

**O PLANEJAMENTO FAMILIAR E A MORTALIDADE MATERNA POR ABORTO**Nathalie Luciano dos Santos<sup>a</sup>Emerson Garcia<sup>b</sup>**Resumo**

A mortalidade materna é considerada um excelente indicador de saúde, não apenas da mulher, mas da população como um todo. No Brasil, a morte materna configura-se como um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde, as altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, atingindo desigualmente aquelas das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais nas várias regiões brasileiras. O planejamento familiar, quando oferecido de forma contínua e prolongada, pode contribuir para a redução do número de gestações indesejadas, de abortos ilegais e da mortalidade materna. Trata-se de estudo de revisão sistemática de literatura do tipo exploratória com abordagem qualitativa. Após a leitura seletiva das referências, teve início a fase analítica. Realizou-se o agrupamento em duas categorias temáticas, a seguir discriminadas: (1) o homem no planejamento familiar; (2) contracepção pós-abortamento e redes de cuidado. No que tange ao aborto, a participação masculina é de extrema relevância, pois a não aceitação da gravidez ou o abandono do parceiro são alguns dos motivos que levam a mulher ao aborto provocado. O cuidado integral à saúde da mulher em situações de abortamento deve incluir, além do tratamento de emergência, o acesso universal ao planejamento reprodutivo, inclusive orientações para as mulheres que desejam uma nova gestação.

**Palavras-chave:** Planejamento familiar. Aborto. Saúde da mulher.

<sup>a</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: [nathalie.l.teixeira@gmail.com](mailto:nathalie.l.teixeira@gmail.com)

<sup>b</sup> Enfermeiro. Doutorando em Administração pela Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: [enfemerson@bol.com.br](mailto:enfemerson@bol.com.br)

**Endereço para correspondência:** Av. Leovigildo Filgueiras, n. 392, Garcia. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40100-050. E-mail: [nathalie.l.teixeira@gmail.com](mailto:nathalie.l.teixeira@gmail.com)

## FAMILY PLANNING AND MATERNAL MORTALITY FOR ABORTION

### **Abstract**

Maternal mortality is considered an excellent indicator of health, not only for women but also for the population as a whole. In Brazil, maternal death is a public health problem. According to the Ministry of Health, the high rates of maternal mortality constitute a framework of violation of human rights for women and children, unequally affecting those of the lower income classes and with less access to social assets in various Brazilian regions. Family planning, when provided on a continuous and protracted basis, can contribute to reducing the number of unwanted pregnancies and illegal abortions as well as maternal mortality rates. This is a systematic review of literature with a qualitative approach and exploratory nature. After selective reading of the references, the analytical phase began. The data were grouped into two thematic categories, as follows: (1) The man in family planning; (2) Post-abortion contraception and care networks. Regarding abortion, male participation is extremely relevant, and non-acceptance of pregnancy as well as partner abandonment were some of the reasons that lead women to abortion. Comprehensive care for women's health in abortion situations should include universal access to reproductive planning and guidelines for women seeking a new pregnancy, in addition to emergency treatment.

**Keywords:** Family planning. Abortion. Women's health.

## LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA MORTALIDAD MATERNA POR ABORTO

### **Resumen**

La mortalidad materna se considera un excelente indicador de salud no solo de la mujer, sino de la población como un todo. En Brasil, la muerte materna se configura como un problema de salud pública. Según el Ministerio de Salud, las altas tasas de mortalidad materna componen un cuadro de violación a los derechos humanos de mujeres y de niños, alcanzando desigualmente las clases sociales con menor ingresos y acceso a los bienes sociales, en las distintas regiones brasileñas. La planificación familiar, cuando se ofrece de forma continua y prolongada, puede contribuir a la reducción del número de embarazos no deseados y abortos ilegales, y de la mortalidad materna. Se trata de un estudio de revisión sistemática de literatura de tipo exploratorio, con abordaje cualitativo. Después de la lectura selectiva de las referencias, se inició la fase analítica. Se realizó el agrupamiento en dos categorías temáticas: (1) el hombre en la planificación familiar;

