



ARTIGOS

Repercussões Do Aborto Provocado No Contexto Da Clandestinidade Na Vida Das Mulheres

Revisão Narrativa Da Produção Científica

Greta SASSO, *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

Jéssica Machado TELES, *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

Letícia Becker VIEIRA, *Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

Resumo: Aborto é a interrupção da gravidez até a 20-22^a semana de gestação, com o feto pesando menos de 500g, sendo espontâneo ou provocado. O aborto inseguro é realizado por indivíduos não habilitados, ocorrendo mais em países com leis restritivas. Entre 2010-2014, 25,1 milhões de abortos ocorreram no mundo e 97% deles em países em desenvolvimento. Nosso objetivo é analisar as repercussões biopsicossociais do aborto no contexto da clandestinidade na vida e saúde das mulheres. Através da revisão narrativa, realizou-se busca bibliográfica nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE/PubMED e SciELO, utilizando um recorte temporal de cinco anos. Obtivemos uma amostra de doze artigos, onde foi possível observar as repercussões físicas, como sepse e morte; o que foi mais percebido por mulheres que vivem em países religiosos e que não obtiveram apoio da família, assim como sentimentos negativos estão atrelados ao suporte emocional. Os resultados apontam que, as repercussões do aborto, se manifestam de forma dinâmica, de acordo com a individualidade da mulher, porém ligados entre si. São necessários mais estudos abordando a temática, ainda mais em países com leis restritivas.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto Provocado. Saúde Reprodutiva. Saúde da Mulher.



Introdução

O aborto é uma prática antiga e universal. Através dos anos, ocorreu em diferentes formas, diferentes contextos políticos, sociais e culturais. As leis variam ao redor do mundo, onde em alguns países é acessível ao requerimento da mulher, enquanto em outros é totalmente proibido perante a lei. A legalização do aborto é um tema de muita controvérsia, muitos defendem que é um direito humano, um direito sexual e reprodutivo, levando em conta o perigo que cerca um aborto provocado no contexto da clandestinidade, enquanto outros condenam a mulher em nome da vida do embrião (GUILLAUME; ROSSIER, 2018).

O termo aborto refere-se à prática da interrupção da gravidez até a 20-22^a semana de gestação, com o feto pesando menos de 500 gramas. Assim, aborto é o produto da concepção sendo eliminado (OMS, 2013). Ele pode ser espontâneo, quando se inicia independente de qualquer mecanismo, ou induzido, que é o resultado da utilização de qualquer processo externo, químico ou mecânico, podendo esse ser legal ou ilegal (BORSARI et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aborto inseguro é um procedimento realizado para interromper uma gravidez, praticado por pessoas não habilitadas em um local inadequado. Neste trabalho não utilizaremos o termo “aborto ilegal”, “aborto clandestino” ou “aborto criminal” e sim “aborto provocado no contexto da clandestinidade”, para não remeter a culpabilização da mulher ou julgá-la perante tal ato.

Conforme o Código Penal brasileiro, que data de 1940, o aborto é praticado legalmente em apenas três casos: risco de vida para a mãe, evitando danos graves e irreversíveis a saúde da gestante, gravidez resultante de estupro e, desde 2012, a anencefalia. Nas últimas décadas, a justiça brasileira tem permitido a interrupção da gravidez em casos de malformação fetal incompatível com a vida, sob autorização de um juiz. Pela lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 Art. 124, se, caso a mulher provocar o aborto em si mesma ou consentir que outro lhe provoque, não se encaixando nesses três casos previstos, ela pode ser julgada a pena de um a três anos de detenção (BRASIL, 1940).



De 2015 a 2019, 121 milhões de mulheres apresentaram gravidezes indesejadas por ano em todo o mundo, onde 73,3 milhões de abortos (legais e ilegais) ocorreram no mesmo período, o que reflete que 61% das gravidezes terminaram em aborto (BEARAK, et al., 2020). Estima-se que 25,1 milhões de abortos foram realizados de forma insegura entre 2010 e 2014, e que 97% destes procedimentos ocorrem em países em desenvolvimento e com leis restritivas (GANATRA et al. 2017). Segundo a Pesquisa Nacional do Aborto (2016), pelo menos 4,7 milhões de mulheres brasileiras de 18 a 39 anos realizou um aborto, ou seja, uma a cada cinco mulheres em idade reprodutiva, e só no ano de 2016 foram 500 mil abortamentos (DINIZ; MEDEIROS, MADEIRO, 2016).

Esse problema realça ainda mais as desigualdades sociais e regionais existentes no país. Por exemplo, nas regiões Norte e Nordeste, a taxa de abortamento é mais elevada e os índices de redução, mais baixos. A vulnerabilidade, desigualdade de raça, gênero e de acesso à educação, menor acesso à informação, *déficit* de recursos econômicos, fazem com que o aborto no contexto da clandestinidade atinja com maior prevalência as mulheres negras, pobres e marginalizadas (ANJOS et al., 2013).

Além da morte, vemos casos de sepse, hemorragia, perfuração uterina e esterilidade, geralmente causados por inserção de gravetos, vidro e outros objetos cortantes na vagina (OMS, 2020). Verifica-se que a problemática na saúde pública que circunda o aborto vai além das questões físicas e mortes decorrentes, mas também a falta de apoio que essas mulheres têm, com julgamentos, críticas e a culpa que carregam (SANTOS et al., 2013a).

Não se pode esquecer também da intolerância e violência institucional que essas mulheres sofrem por parte dos profissionais. É comum que eles tenham preconceito, pois, pode ir contra seus valores pessoais, causando demora no atendimento, falta de interesse em escutar e orientar a mulher ou até mesmo a discriminação verbalizada (SANTOS et. al, 2013b).

Assim, este trabalho foi proposto com base no aumento na morbimortalidade, suas implicações na vida da mulher e trazer alternativas e subsídios para que equipes de saúde possam orientar essas mulheres em situações pós-aborto.



Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar as repercussões biopsicossociais do aborto provocado no contexto da clandestinidade na vida e saúde das mulheres.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura que tem como característica publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de determinada temática, na perspectiva teórica ou contextual. Artigos de revisão narrativa não apontam as fontes de informação utilizadas, metodologia de pesquisa, nem critérios utilizados na seleção e avaliação dos trabalhos. Consistem em análise da literatura publicada em livros, revistas (impressas ou eletrônicas) e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

A busca bibliográfica foi desenvolvida nas seguintes bases de dados e bibliotecas virtuais: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Base de Dados em Enfermagem (BDENF); National Library of Medicine, USA (MEDLINE/PUBMED – NLM); Scientific Electronic Library Online (SciELO). A seleção dos periódicos respeitará o recorte temporal de cinco anos (2015 a 2020) por haver interesse em publicações atuais.

Aplicou-se a combinação das seguintes palavras chaves e operadores booleanos: “aborto provocado” and “saúde reprodutiva” and “saúde da mulher” para a base MEDLINE/PUBMED realizou-se a busca em português e inglês, acrescentando-se as expressões: “induced abortion” and “reproductive health” and “women’s health”.

Os critérios de inclusão dos estudos são: artigo, disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico, publicado em periódicos nacional e internacional. Os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais. A partir da leitura prévia dos títulos e resumos foram selecionados os artigos da área da saúde.

Para o mapeamento das produções científicas, utilizou-se uma ficha documental constituída das variáveis: ano de publicação e tipo de estudo. Tal mapeamento será apresentado na forma de frequências



absoluta. Para a análise dos artigos na íntegra, aplicou-se em uma ficha de avaliação de dados composta pelas seguintes informações dos artigos: código da amostra (N); autor/ano; título; objetivo; método; principais resultados e base de dados. O conteúdo foi analisado em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados (MINAYO, 2013). Efetuou-se a leitura flutuante e fichamentos (ficha de extração de dados), possibilitando uma visão abrangente do conteúdo.

A leitura integral do artigo possibilitou a transcrição dos resultados e de trechos significativos. Com a leitura exaustiva, realizou-se a codificação dos achados fichados para elaboração das categorias temáticas, com referências dos autores e análise sintética dos textos, a fim de visualizar os textos de forma integrada, podendo relacioná-los e sintetizá-los, observando as convergências, divergências e semelhanças existentes sob a ótica de diferentes autores no que tange às repercussões do aborto no contexto da clandestinidade na vida e saúde das mulheres.

Após a leitura e análise dos estudos que responderam à questão norteadora quais as repercussões biopsicossociais do aborto no contexto da clandestinidade na vida da mulher, obteve-se a temática que envolve o estereótipo feminino e repercussões sociais nas condições do aborto no contexto da clandestinidade; repercussões do aborto na saúde física das mulheres; e o significado emocional e a saúde mental das mulheres no contexto do aborto.

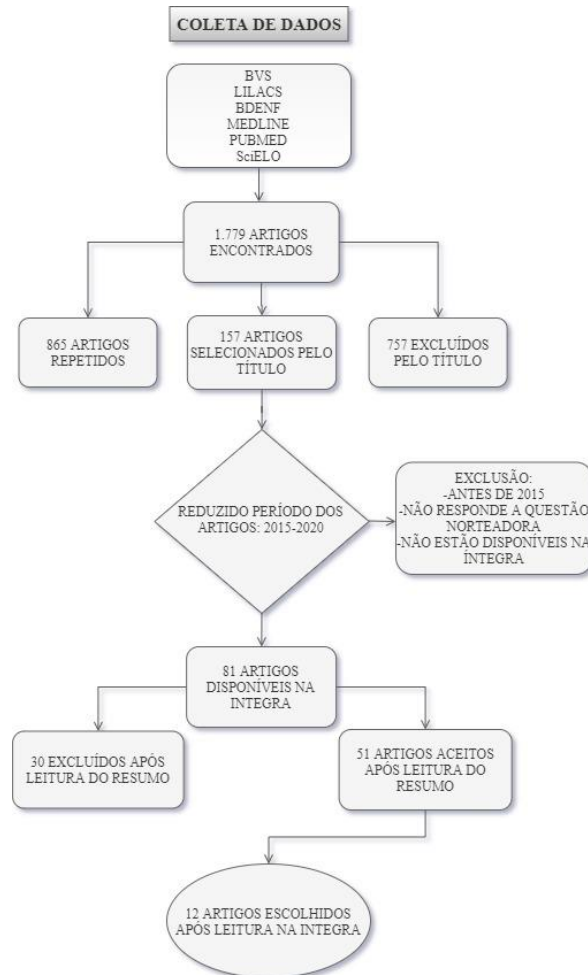
Resultados

A partir da coleta dos dados nas diferentes plataformas de busca, encontramos 1.779 artigos, dos quais 865 deles eram duplicatas de outros estudos. Após a leitura e análise dos títulos, 757 artigos foram excluídos pois não tinham relação com a temática proposta, restando 157 artigos para análise do resumo. Para melhor refinamento, escolha mais precisa dos estudos, e ainda, dados mais atualizados, reduzimos o intervalo das publicações de dez anos para cinco, respeitando um novo recorte temporal de 2015 a 2020. Com isso, obtivemos 81 artigos disponíveis na íntegra para leitura do resumo. Após revisão exaustiva dos resumos, 51 estudos foram escolhidos para leitura completa dos textos, chegando então a uma amostra de 12 artigos que responderam nossa questão norteadora. A



seguir, apresentamos o fluxograma do processo da coleta de dados para o nosso estudo (figura 1).

Figura 1: Fluxograma coleta de dados



Fonte: Autor, 2020.

Em relação a caracterização da amostra, os 12 artigos foram publicados entre 2015 e 2020, sendo quatro (33%) das publicações de 2016, do ano de 2015 temos três (25%) publicações que compõe a amostra, assim como três (25%) do ano de 2017. Já dos anos de 2018 e 2020, apenas dois (17%) artigos foram adicionados ao nosso estudo. Dos artigos incluídos, onze (92%) deles foram encontrados na base de dados PubMed e apenas um (8%) na base SciELO, assim como os mesmos onze (92%) estudos são de origem estrangeira, o que mostra a escassez de publicações sobre a temática em nosso país. Bem como o Brasil, a falta de estudos na



América Latina também pode ser percebida, pois dos doze artigos da amostra, onze (92%) foram publicados na língua inglesa e um (8%) na língua portuguesa. Quanto ao tipo de estudo/metodologia das publicações, cinco (42%) foram estudos do tipo qualitativo, quatro (33%) quantitativos, dois (17%) são relatos de caso e uma (8%) revisão integrativa.

