abortion in a Public Hospital in Florianópolis. **Methods:** Observational cross-sectional study, carried out at the maternity ward of the Regional Hospital of São José Doutor Homero de Miranda Gomes / SC. The variables analyzed were related to sociodemographic aspects, clinical aspects and lifestyle habits. The data were digitized in the Windows Excel program and exported to the Statistical Package for the Social Scieces Version 20.0

¹Discente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Campus Pedra Branca – Palhoça (SC) Brasil. E-mail: rooberta_ferreira@hotmail.com. Florianópolis/SC – Brasil.

²Médico. Mestre e Doutor pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente dos cursos de Graduação de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Campus Pedra Branca – Palhoça (SC) Brasil. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. E-mail: paulofermandorjas@gmail.com. Florianópolis/SC – Brasil.

³Fisioterapeuta. Doutora em Ciências do Movimento Humano pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano – Cefid – UDESC. Docente do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL (SC), Brasil. E-mail: francascaes@gmail.com.br. Florianópolis/SC – Brasil.

⁴Discente do Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – Campus Pedra Branca – Palhoça (SC) Brasil. E-mail: marceladamm@hotmail.com. Florianópolis/SC – Brasil.



program. The p-value was presented at the 5% significance level and the 95% confidence interval. This study is based on the ethical principles of Resolution 466/12 of the National Health Council. **Results:** the prevalence of abortion in a Public Hospital in Florianópolis during the study period was 27.2%, with 25.2% being spontaneous abortion and 2% induced abortion. The factors associated with abortion are: average maternal age of 30 years, multiparity, having attended high school, having a stable union and / or being married, having any religion, being white. **Conclusions:** The results obtained support that the prevalence of abortion in a Public Hospital in Florianópolis is higher than the national average. It is necessary to guarantee universal access to sexual health services and contraception in order to avoid unwanted pregnancies.

Keywords: Abortion, Induced abortion, Spontaneous abortion, Unwanted pregnancy, Associated Factors

INTRODUÇÃO

O aborto é um grave problema de saúde no Brasil¹, sendo um dos principais responsáveis pela mortalidade materna no país². Apesar do progresso alcançado acerca do conhecimento sobre o aborto, existem inúmeros impasses que restringem a sua realização³.

No Brasil, o aborto é apenas legalizado em casos de estupro, anencefalia fetal e em situações de risco para a vida materna⁴. As leis restritivas acerca do aborto no Brasil contrastam com a realidade de 750 mil a um milhão de abortos realizados por ano no país⁵. A prevalência de aborto espontâneo é de 14% e de aborto induzido 2,4% para todo o Brasil. A região Sul é a área com menor prevalência de aborto (13,2%)^{6,7}.

O perfil de mulheres que realizaram o aborto induzido se assemelha em algumas variáveis do perfil de mulheres que experienciaram o aborto espontâneo no Brasil. Tanto o aborto espontâneo como o aborto induzido foram mais referidos por mulheres não-brancas, multigestas, com 35 anos ou mais, e casadas. As mulheres que realizaram aborto induzido possuem menor escolaridade e menor renda familiar^{3,7}.

Considerando, portanto, o aborto um grave e frequente problema de saúde pública, que apresenta uma importante escassez de dados em Santa Catarina, são necessárias informações acerca do aborto nessa região. Destaca-se a importância desse estudo para o conhecimento do perfil epidemiológico e dos fatores associados às mulheres que vivenciaram o aborto, podendo dessa forma, ampliar a discussão sobre a temática de prevenção à gravidez indesejada e de acesso ao aborto seguro⁶. Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados ao aborto em um Hospital Público da Grande Florianópolis.



MÉTODOS

Estudo observacional de delineamento transversal, realizado na Maternidade do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes/SC (HRSJ-HMG), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SES) entre julho e dezembro de 2020.