(2) contracepção postaborto y redes de cuidado. En lo que se refiere al aborto, la participación masculina es de extrema relevancia, pues la no aceptación del embarazo o el abandono del compañero son algunos de los motivos que llevan a la mujer al aborto. El cuidado integral a la salud de la mujer en situaciones de aborto debe incluir, además del tratamiento de emergencia, el acceso universal a la planificación reproductiva, comprendiendo orientaciones para las mujeres que desean una nueva gestación.

**Palabras clave:** Planificación familiar. Aborto. Salud de la mujer.

### INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é considerada um excelente indicador de saúde, não apenas da mulher, mas da população como um todo. No Brasil, a morte materna configura-se como um problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (MS), as altas taxas de mortalidade materna compõem um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e de crianças, atingindo desigualmente aquelas das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais nas várias regiões brasileiras<sup>1</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna segundo expresso na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como:

A morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.<sup>2:12</sup>

A incidência de gestações indesejadas não só no Brasil, como em outros países em desenvolvimento ainda é alta. Cerca de 25% dessas gestações terminará em abortamento, na maioria das vezes inseguro, levando quase 67 mil mulheres à morte anualmente, e das que forem levadas a termo, uma parte resultará na não aceitação da criança, levando a importantes repercussões individuais, familiares e sociais<sup>3</sup>.

Salvador (BA) é uma cidade com índices elevados de mortalidade materna por aborto inseguro, cerca de cinco vezes maior que o mínimo definido como aceitável pela OMS, que é de 10 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, revelando o risco maior de morrer por causas maternas, nos distritos mais pobres da periferia<sup>4</sup>.

Na tentativa de buscar caminhos e soluções para reduzir o problema da mortalidade materna, algumas estratégias têm merecido destaque: adequado sistema de registro de nascimentos e mortes, implantação de comitês de mortalidade materna, incentivo ao planejamento familiar, qualidade na atenção pré-natal, capacitação profissional, incremento tecnológico, treinamento de parteiras tradicionais e institucionalização do parto.

O planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e as que preferem adiar o crescimento da família, e é assegurado pela Constituição Federal e pela Lei n. 9.263/1996<sup>5</sup>.

Embora a Política Nacional de Planejamento Familiar (PNPF) tenha uma concepção coerente e com base em direitos, ainda existem dificuldades para o acesso universal à saúde reprodutiva no Brasil, pois tanto essa política quanto a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ainda apresentam problemas para atender a demanda por métodos contraceptivos, especialmente da população mais carente e das comunidades mais distantes dos grandes centros urbanos<sup>6</sup>.

A PNPF foi criada em 2007 e inclui a oferta de oito métodos contraceptivos gratuitos, além da comercialização de anticoncepcionais a preços reduzidos na rede Farmácia Popular.

Nesse contexto, o planejamento familiar, quando oferecido de forma contínua e prolongada, pode contribuir para a redução do número de gestações indesejadas, abortos ilegais e mortalidade materna.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é discutir como esse planejamento familiar pode colaborar para a redução da mortalidade materna por aborto, identificando quais fatores podem potencializar suas ações.

#### PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

Do início do século XX até meados da década de 1970, a mulher era assistida de forma restrita, reducionista e fragmentada, com ações voltadas ao ciclo gravídico-puerperal. As ações eram verticalizadas e centralizadoras, o que distanciava as medidas adotadas das reais necessidades dessa população. Dessa forma, o movimento feminista iniciou uma série de reivindicações com o objetivo de incorporar às políticas de saúde da mulher outras questões como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis<sup>7</sup>.

A maior inserção da mulher no mercado de trabalho na década de 60 e a expansão feminista coincidiram com a chegada maciça dos métodos anticoncepcionais, como pílula e

DIU (dispositivo intrauterino), facilitando a aceitação pelas mulheres, pois eram associados a ideia de dissociar sexualidade da procriação<sup>7</sup>.