Todos os estudos responderam à questão norteadora em diferentes aspectos: duas (17%) das publicações abordaram o tema da relação psicológica da mulher que passa pelo processo do abortamento. Dois (17%) dos artigos relataram as questões sociais que envolvem a mulher que enfrenta o aborto no contexto da clandestinidade, como o estigma e comentários da comunidade que está inserida. Em relação às questões biológicas, cinco (42%) dos estudos abordaram as repercussões na saúde física dessas mulheres. Encontramos também três (25%) estudos que conseguiram trazer mais de um tópico proposto no trabalho e suas consequências na saúde da mulher que realiza um aborto.

Na tabela 1, temos a ficha de catalogação da amostra, que possibilita a visualização mais abrangente dos dados.



Tabela 1: Catalogação da amostra

| N | Autor/ano | Título | Objetivo | Método | Resultados | Base de dados |
|----|--|---|---|----------------------------------|--|---------------|
| E1 | Adesse L, Jannotti CB, Silva KS e Fonseca VM, 2016. | Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática | Analisar a produção científica sobre aborto e estigma social e discutir o potencial da categoria estigma para os estudos sobre os processos de assistência às mulheres em situação de abortamento, em nosso país. | Revisão integrativa | A produção social do estigma é local e varia segundo as estruturas de desigualdades; ressaltam a importância de considerar as normas sexuais e reprodutivas em seu contexto e compreender como a transgressão dos estereótipos de gênero marca as mulheres como pecadoras e assassinas. | SciELO |
| E2 | Olson RMK e Kamurari S, 2017. | Barriers to safe abortion access: uterine rupture as complication of unsafe abortion in a Ugandan girl | Uma menina de 15 anos foi atendida em um centro de saúde de Uganda para interromper sua gravidez por estupro de seu tio e os profissionais de saúde se recusaram a realizar o aborto. A paciente obteve o aborto inseguro por inserção vaginal de ervas e objetos pontiagudos e desenvolveu choque hemorrágico. | Relato de caso | A paciente foi submetida a uma laparotomia de emergência. Uma histerectomia subtotal foi então realizada com boa hemostasia e o abdome foi fechado por planos. A paciente recebeu alta cirúrgica e pós-operatório estável. | PubMed |
| E3 | Sama CB, Aminde LN e Angwafo FF, 2016. | Clandestine abortion causing uterine perforation and bowel infarction in a rural area: a case report and brief review | Discutimos o caso de uma mulher de 21 anos que apresentou choque séptico após ter se submetido a um aborto inseguro de uma gravidez de 11 semanas com perfuração da parede uterina e lesão intestinal que exigiu ressecção | Relato de caso | Uma laparotomia de emergência foi realizada pois a cavidade peritoneal continha cerca de 1,5l de sangue com material fecalóide. Um segmento de intestino delgado necrótico devido perfuração de 2 cm no fundo do útero edemaciado. Um caule de 3 cm foi encontrado ligando o útero ao intestino. A peça foi extraída, a perfuração uterina reparada e feita a ressecção de cerca de 15 cm da porção inviável do intestino. | PubMed |
| E4 | Rocca CH, Kimport K, Roberts SCM, Gould H, Neuhaus J, Foster DG, 2015. | Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study | Investigar como as opiniões das mulheres sobre a decisão de interromper a gravidez e as emoções mudam ao longo de três anos. | Estudo longitudinal quantitativo | A probabilidade de relatar que o aborto foi a decisão certa foi superior a 99% em todos os momentos ao longo de três anos. Mulheres com gestações mais planejadas e mais dificuldade em decidir interromper a gravidez, tiveram menor chance de relatar o aborto foi a decisão certa. As emoções negativas e positivas | PubMed |



| | | | | | | | |
|----|--|---|---|---------------------------|--|---|--|
| | | | | | | diminuíram ao longo do tempo. Maior estigma do aborto na comunidade e menor apoio social foram associados a emoções mais negativas. | |
| E5 | Polis CB, Mhango C, Philbin J, Chimwaza W, Chipeta E, Msusa A, 2017. | Incidence of induced abortion in Malawi, 2015 | Determinar as estimativas atuais de aborto induzido no Malawi. | Quantitativo | Aproximadamente 38 abortos induzidos por 1.000 mulheres com idades entre 15-49 ocorreram no Malawi em 2015. Estima-se menos complicações entre mulheres que realizam aborto com médicos, enfermeiras e parteiras (varia de 19% a 34%, independentemente da condição urbana/rural ou pobre/não pobre), em comparação com aquelas que realizam com curandeiros tradicionais, farmacêuticos, auto induzem ou com indivíduo não treinado (variando de 54% a 80%, independente de condição financeira). | PubMed | |
| E6 | Biggs MA, Brown K, Foster DG, 2020. | Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion. | Avaliar prospectivamente as percepções do estigma do aborto após receber ou ter um aborto negado durante 5 anos, os fatores associados ao estigma do aborto percebido e os efeitos do estigma do aborto no bem-estar psicológico. | Longitudinal quantitativo | Uma semana após buscar pelo aborto, mais da metade das mulheres dizem que, se outros descobrissem, seriam menosprezadas por pessoas próximas (60%) ou pela comunidade (56%). As pessoas que negaram o aborto e que levaram a gravidez a termo (grupo <i>Turnaway-parto</i>) relataram estigma significativamente menor das pessoas próximas a elas e da comunidade do que as <i>quase limite</i> , diferenças que permaneceram significativas por 1,5 anos. O estigma geral do aborto diminuiu para ambos os grupos do estudo. Maior estigma do aborto no início do estudo foi associado a maiores chances de sofrimento psicológico anos mais tarde. | PubMed | |
| E7 | Smith W, Turan JM, White K, Stringer KL, Helova A, Simpson T e Cockrill K, 2016. | Social Norms and Stigma Regarding Unintended Pregnancy and Pregnancy Decisions: A Qualitative Study of Young | Explorar as percepções de normas e estigmas relacionados à gravidez indesejada, paternidade, adoção e aborto, e examinar as diferenças raciais nessas percepções, entre jovens mulheres de baixa renda | Qualitativo | As expectativas da comunidade para que a gravidez ocorresse no contexto de relacionamentos monogâmicos, onde ambos os parceiros eram maduros e financeiramente estáveis. Relataram que a gravidez indesejada fora dessas circunstâncias é comum e que a comunidade espera que as | PubMed | |