Fizeram parte do estudo pacientes do sexo feminino com idade maior ou igual à 18 anos que foram atendidas na Maternidade do Hospital Regional de São José no período de julho à dezembro de 2020, sendo excluídas do estudo mulheres que (1) apresentaram deficiência mental grave que não conseguiram responder ao questionário autoaplicável, (2) mulheres analfabetas que não sabiam ler o questionário autoaplicável. A amostra foi selecionada de modo não probabilístico. As pacientes foram convidadas a participar do estudo de modo consecutivo ao atendimento. O cálculo da amostra foi determinado utilizando os seguintes parâmetros: estimativa da população de mulheres atendidas na maternidade do Hospital Regional de São José no período de estudo (julho – dezembro/2020) de 7.200 e prevalência antecipada do desfecho na região desconhecida (50%). Assim, o número mínimo da amostra foi calculado em 365. Adicionou-se 10% para compensar eventuais perdas, o que resultou na amostra final de 401 mulheres. O valor da amostra foi calculado para que tivesse poder estatístico de 80% e nível de confiança de 95% ($p < 0,05$).

A coleta de dados foi realizada através de questionários autoaplicáveis. Àquelas que aceitaram participar da pesquisa, foi aplicado o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e em seguida o instrumento de coleta. As pacientes foram abordadas no consultório de atendimento médico da Maternidade do Hospital Regional de São José. O tempo médio para o preenchimento do questionário foi de 15 minutos. Alguns cuidados foram observados na aplicação do questionário, tais como: privacidade durante a coleta; o instrumento de auto-resposta foi aplicado em somente um encontro. Ao término do questionário, foi verificado se o participante não deixou nenhuma questão sem resposta e se assinalou somente uma alternativa por questão. Caso a paciente tenha deixado alguma questão sem resposta ou tenha assinalado mais de uma alternativa por questão, a questão foi desconsiderada para aquela paciente, reduzindo o número de amostra total para aquela pergunta. A realização do aborto foi considerada variável dependente. Já as variáveis independentes foram referentes ao: tipo de aborto realizado, motivo da realização do aborto, método para realizar o aborto induzido, aspectos sociodemográficos (idade, idade que realizou o aborto, escolaridade, etnia, religião, situação conjugal, renda familiar), hábitos de vida (tabagismo, uso de álcool, uso de drogas ilícitas), aspectos clínicos (método contraceptivo utilizado, número de gestações, idade gestacional quando realizou o aborto, violência doméstica). O instrumento de coleta de dados foi elaborado especificamente para este estudo.

Os dados foram digitalizados no programa *Windows Excel* e exportados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Version 20.0*. Na análise descritiva, foram apresentadas



frequência simples e relativa para variáveis qualitativas, e para as variáveis quantitativas foram apresentadas médias, desvio padrão, valores mínimos e máximos. Para análise bivariada, foi utilizado o teste do qui-quadrado ou Prova Exata de Fisher, representando a sua magnitude pela Razão de Prevalência (RP) para variáveis categóricas e teste-T ou Wilcoxon para as variáveis contínuas, respeitando-se os critérios de normalidade. Foi apresentado o valor de p no nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e o intervalo de confiança (IC95%).

Este estudo está fundamentado nos princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sob CAAE número 26299519.5.0000.5369. Os pesquisadores declaram a inexistência de conflito de interesse.

RESULTADOS

A prevalência de aborto em um Hospital Público da Grande Florianópolis no período de estudo (julho 2020 – dezembro 2020) foi de 27,2%, sendo a prevalência de aborto induzido de 2% e de aborto espontâneo de 25,2%. As características do perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram o aborto encontram-se descritas na tabela 1.

Entre as pacientes que realizaram aborto prévio, verificou-se maiores proporções de mulheres casadas e/ou em união estável (79,8%), etnia branca (56,1%) e religião católica (44,9%). A média de idade foi de 30,55 anos, o ensino médio completo foi a escolaridade de maior proporção (43,5%) e a média de renda familiar foi de 2.471,74 reais.

Sobre as características clínicas e os hábitos de vida das mulheres que realizaram aborto, constatou-se que a maioria das mulheres não utilizavam qualquer método contraceptivo (42,6%), seguido pelo uso de pílula anticoncepcional (31,5%) – tabela 2. O número médio de gestações por mulher foi de 3,21. Entre as mulheres que realizaram aborto 7,4% haviam sofrido violência doméstica. Verificou-se menores proporções de mulheres usuárias de tabaco (22,2%), álcool (4,6%) ou drogas ilícitas (4,6%).