Em 1984, o governo brasileiro lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que adotava políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios de contracepção e buscava integralizar essa assistência, incorporando medidas educativas, preventivas, de promoção, diagnóstico, tratamento e recuperação nos âmbitos da ginecologia; pré-natal, parto e puerpério; climatério; planejamento familiar; doenças sexualmente transmissíveis e câncer de mama e colo de útero<sup>8</sup>.

Em 1996, o MS, em parceria com Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), lançou o Projeto Maternidade Segura, que pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal com a melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido<sup>1</sup>.

Além disso, o governo lançou, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, com seus diferentes componentes de incentivo à assistência pré-natal, a organização, regulação e novos investimentos na assistência obstétrica, em razão da importância da atenção de pré-natal na redução das taxas de mortalidade materna<sup>1,6</sup>.

Já em 2004, o MS elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM)<sup>1</sup>, que reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, com enfoque principal na atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual.

Até o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde da mulher não era o foco das políticas públicas – antes disso, os serviços de saúde eram organizados na perspectiva de manter a força de trabalho, que consistia em homens assalariados urbanos e operários das indústrias.

Essa supremacia masculina na prioridade à saúde era reflexo da hierarquia social entre os gêneros, e, desde a antiguidade, a mulher não era vista como um sujeito de direitos; a partir do século XIX, houve uma exaltação do papel da maternidade. A partir de inquietações de movimentos feministas na década de 1960, que questionavam esses papéis, foi que começaram a surgir discussões sobre gênero. Assim, compreender gênero inclui conhecer toda a trajetória da invisibilidade feminina ao longo da história e a maneira como se formaram as relações de subordinação entre homens e mulheres<sup>9</sup>.

Historicamente, da mulher se espera, social e ideologicamente, o encontro com a felicidade completa no espaço da família como mãe e esposa, esta sendo uma extensão

da feminilidade, o que é questionado quando ocorre uma mudança dos papéis predefinidos pela sociedade<sup>9</sup>.

Quanto aos homens, são estes a representação do poder, negando qualquer ato de ternura, passividade e dependência: são decididos, sexualmente insaciáveis e sedutores, competitivos e, na busca por esse poder, utilizam inclusive a violência para a autoafirmação e a conquista. Diante dessa cobrança social, os homens não são capazes de demonstrar afeto familiar nem de assumir o cuidado com sua prole<sup>9</sup>.

Assim, as questões de gênero devem ser encaradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas<sup>1</sup>.

As ações de planejamento familiar brasileiras, no âmbito do SUS, são desenvolvidas principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), cujas equipes multiprofissionais trabalham com população adstrita visando à formação de vínculo entre o serviço e a comunidade<sup>10</sup>. No entanto, as intervenções direcionadas ao planejamento familiar se apresentam de forma fragmentada, não atendendo adequadamente à parcela da população feminina que depende desse sistema e expondo as mulheres ao risco de gravidezes não planejadas e/ou indesejadas<sup>11</sup>.

Entretanto, a atenção fragmentada ou inexistente do planejamento familiar, que constitui a realidade de muitas mulheres no Brasil, leva, em 2001, à inclusão desse campo de atenção na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), sendo reafirmado que as ações de planejamento familiar devem fazer parte da atenção básica e que estão entre as responsabilidades mínimas da gestão municipal em relação à saúde da mulher<sup>1</sup>.

Pelo exposto, acredita-se que o foco principal do problema do abortamento induzido é a gravidez indesejada, sendo necessário, portanto, aumentar as possibilidades de se planejar a gestação, valorizando o planejamento familiar. Assim, acredita-se que esse planejamento deva ser pautado em outros conceitos, não o de simplesmente reproduzir informações, e sim de criar espaços de diálogo para que não apenas as mulheres sejam protagonistas, mas que, também, os homens possam ser envolvidos no processo e se responsabilizem por ele, participando das decisões pelo método contraceptivo e dividindo com as mulheres o direito a uma vida reprodutiva que seja guiada pela escolha consciente e pelo desejo de cuidar de uma nova vida<sup>12</sup>.