| | | Women in Birmingham, Alabama | in em Alabama. | | mulheres jovens criem esses filhos. | |
|------------|---|---|---|--------------------------|---|--------|
| E8 | Kalilani-Phiria L, Gebreselassie H, Levandowski BA, Kuchingale E, Kachale F e Kangaude G, 2015. | The severity of abortion complications in Malawi | Estimar a gravidade das complicações do aborto em Malauí e para determinar os fatores de risco associados. | Transversal quantitativo | Um quarto (27,4%) das mulheres apresentou morbidade grave ou moderada. Sepses (13,7%), retenção de produtos da concepção (12,7%) e febre (12,3%) foram as complicações mais comuns. A taxa de letalidade foi de 387 mortes por 100.000 procedimentos pós-aborto. Mulheres com complicações graves ou moderadas eram mais prováveis de serem de áreas rurais do que urbanas e ter relatado interferir na gravidez. | PubMed |
| E9 | Yegon EK, Kabanya PM, Echoka E e Osur J, 2016. Nairóbi-Quênia. | Understanding abortion-related stigma and incidence of unsafe abortion: experiences from community members in Machakos and Trans Nzoia counties Kenya | Explorar o estigma relacionado ao aborto nas comunidades como uma barreira para as mulheres entenderem sobre seus direitos a um aborto seguro e legal e comparar as manifestações do estigma do aborto em duas comunidades de regiões com alta e baixa incidência de aborto inseguro. | Qualitativo | O aborto é reconhecido como comum nas comunidades, mas seus membros expressaram o estigma às mulheres que procuram um aborto. Eram rotuladas como assassinas e consideradas má influência para as mulheres mais jovens. As mulheres relataram que foram mal tratadas pelos profissionais de saúde por buscarem o aborto. A institucionalização do estigma, especialmente quando o Ministério da Saúde retirou normas e diretrizes, apenas intensificou a forma como o estigma se apresenta e levou mulheres a buscarem métodos inseguros gerando um aumento na morbidade e mortalidade. | PubMed |
| E10 | Brauer M, van Ditzhuijzen J, Boeije H e van Nijnatten C, 2018. | Understanding Decision-Making and Decision Difficulty in Women With an Unintended Pregnancy in the Netherlands | Descrever os processos de tomada de decisão de mulheres que enfrentaram uma gravidez indesejada: (a) optaram pelo aborto e tiveram nenhuma ou pouca dificuldade na decisão, (b) optaram pelo aborto e tiveram mais dificuldade de decisão; (c) decidiram dar à luz depois de considerar o aborto, experimentaram grande dificuldade de decisão. | Qualitativo | Mulheres com pouca dificuldade na decisão, sentem-se aliviadas imediatamente após o aborto, com recuperação física e emocional rápida. Mulheres com muita dificuldade na decisão, guarda memórias dolorosas sobre o procedimento, podendo se sentir culpada e desapontada. Embora a maioria das mulheres em todos os grupos estivesse satisfeita com a decisão final, as mais satisfeitas eram as do grupo pouca dificuldade. Tanto no grupo com muita dificuldade de decisão quanto no grupo parto, havia mulheres que tiveram dificuldade em aceitar sua escolha final. | PubMed |



| | | | | | | |
|------------|---|---|--|--------------|---|--------|
| E11 | Vallely, LM; Homiehombo, P; Kelly-Hanku, A e Whittaker A, 2015. | Unsafe abortion requiring hospital admission in the Eastern Highlands of Papua New Guinea - a descriptive study of women's and health care workers' experiences | Descrever, a partir do cenário de Papua Nova Guiné, as razões pelas quais as mulheres recorrem ao aborto inseguro, as técnicas utilizadas, as consequências que levam à internação hospitalar e as razões por trás do aborto e da procura de atendimento pós-aborto. | Qualitativo | As mulheres procuraram atendimento pós-aborto devido ao sangramento vaginal excessivo e fortes dores abdominais, algumas com medo de morrer se não procurassem ajuda. A maioria se sentiu aliviada por não estar mais grávida e outras relataram sentimento de tristeza e falaram de arrependimento pelo que haviam feito. | PubMed |
| E12 | Gerdts C, Raifman S, Daskilewicz K, Momberg M, Roberts S e Harries J, 2017. | Women's experiences seeking informal sector abortion services in Cape Town, South Africa: A descriptive study | Compreender a experiências das mulheres que procuram aborto no setor informal na África do Sul, e testar método de recrutamento específico, que pode levar a melhores estimativas da prevalência de aborto no setor informal entre uma população em risco. | Quantitativo | Mais da metade da população do estudo (57%) relatou ter sido informada sobre efeitos colaterais do aborto, por amigos, familiares ou membros da comunidade (19%) e curandeiros (5%). 93% das mulheres relataram "sangramento intenso" e 11 (26%) procuraram atendimento médico. Houve relatos de dores abdominais (88%), tonturas (57%) e náuseas (50%). Uma mulher teve infecção após o procedimento. Quando suas tentativas falharam, cinco mulheres buscaram tratamento adicional para interromper a gravidez. | PubMed |

Fonte: Autor, 2020

Discussão

O Estereótipo Feminino E Repercussões Sociais Nas Condições Do Aborto No Contexto Da Clandestinidade

A amostra deste estudo traz as percepções do estigma em relação ao aborto. Mostra tanto a visão da mulher que aborta e seus sentimentos em relação aos comentários e julgamentos, quanto a visão da sua comunidade quando descobrem uma interrupção da gravidez.