Em relação ao aborto, a idade gestacional média de realização do aborto foi de 9,81 semanas. Entre as mulheres que realizaram aborto induzido 62,5% utilizaram métodos medicamentosos associados à métodos cirúrgicos para realizá-lo.

Houve diferença estatisticamente significativa na idade ($p = 0,020$) e número de gestações ($p \leq 0,001$) entre as pacientes que apresentaram ou não aborto prévio, sendo que as mulheres que relataram aborto prévio possuem maiores idade e número de gestações (Tabela 3).

Houve associação estatisticamente significativa entre aborto prévio e religião ($p < 0,001$), e aborto prévio e tabagismo ($p < 0,001$) (Tabela 4).



DISCUSSÃO

A prevalência do aborto no Brasil não é conhecida com precisão. A razão que leva mulheres a omitir a informação sobre a realização do aborto não é apenas devido a ilegalidade do ato, mas também devido a questões psicológicas envolvidas⁸. Os dados obtidos no presente estudo demonstraram que o aborto em um Hospital Público da Grande Florianópolis tem uma prevalência de 27,2%, sendo 25,2% aborto espontâneo e 2% de aborto induzido. Tais resultados são corroborados pelo estudo multicêntrico realizado através de bancos de dados de estatísticas internacionais, que revelou a prevalência global de aborto entre 2010-2014 de 25%⁸. Entretanto, o conjunto de achados indicaram que a prevalência de aborto no hospital de estudo é alta quando comparada à prevalência no Brasil de aborto espontâneo (14%) e aborto induzido (2,4%) de acordo com estudo brasileiro realizado através da análise da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)¹². Além disso, de acordo com o PNDS a região Sul é a área com menor prevalência de aborto (13,2%)¹². A divergência da prevalência de aborto encontrada pode ocorrer devido subnotificação, principalmente em regiões com leis restritivas acerca do aborto, merecendo futuras investigações mais detalhadas.

Os resultados do presente estudo também revelaram que entre as pacientes que realizaram aborto observou-se maior proporção de mulheres casadas e/ou em união estável, multigestas e com idade média de 30 anos ou mais, concordante com outros estudos^{8,9}. Portanto, mesmo com a diferença entre as populações estudadas, o resultado foi semelhante, demonstrando que o estado civil, a paridade e a idade tendem à um padrão entre as mulheres que vivenciaram o aborto nas diversas regiões mundiais. Entretanto, é possível que entre mulheres mais jovens ocorra maior omissão do aborto, como já averiguado em alguns estudos¹⁰. Além disso, mulheres mais velhas possuem maior tempo de exposição ao período fértil ao longo da vida e, portanto, à possibilidade de gravidez e aborto.

Na presente análise observou-se, ainda, que a prevalência de aborto foi maior entre aquelas mulheres que tinham ensino médio completo (43,5%). Associado a esse resultado, nosso estudo também indicou que o aborto foi mais frequente entre mulheres com renda média de 2.470 reais, enquanto em nível nacional a presença de aborto é mais frequente entre aquelas mulheres com escolaridade até quarta série e renda de 1 salário mínimo (1.100 reais)¹². Dessa forma, apesar da escolaridade, do acesso à informação e da renda o aborto se torna presente, contribuindo para morbimortalidade materna. Isso demanda pelo desejo de continuidade do aprendizado e pela dificuldade em permanecer estudando e/ou trabalhando e aderir às responsabilidades que demandam uma gestação. Ademais, acreditamos que mulheres com escolaridade e renda superior possuem maior conhecimento e mais fácil acesso aos métodos abortivos.