## O ABORTO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

A questão do abortamento tem sido amplamente discutida com diferentes enfoques, passando por ética, política, movimento organizado de mulheres, igrejas, setores da saúde e aspectos jurídicos, entre outros<sup>13</sup>.

O maior desafio para avaliar a magnitude do aborto no Brasil é a dificuldade de acesso a dados fidedignos, em razão do elevado número de mulheres que omitem ter induzido o aborto nas pesquisas que utilizaram questionários com perguntas diretas<sup>14</sup>.

Portanto, pode-se dizer que o abortamento é um grave problema de saúde pública, pois se estima que ocorram no Brasil cerca de 1 milhão de abortamentos induzidos por ano<sup>15</sup>.

Segundo a OMS, a cada mil mulheres em idade fértil (15 aos 44 anos), 29 induziram o aborto em algum momento da vida. Aproximadamente um terço das 205 milhões de gravidezes que ocorrem no mundo anualmente são indesejadas, e 20% acabam em aborto provocado<sup>16</sup>.

Assim, não olhar para o problema implícito ao abortamento é continuar a reprisar as tragédias vividas isoladamente por mulheres e que resultam, às vezes, na morte de milhares de mulheres pobres, negras e jovens<sup>17</sup>.

A incidência de óbitos por complicações do aborto oscila em torno de 12,5%, ocupando o 3º lugar entre as causas de mortalidade materna, com variações entre os estados brasileiros. A mortalidade materna é uma das mais graves violações aos direitos das mulheres, por se tratar de algo evitável em aproximadamente 92% dos casos e ocorrer predominantemente nos países em desenvolvimento<sup>18</sup>.

No Brasil, onde o aborto é criminalizado, exceto apenas em casos de estupro ou risco de vida da mulher, as taxas de mortalidade materna por aborto não diminuem, apresentando incidência alarmante. Trata-se de quadro merecedor de um tratamento mais sério do que aquele que tem recebido até agora em nossa sociedade<sup>19</sup>.

Faltam, no Brasil, estudos epidemiológicos sobre aborto inseguro e clandestino, principalmente em populações vulneráveis e de renda muito baixa nas quais o peso do aborto é maior nas taxas de morbimortalidade materna e em que mais se faz clara a necessidade de trabalhar a questão do planejamento familiar<sup>16</sup>.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de estudo de revisão sistemática de literatura do tipo exploratória com abordagem qualitativa.

Para a pesquisa foram utilizadas as bases de dados Biblioteca Virtual da Saúde (Bireme), estando nela compreendidas a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), o banco de teses e dissertações da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a Coordenação de

Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Para maior embasamento, fez-se necessária a inclusão de referências complementares de sites como o do MS. A partir das bases de dados, as buscas resultaram em 106 artigos. Utilizou-se, na busca avançada, o termo “mortalidade materna” e, como filtro, os assuntos: “aborto induzido”, “planejamento familiar” e “saúde reprodutiva”. Ainda com o objetivo de articular os descritores, foi adotada a expressão booleana “AND”, que permitiu a inserção de duas ou mais palavras. A busca foi realizada entre os meses de abril e junho de 2017.

Ante o quantitativo de artigos, fez-se necessária uma seleção. Nesse sentido, os critérios utilizados para inclusão foram: texto completo, idioma português, título e objetivo, trabalhos relacionados com o planejamento familiar, aborto e mortalidade materna, além do recorte temporal de 2007 a 2017, com o objetivo de identificar pesquisas mais recentes. Os critérios de exclusão foram: artigos que se encontravam duplicados na base de dados, que retratavam apenas conhecimento dos participantes acerca da temática; que abordassem apenas o aborto espontâneo e que não contivessem no título os termos “aborto”, “planejamento familiar” ou “mortalidade materna”.