No estudo E1, são mencionados artigos sobre o estigma do aborto. Alguns trabalhos abordam que o estigma num geral, marca o indivíduo com a vergonha, mancha sua identidade e, por consequência, o exclui e censura. Tratando-se do aborto, é destacado que a mulher quando



interrompe a gravidez, tem caráter desnaturado ao recusar a maternidade, além de serem consideradas esposas más e egoístas na visão da sociedade. Foi apresentado também o “auto estigma” e o “estigma sentido”, ou seja, a internalização dos preconceitos e as atitudes de desvalorização vindo de terceiros. A interiorização deste sentimento, geralmente é expressa após a exposição a comentários negativos sobre outras mulheres que realizaram um aborto, e acabam acreditando no discurso. O sentimento pode ser pior às que creem que a responsabilidade de evitar a gravidez é apenas delas (COCKRILL, NACK, 2013).

Os estudos E1 e E6, trazem que as mulheres que realizaram um aborto, tinham certeza de que seriam desprezadas ou vistas de forma diferente se alguém descobrisse que ela realizou, ou procurou informações sobre o procedimento. Assim como traz Mohamed et al. (2018), onde as entrevistadas afirmam que seriam julgadas, ouviriam comentários maldosos e que as pessoas da família ficariam decepcionadas. Houve também a aceitação de algumas das participantes, pois “*não adiantava se preocupar com julgamento ou fofoca, pois a decisão havia sido tomada e o aborto já havia ocorrido*” (Mohamed et al., 2018), mostrando uma autoconfiança em relação as suas próprias escolhas.

O artigo E6 mostra que, mulheres que procuraram aborto, mas que optaram por continuar a gravidez, perceberam menos o estigma social e individual que quem realizou. Ao escolher terminar com a gravidez, é desafiado o conceito de “natureza da mulher” que é ser mãe, onde o seu papel é cuidar dos mais vulneráveis e a sua sexualidade serve apenas para procriação (KUMAR et al., 2009). A estigmatização do aborto ocorre pois viola as projeções do “ser feminino” e contraria as normas sexuais, reprodutivas, sociais e religiosas (USHIE et al., 2019), além de envergonhar e calar quem realiza o aborto, tornando este um processo solitário, como aponta o estudo E1.

O autor do estudo E6, traz também, que mulheres que contaram para duas ou mais pessoas sobre o procedimento e tiveram suporte da família, sentiram menos o estigma do que aquelas que não informaram a ninguém ou não tiveram apoio de alguém que confiavam. Isso ocorre pois, com a normalização do aborto e apoio da família, o estigma é desviado destas mulheres fazendo com que elas não internalizem o sentimento de



vergonha ou culpa, não havendo necessidade de manter sigilo (HOGGART, 2017). Já Cockrill e Nack (2013), mostram em seu estudo que todas as entrevistadas contaram para alguém sobre o aborto, porém assim que obtiveram comentários negativos, param de expor.

Mulheres brancas, casadas e de religião católica ou protestante sentiram mais o julgamento da sociedade e delas mesmas (COCKRILL, NACK, 2013) do que outros grupos, conforme o estudo E6. Contudo, o artigo E7 traz que, no sul dos Estados Unidos, tanto a comunidade branca quanto a negra experienciam as manifestações do estigma de forma semelhante, como os comentários negativos, culpa e discriminação. Em países altamente cristãos, quando questionado a população jovem do estudo se cometer aborto é um pecado, a grande maioria dos entrevistados concordou (MAKENZIUS et al., 2019), atribuindo esta ideia a fé em Deus e a crença de que a vida é sagrada (MOHAMED et al., 2018).

Em algumas comunidades, o aborto é interpretado de forma negativa, em que a mulher está matando seu filho e são rotuladas de irresponsáveis, egoístas, fracas, insensíveis e imorais. As mulheres que experienciam uma gravidez indesejada ou um aborto, são taxadas de “pagãs”, “prostitutas” e “assassinas”, sendo alvo de comentários vexatórios, como traz os estudos E7 e E9, além de serem isoladas e consideradas candidatas ruins ao casamento e vistas como maus exemplos para as meninas mais jovens. O isolamento e a rejeição, faz com que as mulheres abandonem seu trabalho e busquem moradia em outras comunidades onde ninguém conhece seu passado (USHIE et al., 2019) (MOHAMED et al., 2018).

Conforme os autores do estudo E9 trazem, o medo do isolamento social, ser presa e falta de sensibilidade e desatenção dos profissionais em unidades de saúde (IZUGBARA, EGESA, OKELO, 2015), faz com que as mulheres evitem contar para a família sobre o procedimento e busquem serviços inseguros longe de sua comunidade. Para as entrevistadas do estudo de Izugbara, Egesa e Okelo (2015), aborto seguro é conseguir proteger a saúde física e os resultados sociais negativos que o procedimento acarreta depois.

É essencial que o estigma do aborto no contexto da clandestinidade seja minimizado para que seja possível a prevenção de



reações prejudiciais, como estresse, solidão e evasão dos serviços de saúde, como mostra o estudo E7.

Repercussões Do Aborto Na Saúde Física Das Mulheres

Tratando-se das questões biológicas, os estudos da amostra apontam desde sintomas mais leves como náuseas e cefaleia, até necessidade de cirurgias para reverter o quadro das complicações de um aborto realizado por alguém não qualificado.

Os estudos E2 e E3 apresentam um relato de caso, onde ambas as pacientes realizaram o aborto com inserção de plantas ou gravetos no útero. O artigo E2, expõe que a paciente apresentou sangramento abundante, com perda de consciência após inserção de substâncias abortivas no colo uterino por um fito terapeuta local. A paciente precisou passar por cirurgia de emergência, onde foram encontradas alterações uterinas que resultou na necessidade de uma histerectomia total. Já o estudo E3, a paciente chegou na unidade de saúde com dor em baixo ventre e sangramento vaginal constante, onde na inspeção foi encontrado um graveto de 14cm que havia sido inserido por um abortista local. A paciente apresentou choque séptico e foi submetida a uma laparotomia de emergência, e constatou ruptura uterina e necrose de alça intestinal. Melese et al. (2017) evidencia em seu estudo que, 0,5% a 1,1% das pacientes atendidas em unidades de saúde necessitaram de cirurgias como histerectomia e laparotomia, além de casos de insuficiência hepática e renal. Um estudo do Rio de Janeiro, aponta que em 2,6% dos casos foi realizada histerectomia (MADEIRO, RUFINO, 2017), mostrando que este procedimento é frequente em diferentes lugares do mundo.