Nosso estudo também evidenciou que ter mais de um filho esteve associado com o maior relato de abortos, o que é semelhante ao descrito em outros artigos^{8,11}. Isso decorre pois a multiparidade,



geralmente, está relacionada à maior idade materna e, portanto, ao maior risco de aborto espontâneo. Ainda assim, a grande adversidade em educar e civilizar muitos filhos no mundo atual, principalmente pelos altos custos para tal, acarretam em maior número de abortos induzidos. Além disso, a não utilização de qualquer método contraceptivo também esteve correlacionado à maior declaração de aborto. Certamente, a não utilização de qualquer método contraceptivo pode originar gestações indesejadas e não planejadas e, portanto, um maior número de abortos.

Apesar de outros estudos concluírem que a religião católica é um fator protetor para a interrupção da gravidez^{8,9}, no presente estudo a presença de religião - católica, evangélica ou espírita – esteve associada à maior frequência de abortamentos. Revelando, portanto, que a religião não é mais uma barreira para realização do aborto e que a associação entre religião e o não uso de qualquer método contraceptivo pode estar relacionada ao aumento da prevalência de abortos nessa população. Ademais, nossa pesquisa revelou que o aborto tem baixa associação álcool, drogas ilícitas ou violência doméstica. É possível que tenha havido omissão entre essas associações, merecendo futuras investigações. A associação entre aborto e tabaco é de 22,2% com valor de p igual à 0,001.

Entre as limitações desse estudo, pode-se citar a utilização de dados de um questionário autoaplicável, o que poderia em tese ter subestimado o número de abortos pelo receio da ilegalidade do ato de indução do aborto, assim como devido fatores emocionais e psicológicos associados ao abortamento, entretanto medidas como a garantia do sigilo de dados e do anonimato, além do esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o questionário minimizaram estes riscos. Por ser um estudo transversal, o viés de confusão pode ocorrer para alguns fatores, uma vez que estas características não refletem a situação da mulher no momento exato do aborto, mas no momento da pesquisa. Tudo que varia ao longo do ciclo de vida das mulheres, portanto, influencia os resultados. Situação conjugal e filhos, por exemplo, devem ser características mais sujeitas a isso. A educação e renda tendem a se estabilizar na idade adulta e a raça pode ser entendida como uma característica permanente. Pesquisas futuras devem considerar o uso de dados em painel para superar essa limitação.

As circunstâncias que cercam a entrevista, como a forma como as perguntas foram formuladas, o nível de conforto do entrevistado com o entrevistador e, também, o local da entrevista podem afetar as respostas às perguntas. Além disso, estudos prévios sobre o aborto realizados através de pesquisas de base populacional podem conter subnotificação em seus dados, especialmente onde o aborto é altamente restrito, dificultando a comparação dos dados.

Esta análise representa um ponto de partida sobre a prevalência e os fatores associados ao aborto nessa região. A abordagem nos permitiu fazer inferências formais, apresentar intervalos de incerteza em torno das taxas de aborto estimadas e de seus fatores associados. São necessários esforços de coleta e estimativa de dados mais rigorosos para garantir que os abortos não sejam omitidos das estatísticas.



Estimativas mais precisas da proporção de aborto ajudará a chamar a atenção para a magnitude deste problema de saúde pública e a necessidade de políticas e programas que ajudem a reduzir a prevalência e as consequências do aborto inseguro.

CONCLUSÃO

Em resumo, os resultados obtidos suportam que a prevalência de aborto em um Hospital Público da Grande Florianópolis é maior que a média nacional e que os fatores associados ao aborto que mais chamam a atenção são: maior idade materna, multiparidade, ter cursado ensino médio, ter união estável e/ou ser casada, ter alguma religião, ser da cor branca.

De modo geral, os resultados encontrados não revelam novas informações. Os fatores associados ao aborto, na maioria das vezes, são os mesmos referidos por outros autores sobre o assunto. O presente estudo visa, entretanto, destacar aqueles fatores que diferem dos resultados encontrados em outras pesquisas nacionais, como a prevalência de mulheres brancas, católicas, com renda maior que um salário-mínimo e com ensino médio completo entre aquelas que vivenciaram o aborto, para que políticas públicas possam ser futuramente direcionadas às singularidades da população estudada.