Aplicando os critérios estabelecidos, foram encontrados 53 artigos, que receberam leitura flutuante para análise do resumo, palavras-chave e objeto de estudo que contextualizasse acerca do planejamento familiar, do aborto, da mortalidade materna e das políticas públicas em vigência. A partir dessa análise, foram selecionados 27 artigos para leitura exaustiva e composição deste estudo (**Tabela 1**).

**Tabela 1** – Quantidade de artigos por base de dados. Salvador, Bahia – 2007 a 2017

Descritores	Base de dados	Total
MM e PF	SciELO	1
PF e aborto	SciELO	8
MM e PF	Lilacs	6
PF e aborto	Lilacs	9
Aborto	PPGENF	3
<b>Total</b>		<b>27</b>

Fonte: Elaboração própria.  
MM = mortalidade materna  
PF = planejamento familiar

## RESULTADOS

Após a leitura seletiva das referências, teve início a fase analítica. Realizou-se o grupamento em duas categorias temáticas a partir da identificação de sua relevância, de acordo com os autores, na decisão da mulher em abortar e na atenção pós-abortamento, a seguir discriminadas: (1) o homem no planejamento familiar; (2) contracepção pós-abortamento e redes de cuidado. Embora o quantitativo de artigos selecionados tenha sido maior, os que apresentavam as categorias selecionadas foram 13 (**Tabela 2**).

**Tabela 2** – Grupamento por categoria temática e autor. Salvador, Bahia – 2007 a 2017

Homem no planejamento familiar	Contracepção pós-abortamento
Bezerra e Rodrigues <sup>20</sup> ; Casarin e de Siqueira <sup>21</sup> ; Portilho-da-Silva e Lemos <sup>22</sup> ; Silva et al. <sup>23</sup> ; Souza <sup>9</sup> ; Souza e Diniz <sup>24</sup>	Borges et al. <sup>25</sup> ; Carvalho e Paes <sup>26</sup> ; Diniz et al. <sup>27</sup> ; Machado et al. <sup>14</sup> ; Ramos, Ferreira e Souza <sup>13</sup> ; Souza <sup>9</sup> ; Strefling et al. <sup>28</sup>

Fonte: Elaboração própria.

## DISCUSSÃO

### O HOMEM NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

As políticas públicas de atenção à saúde, ao longo da história, vêm sendo marcadas por privilegiarem grupos populacionais específicos, como, por exemplo, as mulheres, as crianças, os adolescentes e os idosos.

A participação masculina é carente de reflexões e análises, reforçando a clara divisão do trabalho reprodutivo, o que faz com que o homem tenha um papel secundário e muitas vezes inexistente na hora da decisão do aborto e da contracepção<sup>22</sup>.

Em relação ao planejamento familiar, as políticas, durante muito tempo, dedicaram-se, principalmente, às mulheres, as quais até hoje são responsabilizadas pela decisão da escolha do anticoncepcional, pelas gravidezes não planejadas e demais atos em relação ao planejamento familiar. Colocar a mulher nesse lugar “privilegiado” deixou o homem na penumbra, fazendo com que alguns mitos, originados de uma cultura machista, se consolidassem na sociedade. Atualmente, incluir os homens nas ações de saúde tem sido um desafio para os profissionais de saúde<sup>21</sup>.

É necessário superar a restrição da responsabilidade das práticas contraceptivas às mulheres, assegurando aos homens o direito à participação na regulação da fecundidade e na reprodução. Entende-se a paternidade como um direito do homem em participar de todo

o processo, incluindo a decisão de ter filhos ou não, como e quando tê-los, assim como o acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.