O artigo E5 aponta que, mulheres que realizam interrupção da gravidez com médicos, enfermeiras, parteiras, independente da sua condição financeira (pobre, não pobre, moradora de zona rural ou urbana), apresentam menor incidência de complicações (19% a 34%) do que às que buscam aborto com curandeiros, farmacêuticos, auto induzem ou com uma pessoa não treinada (54% a 80%). Como Ziraba et al. (2015) descreve, mulheres divorciadas, estudantes e fazendeiras tiveram proporções significativamente maiores de complicações graves em



comparação com outras categorias. Além disso, o estudo E5 explica que, mulheres não pobres e moradoras de áreas urbanas, realizam mais abortos com médicos, enfermeiras e parteiras, do que mulheres pobres que vivem em zona rural.

Sepse foi a manifestação clínica mais comum em 27,4% das mulheres em Malawi, seguido de retenção de produtos da concepção e febre, segundo o artigo E8. De acordo com a classificação dos autores, 20,7% das mulheres atendidas nas unidades de saúde apresentaram morbidade grave (sepse, febre, insuficiência de órgãos, peritonite, taquicardia, choque, tétano, morte), já um estudo de 2016 de Botswana, declara que 11% das pacientes foram classificadas como morbidade alta (MELESE et al., 2017). Em análise, a causa mais frequente das condições potencialmente fatais foi a hemorragia; no entanto, a infecção foi a principal causa de morte (DRAGOMAN et al., 2014). De 2.067 mulheres que compunham a amostra do estudo, oito delas morreram ao chegar na unidade de saúde por complicações do aborto, dando uma estimativa de 98 morte maternas anualmente no Malawi. Em 2018, Calvert et al. publicou uma pesquisa que teve como base 70 estudos, onde 28 deles o acesso do aborto é limitado, foi estimado que pelo menos 9% das internações hospitalares relacionadas ao aborto tem complicações de *near miss* (quase morte), e 1,5% termina em óbito. No Brasil, 2,5% das hospitalizações dos anos de 2008 a 2017 foram casos de *near miss* (ANIS, 2019).

Assim como os estudos E2 e E3, sangue e hemoderivados foram tratamento frequentes nas pacientes dos estudos, como mostra Medeiro e Rufino (2017), onde 7,7% das pacientes receberam transfusão sanguínea em seu estudo. Um artigo de 2014 que fornece dados de diversos países, hemorragia em mulheres que sofrem *near miss* após um aborto, foi o achado clínico mais comum e a transfusão sanguínea a intervenção mais frequente (DRAGOMAN et al., 2014).

E11 aponta que frequentemente há demora na procura de atendimento após o aborto nos contextos da clandestinidade, podendo levar de seis dias a quatro semanas depois do procedimento. A apresentação tardia a um atendimento de saúde, contribui para o aumento das complicações (ZIRABA et al., 2015). As mulheres do estudo



descrevem que buscam o hospital devido sangramentos que duram mais tempo do que o esperado, ou sentiram outros sintomas como tonturas, dores nas costas e abdominais. Algumas experienciam sintomas muito graves, desencadeando medo da morte caso não recebam atendimento especializado. E12 mostra além de sangramentos, sintomas de náuseas em 50% das entrevistadas. No Brasil, cerca de 250 mil mulheres utilizam o SUS para tratar de complicações do aborto todos os anos (ANIS, 2019).

Com isso, podemos perceber que o aborto no contexto da clandestinidade resulta em comprometimento a saúde, elevando sua taxa de mortalidade, além de sobrecarregar e aumentar os custos para o sistema médicos (ANJOS et al, 2013).

O Significado Emocional E A Saúde Mental Das Mulheres No Contexto Do Aborto

A saúde mental após um aborto no contexto da clandestinidade, está em consonância com o estigma que a prática carrega, pois, a falta de apoio e discriminação, pode estar relacionada a sentimentos negativos e transtornos psicológicos futuros. Em nossa amostra, encontramos cinco estudos que abordam a saúde psicológica da mulher após realizar um aborto, sobretudo os aspectos emocionais que envolvem o processo, sejam eles sentimentos de alívio ou de culpa.

O estudo E1, mostra que a necessidade de manter o aborto em segredo é motivo de sofrimento psicológico, além de serem mais propensas ao desenvolvimento de ansiedade e depressão (CAMERON, 2010), pois o medo de ser julgada, faz com que internalizem a discriminação, levando a insegurança.

Como apresentado anteriormente sobre o estigma do aborto, os estudos E6 e E4, mostram que mulheres que sofreram mais com o julgamento após realizar o procedimento, tiveram mais chances de apresentarem sofrimento psicológico anos mais tarde, pois internalizam o sentimento de preconceito ou recebem comentários negativos após o aborto, como evidencia um estudo de 2018, onde as mulheres com saúde mental mais fragilizada, apresentam maiores chances de sofrimento psicológico devido a tensão que o aborto (REARDON, 2018), (ou qualquer outro evento estressor) pode causar (STEINBERG, FINER, 2011). Porém,



o estudo E6 traz que a ansiedade era maior no período em que procuravam um modo de terminar a gravidez em comparação com anos depois, como mostra Daugirdaitė et al. (2015), em que um estudo da amostra aponta que adolescentes apresentaram menores níveis de angústia após o procedimento em comparação a antes do aborto.

Tratando-se de raça/etnia, brancos e não hispânicos tiveram mais propensão de relatar angústia do que outros grupos, em concordância com o artigo E4. Um estudo de 2010, aborda os fatores de risco para depressão pós abortamento, onde foi encontrado fatores socioeconômicos, uso de álcool e drogas, local de moradia, falta de apoio social, violência doméstica (MARIUTTI, FUREGATO, 2010) e maior religiosidade (NOMURA et al., 2011).

O estudo E10, aborda os sentimentos das mulheres que tiveram pouca ou muita dificuldade em decidir sobre realizar o aborto. Mulheres com pouca dificuldade na decisão, podiam contar com o apoio do companheiro sobre sua decisão, e pensavam sua carreira mais do que em ser mãe, da mesma maneira que o estudo E4 aponta. Após o procedimento, sentiram-se aliviadas e nem um pouco angustiadas e com a certeza de que foi a escolha certa (REARDON, 2018), assim como traz o artigo E11, além de apresentarem uma recuperação física e psicológica bem rápida.