O ineditismo do presente trabalho encontra-se na perspectiva de análise de dados ainda não completamente explorados sobre a saúde reprodutiva das mulheres entrevistadas na região. Isso permitirá a comparação destes resultados com abordagens semelhantes que se façam futuramente.

Conclui-se que o problema de saúde pública chama a atenção não só por sua magnitude, mas também por sua persistência. As políticas brasileiras de saúde tratam o aborto sob uma perspectiva religiosa e respondem à questão com a criminalização. A julgar pela alta prevalência e pelo fato do aborto ser comum em mulheres de todos os grupos sociais, a resposta fundamentada na criminalização tem se mostrado não apenas inefetiva, mas nociva, impedindo que mulheres busquem acompanhamento e informação de saúde necessária para planejar sua vida reprodutiva.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU incluem a meta de garantir o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Alcançar essa meta ajudaria milhões de mulheres a evitar gravidezes indesejadas. O acesso à anticoncepção e ao aborto seguro evitaria procedimentos clandestinos e inseguros, reduzindo a morbimortalidade materna.

REFERÊNCIAS

1. Anjos K F d, Santos V C, Souza R, Eugênio B G. **Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos.** Saúde debate [Internet]. 2013; [acesso em 2019 Ago 20]; 37(98): 504-15.
2. Martins AL. **Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil.** Cad Saúde Pública [Internet]. 2006; [acesso em 2019 Set 7]; 22(11): 2473-9.



3. ESHRE Capri Workshop Group. **Induced abortion.** Hum Reprod [Internet]. 2017; [acesso em 2019 Ago 29]. 32(6):1160-9.
4. Vigoureux S. **Epidemiology of induced abortion in France.** J Gynecol Obstet Biol Reprod [Internet]. 2016; [acesso em 2019 Set 15]; 45(10): 1462-76.
5. Coast E, Lattof S R, van der Meulen Rodgers Y, Moore B. **Economics of abortion: a scoping review protocol.** BMJ Open [Internet]. 2019; [acesso em 2019 Ago 25];9(7) e029939. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31366662>
6. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G. **Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries.** Contracep [Internet]. 2017; [acesso em 2019 Set 01]; 96(4): 233–41.
7. Cecatti J G, Guerra G V d Q L, Sousa M H d, Menezes G M d S. **Aborto no Brasil: um enfoque demográfico.** Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2010; [acesso em 2019 Out 20]; 32(3): 105-11.
8. Hardy E, Rebello I, Rodrigues T, Moraes TM. **Aborto provocado: diferenças entre pensamento e ação.** Rev Ginecol Obstet. 1991;2(3):111-6.
9. Olinto MTA, Moreira Filho DC. **Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias.** Rev Panam Salud Publica. 2004;15(5):331-6.
10. Silva RS. **O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal.** Rev Bras Estud Popul. 1993;10(1/2):41-56.
11. De Souza AI, Cecatti JG, Ferreira LO, Santos LC. **Reasons for hospitalization due to abortion and pregnancy termination.** J Trop Pediatr. 1999;45(1):31-6.
12. Santos A P V d, Coelho E d A C, Gusmão M E N, S Diorlene O d, Marques P F, Almeida M S. **Factors Associated with Abortion in Women of Reproductive Age.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2016; [acesso 2019 Set 20]; 38(6): 273-9.
13. Borsari C M G, Nomura R M Y, Benute G R G, Lucia M C S d, Francisco R P V, Zugaib M. **Aborto provocada em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos.** Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2013; [acesso 2019 Out 23]; 35(1): 27-32.
14. World Health Organization – WHO, 2008. **Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008** [Intenet]. Geneve. 2008; [acesso em 2019 Ago 12].
15. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. **Induced abortion: estimated rates and trends worldwide.** Lancet [Internet]. 2007; [acesso em 2019 Set 5];370(9595):1338–45.
16. Zane S, Creanga A, Berg C J, Pazol K, Suchdev D B, Jamieson D J et al. **Abortion-Related Mortality in the United States.** ACOG [internet]. 2015; [acesso em 2019 Set 21]; 126(2): 258–65.
17. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. **Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends.** Lancet [Internet]. 2016; [acesso em 2019 Ago 30]; 388(10041), 258–67.



18. Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G, Singh S. **Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low-and middle-income countries.** PloS one [Internet]. 2017; [acesso em 2019 Ago 3];12 (3)
19. Ireland LD, Gatter M, Chen AY. **Medical compared with surgical abortion for effective pregnancy termination in the first trimester.** Obstet Gynecol [Internet]. 2015; [acesso em 2019 Ago 21];126 (1):22–8.
20. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. **The Care of Women Requesting Induced Abortion.** Evidence-Based Clinical Guideline [Internet]. 2011; [acesso em 2019 Ago 21]; 7; Disponível em: www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/the-careof-women-requesting-induced-abortion/
21. White K, Carrol E, Grossman D. **Complications from first trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature.** Contraception [Internet] 2015; [acesso em 2019 Set 02] 92 (5): 422–38.
22. Charles V E, Polis C B, Sridhara S K, Blum R W. **Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence.** Contraception [Internet]. 2008; [acesso em 2019 Ago 21];78(6):436–50.
23. Johnston H B, Gallo M F, Benson J. **Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies.** J Fam Plann Reprod Health Care. [Internet]. 2007; [acesso em 2019 Ago 21]; 33(4):250-7.
24. Foster D G, Steinberg J R, Roberts S C, Neuhaus J, Biggs M A. **A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one.** Psychol Med [Internet]. 2015; [acesso em 2019 Set 21]; 45 (10):2073–82.
25. Ganatra B, Gerds C, Rossier C, et al. **Classificação global, regional e sub-regional do aborto por segurança, 2010-14: estimativas de um modelo hierárquico bayesiano.** Lancet [Internet].2017; [acesso em 2019 Set 19] 390: 2372 – 81
26. Barot S. **Quando a ideologia anti-aborto se transforma em política externa: como a regra global GAGE corrói a saúde, a ética e a democracia.** Revisão da Política Guttmacher. 2017; 20: 73 – 7.
27. Kapp N, Blanchard K, Coast E, et al. **Desenvolver uma agenda e metodologias voltadas para o futuro para a pesquisa do uso próprio do aborto médico.** Contracep [Internet]. 2018; 97: 184 – 8
28. Parmar D, Leone T, Coast E, et al. **Custo do aborto na Zâmbia: uma comparação entre o aborto seguro e a atenção pós-aborto.** Glob Public Health. 2017; 12: 236 – 49
29. Costa E, Norris AH, Moore AM, et al. **Trajetórias da atenção à mulher relacionada ao aborto: um marco conceitual.** Soc Sci Med. 2018; 200: 199 – 210.
30. Leone T, Costa E, Parmar D, et al. **O custo a nível individual da interrupção da gravidez na Zâmbia: uma comparação do aborto seguro e inseguro.** Plano de Política de Saúde 2016; 31: 825 – 33.



31. Footman K, Taleb F, Dijkerman S, Nuremowla S, Reiss K, Church K. **Avaliação da segurança e eficácia dos medicamentos para aborto medicamentoso comprados em farmácias.** Contracep [Internet]. 2018; 97: 152-9.
32. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. **Níveis globais, regionais e nacionais e tendências na mortalidade materna entre 1990 e 2015, com projeções baseadas em cenários até 2030: uma análise sistemática pelo Grupo Interinstitucional de Estimativa de Mortalidade Materna da ONU.** Lancet [Internet]. 2016; 387 (10017): 462-74.
33. Dupuis S, Antomarchi J, Dani V, Dorez M, J Delotte. **Barreiras ao uso de anticoncepcional de emergência em uma população em consulta para um aborto.** Gynecol Obstet Fertil Senol [Internet]. 2018; 46 (10-11): 696-700.
34. Ajayi AI, Nwokocha EE, Adeniyi OV, Ter Goon D, Akpan W. **Unplanned pregnancy-risks and use of emergency contraception: a survey of two Nigerian Universities.** BMC Health Serv Res. 2017; 17(1):382.
35. Vergnaud L, Volumenie JL, Bonnier C. **High abortion rate in Martinique (F.W.I.) in spite of a large contraceptive availability.** What are the determinants? J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017;46(3):255-9.