Os homens, em geral, são uma clientela que pouco acessa os serviços de saúde, sobretudo os da atenção primária. O machismo, o medo e o preconceito se mostram como grandes entraves à busca do serviço de saúde. Aspectos da cultura de uma sociedade patriarcal impuseram à mulher a responsabilidade pela maternidade, pelo lar e pelas tarefas internas da família, e, ao homem, a responsabilidade pelo mundo externo<sup>21</sup>.

Assim, discutir sobre a participação masculina no planejamento familiar é muito mais abrangente do que uma simples definição de vasectomia ou uso do condom, pois exige uma abordagem das relações de gênero, considerando que os homens também têm sentimentos, opiniões, cultura, religião e emoções.

É imprescindível a realização de condutas que estimulem os homens a participarem de atividades no serviço de saúde, compreendendo-o de uma forma mais ampla, com vistas à aquisição de novos conhecimentos e cujo entendimento se torne mais abrangente e vá além da visão de planejamento de filhos<sup>20</sup>.

O fato de os homens estarem comparecendo às UBSs (Unidades Básicas de Saúde) para retirarem o método de barreira pode estar sinalizando para uma realidade em que eles estejam indo além da situação cômoda de apoio às parceiras em relação ao planejamento familiar. Assim, essa situação deve servir de alerta para os profissionais para chamarem esses usuários para outras atividades do planejamento reprodutivo, como, por exemplo, as educativas<sup>21</sup>.

No que tange ao aborto, a participação masculina é de extrema relevância, visto que alguns estudos<sup>9</sup> mostram que a não aceitação da gravidez ou o abandono do parceiro são alguns dos motivos que levam a mulher ao aborto provocado. A relação afetiva é frustrada quando a mulher descobre a gravidez e é abandonada pelo companheiro. O abandono, pois, denota a realidade do cotidiano das mulheres, ou seja, a gravidez se desenvolve no corpo feminino, e a mulher fica responsável pela decisão de levar ou não a gravidez adiante.

Em determinadas situações, a decisão de abortar da mulher independe do desejo e/ou da aceitação do companheiro, e ela assume o direito em relação ao seu corpo, decidindo interromper a gestação independentemente dos prejuízos que o ato possa lhe trazer.

Uma pesquisa<sup>24</sup> mostra a divergência no discurso entre os parceiros, pois o homem assume uma postura que o “exime” da responsabilidade pela decisão da parceira de abortar. Essa exclusão é um aspecto que deve ser observado e incentivado pelos profissionais, pois o

debate sobre a inserção masculina nas políticas de saúde reprodutiva é recente. Em relação ao aborto provocado, o homem se distancia e apenas comparece à maternidade para buscar as mulheres no momento da alta.

No entanto, como a ênfase dada pelos profissionais é no aspecto biológico, na maioria das vezes a mulher não pode relatar seus conflitos conjugais e a forma como eles influenciam no processo saúde-doença.

A submissão da mulher ao homem a coloca em posição de aceitar sem questionar as vontades do companheiro, inclusive no que se refere a relações sexuais desprotegidas<sup>27</sup>.

Portanto, entende-se que, para uma maior adesão masculina ao planejamento familiar é necessário que os serviços se aproximem mais dos homens. O programa deve priorizar ações criativas, educativas e motivacionais em saúde reprodutiva e sexual, envolvendo de forma participativa ambos os sexos, levando em consideração as questões de gênero e respeitando as respectivas singularidades.

#### CONTRACEPÇÃO PÓS-ABORTAMENTO E REDES DE CUIDADO

O cuidado integral à saúde da mulher em situações de abortamento deve incluir além do tratamento de emergência o acesso universal ao planejamento reprodutivo, inclusive orientações para as mulheres que desejam uma nova gestação.

Abordar a visão das mulheres na atenção pós-aborto imediato traz questões importantes sobre a assistência à saúde referente ao aborto que podem refletir, também, na tomada de decisão dessas mulheres de procurarem o serviço de saúde para orientações e informações sobre o planejamento familiar.