Já o grupo que manifestou muita dificuldade para a tomada de decisão, tanto no estudo E10 quanto no E4, geralmente sentem-se felizes pois a gravidez era desejada, porém não contam com o apoio do parceiro, mas também compreendem que não seria o melhor momento. Após o procedimento, a recuperação física e emocional é mais demorada, revelam recordações dolorosas e às vezes obsessivas (REARDON, 2018), além de culpa, decepção (CAMERON, 2010), como mostrou também o estudo E11, com a percepção de que foi um dos momentos mais estressantes de sua vida.

Porém, é raro que haja sentimento de arrependimento e, quando ocorre, sentiu-se forçada pelo parceiro a terminar a gravidez. Já o estudo E4, mostra que as mulheres que tinham a gravidez mais planejada, menos apoio da família, maior dificuldade em decidir sobre a terminação da gravidez e maior conflito pessoal em relação ao aborto (CAMERON,



2010), experienciaram mais sentimentos negativos ao longo dos anos e maior probabilidade de sofrimento mental (REARDON, 2018).

No estudo E11, algumas entrevistadas relataram que o sentimento de luto e culpa foram agravados pela falta de empatia e comentários negativos da equipe de saúde, é percebido um ambiente julgador e a indiferença dos profissionais frente às suas demandas, como explica o artigo E1. Romio et al. (2015), aponta que, a prática do aborto pode gerar ainda mais sofrimento em mulheres que vivem em países onde ainda é criminalizado, visto que, além da demora para encontrar um local para terminar a gravidez, precisam lidar com a falta de humanização dos serviços de saúde e principalmente o medo de serem denunciadas pela equipe.

Horvath e Schreiber (2017) apontam que 95% das entrevistadas afirmaram que terminar a gravidez foi a decisão certa a ser tomada, assim como o artigo E4, e, à medida que o tempo passa, pensam com menos frequência no aborto, como destaca também o estudo E10.

Pode-se dizer que, a maioria das mulheres que passam por um aborto induzido sente pelo menos um sentimento negativo, considerando todo o processo de aborto, desde o momento da decisão, o apoio e as motivações para a terminação da gravidez, até o período pós aborto. Alguns estudos trazem que condições mais graves de sofrimento mental estão atrelados a criminalidade do aborto (ROMIO et al., 2015). Contudo, não são todas as mulheres que experienciam sofrimento psicológico depois de abortar (REARDON, 2018) (STEINBERG, FINER, 2011).

Considerações Finais

O presente trabalho entende que as repercussões do aborto são dinâmicas, manifestando-se de acordo com a individualidade e particularidade de cada uma que passa por este processo. Apresentou-se que cada um desses resultados estão atrelados entre si, visto que o estigma do aborto faz, por muitas vezes, com que mulheres internalizem os preconceitos ouvidos e vividos, e ainda busquem o aborto inseguro, levando a maiores chances de sofrimento psicológico, sentimento de inferioridade e negligência, além do sofrimento físico. Estudos apontam que, a experiência e o medo do julgamento nas unidades de saúde por



parte dos profissionais, repercutem negativamente na saúde das nossas mulheres.

Nota-se também que há uma baixa produção científica sobre a temática no Brasil, considerando-se que é um país com leis sobre aborto altamente restritivas, sendo necessário maior interesse das categorias profissionais em trazer estudos sobre o tema.

É necessário desmistificar a ideia de “assassinato” quando trata-se de aborto, reduzir o estigma tanto para os profissionais, quanto para a população em geral, informar as mulheres sobre seus direitos reprodutivos e de contracepção e, no caso do aborto provocado no contexto da clandestinidade, garantir uma atenção humanizada e empática nas instalações de saúde, demonstrando interesse e apoio às mulheres que passam pelo procedimento, para evitar e reduzir complicações, tanto físicas quanto emocionais.

Por se tratar de uma revisão, este trabalho tem como limitação a escassez de estudos relacionados à temática, principalmente no Brasil, porém que são essenciais para o cuidado por se tratar de uma temática de grande relevância social e de saúde.

Referências

ADESSE, Leila et al. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 14, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413812320152112.07282015>. Acesso em: 16 nov. 2020.

ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 12, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S010311042013000300014>. Acesso em: 17 nov. 2020.

Anis Instituto de Bioética. Aborto: por que precisamos descriminalizar. Brasília, 2019, 56 p. Disponível em: <http://www.mulheressocialistas.org.br/wp->



content/uploads/2019/09/Cartilha-ABORTO.pdf. Acesso em: 17 nov. 2020.

BEARAK, Jonathan et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet*, Nova York, v. 8, p. 9, julho 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6). Acesso em: 17 nov. 2020.

BORSARI, Cristina Mendes Gigliotti et al. Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 27-32, jan. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000100006>. Acesso em: 17 nov. 2020.

BRASIL. Casa Civil. Decreto n. 2848, de 07 de dezembro de 1940. *Diário Oficial da União*. Rio de Janeiro, 07 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 17 nov. 2020.

CALVERT, Clara et al. The magnitude and severity of abortion related morbidity in settings with limited access to abortion services: a systematic review and meta-regression. *Bmj Glob Health*, Sydney, v. 692, n. 3, p. 1-12, maio 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000692>. Acesso em: 17 nov. 2020.

CAMERON, Sharon. Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Reino Unido, v. 24, n. 5, p. 657-665, out. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.02.001>. Acesso em: 17 nov. 2020.

CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. Integrality of nursing care provided to women who have experiencing experienced an unsafe abortion. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 130-135, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140019>. Acesso em: 30 nov. 2020.

COCKRILL, Kate; NACK, Adina. “I'm Not That Type of Person”: managing the stigma of having an abortion. *Deviant Behavior*, v. 34, n. 12, p. 973-990, 14 ago. 2013. Disponível em:



<https://doi.org/10.1080/01639625.2013.800423>. Acesso em: 17 nov. 2020.

DINIZ, Debora et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.653-660, fev. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. Acesso em: 17 nov. 2020.