TABELAS

Tabela 1. Características do perfil sociodemográfico das mulheres que realizaram aborto

Variável	N	(%)
Situação Conjugal		
Solteira	22	20,20%
Casada/União Estável	87	79,80%
Etnia		
Branca	60	56,10%
Não Branca	47	43,90%
Religião		
Católica	48	44,90%
Evangélica	37	34,60%
Espírita	11	10,30%
Sem religião	6	5,60%
Outra	5	4,70%
Escolaridade completa		
Analfabeta	8	7,40%
Fundamental	29	26,90%
Médio	47	43,50%
Superior	24	22,20%

Fonte: Elaboração dos autores, 2021

**Tabela 2.** Uso de métodos contraceptivos em mulheres que realizaram aborto

Variável	N	(%)
Uso de métodos contraceptivos		
Camisinha	9	8,30%
Pílula anticoncepcional	34	31,50%
DIU	3	2,80%
Injeção	15	13,90%
Outros métodos	1	0,90%
Não usa métodos contraceptivos	46	42,60%

Fonte: Elaboração dos autores, 2021

Tabela 3. Comparação entre as medianas da idade, renda familiar e número de gestações em mulheres que apresentaram ou não abortos prévios

Variáveis	Aborto prévio		Valor de <i>p</i>
	Sim	Não	
Idade	29,50	27,00	0,020
Renda familiar	1785,00	1500,00	0,365
Gestações prévias	3,0	2,0	<0,001

Legenda: *p*, nível de significância do teste U de Mann-Whitney

Fonte: Elaboração dos autores, 2021

**Tabela 4.** Variáveis associadas ao aborto, RP e valor de *p*.

Variáveis	Aborto prévio		RP (IC95%)	Valor de <i>p</i>
	Sim n (%)	Não n (%)		
Escolaridade				
Analfabeta	8 (7,4)	11 (3,8)	1	0,454
Fundamental completo	29 (26,9)	75 (25,8)	0,772 (0,470-1,269)	
Médio completo	47 (43,5)	141 (48,5)	0,715 (0,446-1,147)	
Superior completo	24 (22,2)	64 (22,0)	0,760 (0,455-1,269)	
Religião				
Católica	48 (44,9%)	112 (38,4%)	1,089 (0,556-2,135)	0,000
Evangélica	37 (34,6%)	85 (29,1%)	1,098 (0,555-2,169)	
Espírita	11 (10,3%)	10 (3,4%)	1,52 (0,746 – 3,094)	
Sem religião	6 (5,6%)	71 (24,3%)	0,378 (0,141-1,014)	
Outra	5 (4,7%)	14 (4,8%)	1	
Cor de pele				
Branca	60 (56,1)	159 (54,8)	1,038 (0,749-1,438)	0,825
Não branca	47 (43,9)	131 (45,2)	1	
Estado civil				
Casada e/ ou união estável	87 (79,8)	213 (74,0)	1,279 (0,850-1,923)	0,225
Solteira	22 (20,2)	75 (26,0)	1	
Violência doméstica				
Não	88 (92,6%)	247 (84,9%)	1,914 (0,940-3,897)	0,053
Sim	7 (7,4%)	44 (15,1%)	1	
Tabagismo				
Não	84 (77,8%)	260 (90%)	0,539 (0,380-0,765)	0,001
Sim	24 (22,2%)	29 (10%)	1	
Uso de drogas				



Não	103 (95,4%)	281 (96,6%)	0,805 (0,386-1,677)	0,578
Sim	5 (4,6%)	10 (3,4%)	1	
Uso de álcool				
Não	104 (95,4%)	276 (95,2%)	1,040 (0,482-2,246)	0,920
Sim	5 (4,6%)	14 (4,8%)	1	

Legenda: n, frequência absoluta; %, frequência relativa; RP, razão de prevalência; IC, intervalo de confiança

Fonte: Elaboração dos autores, 2021