O aconselhamento em contracepção e a oferta de insumos contraceptivos ainda durante a hospitalização são parte da atenção pós-abortamento e têm mostrado efeito positivo na adoção de métodos contraceptivos, especialmente os reversíveis de longa duração, como DIU e implantes<sup>25</sup>. Assim, ações que englobam simultaneamente orientação e oferta de insumos são capazes de promover o uso de métodos anticoncepcionais (MAC) pós-abortamento<sup>25</sup>.

Um estudo<sup>26</sup> revela que, com relação aos serviços de saúde, as informações e as orientações sobre os MAC são pouco difundidas e têm falhas quanto ao trabalho de promoção da saúde dessas mulheres.

Mais de um terço das entrevistadas de outra pesquisa já havia realizado pelo menos outro aborto, sinalizando a necessidade de trabalhos educativos que valorizem o campo das subjetividades com adolescentes, mulheres e homens e que permitam desenvolver

a consciência da vivência da sexualidade com entendimento do corpo fisiologicamente preparado para gestar<sup>27</sup>.

Esse quadro mostra a necessidade de ações estratégicas que melhorem as condições para as práticas sexuais e reprodutivas de mulheres, incluindo o atendimento em situação pós-aborto. É importante, sob essa perspectiva, oferecer à mulher apoio e alternativas para que ela tenha acesso aos serviços de planejamento reprodutivo, incluindo a prevenção de novos episódios de aborto.

Assim, o aconselhamento reprodutivo desponta como uma tecnologia de comunicação bidirecional que facilita a interação e a troca de informações entre profissionais e mulheres, podendo trazer resultados satisfatórios – sobretudo durante o período de hospitalização para mulheres que abortaram<sup>28</sup>.

Como a internação hospitalar pode ser o único contato de muitas mulheres com o sistema de saúde e por ser o aconselhamento reprodutivo uma estratégia possível de ser desenvolvida em todas as esferas de atenção, a ênfase das ações nesses aspectos pode contribuir para a redução da morbimortalidade materna por causas evitáveis, bem como complicações relacionadas ao abortamento<sup>28</sup>.

Ao obter alta hospitalar após um aborto provocado, as mulheres são orientadas para a procura do serviço de planejamento familiar de forma imperativa, mas não se discute a respeito das questões de gênero que envolvem o uso de métodos anticoncepcionais<sup>9</sup>.

Há um roteiro engessado por grande parte dos serviços de planejamento familiar, incluindo palestras sobre os métodos anticoncepcionais e as consultas com o profissional enfermeiro e/ou médico mensalmente que não analisa, no entanto, as peculiaridades da história sexual e social das mulheres que os procuram<sup>9</sup>.

A OMS<sup>15</sup> afirma que o risco de ter um novo aborto é maior justamente entre as mulheres que já tiveram o primeiro abortamento. Assim, o ideal é que orientações sobre o planejamento familiar, e os métodos contraceptivos estejam disponíveis no local onde se atendem às mulheres em abortamento, para que elas façam suas escolhas e iniciem seu uso antes de receber alta. Se isso não for possível, que a mulher saia do hospital com a orientação de quais locais ela deve procurar.

Abortos inseguros são preveníveis, e as formas de prevenção são conhecidas: ampla provisão de informação sobre contraceptivos, aconselhamento e outros serviços focalizados especialmente para pacientes que já passaram pela experiência do aborto. Esses serviços são importantes mecanismos para reduzir as taxas de abortamentos subsequentes, tanto seguros quanto inseguros<sup>14</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação masculina no planejamento familiar vem se constituindo como uma estratégia importante no contexto da saúde sexual e reprodutiva, pois os homens vêm entendendo que sua função vai além de apoiar as companheiras no uso do método contraceptivo.

As orientações à mulher que abortou, ainda na maternidade, também se mostraram de extrema relevância no sentido de evitar novos abortos e de auxiliar a mulher que não deseja engravidar novamente.