DRAGOMAN, M et al. Overview of abortion cases with severe maternal outcomes in the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: a descriptive analysis. *Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 121, p. 25-31, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12689>. Acesso em: 17 nov. 2020.

GANATRA, Bela et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, v. 390, n. 10110, p. 11, setembro 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4). Acesso em: 17 nov. 2020.

GUILLAUME, Agnès; ROSSIER, Clémentine. Abortion Around the World An Overview of Legislation, Measures, Trends, and Consequences. *Cairn*, França, v. 73, n. 2, p.217-306, fev. 2018. Disponível em: <https://www.cairn-int.info/journal-population-2018-2-page-217.htm>. Acesso em: 17 nov. 2020.

HOGGART, Lesley. Internalised abortion stigma: young women's strategies of resistance and rejection. *Feminism & Psychology*, Reino Unido, v. 27, n. 2, p. 186-202, 20 abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0959353517698997>. Acesso em: 17 nov. 2020.

HORVATH, Sarah; SCHREIBER, Courtney. Unintended Pregnancy, Induced Abortion, and Mental Health. *Current Psychiatry Reports*, Estados Unidos, v. 77, n. 19, p. 1-6, set. 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11920-017-0832-4>. Acesso em: 17 nov. 2020.

IZUGBARA, Chimaraoke O; EGESA, Carolyne; OKELO, Rispah. 'High profile health facilities can add to your trouble: women, stigma and un/safe abortion in Kenya. *Social Science & Medicine*, Kenya, v. 141, p. 9-18, set. 2015. Disponível em:



<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.07.019>. Acesso em: 17 nov. 2020.

KUMAR, Anuradha et al. Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, v. 11, n. 6, p. 625-639, ago. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MADEIRO, Alberto Pereira; RUFINO, Andréa Cronemberger. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em teresina, piauí, brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.04252016>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MAKENZIUS, Marlene et al. Stigma related to contraceptive use and abortion in Kenya: scale development and validation. *Reproductive Health*, Stockholm, v. 16, n. 1, p. 1-10, 6 set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0799-1>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MARIUTTI, Mariana Gondim; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 2, p. 183-189, abr. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200003>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MELESE, Tadele et al. High Levels of Post-Abortion Complication in a Setting Where Abortion Service Is Not Legalized. *Plos One*, v. 12, n. 1, p. 1-13, 6 jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166287>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MOHAMED, Deeqa et al. Stigma and agency: exploring young kenyan women's experiences with abortion stigma and individual agency. *Reproductive Health Matters*, v. 26, n. 52, p. 128-137, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1492285>. Acesso em: 17 nov. 2020.

NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto *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, nov. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000600010>. Acesso em: 17 nov. 2020.

OMS. Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 123p. Genebra: Oms, 2013. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/pt/. Acesso em: 17 nov. 2020.

OMS: Organização Mundial da Saúde. Preventing unsafe abortion. Organização Mundial da Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>. Acesso em: 17 nov. 2020.

REARDON, David C. The abortion and mental health controversy: a comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *Sage Open Medicine*, Springfield, v. 6, p. 1-38, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2050312118807624>. Acesso em: 17 nov. 2020.

ROMIO, Caroline Matos et al. Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil. *Psicologia Revista*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 61-81, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/24229>. Acesso em: 17 nov. 2020.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p.5-6, jun. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SANTOS, Vanessa Cruz et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 3, p.494-508, dez. 2013a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300014>. Acesso em: 17 nov. 2020.

SANTOS, Vanessa Cruz et al. Aborto no Brasil: Impactos da ilegalidade na saúde pública. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Bahia, v. 4, n. 4, p.1527-1544, dez. 2013b.

STEINBERG, Julia R.; FINER, Lawrence B. Examining the association of abortion history and current mental health: a reanalysis of the national



comorbidity survey using a common-risk-factors model. *Social Science & Medicine*, Estados Unidos, v. 72, n. 1, p. 72-82, jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.006>. Acesso em: 17 nov. 2020.

USHIE, Boniface Ayanbekongshie et al. Community perception of abortion, women who abort and abortifacients in Kisumu and Nairobi counties, Kenya. *Plos One*, v. 14, n. 12, p. 1-13, 12 dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226120>. Acesso em: 17 nov. 2020.

ZIRABA, Abdhahah Kasiira et al. Unsafe abortion in Kenya: a cross-sectional study of abortion complication severity and associated factors. *Bmc Pregnancy And Childbirth*, Kenya, v. 15, n. 1, p. 1-11, 15 fev. 2015. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0459-6>. Acesso em: 17 nov. 2020.

Repercussions Of Unsafe Abortion In Women's Lives: Narrative Review Of Scientific Production

ABSTRACT: Abortion is the interruption of pregnancy until the 20-22th week, with the fetus weight less than 500g, being spontaneous or induced. Unsafe abortion is performed by unqualified owners, more common in countries with restrictive laws. Between 2010-2014, 25.1 million abortions occurred worldwide and 97% of them in developing countries. The aim of this paper is to analyze the biopsychosocial repercussions of unsafe abortion in women's lives and health. Through the narrative review, the bibliographic research was conducted in LILACS, BDNF, MEDLINE/PubMED and SciELO database, published between 2015-2020. We obtained a sample of twelve articles, where it was possible to observe physical repercussions, such as sepsis, infertility and death. The stigma was more perceived by women who live in religious countries and did not had family support, just as negative consequences are linked to emotional support. The results show that the repercussion of unsafe abortions are manifested dynamically, according to the individuality of each woman, but attached. We need more studies in the area addressing the issue, especially in countries with restrictive laws.

KEYWORDS: Induced Abortion. Reproductive Health. Women's Health.

Greta Sasso

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Foi bolsista de Iniciação Científica em projeto de mestrado acadêmico pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: gretait@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6524-8494>

Jéssica Machado TELES

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do

Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem

Materno-infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS. Possui mestrado e doutorado em

Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

(PPGenf).

E-mail: jeteles.enf@gmail.com

Letícia Becker VIEIRA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Assistência

e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio

Grande do Sul (UFRGS).

E-mail: lbeckervieira@gmail.com

Recebido em: XX/XX/XXXX

Aprovado em: 21/12/2021