O planejamento familiar deve, portanto, levar em consideração o contexto em que a mulher está inserida; o profissional deve ter uma fala de fácil compreensão, objetiva e que respeite o desejo da mulher pelo método, embora os trabalhos tenham mostrado que a oferta de insumos nem sempre corresponde ao desejo de quem vai utilizá-lo.

Por fim, cabe dizer que apesar do tema ser de grande relevância, poucos trabalhos retratam esse recorte do planejamento familiar como uma das estratégias para reduzir a mortalidade materna por aborto, sendo necessárias mais pesquisas nessa área.

## COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Nathalie Luciano dos Santos.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Nathalie Luciano dos Santos.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Nathalie Luciano dos Santos e Emerson Garcia.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Nathalie Luciano dos Santos e Emerson Garcia.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2004.
2. Organização das Nações Unidas. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10a rev. São Paulo (SP): CIBCD; 1995.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de emergências: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília (DF); 2005.

4. Simonetti C, Souza L, Araújo MJO. A realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana. Salvador (BA): Imais; 2008.
5. Brasil. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece prioridades e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 1996 jan 15. Seção 1, p. 1.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília (DF); 2005.
7. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev Eletrônica Enferm. 2009;2009;11(2):424-8.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília (DF); 1984.
9. Souza ZCSN. Aborto provocado no contexto da violência doméstica: o discurso das mulheres [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2009.
10. Moura LNB, Gomes KRO. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. Ciênc Saúde Colet. 2014;19(3):853-63.
11. Sousa JJ. Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2011.
12. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município da Serra (ES). Rev Bras Epidemiol. 2007;10(4):615-24.
13. Ramos KS, Ferreira AL, Souza AI. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na Cidade do Recife, Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(3):605-10.
14. Machado CJ, Lobato AC, Melo VH, Guimarães MD. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados. Rev Bras Epidemiol. 2013;16(1):18-29.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília (DF); 2011

16. Borsari CMG, Nomura RMY, Benute GG, Nonnenmacher D, Lucia MCS, Francisco RPV. O aborto inseguro é um problema de saúde pública. *Femina*. 2012;40(2):63-8.
17. Santos VC, Anjos KF, Souzas R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. *Bioética*. 2013;21(3):494-508.
18. Domingos SRF, Merighi MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(1):177-81.
19. Mortari CLH, Martini JG, Vargas MA. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4):914-21.
20. Bezerra MS, Rodrigues DP. Representações sociais de homens sobre o planejamento familiar. *Rev RENE*. 2010;11(4):127-34.
21. Casarin ST, Siqueira HCH. Planejamento familiar e saúde do homem na visão das enfermeiras. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014;18(4):662-8.
22. Portilho-da-Silva N, Lemos A. O jovem homem universitário frente ao aborto: uma contribuição para enfermagem. *Rev Pesqui*. 2013;5(1):3302-10.
23. Silva FC, Vitalle MSS, Maranhão HS, Canuto MHA, Pires MMS, Fisberg M. Diferentes regionais de conhecimento, opinião e uso de contraceptivo de emergência entre universitários brasileiros de cursos e áreas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010 Set;26(9):1821-31.
24. Souza ZCSN, Diniz NMF. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(4):742-50.
25. Borges ALV, Monteiro RL, Hoga LAK, Fujimori E, Chofakian CBN, Santos AO. Contracepção pós-abortamento: relação com a atenção em contracepção e intenção reprodutiva. *Rev Latino Am Enferm*. 2014;22(2):293-300.
26. Carvalho MC, Paes GO. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014;18(1):130-5.
27. Diniz NMF, Gesteira SMA, Lopes RLM, Mota RS, Pérez BAG, Gomes NP. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador (BA). *Rev Bras Enferm*. 2011;64(6):1010-15.

28. Strefling ISS, Lunardi Filho WD, Kerber NPC, Soares MC, Gomes VLO, de Vargas E. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013;17(4):698-704.

Recebido: 19.9.2018. Aprovado: 27.9.2020.